



ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2018/19

DOCTORANDO: GÓMEZ CAMUÑAS, M<sup>a</sup> JESÚS  
D.N.I./PASAPORTE: \*\*\*\*5459R

PROGRAMA DE DOCTORADO: D420-CIENCIAS DE LA SALUD  
DPTO. COORDINADOR DEL PROGRAMA: BIOLOGÍA DE SISTEMAS  
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

En el día de hoy 13/02/19, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de ANTONIO MARTÍN DUCE // PURIFICACIÓN GONZÁLEZ VILLANUEVA.

Sobre el siguiente tema: EL SUJETO Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA. TEORÍA FUNDAMENTADA

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL<sup>1</sup> de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 13 de Febrero de 2019

EL PRESIDENTE

Fdo.: JOSÉ LUIS MEDINA MOYA

EL SECRETARIO

Fdo.: ALFONSO MURIEL GARCIA

EL VOCAL

Fdo.: TERESA BLASCO HERNÁNDEZ

FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: GÓMEZ CAMUÑAS, M<sup>a</sup> JESÚS

Con fecha 25 de Febrero de 2019 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

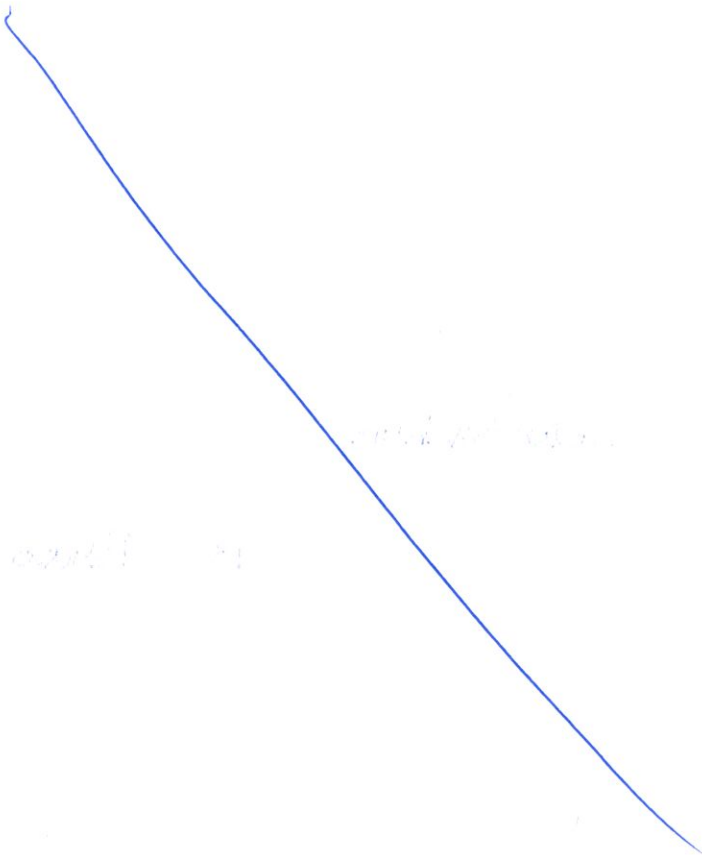
- Conceder la Mención de "Cum Laude"
- No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión delegada

*[Signature]*

<sup>1</sup> La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



1000 2000 3000

1000 2000 3000



1000 2000 3000

1000 2000 3000



Universidad  
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES  
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 25 de febrero, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por GÓMEZ CAMUÑAS, M<sup>a</sup> JESÚS, el día 13 de febrero de 2019, titulada *EL SUJETO Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA. TEORÍA FUNDAMENTADA*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve otorgar** a dicha tesis la

**MENCIÓN "CUM LAUDE"**

Alcalá de Henares, 25 de febrero de 2019  
EL VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA


F. Javier de la Mata de la Mata

**Copia por e-mail a:**

Doctorando: GÓMEZ CAMUÑAS, M<sup>a</sup> JESÚS

Secretario del Tribunal: ALFONSO MURIEL GARCIA

Directores de Tesis: ANTONIO MARTÍN DUCE // PURIFICACIÓN GONZÁLEZ VILLANUEVA



Universidad  
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO.  
Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JESÚS GÓMEZ CAMUÑAS  
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo  
presentado la misma en formato:  soporte electrónico  impreso en papel, para el depósito de la  
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el n<sup>o</sup> de páginas: 289 se procede, con  
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a 21 de **NOVIEMBRE** de 2018



Aurora Juárez Abril

Fdo. El Funcionario

RESTAURAR

IMPRIMIR



Universidad  
de Alcalá

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud  
D-420 RD 99/2011

**EL SUJETO**  
**Y**  
**LA ORGANIZACIÓN SANITARIA**  
**Teoría Fundamentalada**

Tesis Doctoral presentada por

**MARÍA JESÚS GÓMEZ CAMUÑAS**

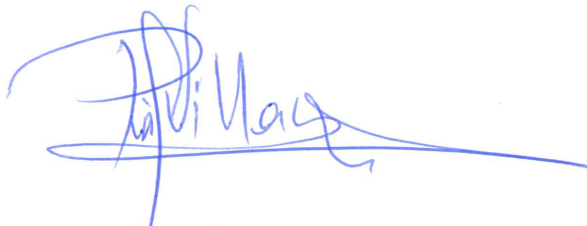
**2018**

**Los doctores Purificación González Villanueva y Antonio Martín Duce, profesores de la UAH**

**INFORMAN,**

Que el trabajo de investigación realizado por **Dña M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas**, que lleva por título: El sujeto y la organización sanitaria. Teoría Fundamentada, ha sido realizado bajo nuestra dirección y reúne todos los requisitos metodológicos y de innovación científica necesarios para ser defendido públicamente como Tesis Doctoral y optar al Grado de Doctor.

Alcalá de Henares a 24 de septiembre de 2018



Dña. Purificación González Villanueva



D. Antonio Martín Duce

Dr. D. Pedro de la Villa Polo, Coordinador de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

**INFORMA** que la Tesis Doctoral titulada **EL SUJETO Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA. TEORÍA FUNDAMENTADA**, presentada por Dña. **MARÍA JESÚS GÓMEZ CAMUÑAS**, bajo la dirección del Dr. D. Antonio Martín Duce y de la Dra. Dña. Purificación González Villanueva, reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos para ser defendida ante un tribunal. Esta Comisión ha tenido también en cuenta la evaluación positiva anual del doctorando, habiendo obtenido las correspondientes competencias establecidas en el Programa.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma el presente informe en Alcalá de Henares a 30 octubre de 2018.



Fdo.: Pedro de la Villa Polo



**Programa de Doctorado en  
Ciencias de la Salud D-420 RD 99/2011**

**EL SUJETO  
Y  
LA ORGANIZACIÓN SANITARIA  
Teoría Fundamentada**

**Tesis Doctoral presentada por  
D<sup>a</sup>. MARÍA JESÚS GÓMEZ CAMUÑAS**

**Directores:**

**DRA. D<sup>a</sup>. PURIFICACIÓN GONZÁLEZ VILLANUEVA**

**DR. D. ANTONIO MARTÍN DUCE**

**Alcalá de Henares, 2018**

---





**ÍNDICE**

<b>CONTENIDOS.....</b>	<b>I</b>
<b>TABLAS.....</b>	<b>X</b>
<b>FIGURAS.....</b>	<b>XI</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>XVII</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>XIX</b>
<b>CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO .....</b>	<b>XXV</b>

**CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN..... 1**

**INTRODUCCIÓN..... 1**

**PROBLEMA..... 1**

**CONTEXTUALIZANDO EL TEMA A INVESTIGAR..... 4**

    REPASANDO LOS ARGUMENTOS POLÍTICOS Y SOCIALES ..... 6

**MODELO LEAN: UNA PROPUESTA ORGANIZATIVA ..... 10**

**OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 12**

    LA PREGUNTA GUÍA ..... 13

**ORGANIZACIÓN DE LA TESIS..... 13**

---

<b>CAPÍTULO II. DISEÑO .....</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>DECISIONES DE DISEÑO: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE</b>	
<b>INFORMACIÓN.....</b>	<b>19</b>
OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.....	20
Diario de campo.....	21
Notas de campo .....	22
MATERIAL DOCUMENTAL .....	23
ENTREVISTAS .....	23
<b>OTRAS DECISIONES DE DISEÑO: ESTRATEGIAS DE MUESTREO .....</b>	<b>24</b>
CRITERIOS DE ELECCIÓN DEL CAMPO.....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	26
Población de estudio .....	27
<b>MANTENIMIENTO DE LA OBJETIVIDAD Y LA SENSIBILIDAD .....</b>	<b>27</b>
<b>ESCRITURA .....</b>	<b>29</b>
<b>COMO PRINCIPIO: LOS CRITERIOS DE CALIDAD.....</b>	<b>31</b>
CREDIBILIDAD.....	31
RIGOR.....	32
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>33</b>
<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>34</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>35</b>

---

<b>CAPÍTULO III. MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>TRABAJO DE CAMPO .....</b>	<b>39</b>
RECOGIDA DE DATOS.....	42
<b>ANÁLISIS DE DATOS: UN PROCESO PARTICULAR.....</b>	<b>49</b>
PRIMER MOMENTO ANALÍTICO: ETNOGRAFÍA .....	51
Preparando los documentos .....	51
Identificar .....	51
Organizar .....	52
Clasificar.....	53
Relacionando datos .....	54
Agrupando objetos .....	55
Comparando campos.....	61
¿Por qué la teoría fundamentada?.....	66
SEGUNDO MOMENTO ANALÍTICO: TEORÍA FUNDAMENTADA .....	67
Codificación abierta.....	68
Codificación axial y selectiva .....	71
Codificación teórica.....	77
<b>RESUMEN .....</b>	<b>79</b>

<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b> .....	<b>83</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>83</b>
CLAVES PARA EL LECTOR .....	84
<b>SINOPSIS DEL PROCESO SOCIAL BÁSICO: PODER PARA SOBREVIVIR</b> .....	<b>86</b>
<b>PODER PARA SOBREVIVIR: TRAS LAS HUELLAS</b> .....	<b>88</b>
EL PODER NO RESPONSABLE PARA CON EL OTRO .....	88
Individualismo contrario al otro .....	88
Control del poder .....	93
El poder no implicado en la organización .....	96
No aplicación de las normas .....	98
El poder médico en la organización .....	99
Caos .....	100
LA SUMISIÓN .....	103
La no organización.....	103
Inseguridad .....	106
Indefensión .....	107
Sometimiento .....	109
Aprendizaje en la sumisión al poder .....	109
Anular una profesión en beneficio de otra .....	111
Anulación del ser .....	113
Ser objeto del poder .....	115
SOBREVIVIR.....	117
Centrado en sí mismo .....	117
Rasgos.....	118
Auto conservación .....	121
Construir la realidad .....	122
Imitar para adaptarse .....	124
Sumisión al poder .....	125
El poder del saber como herramienta de defensa .....	126
Desconexión.....	127

---

<b>SINOPSIS DEL PROCESO SOCIAL BÁSICO: PODER PARA VIVIR.....</b>	<b>129</b>
<b>PODER PARA VIVIR: PROYECCIONES.....</b>	<b>131</b>
EL PODER RESPONSABLE PARA CON EL OTRO.....	131
Organización: el control del poder.....	132
Propiciar la participación: una forma para aplicar las capacidades .....	137
Conexión del medio .....	140
VIVIR.....	143
El otro, móvil del sujeto.....	144
Rasgos.....	144
Manifestaciones del poder personal: acciones de la persona.....	150
El poder del trabajador .....	150
Poder del familiar .....	153
Realización de la persona.....	154
<b>UNA MIRADA A LA TEORÍA EMERGENTE .....</b>	<b>157</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>159</b>

---

<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>163</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>163</b>
<b>LA CONCEPCIÓN PERSONAL DEL YO DETERMINA EL FOCO DE INTERÉS PARTICULAR</b>	<b>164</b>
PUNTO DE PARTIDA: DE ATRÁS HACIA DELANTE .....	165
UBICANDO LA TEORÍA EMERGENTE: ENTRE TEORÍAS .....	166
Conceptos relacionados .....	166
Poder y acción .....	166
Responsabilidad.....	167
Necesidad .....	168
Concepto nodal .....	170
Interés particular .....	170
<b>ESTABLECIENDO SU MODO DE EXISTIR EN EL ENTORNO .....</b>	<b>173</b>
PODER PARA SOBREVIVIR: CONDICIONES PARA UN ENTORNO .....	174
Individualismo contrario al otro .....	174
La no organización.....	177
Centrados en sí mismos .....	186
PODER PARA VIVIR: OTRAS CONDICIONES PARA OTRO ENTORNO .....	190
Organización: el control del poder.....	190
El otro, móvil del sujeto.....	193
<b>RESUMEN .....</b>	<b>197</b>



---

<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>201</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>201</b>
<b>EVALUACIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA: CÁNONES Y CRITERIOS .....</b>	<b>201</b>
<b>DESDE CÁNONES CIENTÍFICOS .....</b>	<b>201</b>
Replicabilidad .....	202
Generalización .....	202
<b>DESDE CRITERIOS PARA EVALUAR LA TEORÍA GENERADA .....</b>	<b>204</b>
Credibilidad .....	204
Originalidad .....	204
Resonancia .....	205
Utilidad .....	205
<b>LIMITACIONES DEL ESTUDIO E INVESTIGACIÓN FUTURA.....</b>	<b>206</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>207</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>209</b>

---

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO A. ACREDITACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO B. NOTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN AL PERSONAL DE LA UNIDAD.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO C. NOTA EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS DEL SERVICIO.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO E. CARTA DE DESPEDIDA AL PERSONAL DEL CAMPO.....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO F. CORREO ELECTRÓNICO DE DESPEDIDA A LOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO G. CÓDIGOS CONCEPTUALES.....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO H. DOCUMENTO DE CITA CODIFICADA.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO I. IMAGEN DE UNA CITA CODIFICADA.....</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO J. EJEMPLO DE RED SEMÁNTICA DE UNA CITA.....</b>	<b>249</b>
<b>ANEXO K. EJEMPLO DE RED SEMÁNTICA DE UN CÓDIGO <i>In Vivo</i>.....</b>	<b>251</b>

---

**TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Periodo del trabajo de campo.....	44
<b>Tabla 2.</b> Datos demográficos de los participantes en las entrevistas formales .....	47
<b>Tabla 3.</b> Organización de documentos .....	53
<b>Tabla 4.</b> Contaje de las operaciones en Atlas.ti .....	56
<b>Tabla 5.</b> Frecuencias de Códigos H1 según fundamentación .....	58
<b>Tabla 6.</b> Frecuencias de Códigos H2 según fundamentación .....	58
<b>Tabla 7.</b> Frecuencias de Códigos HCA1 según fundamentación.....	59
<b>Tabla 8.</b> Frecuencias de memos asignados a su familia.....	60
<b>Tabla 9.</b> Matriz conceptual según superfamilia .....	63
<b>Tabla 10.</b> Identificación de las metacategorías con su tema .....	64
<b>Tabla 11.</b> Comparativa de campos relacionando superfamilias con responsabilidad y metacategorías.....	65
<b>Tabla 12.</b> Proceso de elaboración de una categoría unido a un código “in vivo” .....	68
<b>Tabla 13.</b> Primer nivel de codificación axial .....	71
<b>Tabla 14.</b> Condiciones de los Procesos Sociales Básicos .....	76
<b>Tabla 15.</b> Codificación selectiva de los PSBs.....	77
<b>Tabla 16.</b> Características de los conceptos del PSB: Poder para sobrevivir .....	86
<b>Tabla 17.</b> Características de los conceptos del PSB: Poder para vivir.....	129

**FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> Cronología del estudio.....	35
<b>Figura 2.</b> Esquema de un documento del diario de campo. ....	42
<b>Figura 3.</b> Número de sesiones por campo. ....	45
<b>Figura 4.</b> Distribución de sesiones por turno y campo.....	45
<b>Figura 5.</b> Tiempo de observación.....	46
<b>Figura 6.</b> Distribución de entrevistas formales por tipo, turno y campo.....	48
<b>Figura 7.</b> Tiempo de entrevista. ....	48
<b>Figura 8.</b> Mapa del análisis. ....	50
<b>Figura 9.</b> Identificación de cita. ....	52
<b>Figura 10.</b> Relaciones primarias a los datos.....	55
<b>Figura 11.</b> Explicación de la etiqueta de un código en Atlas.ti.....	57
<b>Figura 12.</b> Códigos relevantes.....	59
<b>Figura 13.</b> Comparativa de campos cuantitativa.....	61
<b>Figura 14.</b> Administrador de familias de memos y herramienta de superfamilia.....	62
<b>Figura 15.</b> Organigrama analítico de esta investigación.....	67
<b>Figura 16.</b> Categoría Central en Atlas.ti. ....	70
<b>Figura 17.</b> Conexión de categorías a concepto. ....	72
<b>Figura 18.</b> Codificación axial y selectiva del PSB: Poder para sobrevivir .....	74
<b>Figura 19.</b> Codificación axial y selectiva del PSB: Poder para vivir.....	75

---

<b>Figura 20.</b> Esquema teórico emergente.....	78
<b>Figura 21.</b> Formato de los resultados. ....	85
<b>Figura 22.</b> Senda de las Huellas del PSB: Poder para sobrevivir. ....	87
<b>Figura 23.</b> Senda de las Proyecciones del PSB: Poder para vivir. ....	130
<b>Figura 24.</b> Concepto teórico básico de los PSBs. ....	157
<b>Figura 25.</b> Generación de teoría. ....	163
<b>Figura 26.</b> Niveles de la proposición teórica básica ....	164
<b>Figura 27.</b> Esquema de las proposiciones teóricas.....	171
<b>Figura 28.</b> Diagrama de la construcción teórica. ....	203

*A ti que eres y existes*







**Agradecimientos**

**Glosario**

**Contribución al Conocimiento**





**AGRADECIMIENTOS**

Durante la tesis me he parado de vez en cuando a pensar cómo escribiría este capítulo. Me parece tan difícil poder concentrar tanto en apenas sólo unas palabras, que he decidido empezar por aquello que me enseñó mi madre cuando alguien me daba o hacía algo por mí:

-“¿Qué se dice?”

- “Gracias”.

De esta manera tan sencilla muestro mi reconocimiento y gratitud a todos aquellos que de un modo consciente o no, han contribuido a que yo pueda hoy presentar esta tesis.

Ha sido un largo camino lleno de pequeñas cosas, en su mayoría, de aprender mucho de todos. Parece que fue ayer cuando me dirigí al despacho de la que sería mi directora de tesis. No la conocía prácticamente de nada, sólo de oídas de una compañera del Máster. Sin embargo, ni corta, ni perezosa intenté localizar por internet a esta profesora que tan bien me habían hablado. Contacté a través de correo electrónico para poder ir a su universidad. Fue tal la prontitud de su respuesta concertando una cita, que no me dio tiempo a poder ubicar a mis hijos con alguien, y allí me presenté con ellos para hablar sobre el tema de mi investigación.

Me acuerdo de su sonrisa y la amabilidad con que nos trató, estuvo pendiente de mis hijos, acomodándoles en una zona del despacho para que se distrajeran mientras conversábamos. Incluso les dio una bolsita de pasas para que merendaran, estoy segura que era su tentempié.

Después de este encuentro ha seguido siempre a mi lado, acompañándome, sosteniéndome y guiándome, más allá de su deber profesional. Por esto y por mucho más te doy las gracias.

No puedo por menos agradecer a Cristina Francisco, la Directora del Departamento de Enfermería, los ánimos que me ha dado desde el primer día para que finalizara la tesis y sus buenos consejos; a mi otro director y a la Universidad de Alcalá.

Y como no, sabedora que sin ellos se no hubiera realizado la investigación, a las personas que me permitieron el acceso a las organizaciones, lo mismo que a los participantes por su colaboración desinteresada, y en muchos casos esperanzada, por los resultados del estudio.

---

Sin embargo, para llegar hasta aquí he necesitado de unos padres que con su ejemplo de amor y sacrificio, les debo la mayor de las gratitudes, mi amor para siempre.

A mi hermana por el impulso que me dio para empezar a realizar mis primeros contactos para el campo y su ayuda en esos momentos difíciles como la enfermedad de mi madre.

A mi marido y mis hijos, que de manera paciente y comprensiva me han acompañado, pero sobre todo a Alejandro mi corrector particular, él más exigente con mi trabajo.

A mis familiares, profesores, compañeros, amigos, y cómo no a mis queridos pacientes, los que están y los que se fueron un día, a todos ellos que me han dado tanto, sin merecerlo.

Gracias a Ti, contigo y para ti

---

## GLOSARIO

Hay una serie de términos presentes en la tesis pertenecientes a la metodología Lean, que precisan definirse para introducir al lector en la investigación.

**Andon:** es un dispositivo de “control visual” que muestra el estado de la máquina, una línea de producción o proceso. Es una herramienta muy útil en sistemas de manufactura Lean, donde el objetivo principal es reducir al máximo el despilfarro de recursos en todos los niveles del proceso de producción.

**Análisis causa raíz:** cadena de causas y efectos que nos dirigen a la raíz del problema abordando las causas de los problemas, no sólo los síntomas.

**A3:** es simplemente el tamaño de un papel 420 x 297 mm (el equivalente a dos A4). La planificación utilizando este formato comenzó en los años 60 como el formato utilizado para la resolución de los problemas de los Círculos de Calidad. En Toyota éste evolucionó hasta convertirse en el formato estándar para la resolución de problemas, propuestas, planes y revisiones.

La importancia de esta metodología no estriba en el formato, sino en el proceso y pensamiento que hay detrás de él: un A3 define de forma completa un plan, grande o pequeño, en una hoja de papel; debe ser visual y extremadamente conciso, de tal forma que cualquiera pueda comprenderlo.

Algunas ventajas que tiene la utilización de esta técnica:

- Hace más fácil- persuadir a otros- comprender a otros.
  - Promueve el diálogo dentro de la organización.
  - Desarrolla el pensamiento orientado a la resolución de problemas.
  - Refleja la relación entre los problemas reales y las medidas propuestas.
-

- Asegura el ciclo de mejora continua PDCA (Plan-Do-Check-Act)<sup>1</sup>.
- Fuerza la información para 5S.
- Sirve como una herramienta de aprendizaje dentro de la organización.
- Conduce a que las medidas propuestas y las soluciones estén basadas en hechos y datos.

La utilización de la metodología A3 ayuda a plasmar de una forma gráfica y sencilla los objetivos Lean.

**Célula de trabajo:** es un conjunto de trabajadores, máquinas, materiales y métodos, cuyo diseño del área de trabajo es en forma de herradura o U, T, W, X, V, etc., que permite a los operarios moverse fácilmente de un proceso a otro, permitiendo estar en las proximidades para pasar las piezas entre los trabajadores con poco esfuerzo, con la mínima cantidad de movimientos y de distancia. “Las células” normalmente se centran en la producción de modelos específicos de “familias de piezas”, pero se puede ajustar a muchos productos diferentes, según sea necesario.

La disposición final de la célula está determinada por las necesidades del producto.

**5S:** (también conocido como el lugar de trabajo visual, *Visual Factory*) es una herramienta de organización del trabajo que maximiza la limpieza, la organización y la seguridad de todos los elementos en un entorno de trabajo.

5S, llamado de esta forma por sus cinco compromisos principales:

- Ordenar para: quitar todos los elementos innecesarios de los lugares de trabajo.
- Poner en orden: hacer un sitio para cada cosa y poner cada cosa en su “lugar”.

---

<sup>1</sup> PDCA: traducido al español significa planificar, hacer, comprobar, actuar.

---

- Brillar: limpiar e inspeccionar todo en el área de trabajo (también se aplica como limpieza preventiva).
- Estandarizar: mantener las mejoras a través de la disciplina y la sistematización.
- Sostener: continuar apoyando los esfuerzos 5S a través de descripciones de trabajo de auditoría, que incluyen el mantenimiento del sistema, apoyo a la gestión y las expectativas, etc.

Los esfuerzos de las 5S casi siempre son: mejorar la seguridad en el trabajo, la moral del operador, la calidad y el rendimiento, además puede ser muy impresionante para los clientes que visitan la empresa y clientes potenciales.

**Despilfarro o residuo:** Cualquier actividad que utiliza el equipo, materiales, piezas, espacio, el tiempo empleado o recurso de la empresa más allá del monto mínimo requerido para operaciones de valor añadido que aseguren la capacidad de fabricación.

**Empowerment:** significa dar a los empleados una mayor responsabilidad y autoridad para efectuar los procesos diarios y la mejora de su competencia.

“Los equipos Empowered” o “auto-equipos de trabajo” son un marco avanzado para el funcionamiento de un área de trabajo o departamento. Muchas de las mejores empresas invierten en la estrategia de “Empowered” de equipos, como un medio para la creación de auto-regulación de entidades que requieren poca supervisión y apoyo.

**Jidoka:** 自働化, es un término japonés que significa automatización inteligente o automatización con un toque humano. Proporciona a las máquinas y a los operadores con capacidades para detectar cuando ha ocurrido una condición anormal e inmediatamente dejar de trabajar. Esto previene la producción de productos defectuosos, elimina la sobreproducción y centra su atención en la comprensión del problema, asegurando que nunca se repita. Se trata de un proceso de control de calidad que aplica los cuatro principios siguientes:

1. Detectar la anomalía.
  2. Detener la producción.
-

3. Reparar o corregir la incidencia de forma inmediata.
4. Investigar la causa raíz e instalar una contramedida.

El pilar Jidoka es a menudo etiquetado como “parar y responder a cada anomalía.”, se refiere a todos los procesos, ya sean humanos o automáticos, que están habilitados para detectar condiciones anormales de una forma autónoma y detener la producción.

**Kaizen:** 改善, término japonés que significa “cambio para mejorar” o “perfeccionamiento” en japonés; el uso común de su traducción al castellano es “mejora continua” o “mejoramiento continuo”.

En su contexto Kaizen es como una estrategia o metodología de calidad en la empresa y en el trabajo, tanto individual como colectivo. Kaizen es hoy una palabra muy relevante en varios idiomas, ya que se trata de la filosofía asociada al sistema de producción Toyota.

“¡Hoy mejor que ayer, mañana mejor que hoy!” es la base de la milenaria filosofía Kaizen, y su significado es que siempre es posible hacer las cosas mejor. En la cultura japonesa está implantado el concepto de que ningún día debe pasar sin una cierta mejora.

**Kanban:** 看板, un término japonés que significa “registro visual” o “tarjeta”. En Lean Manufacturing significa “la señal”. La presencia de una “tarjeta kanban” o un vacío “Ubicación Kanban” es una “señal” para hacer el trabajo descrito en la tarjeta o llenar el lugar vacío con Kanban, es decir, se tiene que hacer lo que se puso ahí.

Hay muchas maneras de usar e implementar kanbans como bolsas vacías, palets, cajas, luces, mensajes electrónicos, etc. No hay límite a la creatividad que puede aplicarse con señales Kanban. Una de las claves es hacer que funcionen en su situación específica y en un entorno determinado.

Quizás la regla más importante de Kanban es “obedecer Kanban.” En otras palabras, no dar la vuelta al sistema o se producirá un error. No cumplir las reglas de Kanban se traducirá en mayores inventarios, mayor riesgo de errores / defectos y otros problemas asociados.

**Lay-out:** (término inglés: distribución de la planta) es la disposición física de los equipos e instalaciones en una planta. El diseño de la planta puede estar indicado en un plano que

muestra las distancias entre los diferentes elementos de la planta. La optimización del diseño de una planta puede mejorar la productividad, la seguridad y la calidad de los productos. Se pueden evitar esfuerzos innecesarios en el manejo de materiales cuando se ha optimizado la distribución de la planta. Esto es válido para optimizar las distancias cuando se tienen que mover materiales, equipos, operadores, etc.; manipular solo los tipos de equipamientos necesarios y minimizar la energía requerida para mover estos elementos.

**Mapa del flujo de valor:** es una técnica de manufactura Lean para analizar y diseñar el flujo de materiales e información necesarios hasta la entrega de un producto o servicio a un consumidor, de modo que cada acción implica un particular flujo de valor, para que el producto avance a través del sistema de una etapa a otra, especificando quién hace qué, cuándo y cuánto tardará en hacerlo; qué material o equipo necesita; qué información utiliza, aporta o traslada.

**Poka-yoke:** ポカヨケ, término japonés que significa “autoprotección” o “a prueba de error”. Un poka-yoke es cualquier mecanismo dentro de un proceso de manufactura Lean que ayuda a evitar errores. Su objetivo es eliminar los defectos del producto mediante la prevención, corrección, o llamar la atención sobre los errores humanos que se puedan producir. El concepto fue formalizado y el término adoptado por Shigeo Shingo<sup>2</sup>, como parte del Sistema de Producción Toyota.

En términos más generales, puede referirse a cualquier restricción en la forma y en la función que ha sido diseñada en el proceso para evitar un uso incorrecto por parte del usuario.

**Sistema de equipos polivalentes:** son grupos formados por personas con diferentes cualificaciones integrados en un mismo departamento para lograr un objetivo de negocio. Los grupos se convierten en “equipos” cuando se comportan como los equipos. El uso de múltiples equipos funcionales puede ser de gran beneficio para la mayoría de las empresas,

---

<sup>2</sup> Ingeniero que documentó el sistema de producción Toyota.

---



especialmente cuando trabajan con cuestiones complejas que requieren conocimientos diversos.

Aunque los equipos funcionales generalmente implican conocimientos y destrezas específicos, nunca se debe pasar por alto los beneficios de tener muchos pares de “ojos frescos” en equipo en la solución de los problemas.

**Valor o valor añadido:** Cualquier actividad que hace que un producto se realice lo más parecido a lo que un cliente está dispuesto a pagar.

El objetivo de Lean Manufacturing trata de eliminar los residuos que no generen un valor añadido (VAN), con el fin de centrarse de forma estricta y coherente en las actividades de valor agregado que los clientes están más que dispuestos a pagar.

- ❖ La eliminación de las actividades que no generan un VAN, es más fácil decirlo que hacerlo, por esta razón se han desarrollado muchas herramientas Lean para lograr este fin.
-

## CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO

La contribución a la ciencia, que se destaca en esta investigación cualitativa, cumple con el requisito de un estudio de doctorado desde las diferentes líneas propuestas por Tracy (2010):

- a). Metodológica, presentando el modo particular del “método analítico continuo”.
- b). Conceptual, desarrollando conceptos a nivel abstracto, que permite su generalización.
- c). Práctica, proporcionando un modelo teórico para un cambio social y personal.
- d). Moral, señalando el modo de actuar que lleva a contribuir al bien común.

A continuación, se expone un extracto de los conocimientos que aporta esta tesis:

- La manera personal de pensar: “sin barreras”, guiada por “la fuerza del corazón”, lleva a la construcción de teoría, a esclarecer paradojas y perfilar otras teorías.
- En *la construcción personal del Yo* hay conceptos relacionados: acción, poder, responsabilidad y necesidades.
- El conocimiento y la experiencia del otro como un valor, o no, determina un modo de actuar en la sociedad, con o sin responsabilidad para con él.
- Todas las necesidades expresan las capacidades desarrolladas del sujeto, cuya motivación depende de la consideración de valor.
- La concepción personal del Yo direcciona el foco del “Interés particular” al actuar.
- El “Interés particular” es un concepto nodal que conecta los conceptos relacionados de la concepción personal del Yo, con el modo de existir.
- Los procesos sociales básicos: “Poder para sobrevivir” y “Poder para vivir”, son modos de existir que se generan de acuerdo a la *construcción personal del Yo*.
- Tanto las condiciones como las consecuencias, de estos procesos, dependen de la utilización responsable o no de las capacidades personales para con el otro.



# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

---

- ▣ Problema
- ▣ Contextualizando el tema a investigar
- ▣ Modelo Lean
- ▣ Objetivos de la investigación
- ▣ Organización de la tesis



## INTRODUCCIÓN

Pues con saber, como sé, los innumerables trabajos que son anejos al andante caballería, sé también los infinitos bienes que se alcanzan con ella; y sé que la senda de la virtud es muy estrecha, y el camino del vicio, ancho y espacioso; y sé que sus fines y paraderos son diferentes, porque el del vicio, dilatado y espacioso, acaba en muerte, y el de la virtud, angosto y trabajoso, acaba en vida, y no en vida que se acaba, sino en la que no tendrá fin (*El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*, Cervantes, 1547-1616/ 2005).

### INTRODUCCIÓN

Este capítulo abre la puerta al estudio, expuesto en los capítulos siguientes de la tesis.

Se inicia exponiendo las primeras decisiones del investigador según las respuestas a: ¿qué estudiar?, ¿cuáles son los antecedentes del problema?, ¿qué información hay sobre el tema de estudio? o ¿qué se pretende lograr con esta investigación? De ahí que, se comience presentando el acceso de la investigadora al problema de estudio, desde la experiencia profesional y motivación personal.

Seguidamente, se muestren los antecedentes del tema, a través de razonamientos, sobre todo de la esfera empresarial y económica, para regresar de nuevo a los modelos organizativos implantados desde argumentaciones político-sociales.

Esto enlaza con la propuesta de la investigadora para este trabajo, que lleva a plantear los objetivos y la pregunta de investigación.

El capítulo finaliza explicando la organización del estudio como un esbozo de la tesis.

### PROBLEMA

El primer problema que me planteo es encontrar el tema susceptible de investigar. Veo que en el contexto de mi práctica profesional, mis inquietudes de mejora profesional y de la institución en la que desarrollo mi actividad, está la respuesta.

---

Para ello empezaré narrando mis experiencias como profesional de la salud desde mis inicios en la Sanidad Pública y en concreto en un hospital de alta complejidad, eso es a finales de los 70, como auxiliar de clínica en prácticas. Aunque realmente era muy joven, el ambiente de trabajo “me atrajo”. Las condiciones en las que se desarrollaba la actividad asistencial a mi modo de verlo entonces y ahora, creo que han variado. En aquel momento además aprecié valores como el respeto, la disciplina, el esforzarnos en realizar bien nuestro trabajo y asumir el criterio de las personas con autoridad. Esto impedía que cometiera errores propios de mi falta de experiencia y dañara al enfermo, que ya estaba en una situación delicada.

Todo esto: vivencias, conocimientos, comportamientos, valores y mucho más, me llevé conmigo.

En los años 90 siendo ya enfermera, y llevando unos años ejerciendo en distintas instituciones sanitarias de la red pública de Madrid, consigo la plaza en un hospital público de nivel 3, en el Servicio de Cardiología: Unidad de Hemodinámica.

Este departamento llevaba poco tiempo, se podía decir que se estaba estructurando, con unos nuevos *hemodinamistas*, que provenían del hospital donde di mis primeros pasos.

Había mucha ilusión en hacer las cosas bien, teníamos un auténtico líder, nos conocía, nos comprendía, quería que diéramos lo mejor en cada momento. No había diferencias entre las distintas categorías profesionales, éramos un equipo; se respetaba la labor de cada uno y se asumían las críticas de forma constructiva, existía autoridad..., autoridad que te otorgaban por tu experiencia y conocimientos en este servicio. Esto era difícil de interiorizar para un recién llegado, máxime como cuando rotaba por Hemodinámica un residente de cardiología en 4º año, y lo primero que el jefe le decía era: “ haz caso a las personas que trabajan aquí, saben más que tú de esto ...”. Su proceso de aprendizaje iba desde lo más elemental: trasladar un paciente de la cama a la mesa de intervención, saber dónde estaba el material, etc.; un camino nada fácil hasta llegar a ejercer de médico. Para entonces ya sabía lo que hacía cada trabajador en la sala.

He de decir que contábamos con recursos materiales y humanos limitados, y contabilizados hasta la mínima expresión. Nuestro jefe (el Jefe de la Unidad) nos explicaba la cantidad de dinero que disponíamos y el número de cateterismos que deberíamos hacer en un año. Había

---

lo que hoy se denomina retroalimentación de métricas, eso entonces no lo conocía, lo único que sabía era que estaba en el mejor sitio para trabajar y aprender: era feliz.

Aparte de este ambiente de trabajo maravilloso, que ahora, después de más de dos décadas, me parece imposible que hubiera existido; lo más gratificante eran nuestros pacientes satisfechos, que enviaban cartas al Gerente del hospital, al Jefe de Cardiología, a los periódicos y eso nos hacía sentirnos orgullosos de nuestro trabajo, independientemente de nuestra cualificación profesional.

Fue una época en la que a nivel personal y profesional crecí un 90%, pero todo cambia ...y puedo decir, después de treinta años como enfermera, la Institución también.

Esto se me reveló de forma palpable durante mi paso por la supervisión en el 2010, vi claro nuestra organización. Lo que observé no me gustó: el desmoronamiento de lo que habíamos construido con tanto tesón entre todos. Los ahora desprestigiados funcionarios, se encontraban entregados a distintos intereses que desde luego nada tenían que ver con nuestro paciente. Direcciones de enfermería preocupadas por su “asiento”, donde los problemas se deben de amortiguar, inmersas en sus “cosas”: planillas de personal inmanejables, protocolos, informática, finanzas... y como ellos decían “apagando fuegos”, sin ninguna estrategia reconocida y muy lejos del día a día de sus trabajadores.

Como mando intermedio, decidí formarme estudiando un máster en Dirección y Gestión en Enfermería, para hacer bien mi trabajo. Lo hice con mucha ilusión porque sabía por qué estaba allí: mis pacientes y como no... mis colaboradores (limpiadoras, celadores, auxiliares, administrativos, enfermeras), que entregaron lo mejor de sí mismos y a los que nadie reconoció su entrega en mis proyectos, que los hicieron suyos.

Esto resultaba una disonancia tal que vivía entre la realidad y la teoría recibida, anteriormente experimentada, que me generó un estado de frustración tan grande, un sentimiento negativo, cuyo único camino que encontré para resolver esto fue: buscar una solución a esta situación problemática de nuestra Sanidad Pública.

Así, hablando con personas ajenas al mundo sanitario, creí haber hallado la respuesta: un nuevo modelo organizativo.

---



**CONTEXTUALIZANDO EL TEMA A INVESTIGAR**

Para centrar el tema de gestión del sistema sanitario, se realiza un breve recorrido que comienza con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, refiriendo el Capítulo III, Artículo 69: “en los Servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos”.

Sin embargo esta ley, desde de la economía, se le considera más una expresión de intenciones de reformas futuras que un plan de actuaciones inmediatas (Albi, Contreras, González-Páramo & Zubiri, 1994).

De esta manera se llega a entender que la causa fundamental del proceso descentralizador de competencias y servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, y la razón de las características del mismo, tal como ha tenido lugar en España, está en el determinante político, no ajustándose a las que le corresponderían si se analiza el proceso desde un punto de vista económico y de la teoría de las organizaciones, comparándolo con los procesos de descentralización que tienen lugar en las grandes empresas (Rey del Castillo, 1998).

La actual crisis económica ha puesto de manifiesto aquellas ineficiencias de los servicios sanitarios, ya detectadas en la crisis de principios de los 90, en donde hubo una iniciativa parlamentaria, cuyo fruto fue el Informe de la Comisión Abril, que identifica como deficiencias del Sistema Sanitario Español: la indeterminación presupuestaria, la irresponsabilidad burocrática, la ineficiencia, la rigidez administrativa, los incentivos perversos, la desinformación, la insatisfacción del usuario, el desánimo del personal sanitario, la centralización y la politización (Rubia et al., 2011). La insatisfacción profesional, en parte motivada por los defectos estructurales prácticamente con nula autonomía y transferencia de responsabilidad, y ausencia de incentivos (Elola, 2004).

---

De igual modo, en 1998 el ministro de sanidad Romay de Beccaria, en su comparecencia para la presentación de las nuevas fórmulas de gestión de hospitales<sup>3</sup>, justifica esta iniciativa describiendo la situación real del modelo tradicional de gestión:

El actual modelo de gestión de los hospitales del Insalud se ha quedado corto. No responde a las crecientes necesidades de la población con la rapidez necesaria, no satisface a los profesionales, y la ineficiencia de su burocracia y la centralización de la toma de decisiones impiden la gestión óptima de los recursos públicos. Es necesario un cambio (Congreso de los Diputados, 1998).

Hay que tener en cuenta que el gasto por personal representa el 45% del total del presupuesto del Sistema Nacional de Salud (SNS, 2007) (Consejo Económico y Social de España, 2010). A esto se añade que la productividad de estos profesionales es baja, consecuencia del resultado de un modelo organizativo y un marco de relaciones laborales complejo (Arenas, 2012).

En cuanto a las relaciones laborales en la gestión pública, vienen perfectamente definidas y normativizadas hasta el más mínimo detalle, incluyendo los regímenes retributivos y las famosas “funciones” de cada colectivo, lo que da lugar a no pocos conflictos.

Sin embargo, actualmente se sigue sin regularizar la profesionalización de la gestión sanitaria. A lo que hay que sumar que la capacidad de influencia del gestor sanitario es sistemáticamente más baja, sobre aspectos claves de la organización que influyen directamente en el coste-eficiencia de la prestación y por tanto en la sostenibilidad.

Asimismo, cuando se estudia el esquema clásico de gestión del sistema sanitario a través de sus tres componentes: Estructura, Proceso y Resultado, se observa que en el proceso es donde se supone un gasto variable y su control fundamental se realiza, sobre todo, en la microgestión (Arenas, 2012). Microgestión asistencial llevada a cabo, en los hospitales, por los médicos y

---

<sup>3</sup> El señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), a petición propia el 21 de diciembre de 1998, comparece en el Congreso de los Diputados para informar sobre la política de mejora de la gestión pública del Sistema Nacional de Salud (SNS) a través de las fundaciones públicas sanitarias, en defensa de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

las enfermeras, dado que tienen la capacidad profesional para indicar los medios necesarios para resolver problemas, convirtiéndose de esta manera en los verdaderos gestores del Sistema (Cosíalls, 2000); por lo que es crítico el compromiso de los profesionales en la implantación de reformas (PWC, 2012).

Se ha comprobado que los grupos de mejora continua de los procesos, producen una mejora significativa del coste y la eficiencia. Sin embargo, es difícil y complejo de imponer debido a que implica al personal (Arenas 2012).

Por lo tanto, uno de los retos a los que se enfrenta el SNS será adoptar un modelo centrado en el usuario, en una estructura de prestación predominantemente pública, dotada, en cuanto a los recursos humanos, fundamentalmente con funcionarios y personal estatutario (García Armesto, Abadía, Durán & Bernal, 2010).

#### REPASANDO LOS ARGUMENTOS POLÍTICOS Y SOCIALES

Según Rodríguez Cabrero (2004), profesor de economía de la Universidad de Alcalá, el modelo sanitario de España constituido sobre la base del Estado de Bienestar, ha evolucionado progresivamente a una “reestructuración institucional y reorientación ideológica” abierto a la privatización (pp. 21, 92).

Así, en 1990 el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que proponga una comisión de expertos para el análisis y revisión del SNS, “las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro”. Ello motivado por el creciente aumento de tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios, el progresivo envejecimiento de la población que origina cada día miles de personas vulnerables y dependientes; el aumento del número de enfermos crónicos, estilos de vida arriesgados prevalentes en la sociedad y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico, a lo que no se puede renunciar; demandando en todo en el mundo la revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria (Congreso de los Diputados, 1990).

Un año más tarde sale a la luz el Informe Abril Martorell, que expone las deficiencias y recomendaciones para hacerlas frente, dejándose en el olvido, ante el rechazo parlamentario (Jiménez, 1991), la oposición sindical y la presión social (Barrientos, 2003).

---

Doce años después el exministro del PSOE, García Vargas, quien encargó el texto a Abril, recuerda ese momento:

El PSOE lo recibió de una manera cortés y el PP de una forma correcta, pero nadie salió en su defensa, a los sindicalistas les disgustó porque hablaba de nuevas formas de contratación, de externalización, cayó mal en el sector privado, cayó mal entre los profesionales..., (ABC, 2003).

Sin embargo, nuevas formas de gestión en el SNS se introducen, no exentas de debate parlamentario. He aquí un extracto de las intervenciones de diputados, para la defensa de la enmienda del proyecto de Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD<sup>4</sup>, procedente del Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio:

Sr. Vázquez Vázquez del Grupo Mixto:-Lo que se propone en este proyecto de ley es introducir fórmulas organizativas, como empresas públicas, consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, además del establecimiento de acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas.

Lo que se propone en este proyecto de ley no es mejorar y abaratar la gestión ni el funcionamiento y, por tanto, dar satisfacción al usuario. Lo que se propone es dar barra libre al Gobierno para la introducción en el sistema sanitario público de mecanismos privatizadores y para aumentar la participación de la sanidad privada en la inmensa tarta sanitaria, por cierto, tan apetecible.

Empresas que lo que provocan es descoordinación en los hospitales, aumento de burocracia, diferencias salariales y laborales entre los trabajadores del mismo centro y utilización gratuita de medios públicos, sin que, desde luego, hayan demostrado ni una disminución de costes ni un mejor servicio. Fundaciones de las que en nuestra comunidad autónoma también tenemos conocimiento y experiencia; fundaciones como la del hospital de Verín, donde se abaratan los gastos exclusivamente por la vía de disminuir los costes laborales, con menos personal, con disminución de salarios, con aumento del número de horas de trabajo, con selección de personal, naturalmente

---

<sup>4</sup> Siglas del Instituto Nacional de Salud.

---

a dedo, y todo esto sin que se demuestre una mayor eficacia. O conciertos privilegiados con centros sanitarios privados, destinados más bien a reflotar empresas privadas con fondos públicos; empresas que, por cierto, quebrarían sin la aportación de estos fondos públicos y a las que se adjudica nada menos que la asistencia de un área determinada, a pesar de las deficiencias de recursos que tienen estas empresas respecto a los de los hospitales públicos.

Tiene la palabra la Sra. Maestro Martín del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya: - Pero el problema fundamental es que las causas de ineficiencia de la sanidad pública están sin resolver (...) La introducción de las fundaciones, la introducción para la gestión de la sanidad pública de cualquier ente constituido en derecho, representa una aberración de primer orden desde el punto de vista jurídico y absolutamente injustificado desde el punto de vista de las necesidades de salud. Existe una enmienda transaccional planteada por el Grupo Popular que enmascara la permanencia de las fundaciones, yo quiero decirlo con toda claridad ante este Pleno del Congreso de los Diputados estamos ante una tergiversación jurídica.

Para un turno en contra de las enmiendas, en nombre del Grupo Popular tiene la palabra el Sr. Villalón Rico: -¿En qué se basa la fundación? La fundación es, fundamentalmente, una organización sin ánimo de lucro y se rige por la Ley 30/1994 (...) por el Reglamento de registro de fundaciones, Real Decreto (RD) 384/1996, de 1 de marzo —todo ese sustento jurídico no se ha establecido durante este Gobierno, sino durante el Gobierno anterior— y, por supuesto, también se basa en los estatutos. Por eso, nosotros no vemos ningún peligro ni amenaza al sistema público; vemos que hay posibilidades de gestionar de diferente forma y que hay posibilidades de que la calidad asistencial de los ciudadanos sea mejor (Congreso de los Diputados, 1997).

Así, del Real Decreto-ley 10/1996 de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, se procede a una nueva redacción con la Ley 15/1997, de 25 de abril. En esta “establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho”.

En 1998, el INSALUD pone en marcha una experiencia piloto de seis Institutos o Áreas clínicas, sin un marco legal específico<sup>5</sup>, apostando por un contrato de gestión en base a dos modalidades, según grado de desarrollo organizativo y de descentralización, dentro de hospitales públicos: Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Áreas Clínico-Funcionales o Institutos; basado en un “nuevo concepto de organización hospitalaria, el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación”.

En las Unidades de Gestión Clínica, el nivel de descentralización es la unidad asistencial básica. Consiste en la gestión por parte de la unidad del conjunto de recursos asignados a la misma. Está dirigida a los hospitales y unidades asistenciales con mayor madurez organizativa, mayor tradición de cultura de gestión y buen nivel de desarrollo de las herramientas básicas de gestión.

Las Áreas Clínico-Funcionales o Institutos, en las que el nivel organizativo de descentralización de la gestión es una agrupación de unidades asistenciales básicas. Consiste en la gestión por parte del Área Clínico-Funcional, y a través del Coordinador de la misma, del conjunto de los recursos asignados al área (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001, p. 14).

Años más tarde aparece el fantasma de la privatización a través de esta fórmula, la cual, aunque se estima que las UGC en concepto parece una idea positiva, es decir como “un mecanismo para asegurar una mejor utilización de los recursos disponibles de acuerdo con la evidencia científica, para favorecer la autonomía de gestión, mejorar la eficiencia del sistema sanitario y favorecer una mejora de la calidad de la atención sanitaria”, lo que precisa para su desarrollo no son cambios organizativos en el SNS, sino un cambio en la cultura organizativa (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2014).

---

<sup>5</sup> El amparo normativo para la creación de estas nuevas formas de organización es remitido al artículo 27 del RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD (Boletín Oficial del Estado núm. 91 de 16 de abril de 1987): “...cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, podrán crearse **unidades asistenciales interdisciplinarias**, donde los facultativos de las distintas especialidades desarrollarán sus actividades a tiempo parcial o completo. Estas unidades deberán de estar dotadas de unas normas de funcionamiento y se nombrará un responsable de entre los miembros que las compongan’ ”.

---

**MODELO LEAN: UNA PROPUESTA ORGANIZATIVA**

Con lo anteriormente expuesto, parece que el único punto en el que coinciden distintas disciplinas y actores sociales es: la necesidad de cambio.

He aquí que, resulte pertinente presentar el modelo Lean, como una alternativa de cambio que serviría para atajar las ineficiencias detectadas en los hospitales públicos.

El modelo Lean manufacturing (fabricación esbelta o magra) es una estrategia de cambio organizacional y cultural, considerada una filosofía de gestión (Bhasin & Burcher, 2006), y fundamentada en dos pilares: implicación del personal y mejora continua del rendimiento de los procesos, a través de la eliminación de todo aquello que no aporta valor añadido (también denominado desperdicio o “Muda”, término en japonés).

Estos desperdicios son: defectos, sobreproducción, existencias innecesarias, movimientos de personal no necesarios, transporte de productos innecesarios y esperas de los trabajadores (Ohno<sup>6</sup>, 1988).

En concreto, el pensamiento Lean, con su énfasis en la normalización, trata de eliminar el inventario y mejorar los procesos. El tiempo que transcurre entre que un cliente solicita un servicio y lo recibe debe ser el mínimo. El valor no es visto como un concepto a nivel individual, sino como una propiedad del sistema, intrínseco, limitado por su diseño, en lugar de por la voluntad, la experiencia o actitud de los miembros individuales (Joosten, Bongers & Janssen, 2009).

Las herramientas y métodos Lean<sup>7</sup> son: mapeo de la cadena de valor, ciclo corto sesiones de mejora continua (kaizen), 5S, análisis de Causa Raíz, células de trabajo, equipos de trabajo polivalente, A3, método de prevención de errores (poka-yoke), sistemas de información para saber cuándo los productos están listos para ser extraídos a la siguiente etapa (kanban),

---

<sup>6</sup> Ohno creador de la metodología Lean, es aplicada por primera vez en la empresa de coches Toyota.

<sup>7</sup> Las herramientas y métodos de Lean se expone su significado más ampliado en el apartado de glosario.

---

cuando existe un problema (andon) o pararse hasta corregir su causa (Jidoka) (Austenfeld, 2005; Potužák, 2018).

Este modelo ha sido aplicado en el campo empresarial en distintas áreas, entre ellas la sanitaria, y en diferentes países, obteniendo mejora coste-efectividad, ahorro de material, reducción del tiempo de entrega del producto, disminución de errores, reducción del espacio por redistribución de la planta, aumento de la producción y consecución de los objetivos propuestos.

A modo de ejemplo aumentaría el tiempo de dedicación al paciente (Wilson, 2009), reduciría el tiempo de entrega de resultados de laboratorio (Panning, 2005), la estancia media en pacientes quirúrgicos (Fillingham, 2007), el número de eventos adversos (Ben-Tovim, 2007), costes (Kimsey, 2010), inventario y mejoraría la producción (Napoles & Quintana., 2006) y aumentaría la satisfacción del cliente y trabajador (Wilson, 2009).

La fortaleza de Lean reside en el valor (cualquier actividad que hace que un producto se realice lo más parecido a lo que un cliente está dispuesto a pagar) definido por el cliente y es en lo que se centran los proveedores de servicios, y como tal a la eliminación implacable de los residuos que impiden el flujo de valor (Kim, Spahlinger, Kin, Coffey & Billi, 2009).

Sin embargo, la debilidad de la aplicación de Lean se halla en la cultura organizacional (Dibia & Onuh, 2010); esto es, en las normas de comportamiento, valores e incluso los supuestos compartidos, porque el mayor problema que se observa es el relacionado con la gente, no con cuestiones técnicas. Por consiguiente la construcción de una cultura de empresa es la base para poder implantarlo.

Así, investigaciones realizadas en el mundo empresarial encontraron que los factores culturales de las organizaciones pueden promover directamente, o dificultar, el proceso de aplicación del modelo Lean, donde la cultura corporativa y la mejora continua de la empresa se refuerzan mutuamente (Li, 2011).

De esta manera, las claves del modelo están en una dirección con fuerte liderazgo (Muslimen, Mohd & Sakura, 2011), compromiso de los trabajadores, comunicación transparente

---



(Losonci, Demeter & Jenei, 2011) y transferencia del poder de toma de decisiones a los niveles bajos de la organización (Sherrer-Rathje, Boyle & Deflorin, 2009).

Por consiguiente, esta investigación plantea el estudio de la cultura organizativa en un hospital público, desde el modelo Lean.

### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El objetivo de estudio es la cultura organizativa de un hospital, por lo tanto el tipo de investigación idónea es cualitativa; de manera que no se establece hipótesis como en la investigación cuantitativa (Strauss & Corbin, 2002), previo a la entrada al contexto o comenzando la recogida de datos; es más bien, que éstas se generan durante el proceso de investigación en donde se afinan poco a poco conforme se recogen más datos o incluso las hipótesis son uno de los resultados del estudio.

“Las hipótesis son pues, emergentes, flexibles y contextuales, se adaptan a los datos y avatares del curso de la investigación” (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006, p. 533).

Así, el propósito para este estudio es definir un modelo Lean adaptado a un contexto concreto como es un gran hospital, con gestión pública o privada.

El objetivo principal es:

Conocer e interpretar la cultura organizacional sanitaria de una unidad de hospitalización, en situación de crisis económica social, desde la perspectiva Lean.

---

Los objetivos específicos:

- Describir el entramado de la cultura organizacional de un hospital público y su influencia en la gestión de procesos de una unidad de hospitalización.
- Describir y comprender el establecimiento de las rutinas, comportamientos, hábitos, que se aprecian en la organización estudiada.
- Realizar un análisis interpretacional del compromiso de los trabajadores con respecto a la cultura organizativa y su repercusión en los procesos de su unidad.
- Describir e interpretar el rol/posición del paciente y familia dentro del proceso.

#### LA PREGUNTA GUÍA

Conforme al propósito planteado, la pregunta de investigación es:

¿El modelo Lean puede ser adaptado a un gran hospital de la Comunidad de Madrid?

Esta pregunta de investigación difiere de las formuladas en metodología cuantitativa, pues como señalan Strauss y Corbin (2002), debe ser lo suficientemente amplia para poder explorar el fenómeno de estudio y debe decir al lector lo que el investigador quiere saber del tema. Además, así proporciona que se acote y refine a medida que progresa la investigación según van emergiendo asuntos o problemas del área que se está investigando (p. 46, 59).

#### ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

Después de este capítulo, en el que se ha expuesto la visión personal y profesional del problema de estudio, las perspectivas de otros para esta situación problemática, las soluciones implantadas y propuesta organizativa, la tesis se divide en los siguientes capítulos:

Diseño de la investigación que presenta las decisiones técnicas, instrumentales y muestrales, junto con los criterios de calidad, las consideraciones éticas y el cronograma del estudio.

Método que comprende desde el trabajo de campo y el análisis preliminar, hasta el análisis intensivo; según las perspectivas etnográfica y de la teoría fundamentada.

---

Resultados que muestra la unión de los dos enfoques metodológicos a través del modo particular de presentar los hallazgos, y una síntesis de la Teoría emergente.

Discusión que expone el desarrollo de la Teoría generada, desde la discusión y comparación de los resultados con otras teorías y la bibliografía utilizada para su construcción.

Por último, conclusión que cierra con la evaluación de la Teoría generada, limitaciones y recomendación de investigación a futuro, y las conclusiones del estudio.

---

# CAPÍTULO II. DISEÑO

---

- Investigación cualitativa
- Técnicas e instrumentos
- Estrategias de muestreo
- Objetividad y sensibilidad
- Escritura
- Criterios de calidad
- Consideraciones éticas
- Cronograma



## DISEÑO

“El corazón tiene razones que la razón no conoce” (Pascal, 1669, *Pensamientos*, 277, citado en Miguélez, 2011).

### INTRODUCCIÓN

Este pensamiento de Pascal sintetiza la vía onto-epistémica<sup>8</sup> que se utiliza para construir esta investigación, definida por la investigadora como una manera de pensar “sin barreras” guiada por “la fuerza del corazón”, visibilizada a través de su lectura.

En este capítulo se sigue perfilando el diseño, con los argumentos que justifican la elección del tipo de investigación y del enfoque metodológico; así como, las decisiones técnicas e instrumentales para la recogida de información y las estrategias de muestreo, con los criterios de elección del contexto y la población.

A partir de aquí se presenta la posición de la investigadora durante la investigación, un equilibrio mantenido entre la objetividad y la sensibilidad ante los datos, expresado a través de la escritura que enlaza el trabajo de campo con la lógica en su construcción del estudio.

A continuación, se explicitan los criterios de calidad, presentes en el tejido de la investigación desde el inicio, para que el lector pueda valorarla; del mismo modo que las consideraciones éticas, que se exponen a continuación.

---

<sup>8</sup> Miguélez (2011) en *Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad* expone el “acta de defunción” del positivismo lógico, y presenta la vía onto-epistémica como el futuro de la ciencia para entender la complejidad de las realidades. Un modo de “pensar profundo”, transdisciplinar, de interrelaciones y basado en el principio de complementariedad: “puede haber dos explicaciones opuestas para los mismos fenómenos físicos y, por extensión, quizá, para todo fenómeno” -Niels Bohr, Premio Nobel de física-; y de complejidad. Para ello, se precisa no olvidar la historia de la ciencia, por si *pensadores eminentes* no comprendidos en su tiempo, ya hubieran expuestos las mismas ideas actuales “y no llegar al *absurdo* de alguna coordinación de estudios de postgrado que aconseja no citar obras que no hayan sido publicadas en los últimos cinco años; como dice el refrán: ‘la ignorancia es atrevida’. ¿Ignorancia de qué? Ignorancia de la historia” (...). “Evidentemente, ‘pensar algo que merezca la pena’ no se puede realizar sin entrar en la *Metafísica*”, sólo se necesita un pensamiento creativo, que tiene todo ser humano.

Por último, se presenta el cronograma de la tesis, que muestra la viabilidad del estudio.

### **INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

Los objetivos planteados como la pregunta de investigación, expuestos en el anterior capítulo orientan a una investigación cualitativa, por las siguientes razones:

- Cuando se necesita de una comprensión compleja y detallada de la cuestión.
- Se quiere capacitar a los individuos para compartir sus historias, escuchar sus voces y minimizar las relaciones de poder que a menudo existen entre un investigador y los participantes en un estudio, sin separar lo que la gente dice del contexto en el cual lo dicen.
- Para ayudar a explicar los mecanismos o vínculos en las teorías causales o modelos, (Creswell, 2007, pp. 39-40).
- Porque produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación (Strauss & Corbin, 2002, p. 11).

Una investigación denominada también naturalista (Hernández Sampieri et al., 2006), dado que el investigador se sitúa en el lugar natural donde ocurre el suceso en el que está interesado y los datos se recogen a través de medios naturales: preguntando, visitando, observando, escuchando (Gómez, Flores & Jiménez, 1999, p. 23); tratando de dar sentido o interpretar fenómenos en términos de los significados que las personas les aportan (Creswell, 2007).

Además, la elección para realizar una investigación cualitativa se fundamenta en el tipo de conocimiento que se pretende. Mientras que los investigadores cuantitativos destacan la explicación y el control; los cualitativos destacan la comprensión de las complejas relaciones entre todo lo que existe (Stake, 1999, p. 42).

En investigación cualitativa existen varios enfoques, desde la perspectiva interpretativa: la etnografía, la etnometodología y la hermenéutica; y desde una perspectiva explicativa: la investigación acción y la teoría fundamentada (Casilimas, 1996); eligiendo a priori en este estudio la etnografía, pues a diferencia de otras perspectivas cualitativas centra su atención en la cultura (Gerrish & Lacey, 2008). Un enfoque de investigación por el que se aprende el

---

modo de vida de una unidad social concreta, persiguiendo la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

La preocupación del etnógrafo es el estudio de la cultura en sí misma, es decir, delimitar en una unidad social particular cuales son los componentes culturales y sus interrelaciones, de manera que sea posible hacer afirmaciones explícitas acerca de ellos (Gómez et al., 1999, pp. 44-45).

### **DECISIONES DE DISEÑO: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

Se parte de que cada estudio cualitativo es un diseño por sí mismo de investigación, como “piezas artesanales del conocimiento”, “hechas a mano” a la medida de las circunstancias (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 686).

Por lo tanto, diseñar, significa ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso de estudio (Valles, 2007, p. 78).

En este trabajo se sigue las fases propuestas por Gómez et al. (1999), que son cuatro: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa. No tienen un principio y final claramente delimitado, sino que se superponen, mezclan y siempre en un camino hacia delante para intentar dar respuesta a las cuestiones planteadas en la investigación.

La fase preparatoria consta a su vez de dos etapas: una reflexiva y otra de diseño, que en este estudio se enlazan orientando la primera a la segunda a lo largo de todo el proceso.

Algo similar a Janesick (citado en Valles, 2007) que subraya “la omnipresencia del diseño”, o mejor dicho, las decisiones de diseño, durante todo el proceso de investigación (p. 79). De ahí que, se comprenda la identificación del diseño en investigación cualitativa con: flexibilidad (Taylor & Bogdan, 1987) y provisionalidad, pues se sabe y es aceptado de antemano que cualquier toma de decisión puede ser alterada a lo largo de la investigación (Ruíz Olabuénaga, 2012).

---



Cada método está al servicio de los interrogantes planteados en el estudio, de manera que va a determinar un tipo de técnica e instrumentos para la recogida de información, produciendo un tipo de resultados más adecuados que otros (Gómez et al., 1999).

Así, en conformidad con estos autores, a continuación se exponen las técnicas de diseño para la recogida y obtención de datos, que se van a utilizar durante el trabajo de campo: observación participante, material documental y entrevistas.

#### OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La técnica “estrella” para la recogida de información en estudios cualitativos de enfoque etnográfico es la observación participante (Valles, 2007, p. 100), siempre que se quiera entender la realidad social, primando el punto de vista de los actores en ella implicados (Guasch, 2002). Para ello se intenta observar de modo directo, entero y en su complejidad, durante una estancia prolongada explorando la naturaleza del fenómeno social concreto, recogido en un diario realizando una descripción densa, que incluyan las notas de campo (Gómez et al., 1999).

Según Taylor y Bogdan (1987) el rol del observador participante es muy variado, desde hacerse el “bobo”, un investigador con un estudio muy abstracto, que no suponga una amenaza a la institución, etc.; lo importante es “establecer un equilibrio entre la realización de la investigación tal como uno lo considera adecuado y acompañar a los informantes en beneficios del *rapport*” (p. 53), es decir, lograr su confianza para que se abran y manifiesten sus sentimientos sobre el escenario.

Para ello es preciso contactar con “los informantes clave” que guían e introducen al investigador en el ambiente, pues: “los muestran, los presentan a otros, responden por ellos, les dicen cómo deben actuar y le hacen saber cómo son vistos por otros” (p. 61).

En este estudio la investigadora ha asumido diferentes papeles desde “que no se entera de nada y necesita que le aclaren algo...”, hasta realizar pequeños servicios; en aras de llegar a ser considerada parte del grupo: un “nativo”, alguien al que nada tienen que temer, para poder de este modo, dar respuesta a la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos planteados.

---

Ejemplo de conversación entre una informante clave y la investigadora en este estudio:

Irene (auxiliar) continúa hablándome, pero baja un poco el tono: -no sé cómo tienes programado cómo investigar..., pero creo que debías “pegarte al culo de cada uno”

Investigadora (I): -¿Qué quieres decir con cada uno?

Irene: -Para que veas lo que sucede y cómo se trabaja, no creo que les importe, te vas con la auxiliar, la enfermera...

Le agradezco su opinión. (P22 OBH1, 048:051)<sup>9</sup>.

Así, “el fin último de la observación participante es anular, disminuir o (al menos) controlar mediante la inmersión en un contexto social ajeno, la distancia social que existe entre el observador y los observados, precisamente para captar su punto de vista” (Guasch, 2002, p. 37); sin generar cambios ni alteraciones en los grupos estudiados, adoptando una actitud de respeto hacia el mundo social, para que no sean contaminados por el investigador (Navarrete, 2004, p. 290).

### **Diario de campo**

Para Hernández Sampieri et al. (2006) el diario de campo o bitácora es el documento donde el investigador vacía sus anotaciones, reflexiones, puntos de vista, conclusiones preliminares, hipótesis iniciales, dudas e inquietudes sobre el trabajo de campo. Una especie de diario personal con descripciones del contexto, de las relaciones entre los participantes, mapas de los lugares, cronología de sucesos...; en definitiva, todo aquello que el investigador juzgue relevante para el planteamiento del estudio (pp. 604, 545).

Según Spradley (1980, citado en Valles, 2007) este “registro introspectivo” se considera útil para no pasar por alto la influencia en la investigación de los “sesgos personales”, mostrando los sentimientos y presentimientos del observador participante; además de ser, para Jorgensen

---

<sup>9</sup> “P22 OBH1, 048:051” indica cómo está clasificada la cita, explicándose en el capítulo de método.

(1989), un registro cronológico del trabajo de campo, pudiendo incluir resultados de entrevistas y un apunte “comprehensivo de experiencias y observaciones del campo” (p. 170).

### Notas de campo

En cuanto a las notas de campo, se trata de un “registro vivo” basado en una concepción interactiva de las etapas de la investigación, que no sólo sirven para recogida de datos, sino que ayudan a crearlos y analizarlos (encauzando y reorientando la investigación), (Valles, 2007, pp. 170-171).

Sin embargo, aunque son muy útiles, no muestran ejemplos; sólo mencionan reflexiones metodológicas sobre ellas como Schatzman y Strauss, y Spradley.

Schatzman y Strauss (1973) proponen tres modelos de notas de campo: observacionales, teóricas y metodológicas.

- Notas observacionales (NO): son exposiciones sobre sucesos presenciados principalmente a través de la observación visual y auditiva, apenas hay interpretación; es el Quién, Qué, Cuándo, Dónde y Cómo de la actividad humana. Contando quién dijo o hizo qué, bajo determinadas circunstancias (p. 100).
- Notas teóricas (NT): representan intentos auto-conscientes, controlados de derivar significado a partir de una o varias notas de observación. Interpreta, infiere, hipotetiza, conjetura; desarrolla nuevos conceptos, vincula estos a los más antiguos, o relaciona cualquier observación con cualquier otra en este esfuerzo actualmente privado para crear ciencia social.
- Notas metodológicas (NM): es una declaración que refleja un acto operativo terminado o planeado: una instrucción a uno mismo, un recordatorio, una crítica a las propias tácticas. Observa el tiempo, la secuencia, la situación, la organización del escenario o la maniobra. Se pueden considerar como notas observacionales sobre el propio investigador y sobre el propio proceso metodológico (p. 101).

Por su parte, Spradley expone otra clasificación sobre notas de campo, que denomina: notas “condensadas”, “expandidas”, “del diario de campo”, y “de análisis e interpretación”.

---

En esta investigación se sigue el modelo de notas de Schatzman y Strauss, además de los significados aportados por Spradley en su lista, mostrándose una de las particularidades metodológicas de este estudio, exceptuando las notas “condensadas” que son utilizadas tal cual, a modo de pistas escritas a mano en una libreta para recodar y expandir en privado.

Según su autor, estas notas son “tomadas en el momento o inmediatamente después de una sesión de *trabajo de campo*. Incluyen todo tipo de apuntes, de lo que el observador ve u oye, pero sin pararse a anotar en detalle todo lo que observa” (citado en Valles, 2007, p. 170).

#### MATERIAL DOCUMENTAL

Otra técnica cualitativa que se emplea en este estudio es el material documental<sup>10</sup>, tales como fotografías, videos -publicados en internet-, mapas y documentos (textos oficiales de la Administración Pública, memorias del hospital, registros de la unidad, crónicas en revista y televisión; relacionados con el momento histórico actual de la sanidad española y/o con implicación en la realidad del estudio).

Así, acorde a las dos posibles maneras enunciadas por Strauss y Corbin (2002), sobre el uso de la literatura no técnica, en esta investigación se emplean al mismo tiempo: como datos primarios<sup>11</sup> y, para complementar observaciones y entrevistas.

#### ENTREVISTAS

En investigación cualitativa otra técnica de obtener información es la Entrevista en Profundidad, no es otra cosa que: una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales (Ruíz Olabuénaga, 2012, p. 165); o como explica Taylor y Bogdan (1987) sigue el modelo de una conversación entre iguales, “dirigida a la comprensión de las perspectivas que

---

<sup>10</sup> Nota sobre documentos visuales de esta investigación: las fotografías han sido realizadas por la investigadora al igual que los planos de planta de la unidad hospitalaria.

<sup>11</sup> Un orden establecido a los documentos que se explica en el capítulo de método.

---

tienen los informantes de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 101).

De tal manera, en este estudio se realiza a través de dos formas, según la bibliografía:

- a) Entrevistas No estructuradas con preguntas abiertas, por ejemplo:
  - ¿Cuántos años llevas en el hospital? (Gómez et al., 1999).
  - ¿Qué entiende por esto? (Taylor & Bogdan, 1987).
- b) Entrevistas semiestructuradas mediante una Guía de preguntas.
  - La guía de preguntas se construye con los resultados de las primeras entrevistas no estructuradas y desde la literatura técnica del marco teórico (Strauss & Corbin, 2002).
  - Asimismo, se amplía y revisa a medida que se realizan entrevistas adicionales (Taylor & Bogdan, 1987).

Estas entrevistas a su vez son: formales e informales, realizadas de manera individual y grupal (Valles, 2007).

- En las formales se solicita, de manera previa a los participantes, la firma del consentimiento informado para poder ser grabadas en audio y su conformidad tras la transcripción de las mismas.
- Las entrevistas informales se realizan durante todo el periodo de estancia en la unidad y hospital, a cualquier participante que opta voluntariamente a hablar con la investigadora, teniendo conocimiento previo de la realización de las mismas e información del estudio.

### **OTRAS DECISIONES DE DISEÑO: ESTRATEGIAS DE MUESTREO**

Todo muestreo implica fundamentalmente la decisión de qué grupo de unidades (objetos, situaciones, textos, individuos) y qué grupo de dimensiones (aspectos, situaciones, procesos) uno quiere estudiar. Una operación que es común a ambos tipos de investigación, la cuantitativa y la cualitativa.

---

A partir de aquí surgen las diferencias, la investigación cualitativa no obedece a unas reglas fijas, ni especifica de antemano el número de unidades a seleccionar. Acepta, en principio, que este número deberá ser alterado a lo largo de la investigación de manera que:

- puedan seleccionarse unidades de muestreo no previstas inicialmente para mejorar la calidad y riqueza de la información, y
- pueda interrumpirse la selección de más unidades cuando se entienda que se ha llegado a un punto de saturación por la cantidad de información recogida. Esta “saturación teórica” se alcanza cuando el investigador (que recoge al mismo tiempo que analiza la información) entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa (Ruíz Olabuénaga, 2012, p. 65).

Así de acuerdo a lo anteriormente expuesto, primero se realiza la selección del contexto relevante para el problema de estudio y a la perspectiva etnográfica, para posteriormente seleccionar los casos individuales (Valles, 2007).

#### CRITERIOS DE ELECCIÓN DEL CAMPO

Los criterios seguidos para la elección del campo son: conveniencia y accesibilidad.

Según Mertens (2005, citado en Hernández Sampieri et al., 2006), la primera responde a las siguientes interrogantes: ¿el ambiente definido contiene los casos, personas, eventos, situaciones, historias y/o vivencias que necesitamos para responder a la pregunta de investigación? La segunda tiene que ver con estas cuestiones: ¿es factible realizar la recolección de los datos? o ¿podemos acceder a los datos que necesitamos? (p. 534).

Así, en principio se plantea la conveniencia de realizar el estudio en un hospital de nivel 3 de la Comunidad Autónoma de Madrid, sin embargo en aras de responder a la pregunta de investigación se amplía posteriormente a otros contextos.

No obstante, la condición para seguir con la investigación es lograr el acceso a un ambiente (organización y servicio), a través de la obtención del permiso por quienes controlan el ingreso, de un modo formal como directores o gerentes, o que pueden facilitar el acceso, denominados “porteros” (Hernández Sampieri et al., 2006).

---

Para ello se plantea contactar a través de correo electrónico con aquellas personas que permitan la entrada al campo; en él se presenta la investigadora y expone su motivación, solicitando una cita para poder entrevistarles usando grabadora.

No tardan en responder de distintos hospitales, eligiéndose entonces los directivos, tanto de enfermería como de gerencia, que pertenecen a la misma organización; pues se presupone estar siguiendo una idéntica línea de gestión en su hospital.

Además, dentro del campo se decide en qué unidad realizar la investigación, esto se hace atendiendo al criterio de heterogeneidad, buscando que sea “representativo” del contexto (Valles, 2007).

Así, en este estudio se decide por un servicio en el que se encuentren pacientes de diferentes edades, sexos y patologías, junto a empleados con una mayor variedad de profesiones sanitarias y no sanitarias.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los individuos de la muestra son elegidos mediante muestreo intencional, es decir, los sujetos no son elegidos al azar, sino de alguna forma intencional; para ello se utilizan sus dos modalidades:

- Muestreo opinático. El investigador selecciona los informantes siguiendo un criterio estratégico personal: los más fáciles, los voluntarios, los que por su conocimiento de la situación pueden ser los más idóneos y representativos o entran en contacto con el investigador a través de los sujetos entrevistados previamente. Esto se conoce como “técnica de bola de nieve” (Valles, 2007).
  - Muestreo teórico (Ruíz Olabuénaga 2012, p. 64). La selección de los informantes se hace de acuerdo a lo que importa, esto es, el potencial de cada “caso” en el desarrollo de las comprensiones teóricas sobre un área (Glaser & Strauss, 1967), siendo más significativa la riqueza de la información que el número de informantes (Lingard, Albert & Levinson, 2008). Una recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer
-

comparaciones”, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002, p. 219).

De ahí que, la estimación previa del tamaño de la muestra en estudios cualitativos es muy variable, la muestra planteada al principio puede diferir de la muestra final (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 564), su cálculo tiene como ingrediente clave la noción, principio o estrategia de la “saturación”.

Por lo tanto, el proceso de selección de los diferentes informantes se detiene cuando existe la imposibilidad para encontrar nuevos datos que añadan nuevas propiedades a una categoría. De igual modo se hará con las restantes categorías de análisis, en un intento de lograr una “saturación” de todo el esquema interpretativo desarrollado en el transcurso de la investigación (Gómez et al., 1999).

### **Población de estudio**

Los criterios establecidos para la elección de los individuos del estudio son:

- a) Criterios de Inclusión.
  - Mayor de edad (>18 años).
  - Trabajadores sanitarios y no sanitarios de todas las categorías profesionales de la unidad o del centro, que accedan voluntariamente.
  - Firma del consentimiento informado para realizar la entrevista formal.
- b) Criterios de exclusión.
  - Negación de la firma del consentimiento informado.

### **MANTENIMIENTO DE LA OBJETIVIDAD Y LA SENSIBILIDAD**

Según Strauss y Corbin (2002), esta metodología se caracteriza por recoger datos y analizar de un modo alterno desde el principio, por lo que se necesita mantener un equilibrio entre

---



objetividad y sensibilidad para hacer descubrimientos: la objetividad para lograr una interpretación imparcial y precisa de los acontecimientos, y la sensibilidad para percibir los sutiles matices de significados en los datos y reconocer las conexiones entre los conceptos (pp. 47, 48).

Se sabe de antemano que todo investigador parte de unas experiencias y conocimientos para comprender el mundo en el que vive, es decir, de una subjetividad, que está presente tanto en investigación cuantitativa como cualitativa; lo importante es reconocer su existencia y minimizar su intromisión en el análisis tomando medidas.

Para ello, una forma es expresando las razones personales y profesionales por las que el investigador accede al problema de estudio, que revela su ideología y Morse (1994, citado en Valles, 2007) recomienda para evitar sesgos; otra es a través del registro de las reflexiones propias del investigador en las notas metodológicas de campo, que señala Spradley.

Aparte, en cualitativa, la objetividad se consigue siendo abiertos, escuchando y dando voz a los entrevistados, sean individuos u organizaciones; es decir, observar lo que hacen y escuchar lo que dicen, y “representarlos tan precisamente como sea posible” (Strauss & Corbin 2002, p. 48).

Otra manera es manteniendo una actitud escéptica, como señalan Strauss y Corbin (2002), que lleva a la comparación constante de incidentes y fuentes; revisar presuposiciones e hipótesis con los entrevistados y cotejarlos con los datos; además de pararse periódicamente a preguntarse qué sucede aquí y, si lo que se ve aquí acaso encaja con la realidad de los datos.

Además, en esta investigación se mantiene la objetividad evitando otros sesgos como:

- el institucional (cualquier institución u organismo tiende a ocultar los datos que le perjudican y a difundir los que le favorecen),
  - el material documental disponible (ante cualquier tipo de inferencia se debe contrastar sopesando posibles sesgos por el hecho de trabajar con muestras y material histórico),
  - de los observados (la naturaleza indirecta de la información proporcionada por informantes, donde el investigador no puede llegar) (Valles 2007)
-

- y del investigador (en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis, que disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar) (Hernández Sampieri et al., 2006).

Por otro lado, para Strauss y Corbin (2002), la sensibilidad significa ver más allá de lo obvio y descubrir lo nuevo, sin perder la objetividad. Esto es posible a través de la inmersión del investigador en los datos que le sensibiliza a las personas, sucesos y contextos investigados, capacitándole para formular más preguntas a los datos y volver a recoger otros para comparar.

Siguiendo a estos autores, también la experiencia profesional y personal del investigador facilita esta familiaridad con el entorno, además del uso de literatura sobre los temas que van emergiendo de los datos. Todo ello permite captar diferencias sutiles entre incidentes.

En consecuencia, el mantenimiento del equilibrio entre objetividad y sensibilidad ha suscitado en la investigadora la necesidad de aplicar también el enfoque de la teoría fundamentada a un solo conjunto de datos, otra particularidad más de este estudio.

Inciarte (2011) menciona trabajos recientes de investigación cualitativa, en los que algunos investigadores de diversas tradiciones cualitativas han adoptado la teoría fundamentada también como metódica o técnica para analizar información (p. 20).

## **ESCRITURA**

Según Strauss y Corbin (2002) la tesis debe responder a los criterios de los comités evaluadores de la universidad tanto de los estándares deseados como del formato aceptado.

De modo que, en esta investigación se tienen en cuenta las indicaciones para su elaboración de la Universidad de Alcalá y los enfoques metodológicos empleados.

Una escritura que comienza como registro en el trabajo de campo, evoluciona unida a los momentos metodológicos de este estudio.

Así, desde la perspectiva etnográfica llevada a cabo según las pautas mencionadas anteriormente, se muestra al lector en la recogida de datos y el análisis, además, en el capítulo

---

de resultados a través de las citas enlazadas a los conceptos resultantes del enfoque de la teoría fundamentada.

No obstante, al utilizar los procedimientos y técnicas de la teoría fundamentada, que profundiza en el mensaje analítico de esta investigación y sus componentes (Strauss y Corbin, 2002), el formato de tesis y la estructura interna de los capítulos, sigue el modelo anglosajón para este método (Hardiman, 2011; Mewborn, 2005 & Sengstock, 2009), con la particularidad que integra ambos enfoques.

Simplificando, los capítulos se disponen como las secciones de un artículo científico (Trinidad Requena, Carrero Planes & Soriano Miras, 2006), a su vez cada uno de ellos consta de una introducción, que ubica al lector en el tema desarrollado en la parte central, finalizando con un resumen que sintetiza el capítulo y le introduce en el siguiente.

Todo ello utilizando una lógica en su construcción, que visibilice la consistencia interna, y a un nivel conceptual, para explicar la historia analítica de esta investigación.

Además, según los capítulos se incluyen tablas, esquemas, figuras o frases cortas (códigos “*in vivo*” o de otros autores); que de un modo sencillo y paralelo a los conceptos, complementan los textos y ayudan a comprender la complejidad de los significados.

También, a través del modo de escribir, que establece cada enfoque, se logra precisión y parsimonia (Ruíz Olabuénaga, 2012); unos criterios de calidad a evaluar por el lector, que suponen otra particularidad del estudio.

- La precisión, desde la perspectiva etnográfica: representando fielmente, mediante una descripción densa y detallada, lugares y actores; constituyendo los datos del análisis.
- La parsimonia, clave en teoría fundamentada, se consigue: siendo capaces de explicar un fenómeno o suceso, con el menor número de conceptos y de mayor alcance posible (Trinidad Requena et al., 2006).

Una investigación cualitativa que, parafraseando a Fetterman (1989, citado en Sandin, 2003), une ciencia y arte, a través de la escritura, en un proceso creativo de análisis y exposición.

---

### COMO PRINCIPIO: LOS CRITERIOS DE CALIDAD

Para De la Cuesta, (2015), la calidad depende de la conciencia de calidad de quién investiga, pues es el instrumento; o dicho de otro modo, la investigación será todo lo buena como lo sea el investigador (Morse, Barrett, Mayan, Olson & Spiers, 2002).

Así, los criterios de calidad que guían este estudio son los denominados “*bridging criteria*”: contribución al conocimiento, credibilidad y rigor (Ravenek & Rudman, 2013).

Unos principios flexibles que se pueden adaptar a los diferentes enfoques, permitiendo una evaluación más adecuada y justa; a la par de ser equilibrados, pues responden a los cánones de la investigación cualitativa (De la Cuesta, 2015).

#### CREDIBILIDAD

La credibilidad de los hallazgos se relaciona “con la plausibilidad y solidez de lo argumentado” (De la Cuesta, 2015, p. 885) y depende, según Patton (1990), de la confiabilidad del investigador: pues es quien recoge y procesa los datos del análisis.

De ahí que, se apliquen en este estudio las siguientes técnicas de confiabilidad:

Presencia prolongada en el campo (que permite comprobar prejuicios y percepciones propias o de los participantes, soslayando los efectos de la presencia de la investigadora), observación persistente (que lleva a comprender lo esencial o característico y diferenciar de lo anecdótico, de las realidades estudiadas), verificación con los participantes de la información (así como de las transcripciones<sup>12</sup>), comprobación de la coherencia estructural entre datos e interpretaciones, incorporación de datos cuantitativos después del análisis cualitativo para resaltar los conceptos del conjunto de datos y el estudio de las tablas de contingencia (Gómez et al., 1999).

---

<sup>12</sup> Especificación realizada por la investigadora para este apartado.

---

---

Además de una triangulación de datos, técnicas, investigadores y métodos (Valles, 2007), contrastando unos con otros para confirmar datos e interpretaciones (Ruíz Olabuénaga, 2012); que se especifican seguidamente:

- Triangulación de datos: se realiza teniendo en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos.
  - La suficiencia se refiere a la cantidad de datos recogidos, antes que al número de sujetos, consiguiéndose cuando se llega a un estado de “saturación informativa” y la nueva información no aporta nada nuevo.
  - La adecuación se refiere a la selección de la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio y el modelo emergente (Gómez et al., 1999, p. 75).
- Triangulación de técnicas: mediante el empleo de diferentes instrumentos de recogida dentro del mismo método y comparándolos (-diario, notas de campo, entrevistas, grabaciones, vídeos, documentos oficiales y periódicos -) (Taylor & Bogdan, 1987).
- Triangulación de investigadores: a través del intercambio de opinión entre investigadores (director/es de tesis con sus conocimientos, opiniones, críticas y reflexiones).
- Triangulación de métodos: se emplea secuencialmente y respetando cada método (Gómez et al., 1999). Así, etnografía, y teoría fundamentada, desde sus atributos respectivos (descripción densa y conceptualización), se integran complementándose en los resultados para dar un mayor alcance y profundidad al estudio.

Resumiendo, una credibilidad construida en esta investigación, sobre argumentos de diferentes autores, conforme a un “*bridging criteria*” (Ravenek & Rudman, 2013, p. 447).

#### RIGOR

El rigor, en investigación cualitativa, hace referencia a la validez metodológica (De la Cuesta, 2015), que se garantiza en este estudio a través del proceso y su producto.

Así, durante esta investigación se ponen en práctica las estrategias enunciadas por Morse et al. (2002) para asegurar la confiabilidad y validez, como: responsabilidad del investigador,

---

coherencia metodológica, muestreo teórico y adecuación del muestreo, postura analítica activa y saturación de información; que obligan a corregir tanto la dirección del análisis como el desarrollo del estudio (p. 9).

Además, la acción reflexiva y autoconciencia de la investigadora (Arias & Giraldo, 2011), examinando prejuicios y creencias frente a los datos, como señalan Strauss y Corbin (2002), y también a través de una comparación constante para construir una fundamentación sólida (Morse et al., 2002).

Una responsabilidad que explicita la investigadora a lo largo del estudio, desde la sinceridad y transparencia (Ravenek & Rudman, 2013), al mostrar las decisiones tomadas y los pasos realizados o frustrados, haciendo de este modo copartícipe al lector de la búsqueda de calidad y su valoración; esto ya concretamente en el capítulo final, a través de su producto: la teoría.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En este estudio la ética está integrada en el propio proceso, como una guía que orienta, desde su inicio hasta la entrega final del producto, a través de un auténtico cuestionamiento ético-científico.

Una práctica de calidad (De la Cuesta, 2015) en la cual, como mencionan Koepsell y de Chávez (2015), “la prioridad ética de los científicos que adoptan el *ethos* de la ciencia debe ser la verdad” (p. 72); en la que se une la ética de la convicción con la ética de la responsabilidad o de las consecuencias, expresión de la integridad moral del investigador (Arias & Giraldo, 2011).

Siguiendo esta argumentación, el proyecto de investigación se presenta al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos, autorizando su realización (Anexo A).

El acceso a los posibles participantes se lleva a cabo en una entrevista concertada con directivos del hospital, en la cual se resuelven dudas del proyecto de investigación previamente enviado por correo electrónico, obteniendo el permiso de entrada a la institución.

---

La notificación a la unidad se realiza en una reunión, donde se presenta la investigadora y su estudio (Anexo B), poniéndose a disposición para cualquier cuestión. Para los no asistentes se pone una nota en el tablón de anuncios con información al respecto (Anexo C). Aparte, se les explica personalmente con más detalle, quien así lo requiera.

Además, para aquellos que se entrevistan de modo formal, antes de la firma del consentimiento informado (Anexo D), aseguran su comprensión de la información aportada oral y escrita; el anonimato y la gratuidad de su participación (Koepsell & de Chávez, 2015).

También, a lo largo de la investigación existe siempre una preocupación por mantener unas relaciones<sup>13</sup> (Ellis, 2007), negociadas y renegociables como expresa Erlandson (1993, citado en Valles, 2007) basadas en el respeto a la dignidad del ser humano y desde la igualdad; evitando perjudicar o poner en riesgo (Koepsell & de Chávez, 2015) a los participantes y sus contextos.

De ahí que, en aras de mantener la privacidad y confidencialidad<sup>14</sup> de organizaciones y actores, se presenten a través de un código alfanumérico o pseudónimos; incluso se realiza algún que otro tipo de cambio para impedir la trazabilidad, además de guardar los documentos en el ordenador con una clave de seguridad y los consentimientos en otra ubicación distinta.

## **CRONOGRAMA**

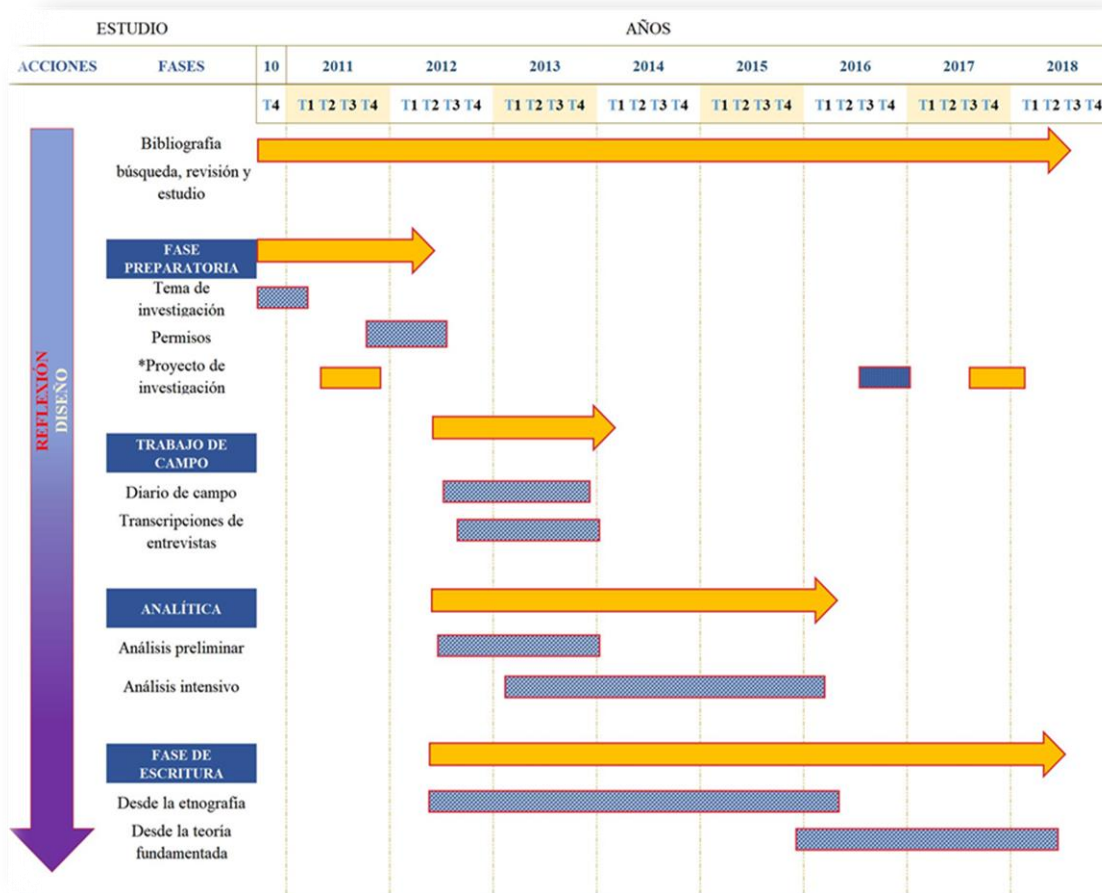
En la Figura 1 se explica el desarrollo de la investigación en relación al tiempo según las fases de trabajo: en casa (preparatoria, análisis y escritura) y de campo, cada una de ellas entrelazadas, y en las cuales se va y viene a lo largo del estudio.

---

<sup>13</sup> Como ejemplo son: la carta de despedida al personal del campo (Anexo E) y los correos electrónicos de despedida a los entrevistados (Anexo F).

<sup>14</sup> Conforme a la normativa vigente: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016; y Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

---



**Figura 1.** Cronología del estudio.

\* Se realizan varios proyectos por traslado de universidad y el último por cambios durante la investigación.

Fuente: elaboración propia (2018).

## RESUMEN

En este capítulo se han expuesto las elecciones de diseño para esta investigación, unas decisiones reflexionadas desde la ética, que tienen como objetivo lograr la calidad del estudio, a través de unos criterios comunes a distintos enfoques metodológicos y paradigmas.

Así, siguiendo esta práctica, en los sucesivos capítulos se explican las subsiguientes fases del estudio mostradas en el cronograma, exponiéndose en el próximo capítulo el método de esta investigación, a través del trabajo de campo y el análisis preliminar e intensivo.





# CAPÍTULO III. MÉTODO

---

▣ Trabajo de campo

▣ Análisis de datos



## MÉTODO

### INTRODUCCIÓN

En éste apartado se explica el método de investigación con las variaciones realizadas sobre el diseño inicial; realmente, cómo se ha llevado a cabo.

Se comienza exponiendo el trabajo de campo, primero, el momento histórico en el que se desarrolla, con el objetivo de introducir al lector en la realidad a estudio; y segundo, el modo de recoger la información y los problemas surgidos durante del mismo.

Seguidamente, el análisis de datos, ligado a la fase anterior, se explica como un *continuum*, desde los enfoques procedimentales utilizados: etnográfico y teoría fundamentada, que se ilustran con tablas y figuras complementado lo expuesto.

Asimismo para clarificar el proceso analítico se presenta un mapa con los hitos significativos del mismo.

### TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo “suele designar el periodo y el modo de la investigación dedicado a la recopilación y registro de datos” (Maillo & de Rada 2006, p. 18). En la etnografía es la fase principal, que establece la originalidad metodológica, fundamentada en algunos de estos principios implícitos enunciados por Edgerton y Lagness (1977, citado en Maillo & Rada, 2006, p. 23):

- 1) que los mejores instrumentos para conocer y comprender una cultura, como realización humana, son la mente y la emoción de otro ser humano;
  - 2) que una cultura debe ser vista a través de quien la vive, además de a través del observador científico, y
  - 3) que una cultura debe ser tomada como un todo (*holismo*), de forma que las conductas culturales no pueden ser aisladas del contexto en el que ocurren.
-

---

De tal manera, el etnógrafo a través de una mirada abierta y flexible intenta describir el sistema cultural o grupo social tanto como sea posible y construir una mirada global de la escena a partir de la interconexión de todos los aspectos aprendidos, buscando mostrar su complejidad, desde ese carácter holístico de la etnografía (Valles, 2007).

Por lo tanto, el trabajo de campo involucra el enfrentamiento a una variedad de fuentes y materiales significativos, cuya combinación brinda riqueza y profundidad a la investigación (Di Virgilio, Fraga, Najmias, Navarro, Perea & Plotno, 2007, p. 92, 91).

En este sentido la investigadora actúa como un *bricoleur*, (Denzin & Lincoln, 2012) poniendo en juego las técnicas, instrumentos y estrategias muestrales, previamente elegidas, para estudiar el problema en un espacio y tiempo histórico concretos.

Así, el panorama político-socio-sanitario en el que se desarrolla la investigación se presenta de la siguiente manera, a través de la carta del Consejero de Sanidad enviada a cada uno de los profesionales, el 3 de noviembre, con fecha de redacción del día anterior:

La dramática crisis económica que sufre nuestra Nación, unida a un sistema de financiación autonómica injusto e incoherente, conduce a que la Comunidad de Madrid disponga para el año próximo de unos recursos inferiores en 2.700 millones de euros a los del año 2012..., hemos diseñado un Plan de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, cuyas medidas aparecen reflejadas en el documento...Son esas medidas, no hay ninguna más. El profundo respeto que siento hacia todos los profesionales de la Sanidad madrileña me obliga a exponérselas con toda franqueza, sin ocultar nada, con seriedad y con la máxima lealtad hacia todos los profesionales...

Y también cómo se lo muestra el gerente del hospital a la investigadora:

- Usted ¿sabe qué momento ha elegido?... es un momento difícil en diciembre despedirán a 3000 empleados de los hospitales...Esto es igual que hace 25 años cuando se pensaba que... (habla de su hospital), lo iban a cerrar...puede encontrarse con personas que le reciban de uñas...y pase un mes y no quieran hablar con usted... (P03 OBC1, 49).

---

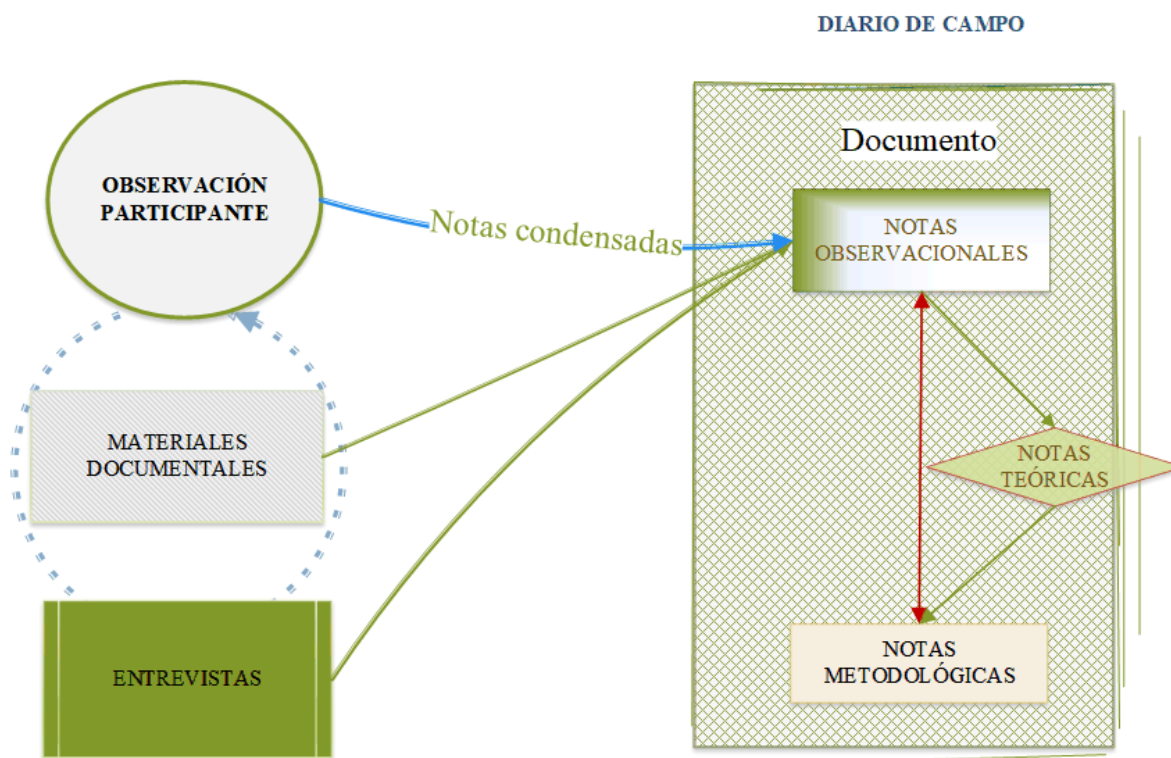
Ante este contexto la investigadora se dispone a “arremangarse los pantalones” (Taylor & Bogdan 1987, p. 34) para entrar en el campo, dejando la mesa de estudio y enfrentarse a la realidad, empezando con el *vagabundeo*. Estrategia que implica situar aquello que es común: como averiguar quién es quién, dónde se reúnen, registrar las características demográficas del grupo a estudio, construir un mapa de la distribución física del espacio e ir realizando las primeras entrevistas informales, con la finalidad de obtener información sobre la institución o las personas (Gómez et al., 1999). En definitiva entablando unas “relaciones sociales” instrumentalizadas con el objetivo de conocimiento.

Sin embargo, interpretando a Maillo y de Rada (2006) la instrumentalización no llega a ser tal, puesto que el método al involucrar a la persona: las *relaciones sociales* establecidas a través de esta situación metodológica presentan una obligación de humanidad. Una situación que se configura como una tensión de proximidad y distancia, de empatía y extrañamiento, que se mueve de la observación a la participación, del cuestionario a la charla íntima, de la pregunta a la respuesta; siendo el etnógrafo ineludiblemente fiel al método. En esa tensión, y como modo básico de aproximación al campo, se encuentra la *observación participante* (p. 24).

Así, a través de esta técnica, los datos obtenidos como “interacciones, situaciones, fenómenos u objetos de la realidad estudiada” (Gómez et al., 1999, p. 198), se recogen en forma de notas condensadas, al finalizar o entremedias de la sesión; siendo explicitados más tarde en el ordenador, como un documento conformando *el diario de campo*.

Estos datos se disponen en el documento como *notas observacionales*, al igual que el material documental y las entrevistas realizadas en cada sesión (formales e informales), que a su vez se analizan preliminarmente y registran según diseño en *notas teóricas* o *metodológicas* (ver Figura 2).

---



**Figura 2.** Esquema de un documento del diario de campo.

Fuente: elaboración propia (2017).

De acuerdo a esto, la investigadora va y vuelve al campo comparando constantemente las informaciones, seleccionando de modo intencional según diseño: a ciertos actores, luego informantes de diferente categoría, edad y sexo; y conforme avanza el análisis se focaliza en buscar casos negativos, contradictorios o excepcionales hasta alcanzar la saturación teórica.

Por consiguiente, se obtiene una riqueza de datos mayor, recogiendo “múltiples ‘voces’ ” (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 666).

#### RECOGIDA DE DATOS

Parafraseando a Gómez et al. (1999) para que una investigación cuente con los suficientes datos y adecuados es necesario que el análisis se una al trabajo de campo.

Por lo tanto, en este estudio se registra también el proceso para ingresar al campo, pues, como explica Taylor y Bogdan (1987), facilita la comprensión del escenario y sus relaciones.

---

Un ejemplo son los contactos iniciales realizados, como la cita concertada (marzo/2012) y anulada con el Director General de Hospitales de Madrid, que nunca se llega a realizar ante la situación social existente, aun así la comunicación se mantiene como se aprecia en estos correos electrónicos:

Buenas tardes Ilustrísimo Sr.:

Perdone que no le haya respondido al móvil, pero cuando estoy trabajando no lo llevo encima.

Esta tarde me he puesto en contacto con su despacho, en cuanto me he enterado de su mensaje.

Muchas gracias por avisarme que se anula la cita, me hago cargo de la situación.

Cuando usted tenga un hueco en su agenda, espero su llamada para concertar una nueva fecha.

Atentamente

M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas

Más adelante en respuesta a la felicitación navideña, el Director General responde: “MUCHAS GRACIAS MARIA JESUS ICUALMENTE UN ABRAZO ANTONIO BURGUEÑO”.

Asimismo, este mantenerse fiel a la perspectiva etnográfica durante el trabajo de campo, recogiendo datos minuciosos y precisos, su análisis preliminar lleva a unos resultados primarios, que indican la conveniencia de explorar otros escenarios y participantes.

Para ello, entran en el estudio dos informantes más, uno de un hospital de alta complejidad y otro de nivel 2 de la Comunidad de Autónoma de Madrid, a la vez que se establecen contactos por correo electrónico con directivos de la sanidad de Suecia y Reino Unido, que no llega a materializarse.

Por otro lado, también en Madrid, se consigue el acceso a un hospital de nivel 2, y aún más focalizado el estudio se realiza una estancia en una Unidad de Gestión Clínica de otra Comunidad.

---



Resumiendo, el trabajo de campo se lleva a cabo en:

- H1, hospital de nivel 3 (alta complejidad) de la Comunidad Autónoma de Madrid, en un servicio tradicional<sup>15</sup>.
- H2, hospital de nivel 2 de la Comunidad Autónoma de Madrid, en un servicio tradicional.
- HCA1, hospital de nivel 4<sup>16</sup> (alta complejidad) de otra Comunidad Autónoma, en una Unidad de Gestión Clínica.
- Otro, hace referencia a los informantes anteriormente mencionados de otros hospitales.

En definitiva, el método de recogida de datos se muestra en la Tabla 1 y las Figuras 3, 4 y 5; presentándose respectivamente: el periodo en el que se realiza el estudio en cada uno de los campos, la distribución por escenarios y turnos de las 79 observaciones realizadas, y el tiempo promedio de sesión 1:44:10, a través de un histograma de frecuencias.

**Tabla 1.** *Periodo del trabajo de campo.*

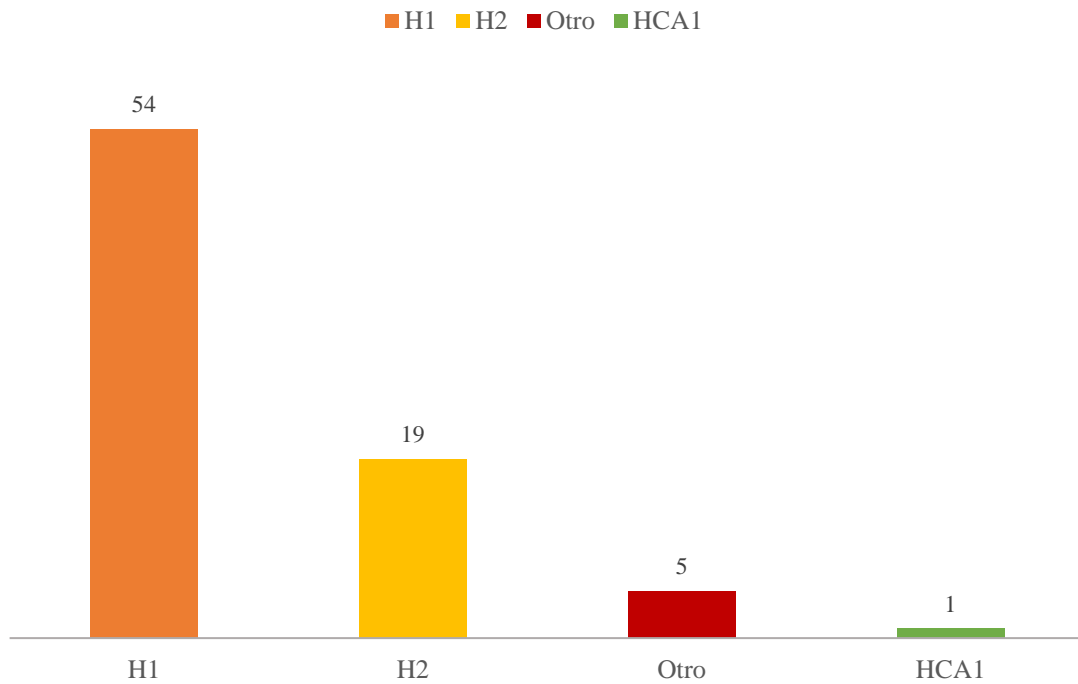
<b>Campo</b>	<b>Fecha inicio</b>	<b>Fecha final</b>
<i>H1</i>	10/10/2012	11/11/2013
<i>H2</i>	29/05/2013	12/12/2013
<i>HCA1</i>	23/05/2013	23/05/2013
<i>Otro*</i>	31/01/2013	28/10/2013

\* Incluidos en el nivel del hospital al que pertenecen.

Fuente: elaboración propia (2017).

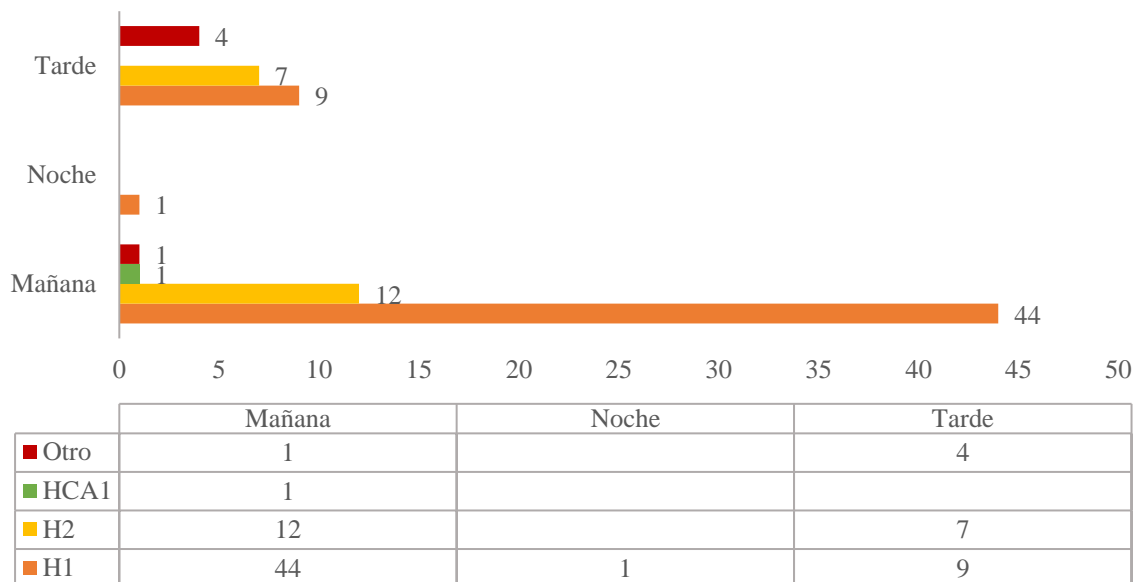
<sup>15</sup> Hace referencia a una organización hospitalaria jerarquizada con departamentos según función y disciplinas.

<sup>16</sup> A este grupo asistencial pertenecen los denominados “complejos hospitalarios”, constituidos por un hospital de nivel 3 que a su vez lleva la organización de varios hospitales de otros niveles, contabilizándose como uno sólo.



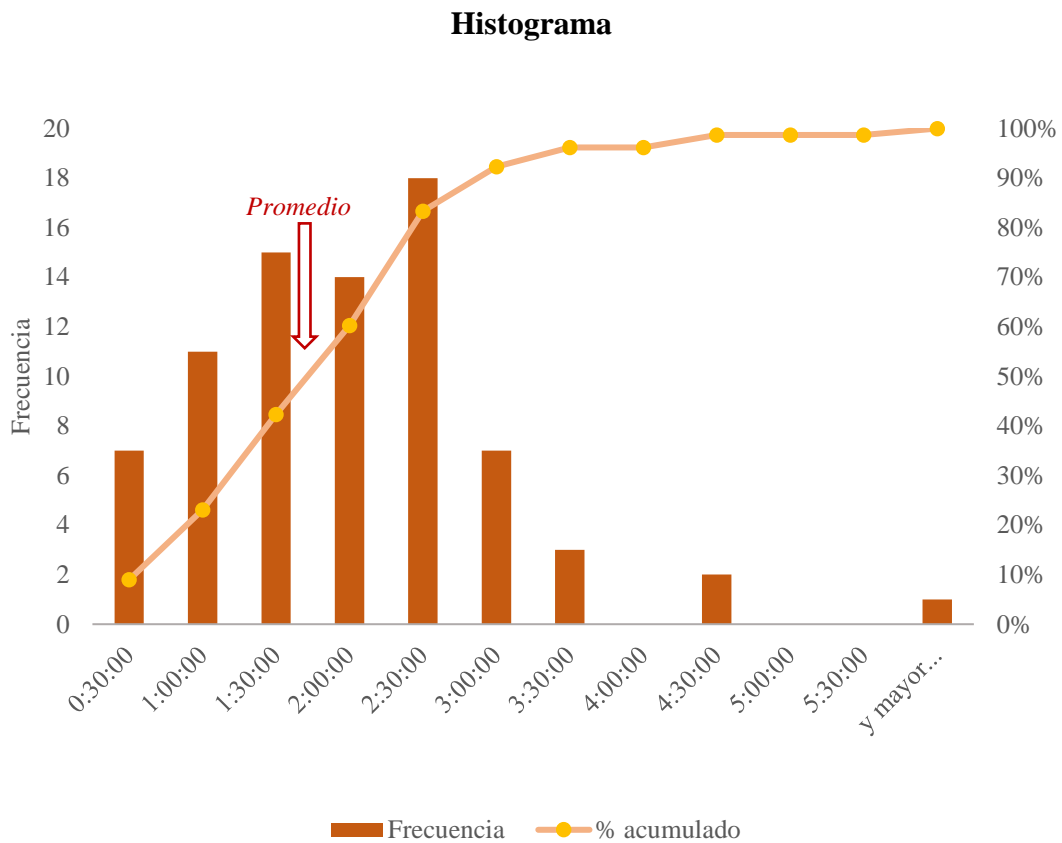
**Figura 3.** Número de sesiones por campo.

Fuente: elaboración propia (2017).



**Figura 4.** Distribución de sesiones por turno y campo.

Fuente: elaboración propia (2017).



**Figura 5.** Tiempo de observación.

Fuente: elaboración propia (2017).

Además, se exponen los datos demográficos de los entrevistados formalmente, Tabla 2; la distribución del total de 22 entrevistas<sup>17</sup> según tipo por turno y campo, Figura 6; y el tiempo promedio de entrevista 0:43:42, a través de un histograma de frecuencias, Figura 7.

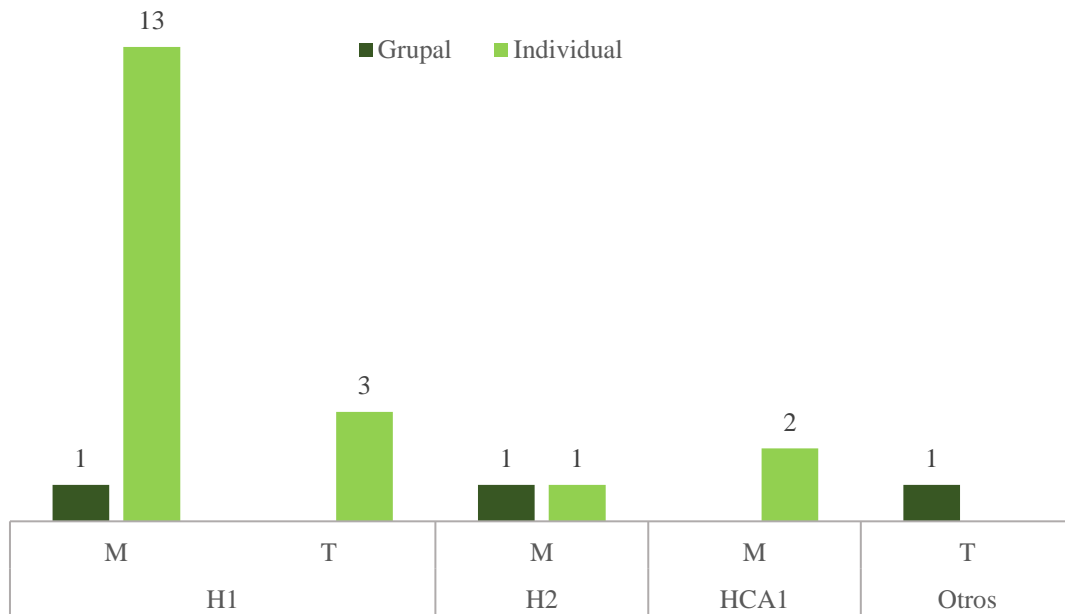
<sup>17</sup> Se realiza una entrevista más a un celador, pero no es registrada por un error con la grabadora.

**Tabla 2.** Datos demográficos de los participantes en las entrevistas formales

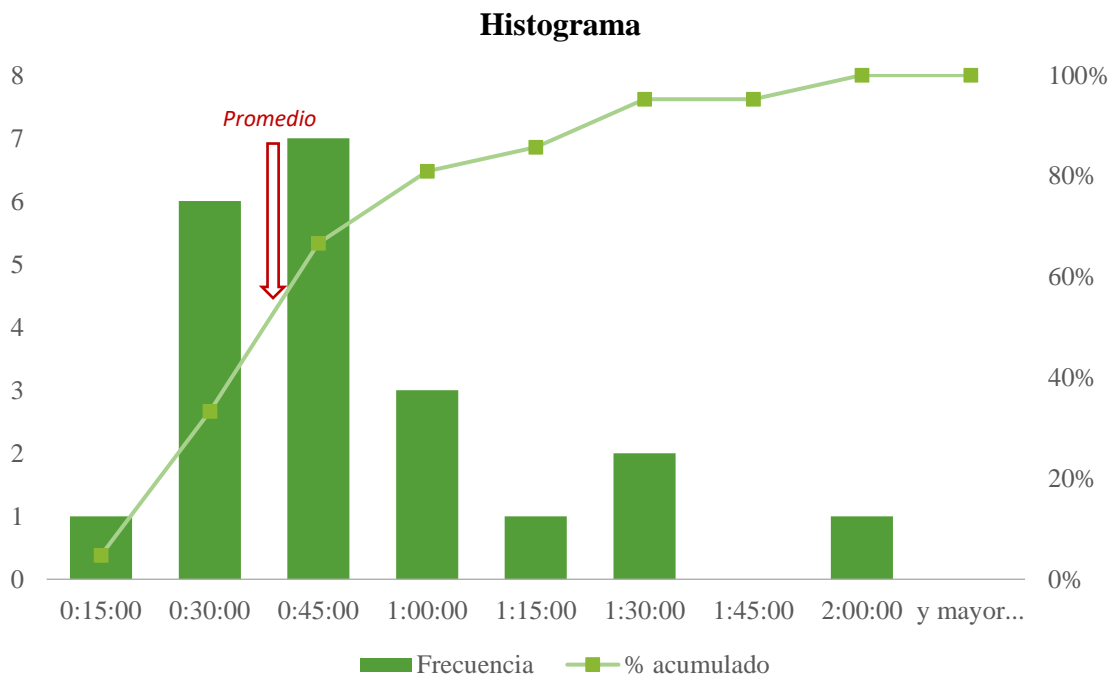
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Mujer</i>	19	(73)
<i>Hombre</i>	7	(27)
<b>Edad</b>		
<i>20-29</i>	5	(19)
<i>30-39</i>	8	(31)
<i>40-49</i>	1	(4)
<i>50-59</i>	7	(27)
<i>60-69</i>	3	(12)
<i>n/d</i> <sup>18</sup>	2	(8)
<b>Categorías</b>		
<i>Enfermera</i>	8	(31)
<i>Supervisora</i>	4	(15)
<i>Auxiliar</i>	3	(12)
<i>Alumna</i>	3	(12)
<i>Gerente</i>	2	(8)
<i>Limpiadora</i>	1	(4)
<i>Jefe de servicio</i>	1	(4)
<i>Director de enfermería</i>	1	(4)
<i>Paciente</i>	1	(4)
<i>Familiar</i>	1	(4)
<i>Fisioterapeuta</i>	1	(4)
<b>Contrato</b>		
<i>Fijo</i>	11	(42)
<i>Interino</i>	5	(19)
<i>Eventual</i>	2	(8)
<i>Comisión de servicios</i>	1	(4)
<i>Sin contrato o no trabaja</i>	5	(19)
<i>n/d</i>	2	(8)
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>(100)</b>

Fuente: elaboración propia (2017).

<sup>18</sup> N/d significa que no ha sido definido por los participantes.



**Figura 6.** Distribución de entrevistas formales por tipo, turno y campo.  
Fuente: elaboración propia (2017).



**Figura 7.** Tiempo de entrevista.  
Fuente: elaboración propia (2017).

### ANÁLISIS DE DATOS: UN PROCESO PARTICULAR

Según Gómez et al. (1999) la recogida de datos no basta para alcanzar conclusiones de un estudio, se precisa que el investigador realice una serie de operaciones oportunas, que “lleven a estructurar el conjunto de información en un todo coherente y significativo” (p. 200).

Sin embargo, no hay una sola manera de analizar los datos cualitativos (Coffey & Atkinson, 2005); cada analista tiene sus propias pautas, que definen el proceso del análisis (Gómez et al., 1999).

En esta investigación lejos de ser una cuestión programada en su totalidad a priori, se ha convertido en un camino construido a la luz de los datos y los resultados que van emergiendo. De ahí que se sigan unos determinados enfoques, que según la investigadora, pueden llevar a una mayor comprensión sobre la realidad a estudio, que denomina: momentos; en cuanto suceden en tiempos diferentes y continuos del análisis.

Así, para dar el lector una guía del recorrido llevado a cabo durante el análisis intensivo se presenta un mapa con los hitos que permiten su seguimiento.

Hay que reseñar, que este “método continuo” es un proceso de conceptualización ascendente, con una parte central (coloreada de verde oscuro en la Figura 8), donde la investigadora realiza el “encaje de bolillos” que “piden los datos”, mediante fragmentar y vincular los objetos. En conjunto es el desarrollo de un mecanismo que articula acciones y herramientas guiado por la reflexividad y el pensamiento crítico que va a permitir *a posteriori* alcanzar una construcción teórica desde la etnografía y la teoría fundamentada.

---

Método	Acciones	Pasos	Marcas	Herramientas		
<b>Emografía</b>	Preparando documentos	Identificar	Nº de documento Escenario Técnica de recogida Fecha Nº de sesión Duración Hora inicio y fin	Microsoft Word	Proceso Mecánico	
		Organizar	Documentos primarios Documentos secundarios			
		Clasificar	Documentos de Observación Documentos de Entrevistas			Microsoft Word/ Atlas.ti
	Relacionando datos	Leer Examinar Interpretar Preguntar	“Datos brutos”	Comentarios		Atlas.ti
		Fragmentar	Unidades de significado	Citas Códigos <i>in vivo</i>		
		Vincular	Documentos Comentarios Citas Códigos Códigos <i>in vivo</i> Memos Hipervinculos Red	~Literatura técnica ~Teorías		
	Agrupando objetos	Formar	Familias	Documentos Códigos Memos		Atlas.ti
	Comparando campos	Crear	Superfamilias	Familias de memos		
		Realizar	Matriz conceptual	Categorías Meta-categorías Temas Dominios		
	<b>Teoría fundamentada</b>	Codificación abierta	Volver a mirar	Categoría ~ Código ↓ Categoría central=código central		Microsoft Word
Codificación axial		Renombrar	Primer nivel : Matriz conceptual	Categoría central Dimensiones Propiedades Categorías Sub-dimensiones		
		Conectar	Segundo nivel: categoría ~ concepto			
Codificación selectiva		Integrar	Objetos			
			↓ <b>Procesos Sociales Básicos</b>	Condiciones Acciones Consecuencias	Nivel macro ~ Nivel micro	
Codificación teórica	Repensar Introducir Relacionar	Conceptos de mayor nivel de abstracción	Propiedad dimensional ~ objetos ~ Categoría Central → <b>Teoría</b>			

Figura 8. Mapa del análisis.

∞ símbolo que significa enlazar.

Fuente: elaboración propia (2018).

#### PRIMER MOMENTO ANALÍTICO: ETNOGRAFÍA

De acuerdo con el enfoque etnográfico el análisis intensivo se realiza, casi a la vez, que el trabajo de campo; a través de un proceso continuo de transformación e interpretación de los datos (Coffey & Atkinson, 2005) para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Un análisis de datos que combinado con la utilización del programa informático Atlas.ti<sup>19</sup>, se lleva a cabo por la creatividad del investigador; según Varguillas (2006).

Teniendo esto en cuenta, el procedimiento analítico tiene estas acciones: preparación de los documentos<sup>20</sup>, relación de datos, agrupación de categorías y comparación de campos.

#### **Preparando los documentos**

La estrategia que se establece para facilitar el manejo y análisis de documentos, previo al uso de la herramienta Atlas.ti, consiste en identificar, organizar y clasificar la información de la siguiente manera:

##### Identificar

Los documentos de observación como las entrevistas, procesados en Microsoft WORD 2010<sup>21</sup>, se reconocen con estos datos: N° de documento, escenario, técnica de recogida de datos (OB -observación participante-, E - entrevista formal-), fecha y n° de sesión en el campo, duración de estancia o entrevista, hora de inicio y finalización.

Ejemplo:

61 H2 OB 16-9-2013 Mi Cuarto Día en el Campo (1 H y 22 minutos desde 11:10- 12:32)

---

<sup>19</sup> Versiones utilizadas durante la investigación desde la 7.0 hasta la 7.5.

<sup>20</sup> Esta acción es independiente del enfoque metodológico.

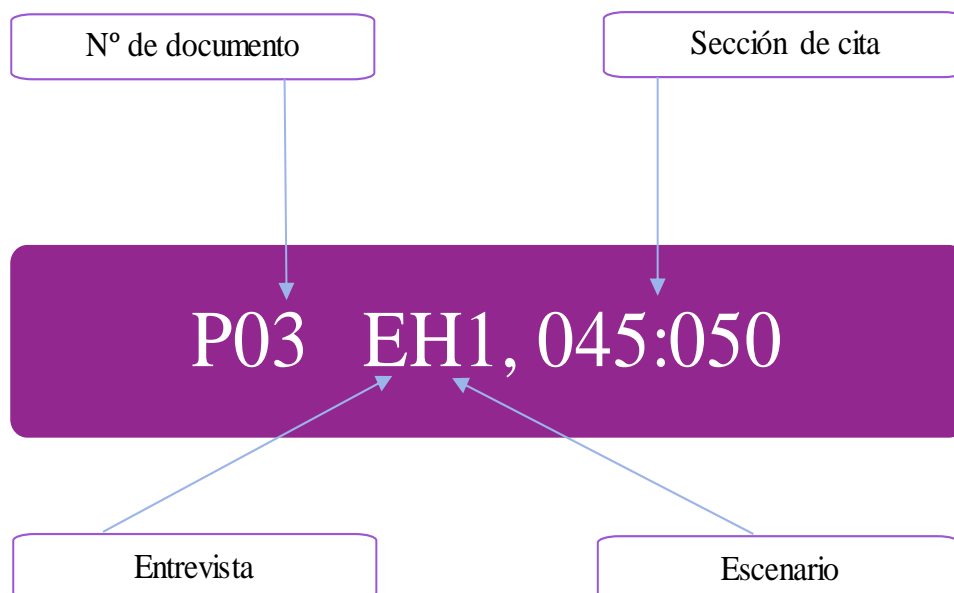
<sup>21</sup> Versiones utilizadas durante este estudio 2010 y 2013.

---



A su vez las citas que contiene cada documento se identifican de la siguiente manera:

P03 EH1, 045:050, explicado a continuación en la Figura 9.



**Figura 9.** Identificación de cita.

Fuente: elaboración propia (2017).

### Organizar

Los documentos se ordenan considerando la intencionalidad de quién produce la información, investigador o instituciones; como explica Almarcha, de Miguel A., de Miguel J. y Romero (1969, citado en Valles, 2007):

- “Datos primarios”: son elementos de la observación obtenidos intencionalmente en la búsqueda de una hipótesis de trabajo, son los más valiosos normalmente, difíciles, lentos y caros de obtener, y enfocan más específicamente la comprensión de un problema concreto.
- “Datos secundarios”: son el cúmulo de informaciones que se hallan recogidas o publicadas por diversas instituciones sin propósitos específicos de investigación social, sino con otros fines muy variados, fundamentalmente, proveer de información o documentación a los órganos del Estado o al público (p. 121-122).

Así, en esta investigación se organizan un total de 410 documentos, entre el material escrito, visual, auditivo y audiovisual, como muestra la Tabla 3.

**Tabla 3.** *Organización de documentos*

<b>Tipos</b>	<b>Materiales</b>	<b>Cantidad</b>
<b><i>Documentos primarios</i></b>	Diario de Campo	79
	Fotos*	238
	Planos*	2
	Entrevistas	22
<b><i>Documentos secundarios</i></b>	Videos	6
	Artículos de revistas*	63

\* Forman parte del documento como notas observacionales según fecha de recogida.  
Fuente: elaboración propia (2013).

Un tipo de ordenación que se tiene en cuenta durante el análisis, pues conlleva un significado más al propio del material.

### Clasificar

Esto se lleva a cabo conforme a la importancia dada en el diseño a una técnica de recogida de datos frente a las otras.

Por consiguiente, lo primero en introducirse a una Unidad Hermenéutica de Atlas.ti o “contenedor electrónico”<sup>22</sup> (Strauss & Corbin, 2002, p. 300) son: los documentos de observación y por último las entrevistas formales<sup>23</sup>, según fecha; mientras que fotos y videos

<sup>22</sup> Es el lugar donde los documentos del proyecto se ubican para su análisis.

<sup>23</sup> Transcripción de audio realizada con el programa f4.

no se introducen, sí se analizan enlazados a los anteriores considerando el tipo de documento determinado: primario y secundario, respectivamente.

### **Relacionando datos**

Estos documentos primarios en Atlas.ti, también denominados “datos brutos” (Andréu, García-Nieto & Pérez Corbacho, 2007, p. 140), se reducen y transforman en un proceso continuo hasta completar el informe final, como explican Miles y Huberman (1994, p. 10).

Así, lo primero que se hace en este estudio es una lectura inicial de cada documento, enlazando un comentario con las ideas de qué trata, si es una entrevista se explicita el lenguaje no verbal.

Posteriormente, se examinan e interpretan los datos de manera cuidadosa y minuciosa como con microscopio, analizando palabra por palabra y línea a línea, formulando preguntas a los datos de modo que se les permita hablar por sí solos (Strauss & Corbin, 2002, p. 64-65).

De esta manera, se empieza a segmentar el texto en unidades que resultan relevantes (Gómez et al., 1999), denominadas citas, a las que se les vincula en este trabajo con códigos: palabra-concepto, cuyo significado es extraído del Diccionario de la Lengua Española (DLE); dando así a otro investigador o lector un significado de referencia común.

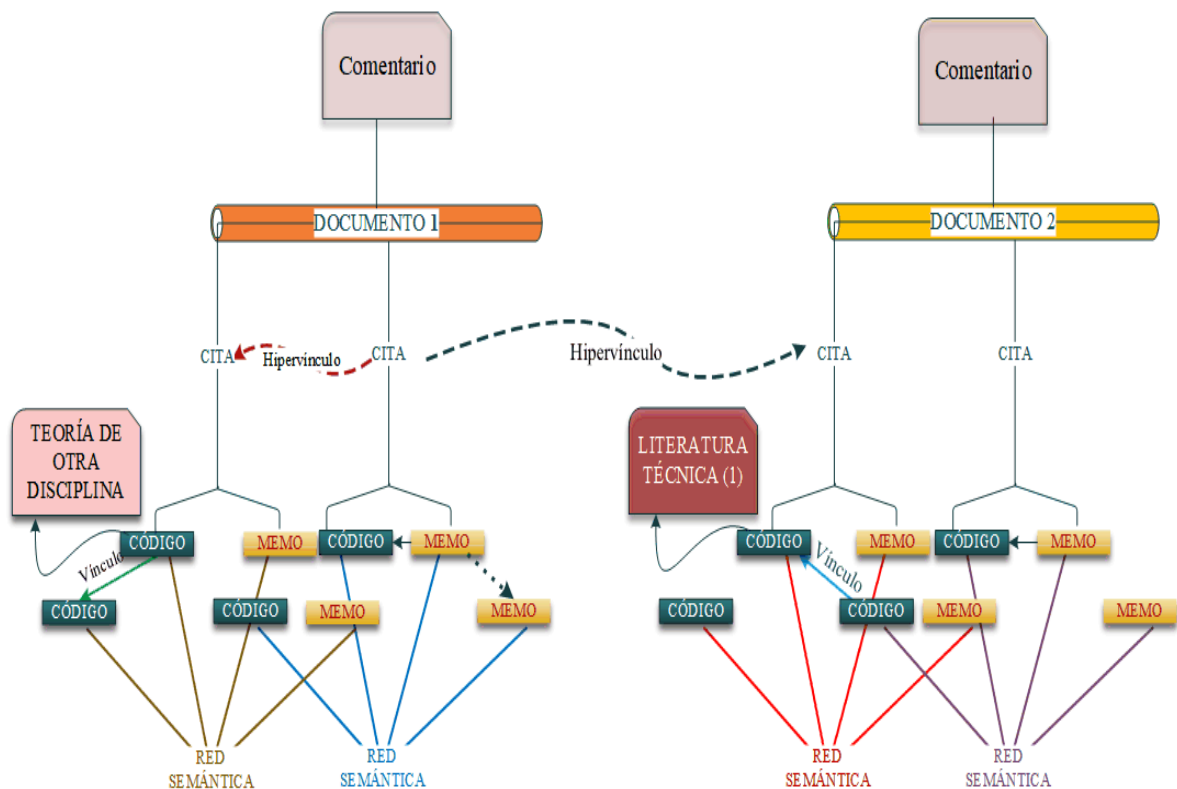
A estos códigos conceptuales, tanto inductivos como deductivos (pertenecientes al marco teórico), también se suman términos construidos socialmente y empleados por los actores, denominados códigos *in vivo* (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006) (Anexo G).

Asimismo, se generan memos (anotaciones) del tipo: teórico, metodológico, observacional y comentario, que se enlazan con los anteriores elementos. A su vez, tanto códigos como memos pueden estar relacionados a literatura técnica o teorías de otras disciplinas.

Por último, cada cita se vincula con otras dentro del mismo documento o en otros a través de los llamados hipervínculos, formando con todos estos elementos relacionados redes (Anexos H, I y J).

Dicho esto, se muestran las conexiones básicas en la Figura 10:

---



**Figura 10.** Relaciones primarias a los datos.

(1) Son estudios de investigación sobre otras áreas de la ciencia.

Fuente: elaboración propia (2017).

Finalmente, después de diez meses en el que se llevan a cabo todas estas relaciones en los documentos de observación, se comienza en las entrevistas, ya con memos e hipervínculos a citas, y algún código nuevo; puesto que se ha alcanzado una mayor comprensión e interpretación de los fenómenos.

### Agrupando objetos<sup>24</sup>

En el siguiente nivel conceptual se forman familias, éstas se muestran en la Tabla 4 junto con el número de operaciones realizadas en este estudio.

<sup>24</sup> Parafraseando a Andréu et al. (2007), los objetos son componentes o elementos lógicos que utiliza la aplicación Atlas.ti para sistematizar el proceso de análisis.

**Tabla 4.** *Contaje de las operaciones en Atlas.ti*

<b>Datos analíticos</b>	<b>Total</b>
<b>Familias de documento primario</b>	
<i>Documentos primarios</i>	101
Citas	5.009
Híper-vínculos (enlaces entre citas)	1.364
<b>Familias de código</b>	
<i>Códigos</i>	476
Codificaciones	208.126
Vínculos código-código	4.203
<b>Familias de memo*</b>	
<i>Memos</i>	2.579
Teóricos	604
Metodológicos	169
Comentarios	1.594
Observacionales	212
<i>Redes semánticas</i>	931

\* Están incluidas las superfamilias.

Fuente: elaboración propia (2014).

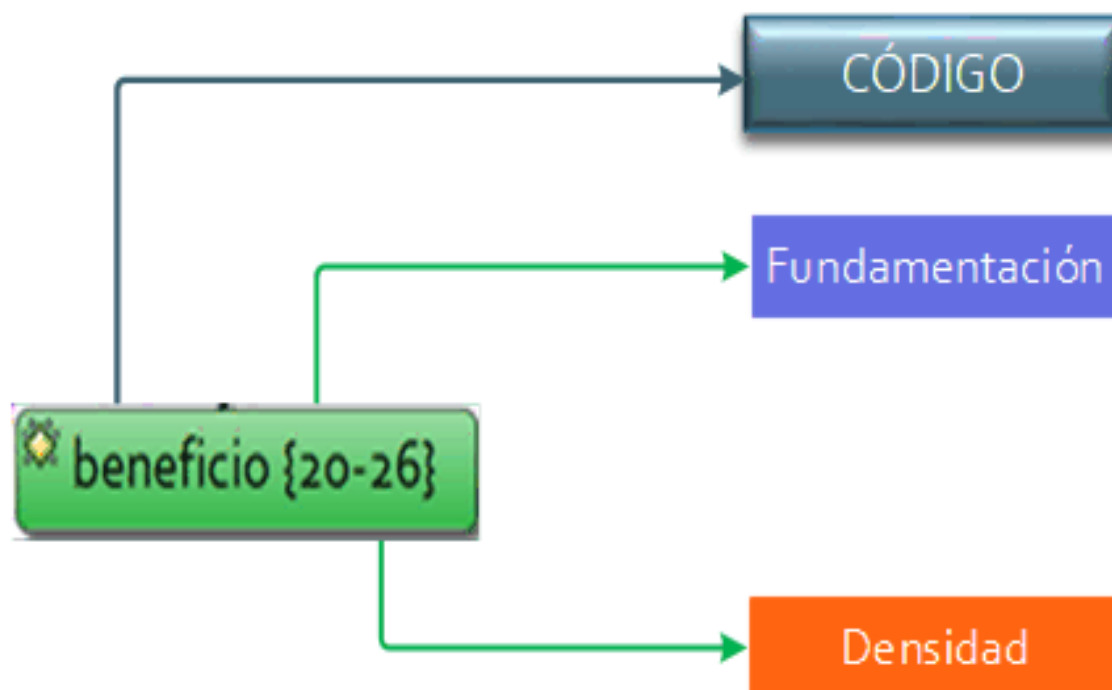
Por lo tanto, las familias son grupos de objetos que comparten unas cualidades propias, (Murillo 2004) utilizadas para averiguar su comportamiento (Anexo K).

Así, en este estudio las familias de objetos se agrupan, mediante la función administrador de objeto (específico de cada uno de ellos), según estas cualidades comunes:

- los documentos primarios según campo, técnica de recogida y categoría profesional de los actores;
- los códigos conforme a los códigos incluidos en una red;
- los memos con arreglo al escenario, que también es un código, y códigos de gran fundamentación o significativos para la investigación.

Sin embargo en estas últimas, se utiliza previamente la herramienta: “tabla códigos-documentos primarios”, para obtener los códigos de mayor fundamentación según campo, que exportados al programa informático: Excell 2013, permite realizar las funciones estadísticas.

Hay que aclarar que en el lenguaje de Atlas.ti, la fundamentación es un número que aparece al lado del código entre paréntesis, e indica el número de citas a las que se enlaza dicho código; mientras que densidad es la cantidad de enlaces de ese código con otros códigos, como muestra la Figura 11:



**Figura 11.** Explicación de la etiqueta de un código en Atlas.ti.

Fuente: elaboración propia (2018).

De tal modo, lo primero en mostrar al lector son los códigos de mayor fundamentación de cada escenario a través de las tablas de frecuencias, que dan una visión del conjunto de los datos nominales (Erickson, 1989, citado en Gómez et al., 1999), y la importancia cuantitativa de los conceptos (Gómez et al., 1999), (ver Tablas 5, 6 y 7).

**Tabla 5.** Frecuencias de Códigos H1 según fundamentación

<b>Códigos H1</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<i>trabajador</i>	242	4,71%
<i>paciente</i>	201	3,91%
<i>organización unidad</i>	196	3,81%
<i>acción enfermero</i>	180	3,50%
<i>ausencia control</i>	164	3,19%
<i>dinero</i>	132	2,57%
<i>organización hospital</i>	130	2,53%
<i>interés particular</i>	108	2,10%
<i>responsabilidad</i>	96	1,87%
<i>hospital público</i>	94	1,83%
<i>hospital grande</i>	86	1,67%
<i>coste económico</i>	83	1,62%
<i>sumisión</i>	83	1,62%

Fuente: elaboración propia (2014).

**Tabla 6.** Frecuencias de Códigos H2 según fundamentación

<b>Códigos H2</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<i>paciente</i>	143	5,96%
<i>trabajador</i>	129	5,37%
<i>hospital pequeño</i>	128	5,33%
<i>hospital público</i>	117	4,87%
<i>responsabilidad</i>	102	4,25%
<i>acción enfermero</i>	98	4,08%
<i>dinero</i>	67	2,79%
<i>trabajo</i>	56	2,33%
<i>cuidado</i>	51	2,12%

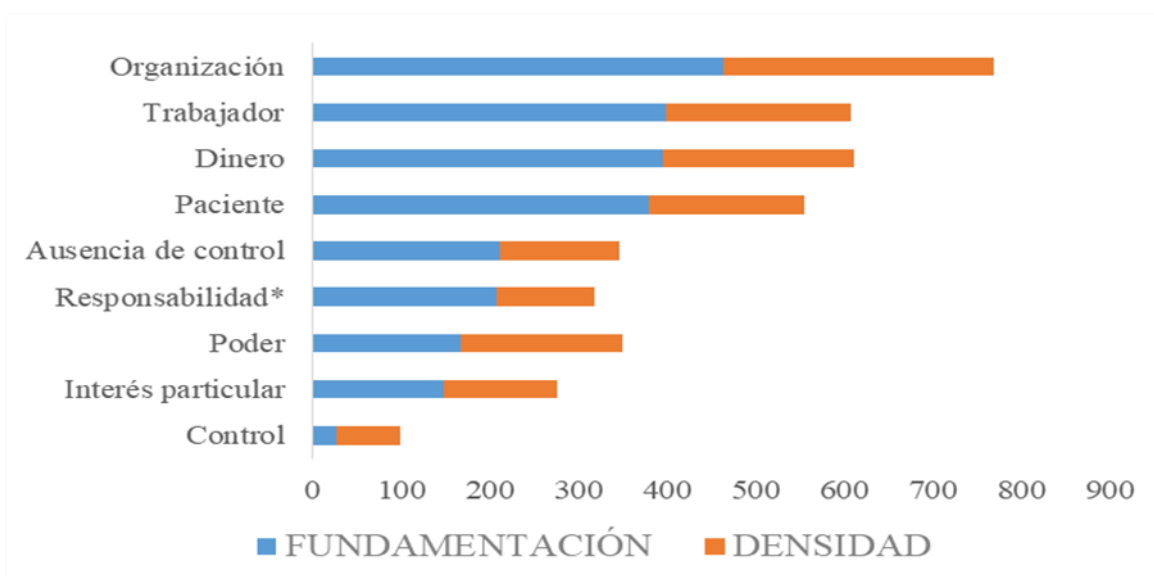
Fuente: elaboración propia (2014).

**Tabla 7.** Frecuencias de Códigos HCA1 según fundamentación

Códigos HCA1	Fundamentación	Frecuencia relativa
<i>paciente</i>	9	8,65%
<i>unidad de gestión clínica</i>	9	8,65%
<i>control</i>	8	7,69%
<i>implicación</i>	7	6,73%
<i>acción enfermero</i>	6	5,77%
<i>supervisor</i>	5	4,81%
<i>cuidado</i>	4	3,85%
<i>cariño</i>	3	2,88%
<i>delicadeza</i>	3	2,88%
<i>dinero</i>	3	2,88%
<i>gasto</i>	3	2,88%
<i>seguridad</i>	3	2,88%

Fuente: elaboración propia (2014).

Por último, se extraen del conjunto de campos los códigos más relevantes, mostrándose su fundamentación y densidad en la Figura 12.

**Figura 12.** Códigos relevantes.

\* Este código se desdobra en Responsabilidad y No Responsabilidad para formar familias.

Fuente: elaboración propia (2014).



Estos son los códigos a los que se les van asignar los memos correspondientes, con el administrador de memos. Unos memos que ligados ya a estos códigos en un inicio formando redes, ahora está agrupados formando familias de memos, ver en la Tabla 8.

**Tabla 8.** *Frecuencias de memos asignados a su familia*

<b>Familias de memos</b>	<b>Memos</b>	<b>Frecuencia</b>
<i>Ausencia de control</i>	976	8%
<i>Control</i>	328	3%
<i>Dinero</i>	826	7%
<i>H1</i>	1980	17%
<i>H2</i>	507	4%
<i>HCA1</i>	94	1%
<i>Interés particular</i>	476	4%
<i>No responsabilidad</i>	796	7%
<i>Organización</i>	1751	15%
<i>Paciente</i>	836	7%
<i>Poder</i>	1030	9%
<i>Responsabilidad</i>	374	3%
<i>Trabajador</i>	1681	14%

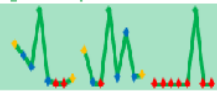
Fuente: elaboración propia (2014).

Definitivamente, con esta identificación y clasificación de elementos se produce una síntesis (Gómez et al., 1999, p. 212), que favorece el manejo de esta cantidad de datos.

### Comparando campos

Aunque la comparación es constante durante toda la recogida de datos como en el proceso analítico, ahora es posible mostrar una comparativa de campos en la Figura 13, dada la reducción a nivel conceptual de los datos, anteriormente relacionados y agrupados en objetos.

SUPERFAMILIAS	H1	H2	HCA1
<b>Ausencia de control</b> , Interés particular, Organización, Poder, Paciente, <b>No responsabilidad</b> , Trabajador	100	14	0
<b>Control</b> , Poder, Dinero, Organización, Interés Particular, <b>No Responsabilidad</b>	73	1	0
<b>Control</b> , Poder, Dinero, Organización, <b>Ausencia de Control</b> , Interés Particular, <b>No Responsabilidad</b>	45	0	0
<b>Dinero</b> , <b>Ausencia de Control</b> , Interés Particular, <b>No Responsabilidad</b> , Organización	182	31	0
<b>Ausencia de Control</b> , Interés Particular, Organización, Poder, Paciente, <b>Responsabilidad</b> , Trabajador	11	3	0
<b>Control</b> , Poder, Dinero, Organización, Interés Particular, <b>Responsabilidad</b>	5	22	19
<b>Control</b> , Poder, Dinero, Organización, <b>Ausencia de Control</b> , Interés Particular, <b>Responsabilidad</b>	5	3	0
<b>Dinero</b> , <b>Ausencia de Control</b> , Interés Particular, <b>Responsabilidad</b> , Organización	16	4	0

MINIGRÁFICO DE LAS SUPERFAMILIAS SEGÚN MODELOS ORGANIZATIVOS 

**Figura 13.** Comparativa de campos cuantitativa.

Las palabras en negrita son las familias permutadas en esa superfamilia.

Fuente: elaboración propia (2015).

En esta imagen se puede observar cómo se comporta cada escenario a través de los minigráficos y la tabla de frecuencias absolutas, conforme a las familias de memos que constituyen cada superfamilia.

Sin embargo, para llegar a obtener este resultado primeramente se realizan combinaciones de familias de memos con la herramienta de administrador de familias de memos para crear superfamilias, y a través de la herramienta de superfamilia y el booleano “y”, se visualizan los memos incluidos en ellas, ver Figura 14.

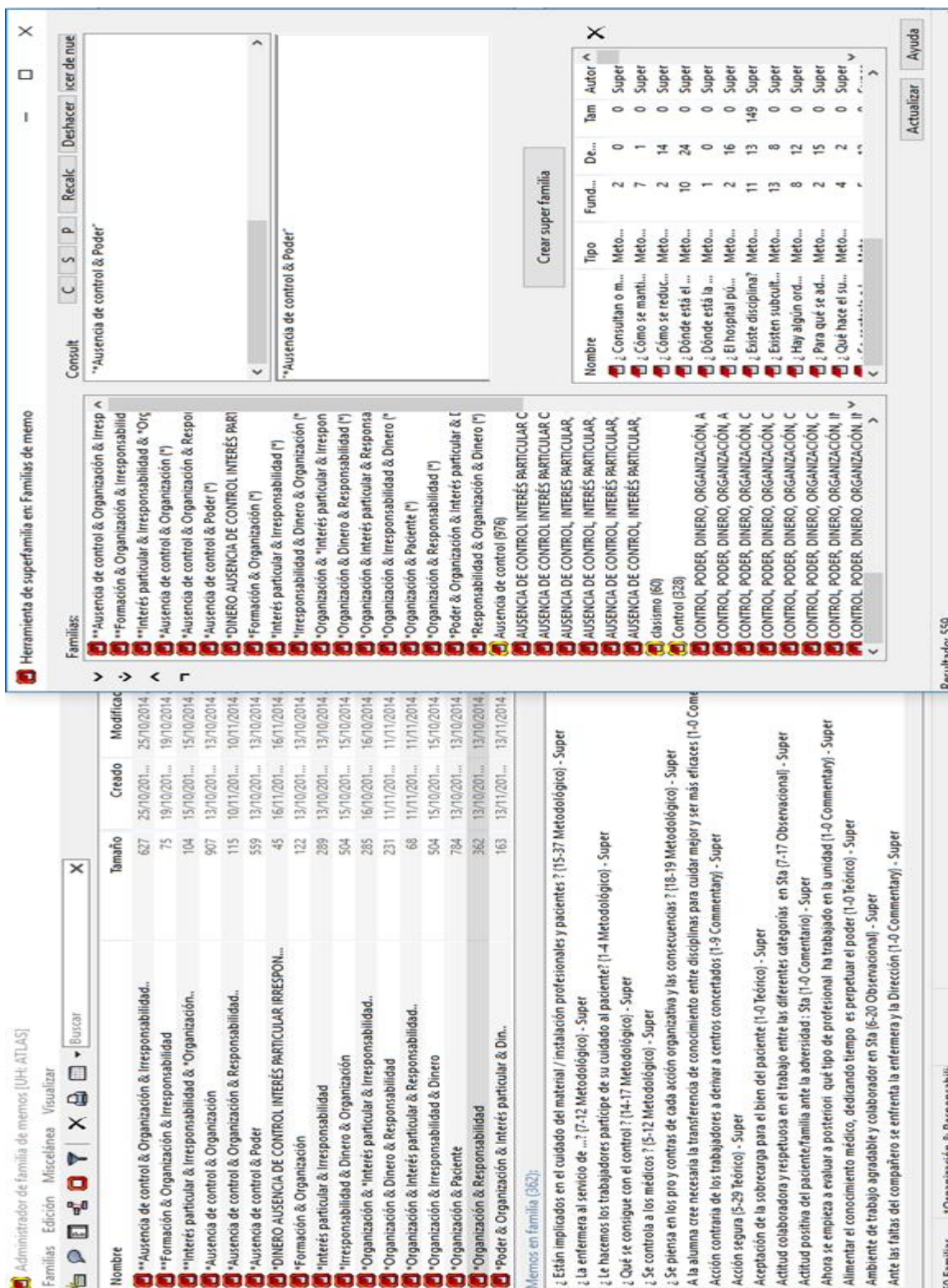


Figura 14. Administrador de familias de memos y herramienta de superfamilia.

Fuente: elaboración propia (2014).

En este proceso de formar superfamilias hasta quedar reducidas a las presentadas anteriormente en la Figura 13, sólo se escogen los memos teóricos, pues en este análisis son considerados categorías por sus relaciones y el grado conceptual que presentan, resultando el puente necesario entre los datos y la teoría, como refiere Merlino (2011).

Teniendo esto en cuenta, se empiezan a realizar matrices de agrupamientos conceptuales por escenario identificando metacategorías, que son “categorías más generales en las que se encuadran diversas categorías con algún tipo de afinidad” (Gómez et al., 1999, p. 251) y temas; ejemplo la Tabla 9.

**Tabla 9.** *Matriz conceptual según superfamilia*

<b>Superfamilia</b> <i>Control, poder, dinero, organización, H2, interés particular, responsabilidad</i>		
<b>Categorías</b>	<b>Metacategorías</b>	<b>Temas</b>
<i>Compasión hacia el ser humano que padece La familia como símil de un ambiente colaborador y de unión en el trabajo</i>	Humanización de la organización	Poder
<i>Comunicación interdisciplinar y multidisciplinar Comunicación transversal Control en el acceso al campo Criterios unificados en los registros Organización orientada al paciente El diseño favorece las necesidades de relación y movilización del paciente Empoderamiento del paciente/familiar ayuda a su recuperación</i>	El control del poder	
<i>El conocimiento del enfermero es seguridad para el paciente y el hospital La experiencia enfermera fuente de conocimientos El conocimiento enfermero controla a la acción de dominación del poder médico El paciente / familiar confían en los profesionales que están pendientes El paciente es lo primero Cuidado es cariño, conlleva lograr resultados Acción segura</i>	Poder del trabajador	

Fuente: elaboración propia (2015).

Así, en la Tabla 10 se muestran las metacategorías resultantes con sus temas.

**Tabla 10.** *Identificación de las metacategorías con su tema*

<b>Metacategorías</b>	<b>Temas</b>
<i>El poder no implicado en la organización</i> <i>El poder médico en la organización</i> <i>No aplicación de las normas</i> <i>Caos de la organización</i> <i>El control del poder</i> <i>Individualismo contrario al otro</i> <i>Poder del trabajador</i> <i>Poder del familiar-paciente</i> <i>Humanización de la organización</i>	Poder
<i>Anulación del ser</i> <i>Aprendizaje en la sumisión al poder</i> <i>La no organización</i> <i>Indefensión</i> <i>Inseguridad</i> <i>Anular una profesión en beneficio de otra</i> <i>Objeto del poder</i>	Sumisión
<i>Las relaciones personales en la organización</i> <i>El poder saber del profesional utilizado como herramienta de defensa</i> <i>Sumisión al poder</i> <i>Construir la realidad</i> <i>Imitar para adaptarse</i> <i>Trabajar en algo</i>	Sobrevivir

Fuente: elaboración propia (2015).

Temas, que son cualquier principio cognitivo, generalizables a numerosas situaciones dentro una cultura y a varios dominios (Spradley, 1979, citado en Gómez et al., 1999, p. 234).

De ahí que, al realizar una comparativa de campos según superfamilias, con sus correspondientes metacategorías y temas, se evidencian dos vectores o dominios: responsabilidad y no responsabilidad.

Unos dominios etiquetados como códigos al inicio del estudio, a esta altura del análisis se observa que recorren de forma secuencial y transversal el *corpus* de los datos, como especifican Moya, Borrasca y Sánchez (2005) e incluyen otros elementos con el mismo rasgo de significado en común (Spradley, 1979, citado en Gómez et al., 1999).

Para Rodríguez García y Medina Moya (2014) los dominios ordenan, integran e interpretan los datos representando el tercer nivel del análisis<sup>25</sup>, facilitando su comprensión presentar los niveles relacionados en una tabla.

De ahí que, se proceda a visibilizar comparando los escenarios con cada uno de los vectores; como se muestra en la Tabla 11 según el dominio: responsabilidad.

**Tabla 11.** *Comparativa de campos relacionando superfamilias con responsabilidad y metacategorías*

Superfamilia	Metacategorías		
	H1	H2	HCA1
<i>Ausencia de Control, Interés Particular, Organización, Poder, Paciente, Trabajador, Responsabilidad</i>	Poder del trabajador	Poder del trabajador	
<i>Control, Poder, Dinero, Organización, Interés Particular, Responsabilidad</i>		Poder del trabajador El control del poder Humanización de la organización	Poder del trabajador El control del poder Humanización de la organización
<i>Control, Poder, Dinero, Organización, Ausencia de Control, Interés Particular, Responsabilidad</i>	Poder del trabajador	Poder del trabajador	
<i>Dinero, Ausencia de Control, Interés Particular, Organización, Responsabilidad</i>	Poder del trabajador	Poder del trabajador	

Fuente: elaboración propia (2015).

<sup>25</sup> Estos autores concretan los siguientes niveles: categorías, metacategorías y por último los dominios.

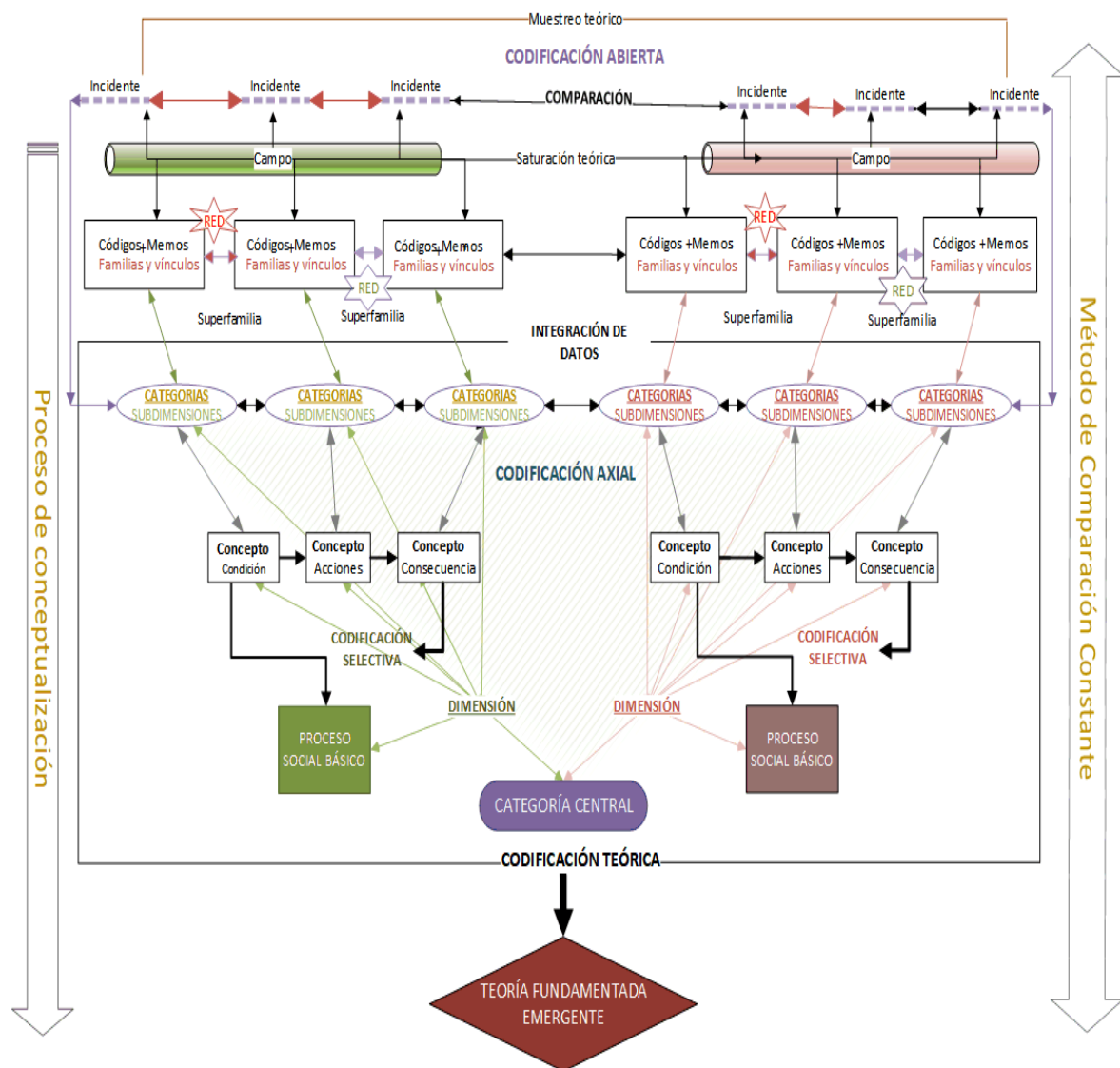
Sin embargo, al observar los resultados con otra mirada se tiene la sensación que falta algo, por lo que se considera oportuno un nuevo análisis, pero esta vez a través de la teoría fundamentada; pues como refieren Strauss y Corbin (2002) el primer paso para integrar los datos es determinar la categoría central: una abstracción que condensa todos los productos del análisis y explica “de qué trata esta investigación” (p. 160).

¿Por qué la teoría fundamentada?

- Por el tema de investigación. La teoría fundamentada como metodología surgió de la sociología, un área de investigación que se centra en “la sociedad y el individuo”, posteriormente se ha extendido a la enfermería y la salud, al estudio de las organizaciones y últimamente el *marketing* e investigaciones sobre el consumidor.
  - Por el método. La metodología de la teoría fundamentada, como su nombre indica se basa en el estudio de las palabras y las acciones de “los individuos a estudio”; siendo, por lo tanto, adecuada para estudiar cualquier comportamiento que tiene un elemento de interacción (Goulding, 2005).
  - Por el trabajo de campo. Dado que en la recolección de datos se ha utilizado el muestreo teórico y la comparación constante, clave en este enfoque (Suddaby, 2006), resulta pertinente un análisis empleando sus técnicas y procedimientos.
-

SEGUNDO MOMENTO ANALÍTICO: TEORÍA FUNDAMENTADA

El actual análisis nace separado en el tiempo del trabajo de campo, y por lo tanto “*después de escrudiñar el documento entero, preguntándose: ¿Qué está sucediendo aquí?*” (Strauss y Corbin 2002, p. 132), respuesta que se consigue volviendo al documento a codificar de un modo específico, como muestra la Figura 15.



**Figura 15.** Organigrama analítico de esta investigación.

Fuente: elaboración propia basado en Trinidad et al. (2016).

Una codificación según la teoría fundamentada, en el que se expone a continuación su particular secuencia y desarrollo.



### Codificación abierta

En esta etapa se “abre” el texto empezando de nuevo la interacción mental del analista con los datos (Andréu et al., 2007), se compara incidente a incidente (fenómeno), para averiguar similitudes o diferencias (Strauss & Corbin, 2002), construyendo las categorías con los memos relacionados a códigos conceptuales del siguiente modo: ejemplo la Tabla 12.

**Tabla 12.** *Proceso de elaboración de una categoría unido a un código “in vivo”*

<b>Categoría</b> <i>El poder no implicado en la organización</i>	
<b>Código in vivo</b> <i>“no hacen nada”</i>	
<b>Memos teóricos</b>	<b>Memos comentarios</b>
<i>Tiempos muertos, dinero tirado</i>	Tiempos de jornada laboral dedicados a asuntos particulares Tiempos muertos dedicados a sus intereses particulares en H2 Tiempos muertos para no ayudar al compañero que no le ayuda Tiempos muertos utilizados para diferentes usos personales <b>Memos observacionales</b> Interés del trabajador en el móvil, ocupando el tiempo de trabajo La enfermera de H2 utiliza el móvil a escondidas La limpiadora de H2 mirando el móvil
<i>No control del tipo de profesionales que se contratan</i>	
<i>Clasismo relacionado con género, edad, dinero, categoría profesional y el tipo de contrato laboral</i>	
<i>Una Dirección alejada de sus trabajadores</i>	
<i>Trabajador conflictivo, trabajador consentido</i>	
<i>Tiempos muertos en un profesional signo de no implicación con la organización</i>	
<i>Rotura entre la teoría y la práctica hospitalaria</i>	
<i>La acción organizativa de la gestión de recursos personales se basa en creencias</i>	

Fuente: elaboración propia (2015).

Como se puede observar la construcción de una categoría (concepto que representa un fenómeno, según su definición en teoría fundamentada), se asemeja a la metacategoría en

etnografía, con la única diferencia que se muestra su conexión al código durante su formación y se enlazan a los correspondientes memos comentario y observacionales, dejando los memos metodológicos a la escritura de los resultados como preguntas a los datos de un modo sintético.

Esta forma de proceder “volviendo a mirar” las conexiones lleva a descubrir un código conceptual, que puede explicar las variaciones del problema de estudio, identificándose de manera inductiva la “categoría central”.

No obstante, al comparar con los datos todos los códigos a través de la tabla de co-ocurrencia de códigos<sup>26</sup> en Atlas-ti, se deduce también de estas relaciones, entre códigos a citas, ser un concepto vertebral, que relaciona el nivel textual (datos) con el interpretativo (Andréu et al., 2007) (ver Figura 16).

Como ejemplo, se han elegido determinados códigos para mostrar su coocurrencia o concomitancia en las citas, en donde se calcula por un lado la frecuencia en la que coinciden los códigos en las citas (primer número que aparece en cada celda); y por otro el “coeficiente c” que va de “0 a 1” e indica la fuerza de la relación entre esos dos códigos, similar al coeficiente de correlación de Pearson (segundo número de la celda). Este índice, a veces, genera un problema ante medidas similares apareciendo distorsionado por frecuencias de código que difieren demasiado. En tales casos, el coeficiente tiende a ser mucho menor que la importancia potencial de la coocurrencia.

Otro símbolo que aparece es “n/a” (no aplicable), significa que el par de códigos no coexisten en ninguna parte del material de datos, un hallazgo que también es significativo; concretando el 0 son códigos que no coinciden, y 1 los dos códigos concurren a la vez donde sea que se usen (Friese, 2013). Por último, el código coloreado de violeta, en este estudio presenta una coocurrencia con el resto de códigos que es identificado como categoría central.

---

<sup>26</sup> Informa sobre el número de citas que concurren para cada par de códigos.

---

Tabla de co-ocurrencia de códigos

	acción médico	recursos pers.	poder	acción	individualism.	autonomía	normas	falta de vigilar	indefensión a)	Dirección	carpa	familiar	poder político	sentir sometimiento	necesida
trabajador	22 -0,05	51 -0,12	46 -0,11	49 -0,11	43 -0,10	45 -0,11	40 -0,09	29 -0,07	30 -0,07	35 -0,08	26 -0,06	22 -0,05	15 -0,03	21 -0,05	30 -0,07
Paciente	38 -0,09	50 -0,12	43 -0,10	39 -0,09	42 -0,10	49 -0,12	40 -0,10	41 -0,10	23 -0,06	29 -0,07	28 -0,07	31 -0,08	21 -0,05	14 -0,03	34 -0,09
organización unidad	28 -0,08	45 -0,13	28 -0,08	35 -0,10	42 -0,12	49 -0,15	42 -0,13	37 -0,11	26 -0,08	13 -0,04	35 -0,11	16 -0,05	25 -0,08	4 -0,01	
acción enfermero	31 -0,09	32 -0,09	31 -0,09	17 -0,05	36 -0,11	32 -0,10	28 -0,08	39 -0,12	26 -0,08	19 -0,06	26 -0,08	9 -0,03	5 -0,01		
hospital público	13 -0,05	18 -0,06	48 -0,19	11 -0,04	25 -0,09	23 -0,09	15 -0,06	27 -0,11	13 -0,05	24 -0,10	10 -0,04	8 -0,03	15 -0,06	4 -0,02	22 -0,10
ausencia control	20 -0,07	37 -0,14	40 -0,16	24 -0,09	44 -0,18	55 -0,24	36 -0,15	50 -0,22	25 -0,10	22 -0,09	23 -0,09	7 -0,03	13 -0,05	16 -0,07	3 -0,01
dinero	18 -0,07	41 -0,16	44 -0,18	28 -0,11	29 -0,11	27 -0,11	24 -0,10	34 -0,14	24 -0,10	26 -0,11	16 -0,06	8 -0,03	25 -0,11	11 -0,05	11 -0,05
organización hospital	11 -0,05	17 -0,07	13 -0,06	12 -0,05	7 -0,03	22 -0,11	11 -0,05	11 -0,05	16 -0,08	23 -0,12	12 -0,06	13 -0,07	8 -0,04	12 -0,06	4 -0,02
H2	8 -0,03	16 -0,07	15 -0,07	10 -0,04	7 -0,03	5 -0,02	9 -0,04	7 -0,03	3 -0,01	13 -0,07	6 -0,03	10 -0,05	1 -0,00		32 -0,20
interés particular	17 -0,08	31 -0,15	28 -0,14	20 -0,09	46 -0,26	24 -0,12	33 -0,18	36 -0,20	22 -0,12	17 -0,09	13 -0,07	8 -0,04	20 -0,11	9 -0,05	3 -0,02
hospital pequeño	4 -0,02	13 -0,06	19 -0,10	7 -0,03	6 -0,03	5 -0,03	9 -0,05	7 -0,04	3 -0,02	13 -0,07	5 -0,03	4 -0,02	1 -0,01		29 -0,20
auxiliar acción	5 -0,02	25 -0,13	9 -0,04	10 -0,05	18 -0,10	16 -0,09	24 -0,14	11 -0,06	12 -0,07	11 -0,06	12 -0,07	9 -0,05		9 -0,06	17 -0,11
trabajo	4 -0,02	7 -0,04	11 -0,06	9 -0,05	15 -0,08	12 -0,07	10 -0,06	9 -0,05	11 -0,07	5 -0,03	6 -0,04	2 -0,01	7 -0,04	3 -0,02	11 -0,08
comunicación	9 -0,05	10 -0,05	10 -0,05	8 -0,04	8 -0,04	7 -0,04	5 -0,03	3 -0,02	11 -0,07	9 -0,05	5 -0,03	4 -0,02	7 -0,04	10 -0,07	14 -0,10

Paciente (379) @ sentir sometimiento (41)  
Occ-Proportión=9 excede limite (5)

Columna [14]: sentir sometimiento

Fila [15]: Paciente

21:23 Después pasa a la zona donde s.. (65:70)  
22:26 Saludo a V.(enf) que está det.. (68:70)  
<> 22:46 Les pregunto cómo se dividen l.. (111:116)  
<22:48 Yo-¿Entonces no os distribuis... (118:119)  
<> 43:56 incluso el material, a veces r.. (120:120)  
<> 43:57 o como esta señora que se lo a.. (120:120)  
> 59:25 En la mesa redonda del despacho... (96:96)  
> 59:33 Veo que el despacho de las asi.. (147:150)  
> 59:41 Se acerca J. (telador) al cont.. (170:171)  
> 59:46 Yo-Mr. ¿con quién estás? Mr... (190:194)  
> 60:42 Mars. (aux), comenta que le du.. (145:148)  
J. 59:26 Tratar a la mala, entonces no h.. (118:119)

Row: Paciente (379-175) - Column: sentir sometimiento (41-51) -

Figura 16. Categoría Central en Atlas.ti.

Fuente: elaboración propia (2015).

### Codificación axial y selectiva

A partir de este hallazgo empieza la codificación axial, que consiste en establecer una red de relaciones de elementos alrededor de la categoría central (Andréu et al., 2007), cuyo inicio se presenta en la Tabla 13.

**Tabla 13.** *Primer nivel de codificación axial*

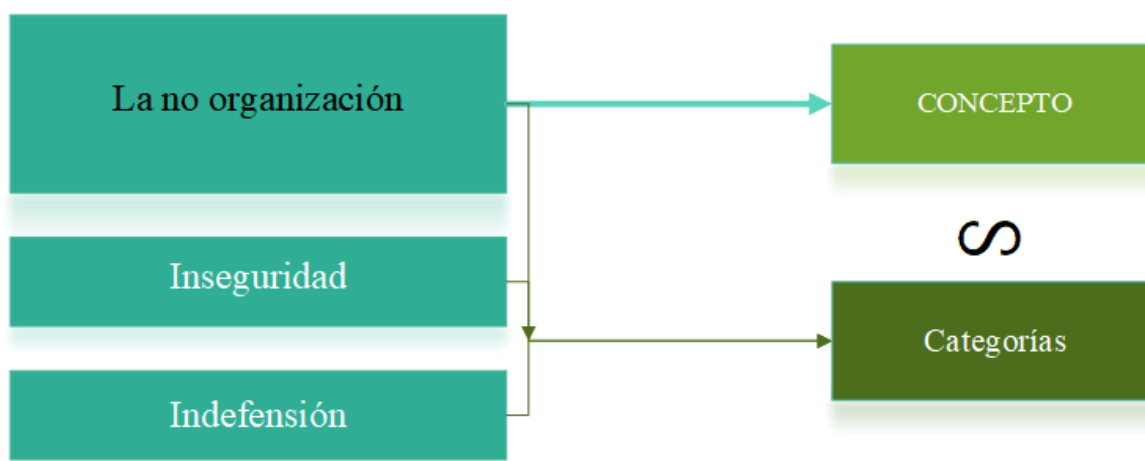
<i>Categoría central</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Propiedades</i>	<i>Categorías</i>	<i>Sub-dimensiones</i>
<i>Interés particular</i>	No responsabilidad para con el otro	<i>Sobrevivir</i>	Trabajar en algo Relaciones individuales típicas	Necesidades básicas
			Construir la realidad Sumisión al poder Imitar para adaptarse El poder del saber como herramienta de defensa	Auto conservación
			Aparente estar Autoexclusión	Desconexión
	Responsabilidad para con el otro	<i>Sumisión</i>	La no organización Inseguridad Indefensión Aprendizaje en la sumisión Anulación del ser Anulación de una profesión Ser objeto del poder	
			Individualismo contrario al otro El poder no implicado en la organización El poder médico No aplicación de las normas El caos	El control del poder
	Responsabilidad para con el otro	<i>Poder-Vivir</i>	<i>Poder</i>	Poder del trabajador
			Poder del familiar-paciente	El control del poder
			Humanización de la organización	Conexión

Fuente: elaboración propia (2015).

Unas categorías clasificadas de acuerdo a sus dimensiones, propiedades y sub-dimensiones, entorno a la categoría central, que muestra un grado de “ordenamiento conceptual” y teórico, que difiere del que presenta la etnografía, cuya presentación final se organiza alrededor de temas que emanan de la descripción e interpretación de la realidad a estudio (Strauss y Corbin, 2002).

Teniendo esto en cuenta y dado que este es un “método continuo” los temas surgidos con el enfoque etnográfico, ahora constituyen propiedades de las categorías, pues representan las características que tienen en común las categorías a las cuales se conecta, lo mismo que las dimensiones que se asemeja a los vectores, que señalan la localización de las categorías en un continuo, y sus especificaciones o “recorridos más cortos”: las sub-dimensiones.

Una vez encontrada la correspondencia de determinados términos entre la etnografía y la teoría fundamentada, se conectan ahora las categorías a conceptos<sup>27</sup>, alcanzando el segundo nivel de codificación axial, es decir, se advierte que hay categorías que actúan de conceptos, los cuales se relacionan con un grupo específico de categorías, como en la Figura 17:



**Figura 17.** Conexión de categorías a concepto.

Fuente: elaboración (2018).

---

<sup>27</sup> Conceptos, según teoría fundamentada, son los basamentos fundamentales de la teoría (Strauss y Corbin, 2002).

De esta forma, se entra en la codificación selectiva, que integra los conceptos en torno a la categoría central, revisando y actualizando, si es preciso, las categorías para que queden definidas y desarrolladas, y así refinar la teoría conformando un todo integrado; etapa final de algunas investigaciones.

Sin embargo en este estudio, al seguir este “método continuo”, se tiene siempre presente el trabajo analítico del primer momento, por lo que se induce la existencia de procesos; de modo que la investigadora “se tira a la piscina” de los datos siguiendo la recomendación de Strauss y Corbin (2002), que dice: “una teoría sin el proceso le falta la parte vital de la historia” (p. 197), decidiéndose a preguntar a los datos sobre el fenómeno que representa cada categoría: dónde ocurre, bajo qué circunstancias, cómo y con qué resultados.

Así, se descubre un patrón cíclico, que enlaza el proceso, una secuencia de acciones e interacciones con la estructura, es decir, las condiciones que lo desencadena en los distintos niveles, y sus consecuencias. De ahí se hacen patentes dos procesos sociales básicos (PSBs) estructurales<sup>28</sup>: “Poder para sobrevivir” y “Poder para vivir”; representados a través de las Figuras 18 y 19, que muestran la codificación axial y selectiva de cada uno de los procesos.

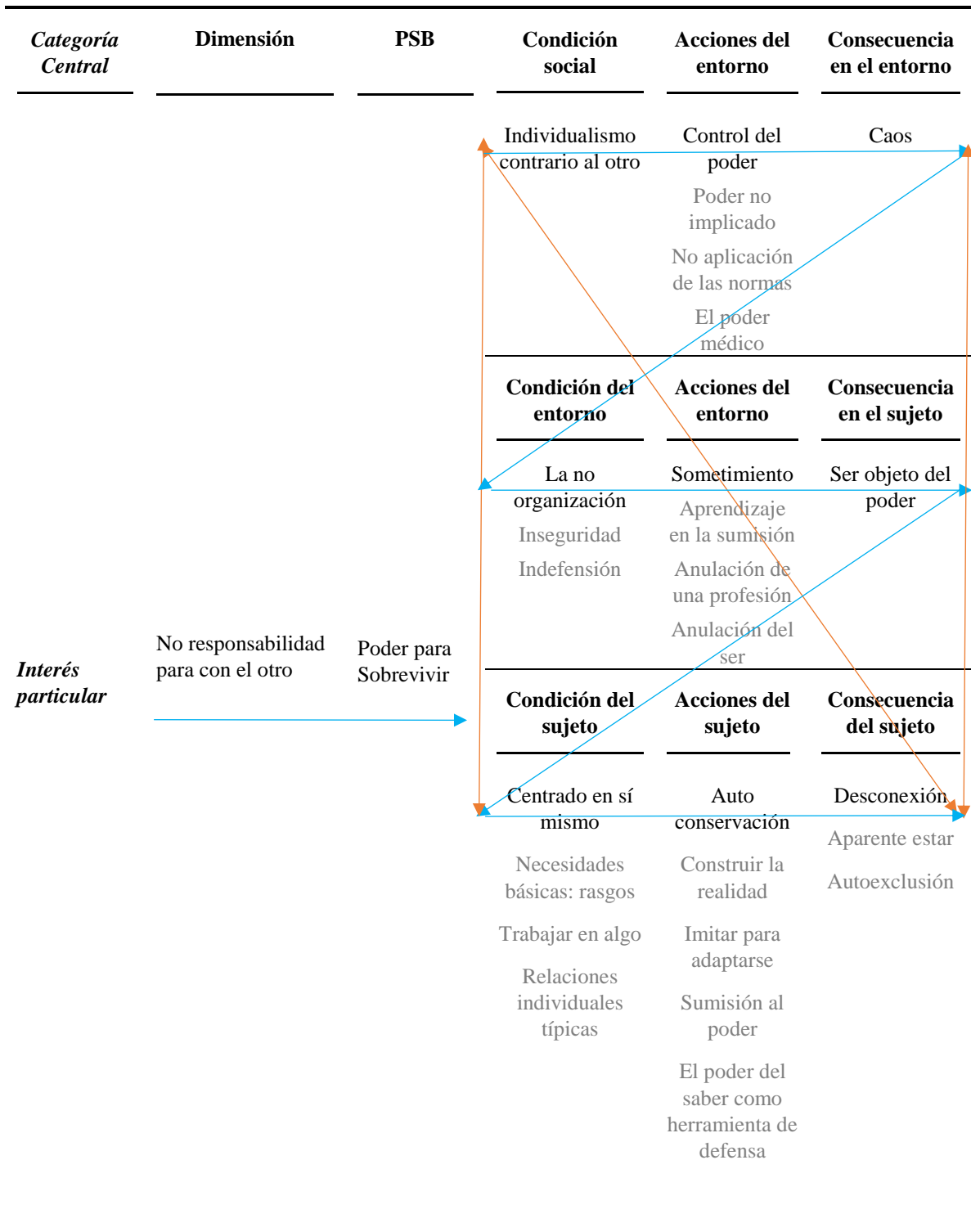
Estos procesos son un subproducto que surge durante la aproximación al desarrollo de la teoría fundamentada y por lo tanto una consecuencia de la aplicación empírica de este tipo de enfoque (Trinidad et al., 2006); mostrando, como es el caso de esta investigación, la organización del comportamiento humano en su vida<sup>29</sup> de relación en la institución sanitaria.

---

<sup>28</sup> Según Trinidad et al., (2006) se refieren a la estructura social del proceso. De tal modo, en este estudio, conforman la estructura del proceso social a nivel micro: el sujeto y a nivel macro: la organización sanitaria.

<sup>29</sup> Aceptación del significado de *vida*: “la fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee” (DLE).

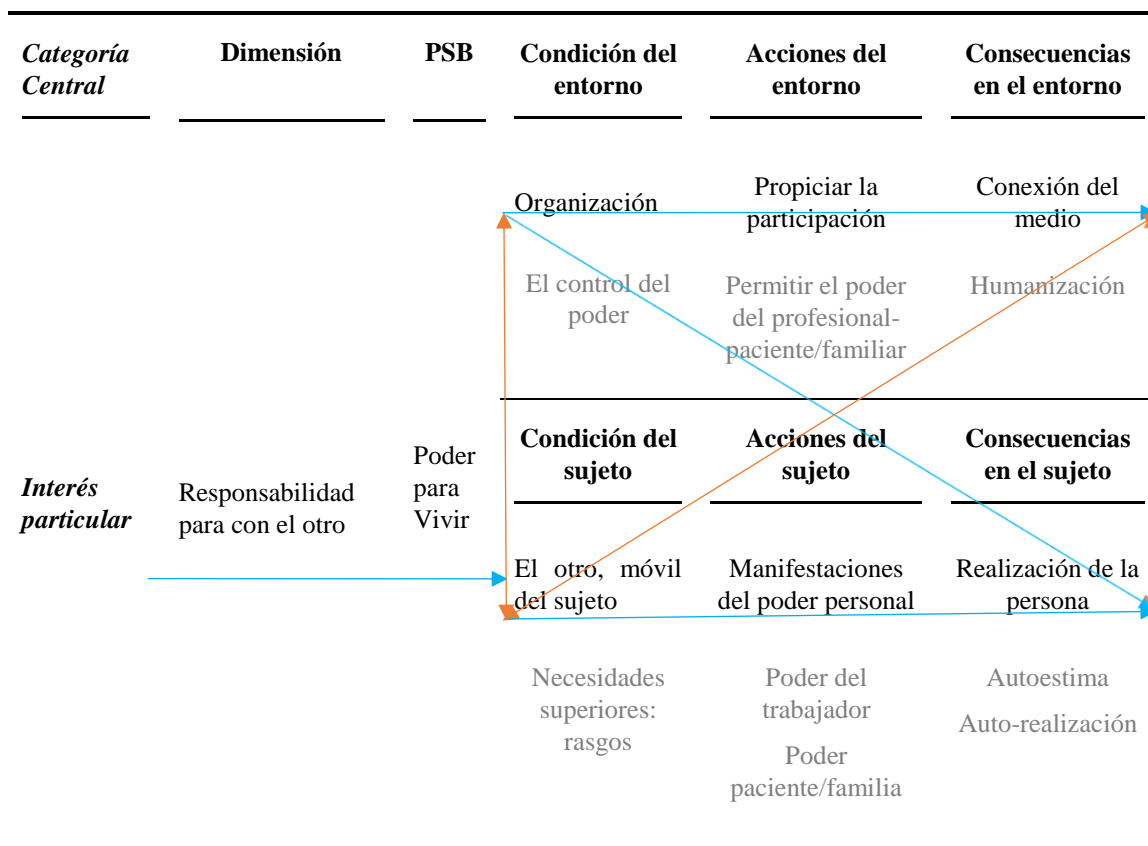
---



**Figura 18.** Codificación axial y selectiva del PSB: Poder para sobrevivir

Las palabras de color negro son códigos teóricos, pertenecientes a la codificación selectiva.

Las flechas representan la senda de conectividad entre el nivel macro y micro.



**Figura 19.** Codificación axial y selectiva del PSB: Poder para vivir.

Fuente: elaboración propia (2016).

Además, a través de la trayectoria que conecta estructura, acciones y consecuencias, relacionando el nivel macro y micro, se determina el alcance: social, organizacional y personal, y su posible impacto (Strauss y Corbin, 2002), estableciéndose el modelo teórico de esta investigación (Andréu et al., 2007).

Aun así queda por perfilar, a través de la Tabla 14, las condiciones<sup>30</sup> macro y micro, con sus especificaciones (causales, mitigantes o intervinientes y contextuales), que terminan de explicar esas relaciones complejas que mantienen, de un modo directo, con las acciones de cada proceso, tanto a nivel micro (sujeto) como a nivel macro (entorno -organización-).

<sup>30</sup> Según Strauss y Corbin (2002) las condiciones dan respuesta de forma agrupada y conceptual a las preguntas: por qué, dónde, cuándo y cómo, constituyendo la estructura o conjunto de circunstancias o situaciones en las que están inscritos los fenómenos (p.140).



**Tabla 14.** *Condiciones de los Procesos Sociales Básicos*

<b><i>PSB: Poder para sobrevivir</i></b>		
<b><i>Condiciones</i></b>	<b><i>Nivel micro</i></b>	<b><i>Nivel macro</i></b>
<b><i>Causales</i></b>	Centradas en sí mismas	Individualismo contrario al otro La no organización
<b><i>Mitigantes</i></b>	Personas responsables para con el otro	
<b><i>Contextuales</i></b>		Hospital de alta complejidad, nivel 3 Servicio tradicional Modelo de gestión público <b>“hospital grande”</b>
<b><i>PSB: Poder para vivir</i></b>		
<b><i>Condiciones</i></b>	<b><i>Nivel micro</i></b>	<b><i>Nivel macro</i></b>
<b><i>Causales</i></b>	Personas responsables para con el otro	Organización: el control del poder
<b><i>Intervinientes</i></b>	Centradas en sí mismas	
<b><i>Contextuales</i></b>		Hospital de nivel 2 Servicio tradicional Modelo de gestión público <b>“hospital pequeño”</b> Unidad de Gestión Clínica (1)

Palabras en negrita son códigos *in vivo*.

(1) No presenta condiciones intervinientes o mitigantes.

Fuente: elaboración propia (2016).

A la vez que también es preciso exponer aquellos elementos producto de la codificación selectiva que afectan e intervienen en cada proceso como son los códigos teóricos ligados a las propiedades de las categorías y a sus respectivas dimensiones (Tabla 15).

**Tabla 15.** Codificación selectiva de los PSBs

<b><i>PSB: Poder para sobrevivir</i></b>				
<b><i>Dimensión</i></b>	<b>Propiedad</b>	<b>Códigos teóricos</b>		
<b><i>No responsabilidad</i></b>	Poder	Individualismo contrario al otro	Control del poder	Caos
	Sumisión	La no organización	Sometimiento	Objeto de poder
	Sobrevivir	Centrado en sí mismo	Auto conservación	Desconexión
<b><i>PSB: Poder para vivir</i></b>				
<b><i>Dimensión</i></b>	<b>Propiedad</b>	<b>Códigos teóricos</b>		
<b><i>Responsabilidad</i></b>	Poder	Organización	Propiciar la participación	Conexión del medio
	Vivir	El otro, móvil del sujeto	Manifestaciones del poder personal	Realización de la persona

Fuente: elaboración propia (2016).

Una vez realizada todo este tipo de codificaciones y teniendo estas redes de enlaces, se procede a la codificación teórica, propiamente dicha.

### **Codificación teórica**

Se interpreta como volver a pensar en la gama de elementos que contiene la categoría central, introduciendo conceptos de mayor nivel de abstracción (Trinidad et al., 2006).

Así, se incorporan dos propiedades dimensionales: “el poder no responsable para con el otro” y “el poder responsable para con el otro”, que actúan a modo de hilos, engarzando a la categoría central los elementos relacionados a un PSB, con esas características; a la vez que

dan, el sentido a los procesos, estructuras y consecuencias, ofreciendo una explicación más plausible al problema de investigación.

A continuación, se muestra en la Figura 20, un mapa conceptual de los elementos resultantes integrados, que fundamentan y guían la presentación de la teoría emergente.

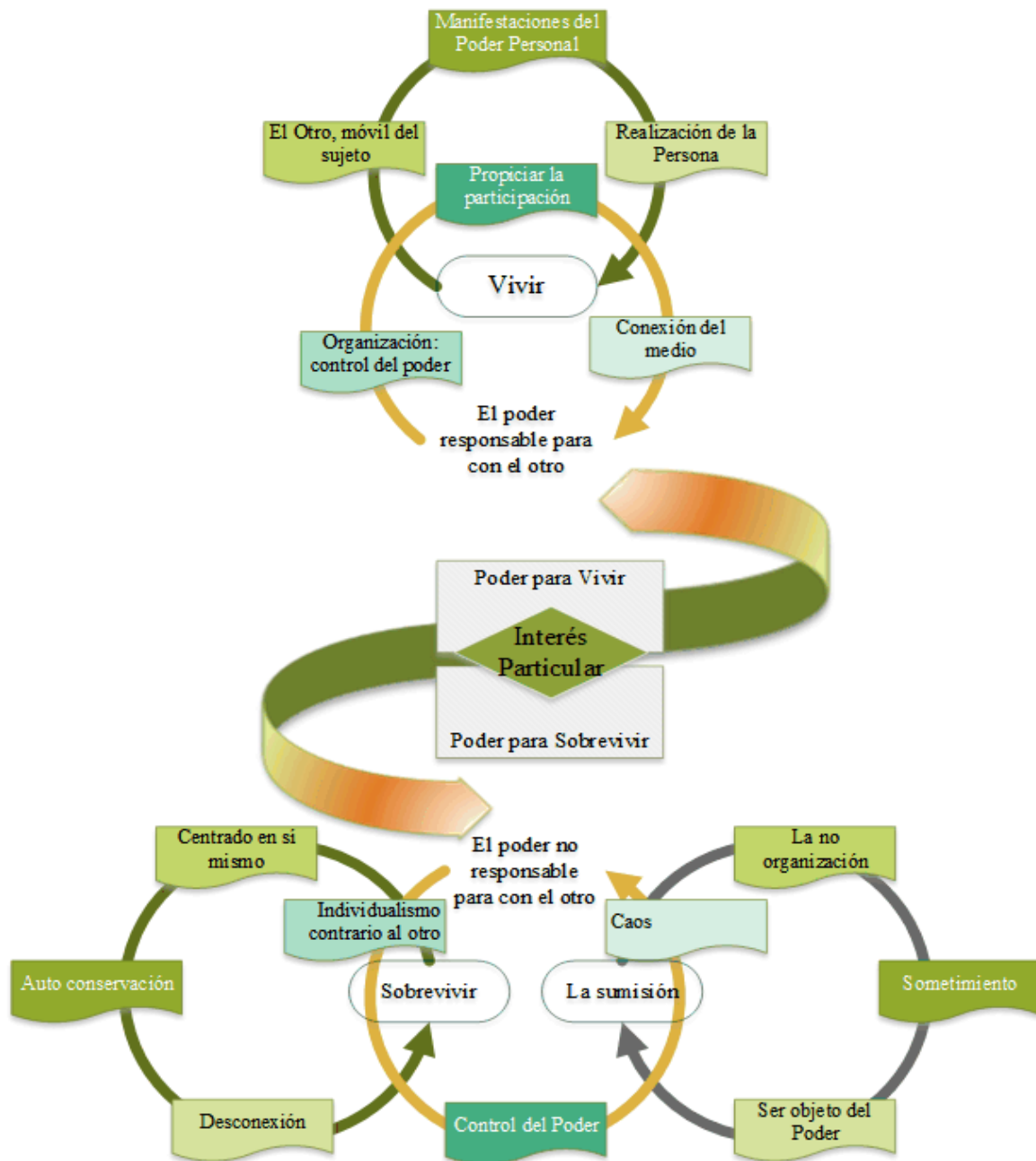


Figura 20. Esquema teórico emergente.

Fuente: elaboración propia (2016).

**RESUMEN**

Tanto el trabajo de campo como el análisis de datos marcan la exposición del método. Fases de la investigación que por el modo de interactuar la investigadora con la realidad a estudio y los datos, presentan particularidades propias, así como cambio de escenarios y enfoques procedimentales, con el objetivo de responder a la pregunta de investigación.

Así, en un principio se sigue el método etnográfico, hasta que llega un momento del análisis en el que se decide utilizar otro enfoque, ante la sensación de estar frente a una teoría.

Justo, una perspectiva que permite sus relaciones, integrar conceptos fundamentados en los datos, y ofrecer una explicación teórica al problema de estudio, que se desarrolla en los capítulos siguientes.

---



# CAPÍTULO IV. RESULTADOS

---

- ☒ Sinopsis del PSB: Poder para Sobrevivir
- ☒ Poder para Sobrevivir: tras las huellas
- ☒ Sinopsis del PSB: Poder para Vivir
- ☒ Poder para Vivir: proyecciones
- ☒ Teoría emergente



## RESULTADOS

### INTRODUCCIÓN

Los resultados se presentan desde un nivel conceptual (Strauss & Corbin, 2002) conforme al esquema teórico emergente expuesto en el capítulo anterior. No obstante, antes de entrar en materia se explica la forma de escribir los resultados, una sinopsis del tipo de significados componen que cada proceso y su secuencia a través de una figura.

A continuación, los procesos básicos sociales: “Poder para sobrevivir” y “Poder para vivir” se definen y exponen, a modo de dos caras de la misma moneda, en donde los resultados conectados a la categoría central “Interés particular”, se muestran siguiendo la senda de la conectividad<sup>31</sup> (Strauss & Corbin, 2002), a través de las propiedades dimensionales, propiedades de los códigos teóricos, categorías y sub-dimensiones.

En el proceso “Poder para sobrevivir” se revelan los conceptos de “El poder no responsable para con el otro” que relacionan al sujeto social con la organización, “La sumisión” con significados que enlazan el entorno organizativo con el sujeto, y “Sobrevivir” que conectan el ser y estar del sujeto en la organización con la sociedad.

Realmente una exposición inversa a cómo fue construido, que articula el nivel macro y micro.

De igual manera se exponen el proceso social básico “Poder para vivir”, a través de su patrón cíclico, que incluye también condiciones y consecuencias. Desarrollando los conceptos de “El poder responsable para con el otro” que conectan el ejercicio del poder personal en la organización, y “Vivir”, que relacionan el ser persona con el otro y su transcendencia en sí mismo.

---

<sup>31</sup> Senda de conectividad son las maneras complejas en que las condiciones/ consecuencias macro o micro se entrecruzan para crear un contexto para la acción/interacción (Strauss y Corbin, 2002, p. 198).



Finalmente se presenta la teoría formal (Andréu, García-Nieto & Pérez Corbacho, 2007), a modo de síntesis, a través de conceptos abstractos relacionados a la variación de términos resultantes y enlazados a la categoría central, que arranca de los datos.

#### CLAVES PARA EL LECTOR

Los resultados se escriben del siguiente modo:

- Durante la exposición de los PSBs se especifican en los conceptos su cualidad de condición, acción o consecuencia, con distintos niveles de abstracción; dado que se encuentran enlazados con teorías y literatura técnica, que se discuten posteriormente.
  - A modo de ejemplo, se introducen preguntas hechas a los datos, que evidencia el proceso metodológico y la construcción de los conceptos.
  - Los significados se ilustran con palabras de los actores, en cursiva, adaptándose a la narrativa; o insertadas citas antes, durante o después de su exposición, manifestando su fundamentación en los datos.
  - A su vez, se distinguen en negrita, aquellos términos que los participantes, remarcaron con su tono de voz o que aportan significados a la investigación.
  - Al mismo tiempo, los conceptos están sombreados para que puedan ser leídos de continuo, sino se desea bajar siempre a “la tierra” -los datos-; ver en la Figura 21.
-

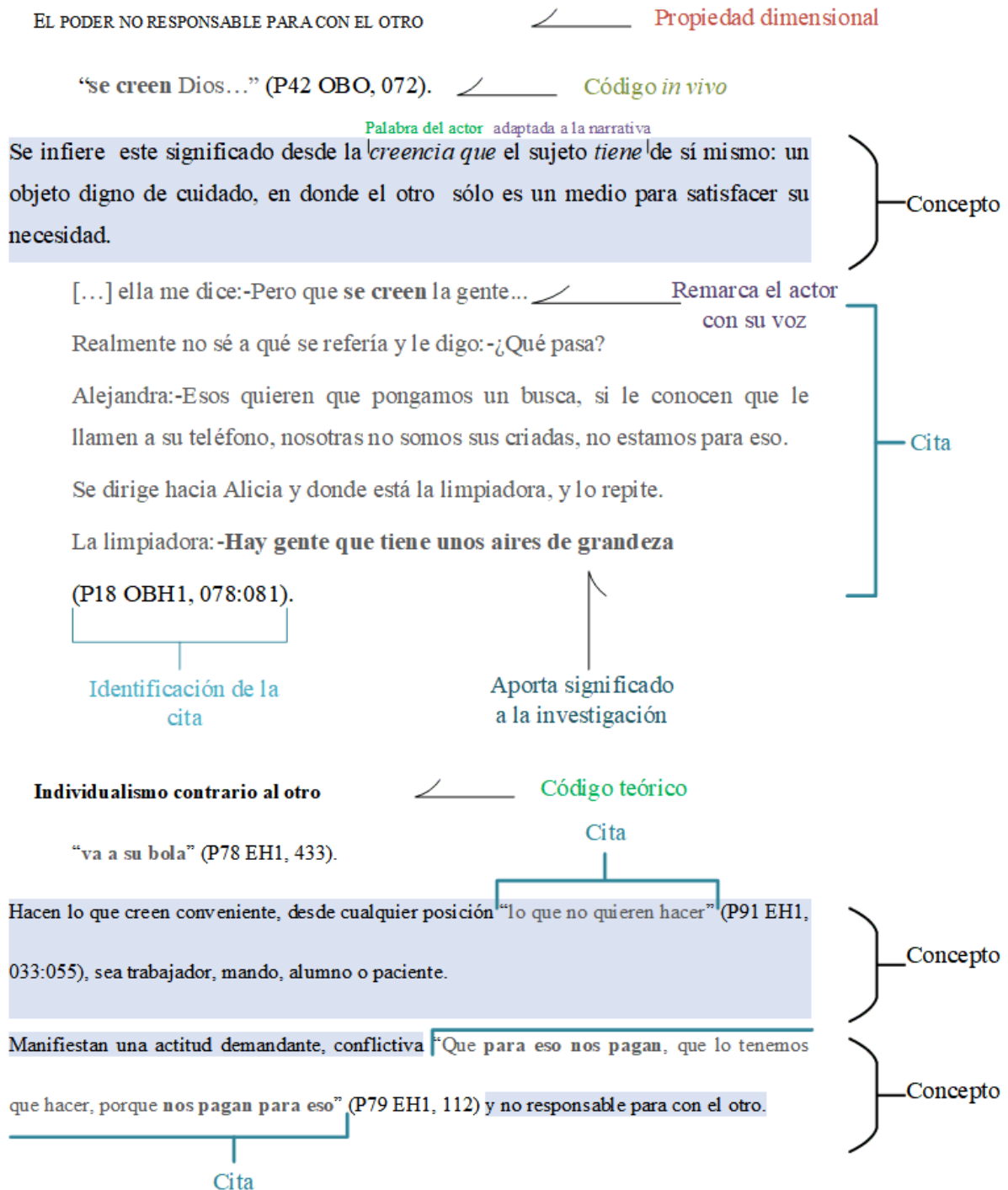


Figura 21. Formato de los resultados.

Fuente: elaboración propia (2018).

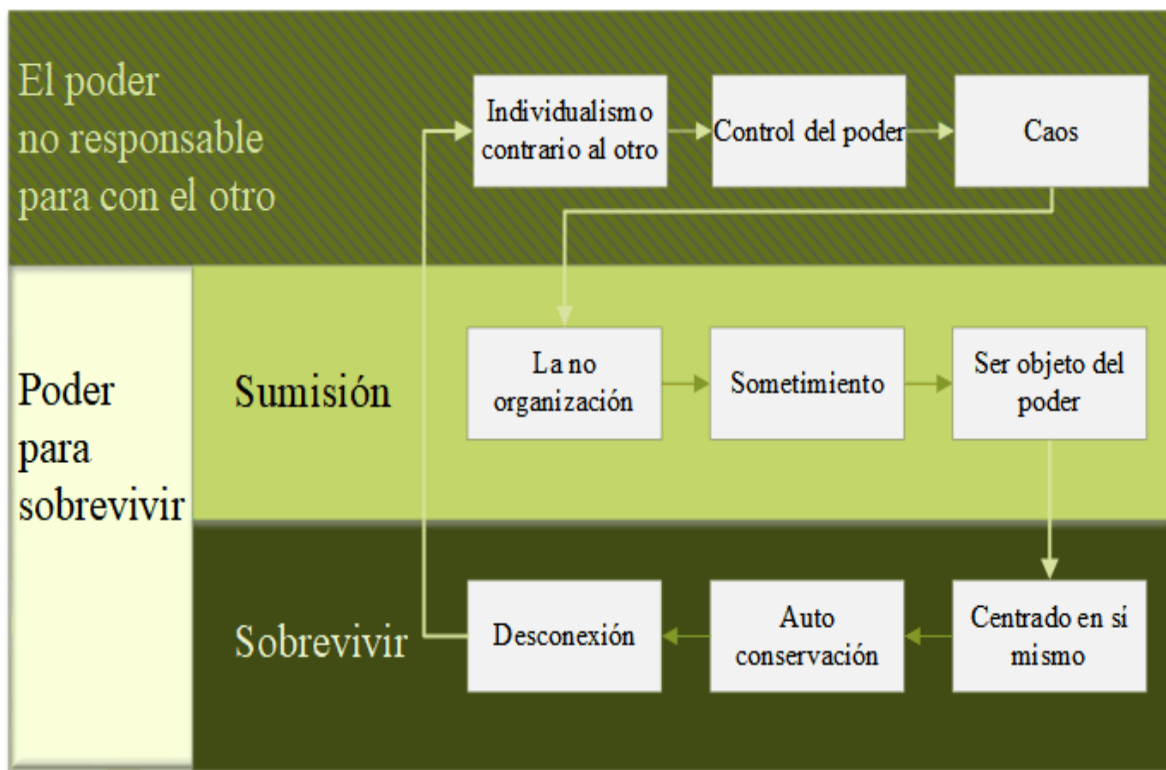
**SINOPSIS DEL PSB: PODER PARA SOBREVIVIR**

Los hallazgos que componen el “Poder para sobrevivir” se presentan en la Tabla 16 y Figura 22, con aquellos datos, que facilitan la comprensión de su lectura y seguimiento.

**Tabla 16.** *Características de los conceptos del PSB: Poder para sobrevivir*

<b><i>Poder para sobrevivir</i></b>	<b>PSB</b>	
<b><i>El poder no responsable para con el otro</i></b>	<b>Propiedad dimensional</b>	
<b><i>Individualismo contrario al otro</i></b>	Código teórico	Condición social
<b><i>Control del poder</i></b> <i>Poder no implicado</i> <i>No aplicación de las normas</i> <i>El poder médico</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Acciones del entorno
<b><i>Caos</i></b>	Código teórico	Consecuencia en el entorno
<b><i>Sumisión</i></b>	<b>Propiedad</b>	
<b><i>La no organización</i></b> <i>Inseguridad</i> <i>Indefensión</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Condición del entorno
<b><i>Sometimiento</i></b> <i>Aprendizaje en la sumisión</i> <i>Anulación de una profesión</i> <i>Anulación del ser</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Acciones del entorno
<b><i>Ser objeto del poder</i></b>	Código teórico	Consecuencia en el sujeto
<b><i>Sobrevivir</i></b>	<b>Propiedad</b>	
<b><i>Centrado en sí mismo</i></b> <i>Necesidades básicas:</i> <i>rasgos</i> ▪ <i>Trabajar en algo</i> ▪ <i>Relaciones individuales típicas</i>	Código teórico <i>Sub-dimensión</i>  <i>Categorías</i>	Condición del sujeto
<b><i>Auto conservación</i></b> <i>Construir la realidad</i> <i>Imitar para adaptarse</i> <i>Sumisión al poder</i> <i>El poder del saber como herramienta de defensa</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Acciones del sujeto
<b><i>Desconexión</i></b> <i>Aparente estar</i> <i>Autoexclusión</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Consecuencia del sujeto

Fuente: elaboración propia (2018).



**Figura 22.** Senda de las Huellas del PSB: Poder para sobrevivir.

Fuente: elaboración propia (2018).

**PODER PARA SOBREVIVIR: TRAS LAS HUELLAS**

El poder para sobrevivir, se define como la utilización de las capacidades propias del sujeto para satisfacer su necesidad, a través de una acción centrada en sí mismo que anula su responsabilidad para con el otro y produce desconexión del medio.

**EL PODER NO RESPONSABLE PARA CON EL OTRO**

“se creen Dios...” (P42 OBO, 072).

Se infiere este significado desde la *creencia que el sujeto tiene* de sí mismo: un objeto digno de cuidado, en donde el otro sólo es un medio para satisfacer su necesidad.

Alicia (enfermera) decide llamar a farmacia del hospital a ver si lo encuentra el medicamento. Mientras está en el mostrador llamando se acercan unas personas vestidas de calle y le dicen que le pongan un busca a un médico.

Yo veo la escena desde la zona de la medicación con Alejandra (auxiliar), ella me dice:-Pero que se creen la gente...

Realmente no sé a qué se refería y le digo:-¿Qué pasa?

Alejandra:-Esos quieren que pongamos un busca, si le conocen que le llamen a su teléfono, nosotras no somos sus criadas, no estamos para eso.

Se dirige hacia Alicia y donde está la limpiadora, y lo repite. La limpiadora:-**Hay gente que tiene unos aires de grandeza** (P18 OBH1, 078:081).

**Individualismo contrario al otro**

“va a su bola” (P78 EH1, 433).

Este significado emerge de los datos como condición social del proceso poder para sobrevivir, donde el individuo utiliza su poder de modo no responsable para con el otro.

Se comienza la exposición de este resultado desde la voz silenciada y callada de los que no piensan igual que estos, a los que denominan *son* “como la sociedad” (P05 OBH1, 080),

centrados en sí mismo, pendientes de que les solventen sus necesidades, *maleducados* con el prójimo y no implicados en el trabajo o en su cuidado.

Sin embargo se les consiente y admite entre los trabajadores, alumnos, mandos, sindicalistas y pacientes.

Alejandra (auxiliar interina), refiriéndose a los alumnos de auxiliar:-no son como cuando yo era alumna, que no hacía falta que te mandaran, ahora se lo tienes que decir, es **como la sociedad...** (P05 OBH1, 080).

Alejandra (auxiliar interina):- yo creo lo que se ha vuelto **a ser la sociedad**, esto es una opinión mía particular, todo más..., como...más de que la gente **te tiene que hacer**, ¿sabes lo que te digo?, o sea, que "**es tu obligación de darme de comer**", ¿cómo, cómo obligación? o sea, porque nada, "**tú me tienes que lavar**", "**tú me tienes que alcanzar el agua**", ¡pero bueno! como que "**tú me ...**", o sea, **una falta de educación tremenda...**, ¿sabes? (P80 EH1, 052).

⋮ ¿Qué se les consiente? los datos dicen que:

Se les tolera mantener su *idea*, incluso cuando es *perjudicial* para el funcionamiento de la organización y del paciente.

Yo ahora, que ha pasado, que ha venido la de lencería, que oye, ahorrar sábanas que no..., que en Campillo están 100% en huelga de la lavandería, y entonces ¿qué hacemos? ¿Cómo aseo mañana? ¿Con los sacos de la ropa sucios? Porque si no tengo sábanas, ni toallas ¿cómo le seco con sábanas, si no puedo poner sábanas? Ahí, por ejemplo a mí me preocupa, y pero habrá quien, con lo que tenga..., con lo que tenga **me apañó**, y que sea mañana lo que sea, y si no hay, pues bueno, como que **se perjudica al paciente...** (P78 EH1, 209).

Así en las reuniones del servicio "**no hay consenso**" (P87 EH1, 094), pues la infinidad de intereses particulares lo impiden.

De este modo, auto referenciarse origina variabilidad en la práctica, tanto en la misma categoría como entre diferentes, al igual que dentro del mismo hospital y entre varios.

I (investigadora):- ¿Todas lo hacéis igual...?

Trini (limpiadora):-Pero todavía no sabes, que desde los médicos hasta nosotras “**cada maestrillo tiene su librillo**” (P08 OBH1, 065:066).

Un interés particular, que se identifica no responsable con el semejante, centrado en autosatisfacer sus necesidades y ajeno a las del prójimo, causa del individualismo.

Un pinche de cocina trae el desayuno de los pacientes y le pregunto a Gloria (auxiliar):-¿La pinche os ayuda a repartir los desayunos a los pacientes?

Gloria:-No. **Aquí no, en otros sitios si lo hacen** (P11 OBH1, 061:063).

De ahí que la incomunicación es un acto usado para su interés particular, y los que lo sufren lo asemejan con el *clasismo* y *falta de consideración*, presentándose estar por encima de la organización.

I:-¿Cómo que no os avisan cuando escriben un tratamiento?

Elena (enfermera): -Nooo, hay veces que el médico pasa a última hora de...la mañana..., entonces si la enfermera está por alguna habitación o lo que sea, el médico escribe, escribe en...

I:-Sí

Elena:-en la carpeta

I:-¿Pero la deja abierta? ¿Da alguna señal de cómo que lo ha...?

Elena:-**Hay veces que sí y hay veces que no** -silencio-

I:-Vale

Elena:-¡Es que **es un descontrol!** Es que no... en, con respecto a ese tema esto no lleva a...una dinámica como en otros sitios. En otras plantas...supongo que sí (P83 EH1, 509:523).

Hacen lo que creen conveniente, desde cualquier posición “lo que no quieren hacer” (P91 EH1, 033:055), sea trabajador, mando, alumno o paciente.

Manifiestan una actitud demandante, conflictiva “Que **para eso nos pagan**, que lo tenemos que hacer, porque **nos pagan para eso**” (P79 EH1, 112) y **no responsable para con el otro, que causa sobrecarga y retardo de la atención adecuada, sin tener en cuenta las consecuencias.** Esta celadora lo resume: “cuanto más perro eres, más conflictivo,..., mejor vives” (P23 OBH1, 083).

Esta forma de comportarse, se relaciona con la creencia forjada que él tiene de sí mismo, donde el otro “**es un estorbo**” (P80 EH1, 053:055) sólo útil como medio para su fin.

I:-Ahí es donde más se ve el clasismo, la diferencia...de categorías ¿es así?

Ángela (auxiliar):-Sí, mucho, mucho, **hasta el punto de presenciar pues insultos** y tal por errores humanos...

I:-¿Qué son subsanables?

Ángela:-Sí, son subsanables

I:-O sea, que no tendría ninguna transcendencia, si...

Ángela:-De haberte rozado **sin querer** la bata estéril o el guante...

I:-Que se quita y se pone...

Ángela:-O no haber colocado la lámpara, **no me he anticipado** a colocar la lámpara, porque es la primera vez que estoy en el quirófano y no sé lo que tengo que hacer... (P78 EH1, 061:067).

Según esto, la obediencia a una *idea* procedente del otro, no se admite pues lo valora un peligro a la identidad creada de sí mismo.

Emilia (enfermera):- en la cuarta, de hecho, perdón, la supervisora que había antes eh... obligaba a hacerlo como lo hago yo (-actualmente, sacar la medicación-), y **a mí no me gustaba** cuando estuve allí y a nadie, o sea, era en plan de... **no me gusta que me obliguen a trabajar de esta manera**, es como que obligaba



I: -Entonces ¿allí todo el mundo hacía lo mismo?

Emilia:- Casi todo el mundo, sí, había gente que no, porque **se rebelaba**, que **los hacía con sus sobros y sentados y tranquilamente** (P84 EH1, 205:207)

Esta visión del prójimo limitante le lleva a actuar con independencia de la situación de precariedad que presente, despilfarrando el tiempo laboral con tal que cada uno se le respete su criterio profesional, dado que lo estiman como un valor inalienable.

Emilia (enfermera):- ...**son cosas muy personales**, la **forma de trabajar de cada uno**, de cómo se saca la medicación, el parte, yo creo que el parte es lo más personal...de un enfermero, de cómo trabaja, su manera primera de prepararse el parte... es fundamental, para ver si es organizado o no..., **y meterte en eso... es difícil** (P84 EH1, 205).

Alberto (fisioterapeuta):-Un ejemplo, pues a lo mejor eh..., hay enfermeros que curan a primera hora y otros **que prefieren** curar a última, entonces eso a mí me supone que yo no trato a los pacientes a los que hacen la cura a última hora, como no los levantan hasta que los curen, **yo ya hay muchos que nos les trato**, simplemente porque el enfermero **decide** curarle a última hora (P87 EH1, 096).

Desde esta perspectiva, su interés le lleva a utilizar cualquier recurso, personal o material, de la institución, en su beneficio.

Graciela (enfermera) está haciendo el papeleo de los ingresos, mientras Sonia (enfermera), que me dijo que **no hace cosas en el ordenador**, **está buscando vuelos** para irse a Valencia (lugar ficticio) (P77 OBH2, 055).

Así, todo pasa por el filtro de su interés, incluso, reinterpreta las funciones “Sí, a su manera” (P84 EH1, 211), impidiendo el trabajo en equipo y la creación de un flujo de valor, como muestran los datos.

Sonia (enfermera), se da cuenta que no tiene sistemas de sueros, los busca en el almacén, pero no hay. Se va dónde se encuentran las auxiliares (en sala de estar) y les

dice:-**A quién le corresponde** ir a por sistemas de sueros que no hay, **¿os corresponde?** (P75 OBH2, 084).

Luisa (enfermera):-Es que aquí llevamos en ocasiones a 16, luego te dicen que no les levantas, pero esa **no es mi función...** (P38 OBH1, 139).

I:-Por ejemplo estoy viendo hay... un letrerito por ahí..., que pone registro de analíticas que quedan ¿eso qué significa, que es no lo sé, lo... sabes?

Inés (auxiliar):-No, **eso más bien es de enfermería**, pero supongo yo que son volantes mal rellenos por... parte del médico o algo, entonces sí está mal relleno pues eh...la enfermera no lo saca, evidentemente si no está relleno o está mal relleno no te lo cogen en el laboratorio, con lo cual...

I:-Entonces ¿habría que esperar un tiempo o decírselo al médico?

Inés:-Decírselo al médico para que rellene bien el volante, me imagino, pero eso **ya te digo es más de la enfermera**

I:-Vale

Inés:-No de la auxiliar (P79 EH1, 149:154).

Sin embargo, si su interés particular es el dinero, se movilizan, como indica esta auxiliar: “si tu trabajas **a cambio de pasta**, intentas hacer lo más posible” (P78 EH1, 113).

### **Control del poder**

“**es que no hay un control**” (P88 EH1, 530).

Se interpreta este significado como las acciones que utiliza el individuo para ejecutar, mantener y retener el poder, tanto si es responsable como no, con el objetivo de lograr su interés.

---

Un resultado expuesto desde los distintos *status*, que los actores presentan en la organización.

Así, se infiere un poder político “han introducido una empresa privada para gestionar las pruebas, las listas de espera para operar...te derivan donde quieren” (P42 OBH1, 208), que gestiona sus objetivos “Las concesionarias reducirán los tiempos de espera en los 6 hospitales” (P59 OBH1, 233), asociado al dinero “al enfermo modelo” (P09 OBH1, 66).

...a los que están entre 30 y 50 años, que son operaciones fáciles a hospitales concertados, que no se van a complicar y a nosotros nos dejan las personas de noventa, que cuando se les arregla la fractura pueden tener complicaciones respiratorias, etc...(P42 OBH1, 209).

Un poder directivo, no visible, “Pues eso, muy alejada de... nosotros, de los trabajadores” (P84 EH1, 164), sobredimensionado “muchas, muchas figuras” (P98 EH1, 426), que no dirige, obediente a quién les nombra “gerentes que son políticos” (P24 OBO, 072) para satisfacer su necesidad.

Ismael (ex directivo enfermero):-...me llamó a su despacho -el director-, quería hacer... y a mí eso me pareció una “putada” y me dijo sentado:- Ismael - me hace la demostración -, yo estoy divorciado y tengo que hacer esto...-se sujetó al sillón fuertemente- (P39 OBH1, 213).

De ahí que controlen la elección de mandos, como explica este director de enfermería: “en la entrevista..., es verdad que a veces se... descubres a las personas, es decir, el curriculum es muy importante..., el proyecto es importante, pero no tanto, pero no deja de ser un documento, [...], pero la entrevista... normalmente nos ha llevao a veces a inclinarnos hacia un lao y hacia otro..., ante personas con un proyecto muy bueno, y en cambio en la entrevista, pues , bueno, muy flojo, ¿no?, muy...de estar, te decanta, pues la manera de ser de... de la persona ¿no?” (P94 EH1, 063) desprovistos de *autoridad real* “aquí no hay interés por parte de nadie, entonces lo que ocurre es lo que hablamos antes, lo de la falta de autoridad ¿no?” (P88 EH1, 217), que lleva a la compra de *tecnología no facilitadora* “ya lo hemos protestado un montón de veces, de echo yo estoy en la subcomisión de registros y pasamos una encuesta de satisfacción de D. (omito nombre del programa informático), salió nefasta, porque nadie está

---

satisfecho con el programa, o sea que esto está demostrado, se ha llevado a la dirección, pero no hay dinero para cambiar el programa” (P85 EH1, 285), **a subcontratar un sistema de limpieza** “Se suspendió (el quirófano) porque vieron que... los médicos... y personal que había..., vieron que no estaba eso en condiciones como para seguir, lo que pasa que bueno que como era el sistema que habían metido... y como **a quien le interesó meterlo, lo metió** y el que **le interesó aceptarlo lo aceptó**, pues... los demás, por mucho que dijéramos, si para ellos estaba bien, estaba bien” (P90 EH1, 314), **o a tener trabajadores, que como expone esta enfermera: “es que le despediría, yo”** (P85 EH1, 202).

#### Evidentemente, despilfarro del dinero público.

Al llegar al hospital y justo antes de entrar a la zona de los primeros ascensores, hay un olor, entre basura y heces, indescriptible. Siento que no se pueda fotografiar los olores, pienso. Sin embargo, no paro de percibir el estado en el que se encuentra el hospital, que **ha sido reformado**.

Las paredes pintadas blancas presentan restregones negros, los rincones con suciedad (hago foto), las manchas en el suelo del pasillo central, los marcos de puertas deteriorados... (P62 OBH1, 006).

**Emerge un poder no responsable que controla la información, el tiempo** “Estos días se ha bloqueado la urgencia y han tenido que abrir camas, veintidós camas, hasta que no ha salido por la televisión, nada...,” (P62 OBH1, 017), **y la imagen** “Ely (supervisora de fisioterapia):-...hicieron..., no sé si te has, te has enterao que hace unos semanas, vino un reportaje en Avances (nombre ficticio) [...] hicieron de desde las ocho de la mañana a una serie de gente, a... nosotros no salimos, pero bueno - me río, sonrío-,... avisaron a too el mundo” (P98 EH1, 446:455) **para su interés particular**.

Un ejemplo:

Esteban (enfermero O): cuando Ernest Lluch analizó los diferentes tipos de hospitales que hay [...] Vio que los hospitales más eficientes, (dice nombres de hospitales) eran los hospitales en torno a quinientas camas.

I:-En torno a quinientas camas ¿qué supone? ¿Qué... camas es...?

Esteban:-Supone entonces que el ratio en el 86, el ratio por mil habitantes era de dos camas por mil habitantes, si tú haces una cuenta básica, te sale un área de referencia entorno a doscientos, doscientos cincuenta mil habitantes, por eso las áreas de referencia tienen esa dimensión y no otra, por un simple cálculo de eficiencia y por eso dijo que cada hospital tenía que tener, cada área tenía que tener un hospital de referencia, entonces eso que es simplemente regular la demanda, que es lo que dice Max Weber, que es competencia profesional y no del ciudadano, se está dejando de hacer. Entonces se está fabricando una especie de Corte Inglés Sanitario ¿no? o de Zara

I:-¿Eso qué significa?

Esteban:-Eso significa que **la demanda** en vez de regularla el profesional **está en manos del ciudadano**, y ahí es...donde empieza a ver disrupciones en el sistema

I:-Y ¿cómo ha llegado a tener e...esa...o poder el ciudadano para elegir la demanda?

Esteban:-**Eso es lo que ellos piensan (P89 EO, 685:701).**

#### El poder no implicado en la organización

“no hacen nada” (P36 OBH1, 183).

Según los datos, las acciones de este poder infieren un individualismo institucionalizado.

I:-¿Cuándo te pasa lo de la cabeza...?

Elena (enfermera):-Sí, el derrame cerebral..., estuve muy malita, creía que no me recuperaría

I:-Cuando te incorporas pasas un examen de salud o...

Elena:-No, nada..., yo vengo directamente a trabajar, no digo nada, porque para mí es como dar gracias que me quedo bien, luego cuando me pasa lo de la rodilla, entonces sí voy a Salud laboral a ver si me pueden dar otro sitio..., llevo un informe del médico, pero me dicen que no hay un puesto para mí, les digo que en consulta he visto muchas niñas jóvenes por ahí y me dicen que hay gente peor que yo ¿Qué te parece? [...] Luego hablé con una compañera de aquí, que está **en los sindicatos** y me dijo que hay personas que están peor que yo. Así lo que te digo..., como **sé que no hacen nada**, lo dejé. La otra vez con lo del derrame (cerebral) me dijo el médico un año de baja y estuve un año exacto de baja, luego ya estaba harta de estar en casa... **No dije nada y me incorporé...**”

Elena tiene cerca de 65 años, una cojera marcada, se balancea la pelvis al andar.

(No sé cómo va a correr en una parada. Las personas que me presentaron en la consulta de trauma eran más jóvenes que ella)

(P36 OBH1, 183:185).

Los otros, los que actúan desde la responsabilidad, sienten el desinterés generalizado, “**Me he enterado de que me renuevan llamando** hoy por teléfono, luego nos hemos estado llamando por WhatsApp, para saber si nos renovaban a...”(P17 OBH1, 050), **lo que les disuade a comunicar**, “**nadie pregunta... tampoco**, no, no estoy esperando a que me pregunten, pero es que hasta... , pues por ejemplo, hasta hace poco yo no he tenido tiempo de hablar con nadie, me refiero ... de sentarnos y decir, no vamos a poner las cosas en claro, tampoco ha habido nadie que se haya interesado en eso”(P87 EH1, 104), **y a concurrir, conscientemente o no, a un alejamiento** “los que dirigen, los...**los que están bien arriba** a esos yo no les he visto en mi vida” (P88 EH1, 217) **y diferenciación entre ambos.**

Se evidencia “**mucha dejadez, muchaaa...**” (P88 EH1, 582), una gestión de recursos basada **en creencias** “se tiene asumido que la traumatología es fácil de tratar, de por sí, per se, la traumatología es lo más fácil, lo más difícil la neurología, entonces como se tiene asumido, pues bueno...treinta y tantos pacientes no es nada” (P88 EH1, 578) **causa de distribución de cargas no optimizada** “al perfil del paciente” (P78 EH1, 443), a la que se suma los intereses **particulares de cada actor.**

Lola (auxiliar):- [...] se distribuyen los refuerzos de acuerdo con los pacientes.

I:-¿Y por la carga de trabajo?

Lola:- Sí también, pero **eso nos lo deja a nuestra elección** Teresa (supervisora), antes no era así, pero la realidad es que vamos al hueco donde nos pone la planilla y luego por amiguismo, pero **realmente, aunque sabemos cómo yo que está mal** el control centro e izquierdo, nos quedamos donde nos pone..., es que somos muy malas.

Priscila (auxiliar), mientras habla Lola (auxiliar) lo corrobora, sus comentarios.

(P22 OBH1, 114:117).

Consecuentemente, tiempos muertos en su jornada laboral “Yo estoy relajándome un poco” (ya es la segunda vez que me dice esto) (P29 OBH1, 055:056), **que revela la no implicación y el dinero tirado.**

Al salir veo a unos médicos en el control, uno hablando con un móvil, otro escribiendo, me parece y Fuencisla (auxiliar) con el ordenador. Se acerca un familiar de la habitación que cae enfrente del control, se dirige a Fuencisla:-Mi padre está..., necesitaría que...

Fuencisla:-Yo no le llevo, cuando vea a la persona que le lleva se lo digo

Yo me encuentro, a su espalda, viendo cómo se desarrolla la escena, con lo que puedo ver lo que ella está mirando en el ordenador: “El número de la traición” (la portada de esta novela) (P45 OBH1, 084:086).

#### No aplicación de las normas

“no pasa nada” (P90 EH1, 631).

Con la expresión “no pasa nada”, manifiestan su experiencia aprendida a expensas de un sufrimiento interno, paliado, en parte, al intentar reparar la falta cometida por otros.

Alicia (enfermera):- [...] aquí hay que pasar por el aro, sino quieres estar todo el día enfrentada, entonces yo... sufro esa carencia, yo sufro, yo si no lavan una boca..., o por ejemplo, cosa que es, no sé lo habrás oído o... te lo habrán comentao, aquí el

vendar un pie por una flictena, a nadie, ninguna auxiliar lava el pie y si dices que laves el pie, lo que es lavar un pie, sin entrar en...¿eh? no lo hace nadie, nadie, una persona nada más, y dos por encima, las demás nada, eso te lo digo tan exacto - sonrío-, porque es, entonces ¿qué pasa?, pues que el día que toca... eso, pues, pues yo cojo la esponja ¿sabes? y ya está, **no pasa nada** (P86 EH1, 165).

A su vez, la dirección a sabiendas que hay infracciones, manifiesta su *dificultad* para sancionar “hay personas que no cumplen y es difícil de sancionar...” (P94 EH1, 167), posibilitando a cada actor a ser verdugo y víctima de un poder superior “son como...los dioses del mambo y da igual que le tosas, porque es que **le da lo mismo**, si dicen que no, es que no, y ya está, **nadie sanciona, nadie se le abre un expediente, nadie...nada de nada**. Años, años, a lo mejor..., uno de ellos lleva años, yéndose antes de hora... y **no pasa nada, nada**” (P78 EH1, 359), originando un ambiente como indica esta cita: “Aquí que... cualquiera hace cualquier cosa” (P85 EH1, 675:677).

#### El poder médico en la organización

Se infiere de los datos un gasto sanitario, ante cualquier acción no responsable para satisfacer el interés particular “A este señor (Dr. Sánchez, jefe de servicio de un hospital de alta complejidad) le montaron una huelga los cirujanos para que dimitiera de su puesto, dejando de operar” (P48 OBH2, 63) y desafección en las consecuencias en el paciente, o en cualquier otro “El médico...**si le apetece** escribe, **sino le apetece** no escribe y escribe, y escribe, ¡ah! con su letra..., **como le da la gana**... y entonces da lugar a errores, a confusiones, hay veces que no le entendemos...” (P83 EH1, 397), visibilizando estar por encima de la organización y de la norma, como indica este *verbatim*:

Isabel (alumna de enfermería).-Medicina Interna vienen te dejan las cosas y se van

I:-Vale

Eloísa (alumna de enfermería):-que a lo mejor te encuentran por un pasillo, te dicen:" toma vas a transfundir a no sé qué, una analítica", y se van y te van contando-ono bajo, se ríen las tres estudiantes-

I:-O sea ¿por el pasillo?



Nazaret (alumna de enfermería):-Sí, sí, sí o...

Isabel:- tienes que mirar lo que han escrito, porque ni los has visto

Nazaret:-o lo que pasó el otro día, que directamente tú vas a la historia a... escribir o a pasar tratamiento de este día y te encuentras papeles metidos de analíticas, rayos y no te han dicho nada

Isabel:-o sea, es como...o te lo dejan a lo mejor encima de: un mostrador o, o enganchado..., entonces **tienes que ir como detrás buscando...**lo que te han ido dejando-sonríe-, porque **no te dicen nada**

Nazaret:-o cambio de tratamiento o algo de eso (P91 EH1, 675:697).

### Caos

“es un caos” (P09 OBH1, 066).

El caos emerge de los datos como consecuencia lógica en un entorno en el que se permite al individuo ejercer el poder no responsable para con el otro por interés particular.

‡ ¿Cómo se muestra? Pregunta con respuesta:

Los informantes explican cómo ante situaciones ambientales distintas, el comportamiento difiere modulándose a las condiciones del entorno “Allí demostramos cómo podíamos trabajar y que se podía trabajar, haciendo un **buen equipo, equipo con médico incluido. Eran increíbles.** El trabajo en H2 fue para enmarcarlo. Sí de hecho salimos en los mejores, sí, sí, sí. Y luego aquí, se habló... de hacer algo parecido, pero... **no quisieron.** Luego aquí la dirección no es igual tampoco” (P85 EH1, 425:447), una experiencia que le sirve de referencia para saber cómo son ellos y donde están.

“Luego **volvimos al infierno**” (P85 EH1, 419).

Así el caos para el trabajador es estar en un servicio donde los deseos de los otros se pueden convertir en acciones. Situación que pondera, esta auxiliar, como: “Es total, es los bemoles” (P79 EH1, 365). Convirtiéndose en una experiencia interpretada donde el caos es usado para su beneficio, por el paciente, el profesional y por la organización del hospital.

Entra Isabel (auxiliar) en la sala y se dirige a Lucía (enfermera):-El familiar de...dice que ve a su padre muy decaído, que le han dado unas pastillas y que se va a morir, que vaya el turno de mañana o una enfermera.

Lucía:-Dile que ya iré que estoy ocupada

Continúa la conversación que se interrumpió.

Luego Lucía me explica que está teniendo un brote psicótico, es un familiar, “no sé qué hacer ante estos casos”.

Se oyen personas cantando villancicos, entra de nuevo Isabel:-Están cantando

Lucía:-¿Quién son?

Isabel:-¿Es que donde tú estabas antes no iban? Son los voluntarios...-cierra la puerta y se va

Lucía:-Esto es surrealista

I:-Como una película de Buñuel (No me quedó otra. Me salió de dentro)

(P14 OH1, 103:117).

De este modo, propuestas de mejora en la organización pueden ser impedidas por los que ejercen el poder no responsable e interesado, mediante la disuasión “que es complicado, que es complicado” (P79 EH1, 049) o boicoteándolas, como explica este ex-director “con toda la presión sindical, que se echa encima” (P99 EH1, 122).

Vivencias que trastocan valores morales hasta llegar a relativizar el caos, de este modo: “Berta (supervisora):- yo estoy convencida, yo...ve, esto pasa como Madrid, que dices: " Bueno Madrid **es un caos** ¿no? y dices, y todo el mundo decimos: "¡no, pero es que yo me muevo por mi barrio!"”(P98 EH1, 463). Así, unos lo reducen a lo que les afecta a ellos, “en el tema de enfermería... Yo lo veo **un poco caótico**” (P83 EH1, 371:377) y otros lo amplían referenciándolo al funcionamiento del hospital, “bueno creo que esto **es un caos**, pero que se puede organizar también...” (P09 OBH1, 066), que se relaciona con la implicación y la interpretación que el individuo tiene de la responsabilidad “pero bueno es como en todos los servicios y todos los laos..., si a mí me ayudas yo te ayudo” (P83 EH1, 263).

Además, el profesional evidencia el caos institucional, al manifestar falta de equipo “pues nada ellas por su lao, nosotras por el nuestro” (P79 EH1, 033), conflictos interpersonales “había broncas” (P91 EH1, 370) y el desconocimiento del otro en la organización.

Efectivamente no hay un interés por, bueno que...yo que sé, es que yo a mí no me ha preguntado nunca mi... supervisor: ‘¿Bueno ¿qué tal por la planta? ¿cómo... lo llevas, estás muy agobiado, estás muy...?’ No, sale el trabajo, sale...el trabajo ¿sabes?, o sea, si yo...vamos, lo he pensado alguna vez, pero obviamente no lo voy hacer, o sea, no lo he hecho nunca, porque moralmente no puedo, pero yo... me bajo con el listado subrayado y diciendo que los he tratado y no haber hecho ni el huevo y... si lo hago una vez **no se van a enterar**, me explico, porque nadie va a llamar (P88 EH1, 526).

Consecuentemente afecta a nivel personal “nos dan las planillas con cinco días o dos días antes del mes, **no podemos tener vida**” (P84 EH1, 057), profesional “Hay personas a lo mejor que les gustaría estar trabajando en urgencias, porque tienen su preparación y porque es un servicio que les gusta, pero el hospital a la hora de colocarte en un servicio u otro, eso **no lo tiene en cuentan**” (P83 OH1, 333), organizacional “este hospital, los pacientes de trauma van de periféricos a otras plantas y los de otras plantas..., eso es **un mal funcionamiento de hospital**, que me voy a ir de ...-sonríe- del hospital sin saber por qué es eso, por qué existe eso, por qué aquí hay pacientes de nefro, si en nefro hay pacientes de trauma” (P86 EH1, 634), asistencial “Juana (familiar) refiriéndose a un hospital de alta complejidad:- **nos fue tan bien...**, **que no hemos vuelto** –sonríe-” (P92 EH2, 413),

“Lola (enfermera) hablando con otra enfermera:- no sé lo que opinas de...-paciente-, me parece que es..., que ha tomado...- un medicamento-, no cuando se debe, encima le dan el alta mañana y tiene una radiografía de control pasado” (P21 OBH1, 036:037), y económico “han cerrado la mitad de los controles de todo el hospital, **al parecer no hay dinero**, eso es lo que dicen...” (P62 OH1, 017).

En definitiva, un contexto en donde el individuo que actúa ejerciendo su poder de manera no responsable para con el otro se somete a otro igual, encadenándose así poder-sumisión por interés.

I:-¿Qué opina del gerente?

Dr. Solana (traumatólogo):-Mª Jesús de tú (me acuerdo que a él le gustaba que se le tuteara, a mí me cuesta, por mi forma de ser, aunque siempre él se mostró muy cercano conmigo)...es un “zorro plateao”, sino **cómo se va a mantener tanto tiempo en el mismo puesto**, creo que es de los más antiguos, **les da lo que quieren**, este hospital lo han constreñido y lo han aumentado... (P31 OBH1, 100:101).

### LA SUMISIÓN

“lo haces, te callas” (P91 EH1, 165).

Se define sumisión cuando el sujeto, movido por su interés particular, va consintiendo actuar conforme a las conveniencias del otro, con el objetivo de satisfacer sus necesidades básicas.

### La no organización

“se les ha pasao” (P35 OBH1, 132).

La no organización emerge de los datos como condicionante ambiental del poder obteniendo sumisión y docilidad en los individuos.

⋮ Se pregunta a los datos ¿Cómo aparece?

Esta cita lo resume:

**intentas, ir rápido**, pero la analgesia de las cuatro, no la pones a las cuatro, porque no te da tiempo..., los clexanes de las cinco..., no los pones a las cinco, porque no te da tiempo..., la analgesia de la de las ocho, no la pones a las ocho, porque **no te da tiempo...**, va un poco el horario..., aunque lo tenemos apuntado a las cuatro, lo acabas poniendo a las cinco, el de las ocho..., lo acabas poniendo a las nueve..., o sea, que **ellos también lo notan...**, porque **lo notan**. Pues bueno, ¿sabes?, la vuelta de los pañales a las auxiliares..., igual, en teoría empiezas a las cuatro, es que terminas a las seis, y a las siete estás volviendo a hacer otra ronda..., con lo cual, **lo notan**. Yo creo

que el noventa por ciento lo notan, **aunque no se quejen o no digan nada...**, muchas veces comentarios que te hacen..., **si lo notan**, yo creo que sí..., yo creo que sí (P81 EH1, 146:156).

**Se evidencia un desorden organizativo** “Cuando llego a la sala de administrativos María (...) me pregunta por una solicitud de petición de sangre para transfusión, que le ha aparecido en su despacho. Le digo que eso es una petición de sangre, pero no sé si tú lo tramitas de forma urgente como las placas de rayo, me dice que no. Decide ir a preguntárselo a Marisa (supervisora). Marisa mira el volante y dice:- '**esto era para el día 8 del 3**, se lo tengo que decir a las chicas que **se les ha pasao**'. Hoy es día 11 del 3” (P35 OBH1, 131:132), **que compromete la seguridad del paciente y el trabajador.**

“ahora las camas que tenemos son cama deee..., que no son para pacientes de trauma, porque las tracciones están mal puestas..., **los pacientes no pueden agarrarse a nada**, los tienes que levantar tú...” (P83 EH1, 241).

**Una realidad cotidiana que internaliza ajustándola a su interés, comprendiendo la subjetividad del otro e intentando solucionarla, con la esperanza de obtener un favor.**

...pues eso, los traumatólogos es el hueso y ya está, sabes que luego que mira hoy **te pueden hacer un favor** en cierto momento, te pueden hacer un no sé qué y lo qué... **y son majos** y muy bien, pero el problema es que ellos mismos, claro, se encuentran con el problema que muchas veces pasan uno cada día, que no conoce al paciente de nada, eh..., entonces claro tiene que aprenderse toda la planta, a la hora de pasar visita y... claro no hay una continuidad, a lo mejor, ¿sabes? como nosotros que lo vemos más, todos los días, así que eso..., **eso es lo que hay...**(P82 EH1, 028).

**Una situación diaria, que aclara esta enfermera “insostenible” (P84 EH1, 156), estableciendo un modo trabajar “te apañas con lo que hay” (P81 EH1, 223), que le conduce a utilizar material deteriorado** “Sí... parece de película, pero es que es así, **es algo tan básico** como tener una cama de trauma y además es que...antes de hacerse la obra en el H1, yo creo que las mejores camas de todo el hospital eran las nuestras, porque las teníamos preparadas y adaptadas, a todo, fue volver de la obra las camas del (omito

localización) son todas nuevas y nuestras camas son ahora las más viejas,-silencio-si te has fijao, **no funcionan** los mandos, hay veces que se queda la cama enganchada, así, con la cabeza pa rriba y con las piernas pa rriba y no la puedes volver a colocar, y entonces **tienes que pedir** una, otra cama, **que te traigan** otra cama, **sacar al paciente y cambiarle de cama. Están todas fatal**” (P83 EH1, 289), o no indicado para su uso “En cada habitación se repite la misma rutina toma de tensión arterial, e indicando al paciente que se sujete el manguito, si no le sujeta en el brazo pasa a tomarlo en el antebrazo y le explica al paciente:-Es que este 'es un manguito de niños'...” (P20 OBH1, 058) o sin existencias.

“Delia (auxiliar):- **a veces robo** sábanas a mis compañeros para hacer las camas a mis pacientes, **porque no tenemos...**” (P43 OBH1, 120).

Emerge, de este modo, la ruptura de la responsabilidad con el paciente “**hay menos personal de todo**, con lo cual, pues **se nota** que hay más... más suciedad, **menos recursos de todo**” (P85 EH1, 697) y centrarse en sí mismo.

I:-¿con quién estás?

Estela (auxiliar):-Yo sola

I:-¿tú sola?

Estela:-Sí, para dieciséis, ya no me voy a acelerar, sino se puede, **no se puede**, luego me sube el azúcar, díselo – refiriéndose a los médicos-

Paqui (enfermera):-Sino que los levanten por la tarde, para eso están

Elena (enfermera):-Ya se lo he dicho, que **no se puede** (P59 OBH1, 184:189).

Realmente una experiencia de *sufrimiento* en la institución que resuelve, subordinando sus principios morales a su interés particular, guardando silencio.

...yo llevo muchos años y esto está ocurriendo, de ver como un técnico de rayos decir a una mujer de 85 años que subiera a la mesa de rayos y viendo que no alcanzaba, no ayudarla...eso **no se me olvidará nunca** -no sé cómo ponerme en el asiento y tener la apariencia de escucha activa, que no le influya en ningún sentido, sino a que siga

contando- (...) **Lo mejor es no venir al hospital**, salvo que no te quede más remedio. Mi padre murió en mi casa gracias a Dios... **Aquí hay mucho sufrimiento**, todos seremos pacientes y eso **no se dan cuenta, tendrán que pasar por esto** -cuando dice esto me clava la mirada, me estoy rompiendo por dentro, veo el dolor en sus ojos, en su alma, esto es demasiado-. (P42 OBH1, 228:230).

Un contexto con dos concepciones de trabajar distintas, las *antiguas* “Las antiguas pasamos la ronda, intentamos trabajar en equipo” (P17 OBH1, 033) y las *nuevas*, que impide la atención debida al paciente y por lo tanto la creación de un flujo de valor, como muestran los datos: “Mira antes estas **jóvenes** han repartido los desayunos, han llegado hasta la 420 (número ficticio de habitación), y quedaban solo dos más, pero como son más las han dejado y se han ido a sentarse...,” (P43 OBH1, 058).

### Inseguridad

La inseguridad emerge de un ambiente “aquí la gente le da lo mismo todo” (P88 EH1, 385), en el que las acciones no responsables con el otro “**se quedan en el aire**” (P88 EH1, 341), es una característica de la organización.

“Se beneficia el que menos trabaja, el más vago” (P84 EH1, 172).

Así el miedo “Yo digo lo que siento- me mira Ana (enfermera) sonriendo entre dientes y me dice-**te pongo una pedazo denuncia** como...- dejándolo suspendido-” (P18 OBH1, 106), aparece ante la sensación de amenaza de *pérdida* de seguridad “en este hospital **te sientes muy coaccionado, no puedes decir muchas cosas..., si quieres seguir trabajando**, quiero decir” (P84 EH1, 275) y *pertenencia* “¡Lo que pasa es que **te echan!** –Juan (ex-director de enfermería H3)-, porque te la estás jugando...**diciendo esto**” (P99 EHCA1, 302), una emoción manifestada por empleados fijos, eventuales y mandos, como *miedo a ir a la cárcel*, “se vuelve hacia mí cuando estamos un poco más retiradas y me dice:-¿no me llevarán a la cárcel?” (P43 OBH1, 079) a la *pérdida de contrato* “te entra mucho más miedo y no hablas tanto, porque... es que **tú contrato depende de esas personas**” (P84 EH1, 144) o *echar* “a galeras” (P39 OBH1, 231), en el caso de un directivo.

Un sentimiento que le lleva a centrarse en su interés particular “aunque no puedes olvidarte de esas cosas, pero yo **procuro olvidarme** de esas cosas, **yo soy yo y mis circunstancias ¿no?**” (P88 EH1, 385), a *olvidarse de esas cosas*, “Aquí **físicamente médicos** no hay en la planta, están en quirófano..., están en...urgencias..., uhmmm, **están por ahí, ...no lo sé, por ahí**” (P81 EH1, 347) **exponiendo al paciente a una mayor vulnerabilidad** “Hago fotos al **baño de tamaño 'mini'**, digo esto, porque una **persona con silla de ruedas no puede pasar, apenas tiene iluminación**, da luz un plafón colocado encima del espejo.

En la foto que realizo sale oscura la imagen, debo aplicar efectos de iluminación para que se pueda visualizar todo aquello que en su día me contó una auxiliar, en concreto: Una mampara en una ducha de dimensiones..., - me quedo sin palabras-, un escaloncito para acceder a ella y dentro el cuñero. Una papelera, que ocupa un buen espacio, en un habitáculo de ese tamaño” (P59 OBH1, 136:137), **inclusive a través del diseño**, “Yo me encuentro ante la **dificultad laboral** de llevar al paciente al baño con un escalón para meterle en la ducha, nosotros con otro escalón del plato de la ducha, unas mamparas con una estrechez impresionante que me tengo que meter dentro para poder ducharle...” (P78 EH1, 041) **que somete** “Tienes que meter, encima, no hay sillas de plástico, tienes que meter las de madera que tienen fuera, que tiene una nadería...,para poder sentarle y aun así cabe la silla en el plato de ducha, nada más..., o sea, el **espacio es horrible**, desde por la mañana **te sometes** a una serie de incomodidades que te generan un estrés impresionante, no tienes espacio para maniobrar, si se cae tampoco, porque claro entre tanto escalón, claro..., son pacientes que tienen o una cadera o una rodilla o un hombro lógicamente su movilidad está muy reducida ...,como para que encima tengamos unos impedimentos..., **funcionalmente la estructura fatal**” (P78 EH1, 045) **y visibiliza una realidad insensible al otro** “Director de enfermería H1:-[...]la **idea**, había que sacar habitaciones individuales y dobles con..., en la misma estructura que había” (P94 EH1, 127).

### Indefensión

La indefensión es otra característica de la organización, que los datos muestran a través la **distribución del espacio y de la estética**, “Observación investigadora: es un poco tarde hoy, no veo mucha gente por los pasillos. En la misma planta donde se encuentra mi unidad, al entrar por otro lugar paso por un servicio que ha sido reformado, las paredes son de un color



---

verde, como el del parchís. No sé a quién se le ocurrió semejante color para un servicio. Resulta estridente y, desde mi percepción, no solo no genera tranquilidad sino impaciencia; no parece un ambiente adecuado” (P50 OBH1, 015), **modulando y condicionando la actividad laboral, y que origina en el trabajador una perturbación emocional de incompetencia.**

Yo me encuentro ante **la dificultad laboral** de llevar al paciente al baño con un escalón para meterle en la ducha, nosotros con otro escalón del plato de la ducha, unas mamparas con una estrechez impresionante que me tengo que meter dentro para poder ducharle...**Eso genera un estrés espectacular**, porque han hecho unas obras que son una porquería, tenían que haber igualado el suelo del baño, pues..., para tener espacio el paciente y el auxiliar y que se le pueda duchar adecuadamente. Cuando hicieron las obras que no las hicieron hace mucho, no sé si cinco o seis años, yo no sé a quién cataplínes han preguntado francamente... (P78 EH1, 041:044).

Al igual que los procesos mal diseñados “lo dejan para que lo resolvamos nosotros” (P98 EH1, 286), **someten a un continuo desgaste** “¿qué me desgasto?, muchísimo” (P78 EH1, 414), **generando impotencia por querer y no poder controlar las situaciones amenazantes para el paciente**, “pero yo no lo puedo..., no lo puedo...no lo puedo solucionar...” (P98 EH1, 290) como explica esta supervisora de fisioterapia: “**Aquí no, aquí va en detrimento muchas veces..., de que se baja la calidad**, o sea, como hay que meter a esos dos, porque hay que meterlos, porque, porque es muy complicado..., porque hay veces..., lo que va es que es que quitas un poco de aquí, un poco de aquí, un poco de aquí..., pero eso...en el computo en el sumatorio, que hacemos lo **que hemos bajado, es el tiempo de dedicación** que le correspondía a cada uno de esos pacientes, por meter a esos, que en qué, que no hay forma de que, de que esa agenda funcione..., funcione en condiciones y, pero no..., ni el jefe de servicio, ni nadie, o sea, que es algo..., lo entienden ¿eh?, pero...lo entienden que es así, que la agenda está, que **está mal mal hechas** pero no..., pero no se resuelven” (P98 EH1, 266:270), **el trabajador también** “con gran estrés, lo, **lo viven y sin ninguna solución**” (P98 EH1, 274) **experimenta el agotamiento** “ya está, y ya no puedo más” (P98 EH1, 334) **y la indefensión** “No lo resolvemos, porque ¡no!, **yo no tengo capacidad para resolverlo**, yo tengo capacidad para decir: 'Este sistema que hay..., este sistema informático no funciona', pero **yo no puedo cambiarlo**” (P98 EH1, 280:290).

---

## Sometimiento

“es, prácticamente no plantearte las cosas” (P88 EH1, 105).

El sometimiento emerge de las acciones que producen pérdida de identidad en el individuo al aceptarlas por interés.

### Aprendizaje en la sumisión al poder

Desde el ingreso en la institución sanitaria, el alumno o el profesional sanitario, verbalizan el modo de trabajar, “se me enseñó a trabajar así” (P88 EH1, 586), manifestando su discrepancia; sin embargo lo reproduce si en ello hay algo que les interese, convirtiéndose en reflejos de sus modelos y en el motivo de su propio sometimiento.

“Alberto (fisioterapeuta):- al final la forma de trabajar...es, **prácticamente no plantearte las cosas**, te dicen: 'caminar, pues caminar, venga tututututu ¿Ya has caminado? 'Venga, siéntate, me voy' ” (P88 EH1, 105).

Evidentemente un trabajo focalizado en la tarea y no en el paciente, donde las rutinas y actitudes institucionalizadas someten al trabajador, resignándose a este entorno organizativo “**No me gusta...**, esto es **una rutina, todo igual**, repartimos la medicación, luego...a mí me gusta las urgencias, es más variado” (P20 OBH1, 048), **en el que se acaba asumiendo que los dirigentes son los que piensan.**

I:-¿Os ha presentado el plan estratégico el gerente?

Dr. Solana (traumatólogo):-No, tú crees que a nosotros nos habla, esto es como lo que decía Hitler... los soldados tienen que prepararse, combatir y vencer, que él debe pensar ¿Tú has leído a El príncipe de Maquiavelo?

I:-No

Dr. Solana:-...a los jefes de servicio **los ha tenido** reuniéndose el gerente durante cerca dos años, para hacer un plan de viabilidad... y de repente de un día para otro se **nos ha dado** el plan de sostenibilidad ya hecho... (P31 OBH1, 102:105).

Los datos muestran una organización que le subyuga a través de relaciones no eficientes entre departamentos y servicios, “Aquí para que te vengan a arreglar algo...” (P22 OBH1, 133), de recursos físicos “Ahora espero a recogerlos (termómetros) y se lo pongo a los que faltan” (P22 OBH1, 138) y humanos, determinados e insuficientes “En veinte años que llevo aquí, no he tenido un verano como este, una auxiliar y una enfermera para dieciséis, un celador para toda la planta. Este verano los fines de semana no se han levantado los enfermos” (P60 OBH1, 148); con pacientes y familiares “que siempre llevan razón” (P43 OBH1, 037), centrados en su interés “se esperan hasta que les soluciones la papeleta” (P82 EH1, 086), insaciables *de esas pequeñas cosas* “ves al familiar que está... en la silla sentado al lado... y te llama el enfermo para que le alcances un vaso de agua, así pasa un montón de veces y cosas de estas” P80 EH1, 052), no responsables con el otro “Alejandra (auxiliar):- te hacen trabajar, pues que... que no es gente que necesite tanto tú..., sólo tus cuidados” (P80 EH1, 071), que entorpecen el proceso, ya afectado por la carga trabajo.

Yo creo que es una de las especialidades que más demanda tiene..., entonces... es continuo, y si no paras..., y curas..., y sangrados..., y analgesia..., y, **tiene mucha carga, muchísima, muchísima, muchísima carga**, pese a lo que la gente..., piensa que dicen que no..., que tal..., **yo creo que es demasiado**, llevar a dieciséis pacientes, pero bueno **acabas...**, **acabas sacando el trabajo** tienes que correr más... y ya está, **lo acabas sacando y punto, no te queda otra** (P81 EH1, 122).

Asimismo, el cliente, con esta actitud, insensible a la necesidad del otro, se somete a una organización a la que ignora.

“cuando realmente **deben** denunciar, **no saben**, que eso sí es para denunciar...”  
(P43 OBH1, 037).

Una experiencia que ocasiona en el trabajador una sensación creciente de impotencia “yo lloraba, porque a mí..., yo entraba a hacer los aseos, yo llevaba catorce o dieciséis pacientes, y...y es que veía que no, que la vida no me daba para hacer todo, no podía parar ni para hacer pis, o sea, entonces veía que llegaba la hora de las comidas y no había terminado los aseos...” (P78 EH1, 133), inutilidad “creía que me iba a dar algo, estaba atacada, es un no parar, encima hay mal ambiente, no se ayudan...” (P38 OBH1, 086), *despersonalización*

“se **despersonaliza** esto muchísimo, al haber tantísimos pacientes” (P88EH1, 085), **indiferencia** “Mi reflexión durante la observación: Tengo sentimientos encontrados. Me da pena este despilfarro de conocimientos y por otro lado, cómo se tratan en el trabajo y cómo no se tratan, con esa indiferencia. Da igual el tiempo que lleven trabajando, no existen. Y nos dedicamos a tratar y a cuidar a otros...,” (P08 OBH1, 146:148), **que genera indecisión** “No me han tratado bien..., no hay compañerismo..., son unas arpías..., **no quiero hablar...-me empieza a contar**, siento que le produce daño el tema-” (P25 OBH1, 082), **errores** “Al salir le pregunto a Selene (enfermera), cómo lleva el día, me dice que ya ha discutido con un paciente..., al parecer, no tenía una pastilla (una vitamina) en el sobre. Le pregunto qué ha hecho cuando le han dicho eso. Me responde que se ha callado, ha ido a por ella y le han dicho que la van a denunciar” (P43 OBH1, 028:037), **accidentes** “Imagínate lo mal que estaba que yendo por la M30, a 50 por hora me empotré contra un taxi, **tuve un accidente** que estuve en la UVI, con fallo sistémico, creían que no salía, me rompí un riñón...” (P39 OBH1, 213) **y la aceptación de esta realidad como irremediable** “**Aquí no va cambiar nada**” (P25 OBH1, 084).

#### Anular una profesión en beneficio de otra

Una organización jerarquizada, como dice este gerente: “**la gestión sanitaria clásica**, desde mi punto de vista, está un poco obsoleta, esta..., **esta gestión cuartelaría**, digamos, ¿Uhm? ¿Uhm? piramidal vertical ¿no?, donde hay un cabo furrier que es el gerente y a partir de ahí la dirección médica..., de enfermería..., de gestión..., jefes de servicio..., enfermeras..., adjuntos..., tal tal tal. Es un poco, yo la llamo **una gestión cuartelaría de mesa camilla** ¿eh?, yo mando, soy un dios y los demás ejecutan lo que yo digo. **Yo creo que eso no es bueno, yo creo que eso no es bueno**” (P96 EHCA1, 081), **compartimentada** “**hay muchos puestos intermedios, que es imposible llegar a dirección**” (P84 EH1, 275), **que protege su interés evitando la intromisión en su acción o en la de otros.**

Ely (supervisora de fisioterapia):-no he ido hablar en los tres años, en los tres años, ni una sola vez, porque no he tenido la necesidad, te digo, también te digo, ya no te digo con el gerente, yo quiero hablar y no tengo ningún problema en hablarlo, pero yo creo que aquí en el hospital, por otra..., quiero decirte que todas las supervisiones en el en

el hospital están en esa... situación de tener vía directa si quieres, lo que pasa que yo... **no veo necesidad de molestar a nadie** cuando no tienes que molestar (P98 EH1, 430).

**Esto empuja al profesional a centrarse en su interés** “Alberto (fisioterapeuta):-...a mí me ha llegado a ocurrir con...una compañera, que en un momento dado no quería levantar a un paciente, yo ir a la supervisora que estaba en ese momento y la supervisora decirme que **yo no puedo...yo no puedo 'exigirle...a la...quién fuera, el que levante al paciente' ¿no?**, digo: pues entonces...pues supuestamente aunque suene muy mal, porque yo no soy así y a mí no me gusta, pero...si hay categorías, que quiten todas las categorías, que **cada uno haga lo que le dé la gana**” (P88 EH1, 177) y **auto moldear su profesión a la institución.**

Yo me intento **amoldar**, pero... claro si la persona con la que estás, pues a lo mejor va más sola o a lo mejor claro tiene un montón de encamaos que no puede estar esperando a qué yo vaya a curar, pues intentas buscar una solución, ¿no? Ellos asean, a lo mejor te lo dejan en la cama y luego tú vas a curar, si da tiempo a levantarse bien, si no da tiempo pues igual a lo mejor ya no se puede levantar, ya sabes, o sea, es ... función del día y de la carga de... de trabajo fundamentalmente ¿sabes? (P82 EH1, 046).

**De esta manera, se establece un modelo organizativo** “yo creo que **allí había menos médicos**, porque todos no se trasladaron..., **era como mucho más familiar todo**”, que favorece a **determinadas profesiones** “El único país que tiene pediatras en atención primaria es España” (P89 EO, 669:673), **a través del incremento en el número de empleados** “resulta que cada uno, cada día pasa uno, es verdad que **son muchos**” (P91 EH1, 663) o **posibilitándoles permear en otras profesiones**, “Alberto (fisioterapeuta):-...Yo soy el que camina con el paciente... el que realmente sabe cómo está día a día soy yo, a pesar que la rehabilitadora vea a los pacientes caminar por ahí y todo eso, entonces, la rehabilitadora muchas veces, cuando decían y éste camina y tal, a mí siempre me han preguntado (los traumatólogos) a mí, independientemente que estuviera ella, ¿no? eh...pero bueno también ella alguna vez ha metido baza, quiero decir ha hablado y eso, bueno, pero normalmente siempre me han preguntado a mí,” (P87 EH1, 150) y **perjudica a otras no alineadas con el interés**

preestablecido del poder “Soledad (enfermera):- estoy como 'puta por rastrojo' –mientras me habla sigue trabajando, firma medicación, va mirando el parte...” (P60 OBH1, 50).

Así, la profesión enfermera introducida en el aprendizaje a la sumisión “llamas al de guardia, entonces se pone...el correspondiente R1, y una vez a mí me han dicho que..., pues eso que la urgencia la ponen ellos” (P86 EH1, 552), también experimenta la falta de autoridad a través de la distribución del trabajo contraria al cuidado.

“Alicia (enfermera):-...te puedo decir que el **primer día** que yo aquí arriba...dije de cortarle las uñas a un paciente, es que **se rio tanto** la auxiliar, que es que me llegó al alma” (P86 EH1, 157).

Realmente hay una pérdida de identidad en el contacto con la organización hasta desconocer su valor y transcendencia.

“¿No sé si te...te he dicho cosas interesantes o no interesantes?” (P86 EH1, 725).

### Anulación del ser

“yo creo que **ninguno nos valoramos**” (P90 EH1, 687)

Se interpreta este significado a través de las acciones que invalidan a la persona como ser humano.

Así el poder cuando se aproxima al trabajador de una forma atractiva enmascarando su objetivo “Sí, sí, sí **te recibían, te decían, te vendían cosas bonitas**, que no...- sonrío- que no lo son, vamos que no se están cumpliendo como que íbamos, eso, a tener la planilla de todo el año, al tener lo del anti estrés, que íbamos a tener la planilla de todo el año...y que íbamos a estar...**fíjate** si muchos días vais a estar de más' Si estamos siempre justos, entonces esas dos cosas fueron mentiras, eso es lo que **te vendían...**” (P84 EH1, 146), le trastoca internamente, debatiéndose entre lo que le interesa creer y su vivencia laboral, que relativiza “tampoco tiene importancia” (P95 EH1, 407) y amortigua el daño trasladándolo al *pasado* “ya pasó..., ya pasó” (P95 EH1, 407).

Una realidad que no considera al otro “aquí estamos como ninguneaos, es eso...” (P84 EH1, 150), afecta a la autoestima y a la seguridad, como indica esta cita:

I: -¿Cuándo van a H2, quién va? ¿Todos los traumatólogos..., todos?

Dr. Gutiérrez (Jefe de traumatología):-Cuando fueron, ya no vamos

I:-¿Y, cuando fueron, en su época?

Dr. Gutiérrez:-No, se llevó... la urgencia y la cirugía programada... con ingreso, y aquí se quedó la mano, el pie... y la cirugía artroscópica

I:-Vale, ¿eso lo decidieron... desde?

Dr. Gutiérrez:-**Lo decidió el gerente** -se anticipa a responder-

I:-¿Y usted lo..., estaba de acuerdo en esa división?

Dr. Gutiérrez:-**No, yo creo, no**, pero eso tampoco tiene importancia, ya pasó..., ya pasó (P95 EH1, 389:407).

Esto causa sentimientos de inferioridad “somos lo último” (P35 OBH1, 160), debilidad, desamparo “no quería volver y me mandaron...” (P25 OBH1, 082) y *frustración*.

Elena (enfermera):-si una persona **no está a gusto** en su puesto de trabajo..., y si además estás pensando que tú...tienes una capacitación... superior a otras personas, como para poder desarrollar ese trabajo y **no lo tienen en cuenta**, tú has invertido tu tiempo... y tu dinero y tu vida para especializarte en algo y luego eso **no se tiene en cuenta**, pues supongo que eso te tiene que **afectar** a la hora **de relacionarte** con tus compañeros también y...**de trabajar** (P83 EH1, 361:365).

Realmente un contexto organizativo incapaz controla “**da igual cómo trabajes**, que es que..., **que da igual cómo trabajes** [...] **que no sirva para nada**” (P84 EH1, 105), **que le acarrea culpa** “todos tenemos que **asumir nuestra responsabilidad** de la... situación en la que estamos” (P87 EH1, 166) y vergüenza “**Mal, mal a mí me da mucha vergüenza**” (P95 EH1, 255), **al que se tiene que acostumbrar** “Yo al principio **lo he pasado muy mal**, al principio **lo he pasado mal**, pero te terminas acostumbrando, esto es como todo, es pegarte ostias pa hacerte o **más duro** o más... [...] **Te tienes que hacer dura** y acostumbrarte a lo que hay... y ya está” (P90 EH1, 655,659), convirtiéndose en espectador mudo de una realidad normalizada.

“Te vas a escandalizar aquí de todo, de todo lo que ha pasao” (P83 EH1, 583).

En efecto una organización que, causa indefensión, frena al profesional “últimamente me ha demostrado que...que por lo menos su ideal (se refiere a su supervisora), se... parece mucho al mío y... es...algo que sí... que yo...**si ella lo planteara** y si...se pudiera hacer, no por ella, sino por los profesionales que tenemos alrededor, yo si la seguiría” (P88 EH1, 610) **y le reduce a delimitar la responsabilidad** “yo soy yo y miiiis circunstancias ¿no?, como decía Ortega y Gasset ¿no?, pues ya está, no, **yo...hago lo que tengo que hacer y yo asumo lo que yo tengo que asumir, yo no voy a asumir lo que tenga que hacer los demás**” (P88 EH1, 385), exponiendo al paciente.

Pepi (trabajadora social):-Aquí lo que hay "**es un maltrato al paciente**" –esto me lo dice cambiando radicalmente de tema, yo me quedo con los ojos como platos, cuando me dice esto, mirándome a los ojos fijamente-, sí, pero **esto lleva sucediendo desde hace años [...]**, pero **desde hace unos años sobre todo determinadas profesiones**, especialmente, **que están por el dinero** que reciben a fin de mes... **Yo tengo amigas enfermeras que están "destrozadas"**, algunas han podido **poner límites**, porque nadie hace nada, no sé para qué tanto supervisor, supervisoras, directores..., **miran para otro lado**, porque cuando tú estás en un hospital, tú estás "**indefenso**"...,yo he tenido personas como psicólogos, magistrados de ..., que aunque no me lo han dicho lo que eran, si no por su forma de hablar, que por mucho que eran cuando te "tienen que lavar el culo", **el poder lo tiene, el que te tiene que lavar...**, las auxiliares que no sé para qué han elegido esa profesión que es como que no quieren hacer eso..., **se creen...**, aquí no se matan, ¿tú has visto que se maten?, si acaso las enfermeras, que no paran... (P42 OBH1, 224,226).

### **Ser objeto del poder**

“nosotros **somos marionetas** que **ellos deciden**” (P78 EH1, 316).

*Ser objeto del poder es la consecuencia que emerge de los datos, cuando el poder *decide* sobre el individuo anulado para su interés.*



Los datos muestran como el trabajador sometido y el cliente dependiente de su necesidad “**Te ven que estás hasta arriba y siguen pidiéndote que les hagas...**” (P60 OBH1, 157) sirven al objetivo del poder, a través de la práctica: reorientándoles.

Entro por el ala que da acceso a la zona de citas de rayos, quiero ver si sigue ese cartel puesto. Hoy martes en esa zona no hay nadie en la ventanilla. El letrero sigue igual, indica: “**Si es posible considere siempre la posibilidad de rechazar citas para consultas, pruebas o cirugía en centros concertados. Prefiera siempre centros públicos**, de esa manera mantendremos más recursos económicos en estos centros y evitaremos que se enriquezcan los centros concertados”. Prácticamente dice eso. No obstante le pregunto a la señora de la ventanilla: -Perdone ¿ustedes dan citas para centros concertados?- me mira y me contesta: -**Si no tenemos citas aquí, pasamos a los concertados**- esto me lo dice ya **no queriéndome ver la cara**, y mientras me habla **agacha la cabeza** haciendo que está mirando papeles. (P43 OBH1, 018).

Así, el profesional centrado en sí mismo, cosificado “**eres como un montón de garbanzos**” (P84 EH1, 105), en una organización que le hace sentir emocional y laboralmente *mal* “**aquí no eres nadie, eres un número**, y eso es lo que te digo...que eso **te afecta a nivel laboral o...emocional**” (P84 EH1, 172), *es un número* “**Somos un número para la dirección**” (P39 OBH1, 241) y como tal prescindible “**hay un montón y ese montón sobra, sobra por motivos económicos y fuera**” (P84 EH1, 172) *con una profesión reducida a actividad*.

“prácticamente...a la administración o a los jefes, **no les interesa...**, o la sensación que yo tengo, **es que no les interesa la calidad, sino la cantidad**” (P88 EH1, 093:101).

De esta manera, el paciente pasa a ser *un número divisible en partes* “Pues porque... al final **son números**, no son... fulanito, no es...**este hombro, este... rodilla**, esta...**este pie**, y **número**, 'y bueno, no, en cuatro días se va... y tal'. Cosas así, ¿sabes? entonces en esas cosas, pues ahí te das cuenta que realmente que **son...números, no, no son personas**, son **un hombro, un pie, una rodilla**, un...tal, pero...ya, yo vamos desde...eso...eso lo tengo yo en mente desde hace mucho tiempo -sonríe- y desgraciadamente en cierta medida lo he integrao...” (P88 EH1, 105), *no una persona*, “de allí la derivaron aquí porque según ellos

tenían su historial, la verdad **no sé por qué** lo hicieron allí ellos también tienen mi historia...,” (P63 OBH2, 109) **que implique entrar en relación, colocándole aquí o allá, según convenga.**

Se acerca un familiar de un paciente que viene de la calle y pregunta a Raquel (auxiliar) que acababa de salir de la habitación donde estaban aseando a un paciente:  
- Se han llevado a mi padre al quirófano.

Raquel (auxiliar):-¿Le dijimos que iría a primera hora?

Familiar:-**No me lo supieron decir** a noche

Raquel coge la hoja donde está el parte de quirófano y le dice:-**Se lo han llevado ya.**

El familiar se queda circunspecto. (P08 EH1, 037).

#### SOBREVIVIR

“llevo sólo todo el verano, **he sobrevivido. Esto es lo que hay**”

(P59 OBH1, 181,183).

Se define sobrevivir a una manera de existir del sujeto en el medio para satisfacer su necesidad, centro de su interés, a través de la acción no responsable para con el otro.

Este gerente lo explica: “Con esto de la sostenibilidad, **reducen** enfermeras, se **quedan**, lo **aceptan, porque son cómodas...**” (P24 OBO, 094).

#### Centrado en sí mismo

“Y **todos creen que...**, que **como lo hacen lo hacen bien**” (P78 EH1, 365).

Centrado en sí mismo es la condición presente en el sujeto, cuyo interés particular le lleva a satisfacer sus necesidades básicas a través del otro.

Así, en un entorno, definido por una cirujana: “Esto es **una selva**” (P11 OBH1, 121), inclusive, la experiencia con el paciente y el familiar es vivida por el profesional: “**como el plomo derretido**” (P38 OBH1, 66); realidad que le refuerza a concentrarse en sí mismo.

### Rasgos

- Trabajar en algo

“es que pasa de todo” (P80 EH1, 230).

Se define este significado como la actividad que tiene que realizar el individuo para satisfacer su necesidad y donde el tiempo debe pasar rápidamente.

De ahí que, la *ayuda* se limite al interés “si a mí me ayudas, yo te ayudo” (P81 EH1, 263) y el ocio emerja liberador del tiempo laboral.

En la salita Lara (enfermera), está con una alumna haciendo un sudoku, me dice:-la estoy ayudando...se me da bien-. Me despido hasta otro día. Mientras en el ordenador de la salita Marta (enfermera) está haciendo el parte. Me despido y me dice que seguro que nos volvemos a ver, con una sonrisa.

Alicia (enfermera) sigue con la alumna haciendo el parte, me dirijo hacia donde está ella y le pregunto:-¿qué tal?

En ese momento una médica le deja unos volantes y le da unas indicaciones de sueroterapia, de forma oral, para un paciente:-luego vengo a escribírtelo.

Alicia:-Mira como estoy todavía- me enseña los volantes que tiene en la mano-.

(P19 OBH1, 125:128).

Evidentemente, una práctica laboral interpretada, que no se rige por la norma “Me voy al control derecho, saludo a Clara (enfermera). Está rompiendo sobres de historias, hojas de medicación y echándolos en la papelera de la salita, me dice:-Estoy destruyendo papeles, porque si no se nos llena todo de volantes, ‘**aunque es delito**’ ” (P20 OBH1, 016) y el temor a las consecuencias.

Alejandra (auxiliar):- en media hora tienes que dar de comer a ocho abuelos, lo que tardan, o sea, **es que tú misma**, ya te estresas, "ya venga, venga", **le metes la cuchara**

**más rápidamente** le das de comer, más más forzados, porque es que tienes que dar de comer todavía a seis, y a las dos de la tarde hay que recoger bandejas, todo es tremendo ¿sabes? (P80 EH1, 151).

Un profesional que no entiende que, otros trabajadores en las mismas circunstancias, *gasten* tiempo con el paciente.

Cristina (auxiliar):-... a mí me gusta hablar con los pacientes, **me dicen que voy más lenta**, pero cuando entras a una habitación a lavar a un paciente, le tienes que hablar, yo te diría es mejor medicina hablar que incluso la cirugía..., porque nosotros no lavamos coches, lavamos personas... y que un paciente te diga "ayer usted no vino", "que te echa de menos", es lo más importante- esto me lo dice mirándome a los ojos y con los suyos rebosando las lágrimas- (P43 OBH1, 120).

- Relaciones individuales típicas

Otro rasgo de estos individuos es su forma de interactuar, sin entrar en dialéctica con el otro, así el *conflicto* no ha lugar, como indica esta cita:

I:-Esto que me has dicho de las bolsas ¿lo has dicho a tus compañeras...? ¿Lo ponéis en común las cosas que se os ocurren?

Priscila (auxiliar):-No..., siempre que hemos hablado...-mueve la cabeza en sentido de negación, agachándola-

I:-¿Qué pasa..., hay **conflictos**?

Priscila:-Sí..., así que cada uno... (P22 OBH1, 204:207).

Los datos muestran que esta manera de relacionarse, revela una forma de ser y estar en la *organización* "Por eso te digo que **no hay ni voluntad, ni autocrítica, ni nada**, porque eso es otra cosa, que no tenemos casi ninguno, y es autocrítica. **Autocrítica**: ¿cómo estoy haciendo yo las cosas? **No se lo pregunta nadie o casi nadie** ¿Cómo puedo **mejorar** mi trabajo? **Da igual**. Y sobre todo que yo te diga a ti algo, y tú te lo tomes de forma constructiva y no de forma negativa, eso parece, que **no existe**" (P78 EH1, 365), *que asegura su*

autoimagen y conecta su acción con la diversidad de actos para una misma realidad “Y todos creen que..., que como lo hacen lo hacen bien” (P78 EH1, 365).

El profesional mediante la expresión: “¿qué es lo correcto?” legitima su idea y perpetúa su acción, igualándola a la del otro y ajustándose de este modo al contexto.

Ángela (auxiliar):-¿**Qué es lo correcto?** Gasitas con suero, un par de gasitas para un ojo y otro par de gasitas para otro, entonces **para mí eso me supone entretenerme mucho**, entonces yo mojo el pico de la toalla y por un lado de la toalla le doy en una parte del ojo y la cara y por envés, le doy por el otro lado, que es lo que yo hago, ¿qué es mejor? ¿Lo que hace Pepi? Sí, pero **tampoco veo que es malo lo que hago yo**, a no ser que sea un paciente, que tenga los ojos mal y eso ¿no? Y **entonces continuó haciéndolo** (P78 EH1, 385).

Otras veces mediante la fórmula: “**no me gusta hablar**”, manifiesta su desacuerdo con la situación y la fidelidad a su interés particular.

Toñi (enfermera): Hubo una vez que se probaba una pastilla que iba a sustituir la heparina..., se tenía que pinchar por la noche..., se negaron y tuvieron que venir a las que se les paga... [...] **No me gusta hablar**... (P08 OBH1, 131).

Formas distintas de connivencia con la realidad, en las que se aleja de sus valores, al no corregir la práctica, que se relaciona con su necesidad de pertenencia al grupo para sobrevivir.

Teresa (supervisora):-Juana (enfermera), ¿sabes dónde están los chupa Chus - fentanilo-, que te di en mano el otro día?

Juana:-Yo los guardé -comienza a buscarlos por el armario e incluso por la nevera-lo busco aquí por si alguien no lo sabía y lo ha guardado aquí- la nevera contiene medicación y yogures y bebidas, que parece no ser de los pacientes, tiene un grosor de hielo el congelador, considerable.

Teresa:-Yo te lo digo Juana, por si os hace falta este finde y no tenéis (se justifica).

Juana:-La paciente que los toma le da una chupada y se los guarda.

Teresa:- ¡Oye, Juanita!- lo dice en diminutivo el nombre de la enfermera-. He estado mirando lo de las noches, puse el patrón y no me salía, como mínimo son dos noches, sino se pondrían...

Juana:-Bueno, si no puede ser..., que se le va a hacer..., voy a preguntar a la señora por si se los han dejado todos. (P22 OBH1, 73:79).

Otro *verbatim* que lo explica:

María (auxiliar):- Es que en cada sitio los protocolos son distintos... Una vez fui a onco y cuando me dan el parte me dicen que faltaba de dar una quimio a un paciente..., gracias a que yo estuve hace tiempo en otro hospital en oncología...

I:-Si no supieras como se hace ¿cómo se hubiese solucionado?

María:- Otro compañero te diría lo que tendrías que hacer..., (P08 OBH1, 120:122).

Un tipo de relación que evidencia, desde su primer momento en la institución, su interés particular y la no responsabilidad para con el otro.

Isabel (alumna de enfermería): que quizás es lo que a mí es lo que más me molesta ¿no?, que cuando tienes en, un pa, un enfermero o una enfermera, **tienes que adaptarte a su forma de trabajar**, pero **no puedes hacer la que realmente te convence** ¿no?, o sea, no, quiero decir **si** quieres hacer una cura y quieres hacer esa cura estéril, pero **esa enfermera no hace la cura estéril**, porque..., **pues en realidad no la haces estéril, aunque** a ti te parezca que quieras hacer estéril o que es **conveniente hacerlo estéril**, que eso es lo que más... (P91 EH1, 348).

### **Auto conservación**

“al principio llegas y te adaptas” (P78 EH1, 179).

Se infiere este significado desde las acciones que lleva a cabo el individuo para mantenerse en el entorno preservando su interés particular.

### Construir la realidad

Los datos muestran como el trabajador interpreta las acciones del otro, a través de su conocimiento de la realidad “Juana (enfermera):- un macro hospital es muy difícil de organizar, un gerente..., una dirección de... médica, una dirección de enfermería, **no puede tener contacto con cada figura**, que está trabajando” (P85 EH1, 301), emergiendo decisiva la justificación para defender su autoestima y legitimar la no acción responsable “hay pacientes infectados compartiendo cama, habitación..., con... otro paciente, porque es que no hay tantas (camas), o sea, **hay una lista de espera para sacar**, o sea que...” (P85 EH1, 630), anteponiendo de esta manera su idea a los valores.

“**Yo pienso que esta situación** hace que los profesionales que estamos en una situación, que no sabemos qué va a ser de nosotros, **hace que a veces actuemos de una forma...**” (P42 OBH1, 224).

Una realidad que los informantes manifiestan, con la expresión lingüística “**da igual**”, la ruptura entre acción-consecuencia y su reorientación a sí mismo, como indica esta cita:

Juana (enfermera):- llevan hoy el tercer día..., que ya han suplicado camisones, porque llevan los pacientes dos días con el mismo camión aquí, no han subido ni uno, o sea, y ya

Esther (enfermera): -lo de los camiones sino han sudado, tampoco...

Juana:-claro, pero si han sudado o... uhmm, vamos **da igual** (P85 EH1, 697:701).

A la vez que invisibiliza el *mal* de las acciones “Eh...-silencio tres segundos- es que tampoco lo he visto, a mí me ha pasao como a todos, hasta que no hemos visto las orejas al lobo no nos hemos dao cuenta. Ha habido muchas cosas que no me han gustao desde luego, o sea, yo tampoco he visto, hasta hace relativamente poco, **no he visto**, eh... **el mal** que puede hacer que te lleves una caja de guantes. **No eras consciente**. Eh.... porque claro ahora, no ahora solamente por la situación, sino yo también he visto muchas otras cosas, yo siempre, como por ejemplo, yo sé de gente que a la una ya ha terminado su trabajo y se va y.... eso en cierta medida..., también es un poco, porque tú tienes un contrato, puedes salir media hora antes, no te digo que no, pero ...¿dos horas antes?, a mí siempre eso, eso siempre me ha echao un

---

poco pa tras, **al final he entrado también en el juego**, ¿eh? no voy a quitarme yo... méritos -sonríe-, pero...Porque **es la vía fácil**...Pues por ejemplo tú algún día tú has terminado tu trabajo ¿no? Y como has terminado tu trabajo parece justo... el que lo he terminao lo voy a dejar aquí ¿no? Y al final te vas y ya está, pero..." (P87 EH1, 182:190) e **imposibilita pensar en su responsabilidad para con los otros**.

Pues sí, ...que la...la Sanidad Pública se está yendo a pique, porque individualmente, o sea, cada uno **pensamos individualmente, pensamos...en nuestro beneficio individual** y... **no nos planteamos** en ningún momento que **nuestros actos**, ni nuestras...ni falta, ni, ni por falta, ni por exceso... hacemos **nada para ...pensando en los demás** ¿no?, entonces...bueno nada tampoco es así,...pero...es no sé si es el capitalismo o es... lo que sea, me da igual lo que sea ¿no?, pero **la idea... de la humanidad principal es: yo... sólo yo... y todo para mí**. Entonces ... en general **tenemos ese pensamiento**, hay que, yo creo...que **deberían** sí, en el momento en el que **empecemos a pensar** en, **en todo lo que influimos en los demás en la responsabilidad que tenemos para con los demás**, las cosas empezarían a cambiar, es un cambio...muy fuerte, es un cambio... muy difícil, es un cambio muy profundo..., y que no está exento de riesgos, obviamente ¿no?, o de malas interpretaciones, de ...etcétera, ¿no?,...pero es un cambio que necesita la humanidad, rápido, porque ahora mismo estamos en un momento muy difícil, de crisis, de...tal, entonces... nos estamos uniendo entre comillas para protestar, pero luego en el fondo no estamos unidos, no hay cohesión, no hay unidad, o sea, luego hay gente que piensa: que los recortes a los funcionarios es lo mejor que puede estar pasando, todos pensamos que los políticos deberían tener menos dinero y que deberían ir, o sea, hay una...hay una serie de pensamientos, sobretodo destructivos, más que constructivos ¿no?, entonces...yo creo...que **tenemos que empezar a pensar en eso, en construir** más que en destruir, o sea, en quizás...no destruir, pero **si apartar** ¿no?, no decir, bueno esto se ha terminado..., cerrar la página, la última página y pasar al siguiente libro, pero no... (P88 EH1, 634).

---



En resumen, impide *sentir* la necesidad de un *cambio moral*.

Sí un cambio moral, un cambio moral, porque yo siento que...la...el cambio de pensamiento a la hora de pensar hacia los demás, de las relaciones entre los demás, o sea, también es un cambio moral ¿no?, al final...,.... tienes otros valores, o sea, ahora mismo el valor que predomina es individualidad ¿no?, el valor de...bueno yo tengo que...,yo independientemente de cómo estén los demás, yo tengo que sobresalir, tengo que...ganar más dinero o tengo que ser la persona más destacada en este ámbito ¿no?, eso es algo que aprendemos desde pequeños, y a lo mejor no es destacar, sino decir: bueno, todos destacamos en algo ¿no?. Asumir que todos destacamos en algo y cada uno permitirles... que...seguir ese camino en el que destaca, desarrollar, y aprovechar ese desarrollo personal para el colectivo ¿no? (P88 EH1, 642).

#### Imitar para adaptarse

“donde fueres...haz lo que vieres...” (P77 OBH2, 103).

Imitar para adaptarse emerge contundente como estrategia, para evitar posibles errores que perjudicarían su interés.

Así, el profesional novel se vale del lenguaje aprendido, para apartar la crítica y su responsabilidad en la acción “Cruz (auxiliar):-Aquí las reparten las pinches, **yo no estoy muy de acuerdo, pero..., como me dijo mi madre, 'donde fueres...haz lo que vieres...'** [...], **aquí tienen establecido, que fue lo que me dijeron**, que las pinches reparten las meriendas y las auxiliares las cenas...” (P77 OBH2, 103,105), *adecuándose* a esta realidad.

Una experiencia en la institución “**al principio llegas y te adaptas**” (P78 EH1, 179) en el que se aprende a *no contrariar*.

Hay muchos puestos intermedios, que es imposible llegar a la dirección y tienen miedo [...] Pues eso a la dirección, ahí...no se llega y si quieres llegar a adjunto y todo eso, **no..., no les gusta mucho que les des la contraria...o les lleves la contraria** (P84 EH1, 275,279).

Realmente una acción decisiva: “que tengamos, ideas muy parecidas”, que invalida la confianza y la lealtad del otro, “Yo en todo este tiempo, yo solamente he hecho un cambio en la subdirección..., hace...un año y medio, más o menos..., cambié una de las subdirectoras” (P94 EH1, 055) y mantiene la realidad intacta “Entonces...pues hacer lo que te digan” (P91 EH1, 165).

I:-O sea, que esos, los puntos más importantes sería la confianza..., la lealtad...,

Salvador (director de enfermería):-Sí- respuesta anticipada-

I:-en las personas que uno trabaja

Salvador:-¡Hombre! y que... tengamos, y que tengamos, ideas muy parecidas, porque claro, es decir, no solamente eso, si yo tengo alguien cerca de mí que es leal..., pero resulta que cada vez que hay que tomar decisión nos supone un conflicto, porque..., yo lo veo blanco y ella lo ve negro, y no llegamos a un punto de encuentro, pues no tiene sentido tampoco..., o sea..., hay que conjugar un poco todas las partes, no, bueno..., pues, el tiempo también te ayuda -sonreímos-, cuando uno empieza, pues bueno, esto es cómo una relación -sonríe-¿no?, que uno empieza... y bueno, pues, conoces poco a la otra persona..., y lógicamente las bases se van sustentando a medida que va pasando el tiempo..., y que uno se va enfrentando a las situaciones... del día a día ¿no? y ves cómo responden las personas que tienes alrededor (P94 EH1, 052:055).

### Sumisión al poder

La sumisión al poder se infiere desde la aceptación de las acciones no responsables para con el otro “pero luego hay una reunión los traumatólogos, el rehabilitador y yo, y asienten lo que él dice, y a mí nada..., pero bueno, es que... como es médico...” (P09 OBH1, 076), que relativiza “como en todas partes” para no dañar su autoimagen.

I:- ¿cómo estás hoy?

Celeste (enfermera):-Hoy mejor, le hemos pedido refuerzo a Isabel (supervisora) somos tres, porque el fin de semana ha estado mal. Encima se nos puso un paciente mal y se les llamó... y no venían. Me preguntan ¿si era urgente?, les dije, que sino no llamaría, la paciente estaba con melenas... ¡Es que son...! Vienen a pasar visita cuando

quieren, **supongo como en todas partes** - me mira para que le confirme lo que está diciendo y así lo hago -, **pero menos mal...**, **hace años ni pasaban visita**.

(P38 OBH1, 019:020).

Un contexto laboral *asumido* por necesidad y para su interés “Sara (enfermera) me dice: - Andrés está pendiente de... y le he mirado como van las pruebas, es que como el Dr. Casares le han cesado, están un poco preocupados... A mí me han hecho un contrato de..., **pero menos es nada**” (P17 OBH1, 048), *al que se acostumbra* normalizándolo.

Emilia (enfermera):-Hoy estoy aquí sola, llevo 14 pacientes, **pero bueno estamos acostumbradas a todo**, cuando estoy en el otro control llevo 16 (P08 OBH1, 008).

#### El poder del saber como herramienta de defensa

Un significado que se interpreta a través de las acciones que el individuo en cualquier estado o rol (jefe, trabajador, paciente...) realiza para ocultar información frente al que considera tiene algún poder sobre él y le puede dañar su seguridad.

Raquel (administrativo):-Tengo que cerrar informes, porque no tengo impresora, la que teníamos se la han llevado y esta es de un estudio, que nos la pillamos y hasta que la inventarían, no está puesto para el HPHISS, no puede hacer justificantes...-vuelve a mirar el ordenador como queriendo hacer algo y me dice- si hago los informes ahora y luego viene la jefa...-lo dice como diciendo, va a ver que no tengo mucho trabajo- **esta jefa no sabe lo que hacemos** en hospitalización, lleva poco tiempo.

(P27 OBH1, 082:083).

Esta manera de proceder auto protectora, se enseña y aprende desde el primer contacto con la institución “Selene (enfermera) dirigiéndose al alumno:-Yo no pongo la medicación en los sobres, porque luego te preguntan (los pacientes) y si no lo pones no lo saben...” (P42 OBH1, 181), *al igual que la no contemplación de las consecuencias de la acción*.

Al salir le pregunto a Selene cómo lleva el día, me dice que ya ha discutido...

I:-¿qué ha pasado?

Selene:-No tenía una pastilla en el sobre... (P43 OBH1, 028:030).

Una actitud de guarda del conocimiento, que perjudica al otro “...en general quieren gente que conozca la unidad y sepa..., porque son un poco intolerantes y reacios a enseñar una y otra vez” (P78 OBH1, 069), utilizada para defenderse de una organización, que como en el caso del trabajador le convierte en masa productiva.

Teresa (supervisora):- ahora..., **necesitas a alguien y tienes que tirar** directamente de bolsa, y **te cae lo que te venga**, cosa que no sé..., quizás..., es más justo, por una parte, pero un poco más absurdo por otra ¿no?, a lo mejor necesitas a alguien para críticos y **tienes que echar mano** de alguien que ha estado en trauma o en cirugía, no es lo mismo... (P93 EH1, 230).

### Desconexión

“**menos mal que me jubilo**” (P36 OH1, 175).

Se interpreta la desconexión como la consecuencia que experimenta el individuo en un entorno que fuerza a centrarse en su interés y a romper su responsabilidad para con el otro.

Esta cita lo explica:

...lo que decía ayer es que hay **un Yin** y un **Yan, constructores y destructores** en el mundo, ¿no? Tiene que haber un poco de todo. Pero qué pasa cuando existen más destructores que constructores, pues los constructores **se cansan**, y yo para qué voy a construir, ni poner un ladrillo (P78 EH1, 203).

En un contexto así “aquí no hay interés por parte de nadie” (P88 EH1, 217), algunos trabajadores que aún tienen interés por el paciente *dejan de intentar mejorarlo* “estoy cansada” (P36 OBH1, 177) y no colaboran.

“sintiéndolo mucho **optamos por no hacer nada**, cerramos la puerta”  
(P39 OBH1, 240).

Una realidad que empuja a aislarse del otro, aparentando estar “En el pasillo central me **cruczo** con el Dr. Linares, acompañado con el geriatra (creo recordar), les saludo, me responde al saludo el Dr. Linares. (No sé, me da la sensación que está serio, sobre todo el Dr. Linares, que es más afable en trato. Sin embargo no tengo criterio, porque no le conozco mucho).

Miro una habitación con la puerta abierta, hay dos ancianos en la cama, uno de ellos tiene barras. El otro tiene un familiar recostado en la cama.

El paciente que no tiene familiar está con barandillas. Tiene la mirada perdida, la boca abierta, como cogiendo las últimas bocanadas de aire. Su aspecto es caquético.

Es verano, pienso que están los pacientes que no pueden estar en otro lado.

Se acerca al control Juan (celador) y Estela (auxiliar) se levanta.

Elena (enfermera) les dice:-Los médicos **están enfadados**, porque no se les ha levantado a los enfermos hoy, ni el fin de semana...” (P59 OBH1, 149:155, 171) o a huir para seguir siendo fiel a su interés: el otro.

De repente se pega otra persona, veo que es auxiliar y dice:-**Nosotros tratamos bien a nuestros pacientes... Nos llevamos muy bien**, también discutimos, incluso nos insultamos, pero **este hospital es muy familiar**, no sé si es por ser pequeño..., luego si viene **alguien nuevo se adapta a esta forma, le acogemos**-Adriana asiente lo que dice y añade:- Muy mal no debemos tratar que en **los traslados** hubo personas del H1 que lo pidieron y están aquí con nosotros... (P52 OBH2, 133).

Resumiendo, unas huellas del poder para sobrevivir que se infieren de los datos hacia la sociedad y en la organización.

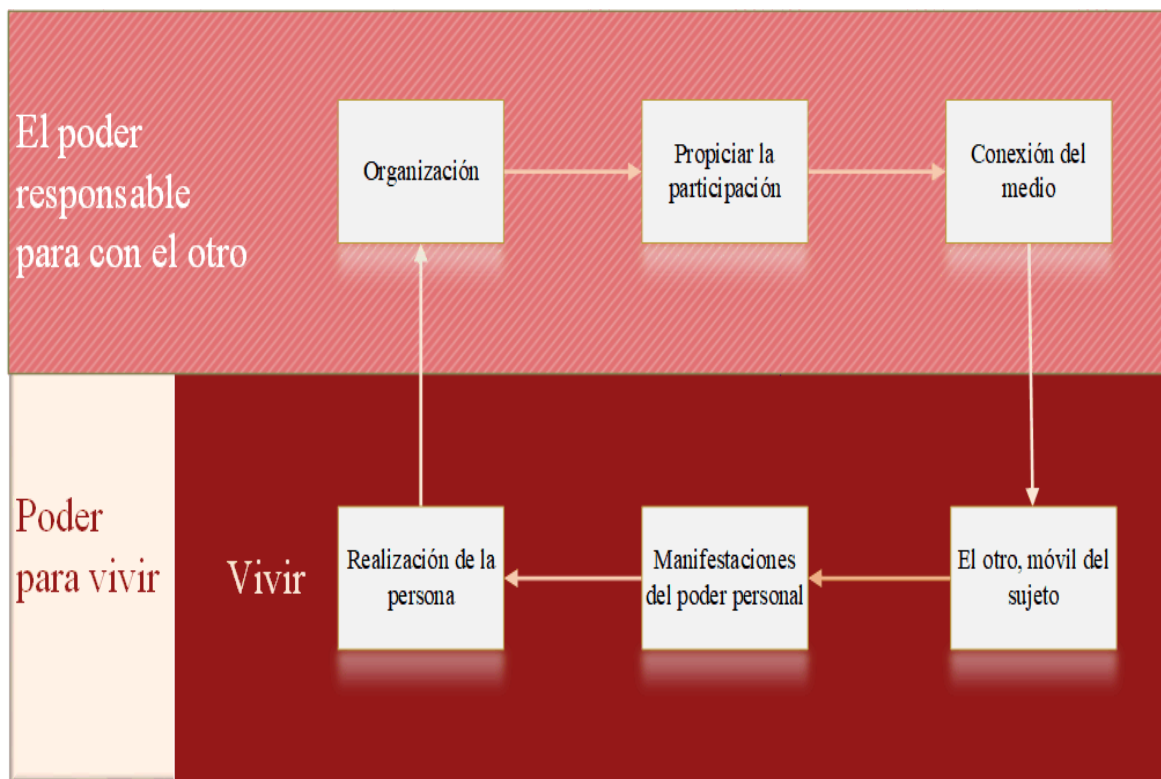
**SINOPSIS DEL PSB: PODER PARA VIVIR**

A continuación, se presenta de modo gráfico los resultados, que componen el PSB: Poder para vivir (ver Tabla 17 y Figura 23).

**Tabla 17.** Características de los conceptos del PSB: Poder para vivir

<b><i>Poder para vivir</i></b>	<b>PSB</b>	
<b><i>El poder responsable para con el otro</i></b>	<b>Propiedad dimensional</b>	
<b><i>Organización</i></b> <i>El control del poder</i>	Código teórico <i>Sub-dimensión</i>	Condición del entorno
<b><i>Propiciar la participación</i></b> <i>Permitir el poder del profesional-paciente/familiar</i>	Código teórico <i>Categoría</i>	Acciones del entorno
<b><i>Conexión del medio</i></b> <i>Humanización</i>	Código teórico <i>Categoría</i>	Consecuencia en el entorno
<b><i>Vivir</i></b>	<b>Propiedad</b>	
<b><i>El otro móvil del sujeto</i></b> <i>Necesidades superiores: rasgos</i>	Código teórico <i>Sub-dimensión</i>	Condición del sujeto
<b><i>Manifestaciones del poder personal</i></b> <i>Poder del trabajador</i> <i>Poder paciente/familia</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Acciones del sujeto
<b><i>Realización de la persona</i></b> <i>Autoestima</i> <i>Autorrealización</i>	Código teórico <i>Categorías</i>	Consecuencia en el sujeto

Fuente: elaboración propia (2018).



**Figura 23.** Senda de las Proyecciones del PSB: Poder para vivir.

Fuente: elaboración propia (2018).

**PODER PARA VIVIR: PROYECCIONES**

El poder para vivir, se define como la entrega libre y responsable de las capacidades personales a otra persona, a través de la acción, llevándole a la realización plena de sí mismo humanizando su entorno.

**EL PODER RESPONSABLE PARA CON EL OTRO**

“Que es que te llega, es que te pone la mano..., y te llega, te lo da” (P86 EH1, 670).

Se infiere este significado cuando el sujeto movido por el sentimiento que despierta la necesidad del otro, al que reconoce en su humanidad, actúa con él para reestablecerle.

Un ejemplo:

Alicia (enfermera de H1):-Mira yo **aquí, lo tengo que decir**, porque además me acaba de pasar reciente. **Aquí hace poco, vino...**, cuando Teresa (supervisora de traumatología) empezó a estar, **vino** una supervisora... de oncología (Olga) lo tengo que decir, porque no pasa nada, **porque es una cosa buenísima, esa persona....**, que no me conocía de nada, había sido a la vuelta...., de estar de una...baja... larga, cuando me pasó lo de la columna , entonces esa chica, pues sabía que yo me había estao de baja, pero **no me conocía...**, tampoco, **cuando me conoce, el primer día de esa persona, me conoció**, me puso la mano aquí, -lo indica con un gesto-, ¿uhmm?, **te juro**, que es que... **¡sentí tanto, como en la vida...!**, me ha hecho nada a mí..., nadie en la vida. Claro, es una supervisora, la mejor del hospital

I:-¿La de oncología?

Alicia:-La de oncología, Olga es una persona... encantadora. **Que es que te llega, es que te pone la mano..., y te llega, te lo da**. A mí es que yo me quedé alucinada, bueno, **menos mal que**, puedo decir **que**, que **he conocido una persona, fenomenal** (P86 EH1, 666:670).



### Organización: el control del poder

“Lo hacemos todas **igual**” (P66 OBH2, 146).

Emerge de los datos como condición decisiva para el entorno hospitalario con vínculos propios, relacionado con el ejercicio de la autoridad, desde la responsabilidad.

Una autoridad, que se identifica e interpreta como la primacía reconocida por su cargo, ejercicio profesional o por sus cualidades sobre un colectivo en la institución pública.

Así, cuando el directivo, desde su *status* de poder, le mueve en la acción el paciente, este ejerce una serie acciones de vigilancia en los procesos, aunque *a mucha gente no le guste* “porque es **control**, pero también es **rentabilidad**, también, sabes qué sino tenemos **dinero** no podemos **dar servicios**” (P96 EHCA1, 055); guiado por la creencia que *lo que se le va a dar al paciente es lo ideal*. Venciendo las resistencias “con **la verdad**, con **las ganas de hacer cosas...**, con **la ilusión...** y con **los resultados**” (P96 EHCA1, 067), desde la apertura hacia el otro “es más, me gustaría que además lo visitaras...,” (P99 EHCA1, 033) y la **visibilidad** “Pues ahora lo vas a ver” (P99 EHCA1, 344) en los métodos y *resultados* “estamos con unos resultados... ¡vamos! eso sí que es una evidencia, pues con unos resultados importantes” (P99 EHCA1, 033), ejemplo que se extiende al resto de los profesionales.

Una transparencia en el modo de actuar que les induce a abrirse al otro “Cuando todo esto se gestiona de manera **transparente**, cuando en una mesa **se sientan**: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y auxiliares, y **se habla tan abiertamente** de las cosas así..., la gente empieza a entender, entonces la gente ha empezao a **confiar**” (P99 EHCA1, 128), con una comunicación que fluye en todas las direcciones, en un acto de responsabilidad para con el otro y de muestra de respeto.

“Durante la visita médica a un paciente, yo (investigadora) puedo observar cómo preguntan a las enfermeras, **se interesan** por su información y las aportaciones que hacen. Las médicas son receptivas a sus comentarios” (P65 OBH2, 196).

De esta manera, el profesional experimenta control del entorno, a través del conocimiento de esa realidad.

De: Angus (Directora de enfermería de H2.)

Enviado el: jueves, 23 de mayo de 2013 11:09

Para: Gómez Camuñas, María Jesús

CC: Sebastián (Supervisor de procesos)

Asunto: RE: información

Buenos días M<sup>a</sup> Jesús:

Hace unos días tuve una reunión contigo y quedó pendiente la respuesta de la Gerencia y del Jefe de Servicio de Traumatología, los cuales han contestado de forma positiva y puedas proseguir tu investigación en el Hospital H2.

**No me ha sido posible** una contestación más inmediata, **espero no haber perjudicado** tu proyecto.

**Necesitaría saber** cuándo harías acto de presencia en el Hospital y **ponerlo en conocimiento** del personal de enfermería y de los mandos intermedios.

Atentamente (Email ubicado en este documento: P51 OBHCA1, 325:334).

Un signo revelador es que el profesional conoce *dónde está* cada uno.

Hallazgo que se relaciona con la disposición para con el otro, a la vez que se infiere cómo funcionan y controlan la organización.

“Al control pasa una persona vestida con uniforme blanco, tiene media melena, de una edad de cincuenta y tantos, da la sensación de ser una señora agradable. Pregunta por las auxiliares, le **dice dónde están**” (P65 OBH2, 074).

---

Otra manifestación del control se encuentra en la unificación de criterios, tanto en los ritmos de la jornada, como en las acciones y registros profesionales.

“Lo hacemos todas **igual**” (P66 OBH2, 146).

Los datos indican una enseñanza desde la autoridad y el ejemplo al otro, donde, de forma natural, las normas de convivencia emergen, inculcándoles un específico modo de ser y estar en la institución.

Me insiste, el supervisor de procesos, que **la práctica que realizan está basada en la evidencia científica**, que una vez lo cuelgan en la web, se pone en práctica... "eso sí, dejamos al juicio de la enfermera, porque no todos los enfermos son iguales, que ella adopte, a su criterio, una aplicación determinada, para dar así **un cuidado personalizado** a nuestros pacientes..." (P67 OBH2, 276).

Me voy con la alumna a la sala de estar, le pregunto por las hojas que tiene la historia del paciente. **Me las enseñan y me va explicando**, incluso me dice cómo se apuntan en la gráfica el pulso, la tensión y la temperatura, cada cuantas rayitas va cada una de las constantes vitales, "aunque esto lo debes de saber".

(Me hace gracia, me lo dice como si no supiera nada y eso me gusta, demuestra paciencia e interés).

La hoja RESUMEN (actividades de enfermería) es la que utilizan las enfermeras para apuntar la medicación por turno que les deben de dar al paciente, la cama, con el nombre del paciente, intervención quirúrgica, pruebas a realizar en el turno y actividades a realizar... (P66 OBH2, 138:140).

Pasamos a la siguiente habitación, abre la puerta y saludamos a la paciente. Se encuentra sola, debe tener unos cuarenta y tantos años. Le pregunta qué tal está.

---

Responde la paciente:-Estoy muy dormida –tiene el brazo izquierdo colgando de un soporte, con la mano hacia arriba-.

Margarita (auxiliar):-Mira te traigo este vaso para que empieces a beber a pequeños traguitos de agua, dejando un ratito entre cada, para luego que puedas merendar.

Paciente:-Mi familia ha salido a tomar un café, luego cuando vengan me lo dan.

Margarita (auxiliar):-Mira te voy a incorporar un poco y te pongo el agua.

Se va al baño, coge agua del grifo del lavabo y me comenta:-aquí el agua sale muy bien, ni muy fría, ni caliente...

Le pone el vaso cerca para la paciente lo pueda coger y le dice:-Mira te dejo aquí el timbre **por si lo necesitas**.

Se lo deja todo colocado y a mano (P56 OBH2, 111:118).

Le acompaño a una habitación, abre la puerta, saludamos a la paciente y a sus acompañantes. En la sala los acompañantes se encuentran desperdigados, uno medio tumbado en el sillón de la otra cama y sobre ella la cabeza, otros sentados cómodamente en el otro sillón y en una silla, otra persona de pie.

Margarita (auxiliar):-Por favor salgan un momento.

Salen y yo que soy la última en entrar.

Margarita me dice:-M<sup>a</sup> Jesús cierra la puerta por favor.

Así lo hago.

Margarita le dice a la paciente, que es sudamericana, de unos treinta y tantos años:- **Tú gente se ha apoderado de la habitación...** -se va hacia la otra cama, que hay en la sala y se pone a estirar la ropa, sube las barandillas- **Si viene otro paciente esto debe estar bien...** [...] (P56 OBH2, 100:104).

De nuevo, otra manifestación de este pensar en la necesidad del otro buscando su bien, esta vez a través del diseño.

Llego a la zona de la planta donde hay pacientes, decido ir al servicio destinado al público. Está impoluto (hago foto).

Desde la ventana del servicio, decido hacer una foto al patio interior. Es un jardín precioso.

Me hace recordar las palabras de Margarita (auxiliar), que me dijo el otro día:- "sólo **estar aquí es una maravilla**, mira que ventanales, y que luz entra" (P57 OBS, 009:010).

Un espacio que despierta la alegría *de estar* en ese lugar “estuvimos muy bien, muy bien. Trabajo bueno, trabajo de..., también es un sitio que **nada más que estar allí ya...te entra las ganas, de estar contenta**, es un hospital **muy bonito**” (P86 EH1, 286), **con unas dimensiones y mobiliario adaptado a las necesidades, y al servicio de las personas.**

“Supervisor:- el nivel de confort, que tienes, -sonríe-, ¡vamos!, yo en mi casa no lo tengo ¿eh? -nos reímos-, yo en mi casa no me muevo, no me muevo con estos espacios -sonríe, me río-” (P99 OBHCA1, 212).

Manifestación que también se relaciona con el uso responsable del poder.

Mientras termina de asearse la paciente, con la puerta abierta del baño, Andrea (auxiliar), me explica:-Los cuartos de baño no tienen barreras..., tienen un timbre **por si lo necesitan** cuando están en el baño..., mira aquí está el timbre de la habitación, funciona como un móvil, este es el mando de la cama, para que ellos lo puedan manejar (P55 OBH2, 110).

Definitivamente, una organización orientada al paciente y al profesional, como explica este gerente:

Un hospital **orientado hacia el paciente**, porque el paciente es nuestro cliente y por lo tanto nuestras instalaciones están **orientadas hacia el paciente**, pero **también**

**orientado a los profesionales** que trabajan dentro del centro, porque los profesionales pasan un tercio de su vida en el hospital, y ese tercio de su vida tratamos de que sea **lo más ergonómico, lo más funcional** para el trabajo que hace el día a día, por darte algunos ejemplos, nosotros fuimos el primer hospital de la Comunidad que pusimos la radiología digital, digitalizada, en este centro tenemos, por irnos a ... a otro área del hospital que son los almacenes, los almacenes están robotizados, el almacén del hospital es un robot, que un celador con un ordenador le pide gasas de... no sé cuánto o jeringuillas de no sé qué, y el robot las trae desde, a través de unos carruseles que tenemos en el hospital (P96 EHCA1, 015).

### **Propiciar la participación: una forma para aplicar las capacidades**

“**la alternativa es la participación**” (P96 EHCA1, 115).

Propiciar la participación se interpreta desde las acciones llevadas a cabo en la organización y que contribuyen al bien común.

El político lo posibilita, cuando  *cree en la importancia de dar participación* a los profesionales como agentes activos de la organización.

Ricardo (gerente de HCA1): - ...nuestro Consejero Samuel Pérez Oliva, cree que una, que **una de las cosas importantes que hay que hacer** es precisamente esto, **dar participación** a los profesionales, que **los profesionales asuman responsabilidades**, y por lo tanto **asuman riesgos** también, ¿vale? (P96 EHCA1, 117).

Este  *dar participación* significa para el directivo  *la alternativa* a la viabilidad del hospital público de alta complejidad, a través de  *asumir* la responsabilidad de cada partícipe.

Gerente:- Tenemos el escollo del lunes que hemos convocao a la Junta de Personal, que eso ya es otra cosa -sonríe-, que no estarán de acuerdo y..., pero bueno, nos salvaremos ¿no?, **les contaremos lo que queremos hacer...**, nos dirán que no están de acuerdo la Junta de Personal, porque los sindicatos habitualmente no están muy de acuerdo con las decisiones que últimamente que tomamos..., pero bueno, hay algunos

que son bastante razonables..., pero tiene que hacer su posición y sus posturas..., y a partir de ahí, pues tomaremos esa decisión, y el criterio es, que estamos muy mal, **hay que buscar alternativas..., que si no cerramos esto y la alternativa es la participación de los profesionales y la participación de los usuarios**, que es un paso más que llevo yo, o sea, **ya no sólo que el gestor sea el responsable de la gestión de la unidad de gestión clínica del...**, de los quirófanos, **no, el responsable tiene que ser el profesional que está ahí**, pero es que no sólo el profesional que está ahí, **sino también los usuarios** que utilizan ese servicio público. No hay derecho que tú compres ochenta sillones y a los dos meses los sillones estén rotos, porque en tu casa, un sillón no te dura dos meses, te dura dos años, tres años, cinco años. Luego el **usuario también se tiene que hacer responsable, de lo que pasa dentro del hospital** (P96 EHCA1, 115).

‡ ¿Cómo lo hacen? los datos dicen que:

En este entorno, el paciente y el familiar se encuentran con profesionales que les importan sus percepciones, independientemente de su nivel de conocimientos, permitiéndoles expresarse libremente.

Familiar:-...**vienen y yo me quedo aquí...**-habla casi a la vez-, lo miro..., **lo pregunto:-**"¡Ah!, pues mire lo tiene así, lo tiene..." , o sea que yo **doy mi opinión, aunque no entiendo...** y en el B. (omito nombre de un gran hospital) cuando llegaba el médico:-"¡Salgase!"-tono de voz grave simulando-, "¡Salgase!"-tono de voz grave simulando -, con una estupidez, parece que va a... bueno, **ya ya ya está**. Cuando te lo dicen una vez o dos ya no hace falta en cuanto le ves venir ya sales corriendo (P92 EH2, 834).

Se le insta a estar junto al profesional, este familiar lo explica: "no me dicen que me salga, ni nada, me dicen: **¡Quédate, quédate!**" (P92 EH2, 846), disposición que les confiere tranquilidad y un dominio sobre la situación del paciente.

I:- ¿... eso contribuye a algo, le hace sentir diferente?

Ángeles (familiar):-**A mí sí**, porque **si no lo veo no estoy tranquila**, y así **me gusta saber** cómo está, porque yo **aunque no entienda**, pero **sé si tiene buena pinta o la tiene mala**.

I:-¿Y eso echa de menos en...?

Ángeles:-Pues sí, porque muchas veces me dicen:- "va bien, va bien", pero bueno **a mí me quedan mis dudas**, si él me dice que va bien, como ves, pero como yo no lo veo, digo:- "pues yo que sé", a mí **me gusta verlo**, la verdad (P92 EH2, 872:882).

Estar juntos interactuando para el otro se revela como la vía que conecta profesional, paciente/familiar, posibilitándoles a ayudar y compartir la responsabilidad de su recuperación desde su propio estado.

Este suceso engloba ambos significados:

Ángeles (familiar):- y leí el prospecto y ponía "que rara vez puede producir náuseas y vómitos", o sea "man... "

I:-o sea mareos

Ángeles:- "mareos y... y vómitos", y digo: "¡Jolines!" Pues a ver si hubiera... "como tú duermes bien, le vamos a decir a las chicas que no te lo vas a tomar" y no se lo ha tomado y se le ha ido quitando, quitando (P92 EH2, 920:924).

El profesional también experimenta el mismo proceso participativo, que les deja aplicar sus propias capacidades en beneficio del paciente y la organización.

“los enfermos, muchas veces se enganchan de las personas..., y hay veces que es el auxiliar de enfermería que **más consigue sacar de un enfermo** ¿eh?, no es el psiquiatra” (P99 EHCA1, 063).

En definitiva, un saber aprovechado por y para todos.

Juan (ex-director de enfermería de H3, actualmente supervisor HCA1):-... porque aquí, se trabaja continuamente, diariamente, se tienen reuniones de coordinación:



psiquiatra, trabajador social, enfermera, auxiliar ¿eh?, para **poner en común** todas las situaciones... del equipo. **Entonces, gestionar** lo que son: dispositivos hospitalarios con dispositivos de la comunidad (P99 EHCA1, 039).

### **Conexión del medio**

“como su casa” (P69 OBO, 066).

La conexión entre las personas es una consecuencia del entorno que se infiere de las manifestaciones del poder responsable, desde el significado estar juntos, el yo con el otro, interrelacionándose con el medio.

Un concepto que subyace en las acciones que dotan de humanidad a la institución.

Así, cuando el ejecutivo *da* a determinados profesionales *la responsabilidad de gestionar recursos públicos* por el bien de todos, demuestra su agradecimiento otorgándoles actividades que les interesan; una forma de reconocerles su valía y satisfacer su autoestima.

En síntesis, por ser, gráfico, vamos a quitarle un poquito de poder a los gestores, ese poder vamos a dárselo a los profesionales que se lo merezcan y que lo sepan hacer, y que ellos se responsabilicen de gestionar recursos públicos, y que esa situación beneficie a nuestros clientes, porque si nos va a perjudicar no merece la pena, [...], que se sientan a gusto (P96 EHCA1, 127:129).

Se deduce que para estimar el valor del otro hay que estar cercano y pendiente, independientemente de su rol.

“Ángel (paciente):-que aunque no te lleven hoy, y te han llevado hace una semana y siguen preguntado por ti” (P92 EH2, 1217).

**Significados, que se identifican, presentes y relacionados con estar visible** “Manuel (gerente): un día **cuando vi** en el gimnasio, porque en mi hospital los tenemos todo el día ocupados, a un anciano, **que se le bajó el pijama..., decidí comprarles un pantalón corto** para que

---

bajasen al gimnasio. Me dijeron que no se lo pondrían y que se lo llevarían, les dije que pusieran H. (el nombre del hospital), así si se lo llevan al Retiro nos hacen publicidad. Ahora **están encantados** los ancianos, lo llevan puesto...” (P24 OBO, 058), **necesarios para conseguir su confianza** “Mi reflexión durante la entrevista: Se le nota cuando habla como gerente. ¿Pero se da cuenta que esa actitud puede ser un punto clave en la aceptación o no de un gerente? Sobre todo cuando dice que tuvo 'un día de suerte' y en su relato habla que se tuvo que quedar hasta la madrugada y remangarse bajando a 'talleres' para solucionar un problema, poniéndose a las órdenes de un trabajador” (P28 EO, 029) **y satisfacer la seguridad y el bienestar del otro** “**el protocolo** para una intervención quirúrgica supone que **tiene que haber**: anestesista, dos cirujanos, enfermera instrumentista, enfermera circulante y auxiliar en la exclusiva en lo sucio, ¿eh?, y **hasta que no está** toda esa gente **no se debe de empezar** a hacer una intervención quirúrgica,” (P99 EHCA1, 357), **todo ello sustentado en el buen trato.**

“que si te tienen que hacer algo, **te animas** a venir, porque como **te han tratado bien**, pues dices ¡Jo!, pues bueno, **no me importa si** [Sí-el familiar-] **te tienen que meter mano otra vez...**en otra operación pues...-sonríe-” (P92 EH2, 1189:1193).

**Un contexto en el que se establece un ambiente familiar**, que este paciente explica: “Ha venido hasta a felicitarme la de farmacia, la que prepara la medicación..., y gente de consultas, el Dr. Lorca, los médicos y la Dra. Nieto (lo dice con mucho afecto, pero sobre todo a la doctora, y luego al jefe, eso me parece)” (P56 OBH2, 323), **donde se unen y colaboran** “Mientras van aseando a los pacientes, me fijó que lo hacen por partes y procuran que no se vean los pacientes, **están pendientes** que no se descorra la cortina que los separa, durante el aseo que se lo han echado.

Verónica (auxiliar), **está pendiente que no tenga dolor** en la movilización el paciente y **le indica** al paciente **como debe moverse**. **Le habla de forma cariñosa** y **le comenta cuando le va a lavar la espalda**:-Mira esta cinta cómo te está haciendo ya la cusqui, esto lo vamos a arreglar...-**los movimientos son cuidadosos y precisos**-.

Como Verónica es más gruesa que el resto, **bromean** al respecto.

---

Verónica:-Voy a mover un poco la cama, porque no paro de rozarme contigo, es que tengo un... - se refiere a su trasero, se ríe -.

Al ponerse las auxiliares cada una del mismo lado para hacer a los pacientes, se tocan. Sin embargo, como **hay espacio en la habitación** pueden mover la cama, **para hacerlo más cómodamente**” (P66 OBH2, 089:093), *sin perjudicar* al otro.

Francisco (paciente del H2):-Es que **yo no quiero perjudicarles** - se refiere al hacer una entrevista -, **se han portado muy bien...**, el otro día todo el mundo vino a verme, me conocen..., me cogían de la cara..., **son muy cariñosas, se portan muy bien** las chicas, son muy buenas, esto es normal ocurre un diez por ciento, de seiscientas operaciones que hacen..., yo he visto a otros y han salido... (P61 OBH2, 131).

Realmente, una respuesta ética que se asocia a la estética laboral, donde la delicadeza y armonía de movimientos revela la belleza del cuidado.

Hay una **sala de estar espaciosa**, donde dos pacientes están sentados con la televisión encendida, por el pasillo camina una paciente, encorvada y con una cinta azul que se mete por debajo del jersey.

Ángela (enfermera) **la saluda, la abraza**, la saca una especie de móvil, que lleva por dentro del jersey. Me explican que es un localizador. Al minuto de enseñármelo. Montse (enfermera) **dulcemente y con suavidad se lo introduce en su ropa otra vez** (P51 OBHCA1, 218:220).

Un nexo ético y estético, que se evidencia, al *mirarse en el otro*, mostrando su compasión.

“La joven (médica) se sienta un momento mientras escribe y comenta en alto:-Justino (paciente) tiene una carita más dulce, tan redondita...

(Observo que mira al paciente desde ella como persona: **se mira en el otro**)”  
(P65 OBH2, 198:199).

“Carmen (auxiliar):-Aquel paciente porque..., **pobrecito**, son **abuelitos, abuelitos** que **coordinan menos, comen menos, son más lentos**, demandan atención o tienen demencia o Alzheimer, **pobrecitos**” (P78 EH1, 233).

**Manifestaciones sensibles que les conecta en su humanidad** “lo más importante de todo, que **la atención** psiquiátrica sea **muy buena**, y los **familiares y enfermos** con problemas de salud mental en A. (omito nombre de ciudad), **están muy contentos**” (P96 EHCA1, 125), **mediante una atención muy buena** “Le ponen el Kini - aparato para flexión de rodilla -, entre las tres, al paciente. Están muy coordinadas. Cuando Carla (enfermera) lo va a enchufar a la red, coge el cable y se lo pasa por delante de Alba (auxiliar) que le está ajustando las cinchas y la abraza en plan de broma, se ríen:-Dirás Lola (paciente)-¡Qué enfermeras más locas! ¿Pero a qué es mejor que estemos **sonrientes**? El paciente le dice que sí..., **sonriendo**” (P63 OBH2, 260:261), **donde la sonrisa** “Yo sé perfectamente que un paciente mío le pongo una sonrisa y **le hace más efecto que un analgésico**” (P85, EH1, 174), **reconforta al necesitado y presenta el entorno** “Están felices, esa es la impresión que tengo - investigadora -, me sonríen” (P54 OBH2, 048), **que arropa**, como especifica este gerente: “les damos seguridad... Una ancianita el otro día me dijo que no se quería ir, que estaba **como su casa**” (P69 OBO, 066) **en el cual quieren estar** “**amo a este hospital** - lo dice Sebastián (Supervisor de procesos), sonriendo y abriendo los brazos -” (P66 OBH2, 350), **permitiéndoles crecer y ser felices**.

Juan (ex-director de enfermería H3, actualmente supervisor en HCA1):-recientemente he tenido la experiencia con una celadora, que me ha dicho: "Mire, ¿sabe lo que le digo? llevo muchos años trabajando y por primera vez, **me sentía importante en lo que hacía, veía que tenía sentido**" (P99 EHCA1, 270).

## VIVIR

“**está así gracias a nosotras**” (P67 OBH2, 147).

**Se define vivir a una manera de existir del sujeto en el medio, a través de la acción responsable para con el otro, centro de su interés, que le lleva a su realización personal.**

### El otro, móvil del sujeto

“se descansa estupendamente, (...) no las oyes ni pasar” (P55, OBH2, 199).

El otro, móvil del sujeto es la condición presente en el sujeto, cuyo interés particular se centra en el otro, a quién dirige su acción para *reintegrarle*.

Este relato muestra la condición personal:

Juan (ex-director de H3, actual supervisor HCA1):...convencer que los profesionales, que están acostumbrados a trabajar en el medio hospitalario, vean que, **en el interés del enfermo, realmente el sentido último es: su integración a la comunidad..., no ha sido difícil**, y desde luego, **los grandes impulsores del cambio han sido los propios profesionales...**, como en **toda organización el principal activo**, siempre son **los profesionales**, y los **auténticos impulsores de este cambio, son los profesionales...**, que **se han identificado perfectamente con que el paciente...**, el clásico loco, entre comillas..., **no le gusta estar encerrado, a nadie nos gusta estar encerrado ¿eh?, negociando con él determinados comportamientos, determinadas situaciones, determinados modos de vida...¿eh?, determinadas, velando realmente y acompañándolo realmente, son, están perfectamente, perfectamente conviviendo en él, en la sociedad y en la ciudad**. Y eso es lo que hemos conseguido (P99 EHCA1, 041).

#### Rasgos

El *interés del paciente* aparece con un sentido finalista de la acción, *impulsando* su integración, cuando el profesional se *identifica perfectamente* con él, al igualarse en su humanidad.

Una experiencia que sitúa al otro en el centro de su interés y le orienta hacia él.

Por ejemplo, el ejecutivo muestra este significado, al proporcionar recursos personales y materiales en cantidad y calidad adecuada para cuidar: “por eso te digo, que tratamos aquí el

enfermo mental dentro de la unidad de hospitalización, es como una UVI, son **muy poquitos** enfermos los que tenemos, **tenemos recursos muy suficientes** para el área de hospitalización y por lo tanto, los **podemos cuidar muy bien**” revelando su compromiso con el otro, a la vez que le *obliga* a responder del mismo modo “tenemos **la obligación de cuidarlos muy bien,**” apreciándose el sentido moral del profesional y sus consecuencias beneficiosas “además **si los cuidamos muy bien, somos capaces de ponerlos de alta muy rápido**” (P99 EHCA1, 124).

Se estima su relevancia en circunstancias de vulnerabilidad, aquellas *que a nadie le gusta estar*, donde el profesional, impulsado por la sensibilidad y emotividad que le provoca su reflejo en el otro, aplica todo su saber para el bien del paciente.

Sale Priscila (auxiliar) de la habitación, la sigo, se va al control y en la zona de la medicación, en los armarios, coge un enema de unos 250cc, lo abre y mete dos dosis de glicerina -son como dos botecillos-.

I:-Te iba a decir, que me podías haber mandado a por el enema, pero estoy viendo... ¿esto lo mandan así?

Priscila:-No, **esto es cosa mía, lo que quiero es que...**, te lo voy a decir "guarramente" para que me entiendas, si te van a dar por culo, **que a nadie le gusta**, por lo menos **que sea efectivo**

I:-¿Tú lo has comprobado?

Priscila:-Sí, por lo menos... **me quiero ir...**, **que en mi turno** hayan hecho -se refiere a la deposición- (P22 OBH1, 160:164).

En estas últimas palabras, se advierte que ejercen un poder responsable para con el otro, controlando el tiempo, la información y la imagen, como en estos ejemplos:

Priscila dice a la paciente:-Petra, **vamos a negociar** (la expresión me ha gustado, no ha impuesto, da la oportunidad de que el paciente elija, no sea un ser pasivo), **¿cuándo quieres** que te ponga el enema, ahora **antes** de la merienda, **o después** de la merienda, **pero luego no sé si podré levantarte?**

Petra:-Entonces **mejor ahora** (P22 OBH1, 158:159).

Azucena (coordinadora de hospitalización) nos acompaña durante la visita, entramos a una sala, parece un almacén, hay un enfermero, que está escribiendo en una mesa. Los **uniformes que llevan están super blancos** (P51 OBHCA1, 234).

Un control de la actividad desde la responsabilidad, que muestra el móvil del sujeto: el interés particular centrado en el otro.

Juan (ex-director de enfermería H3, actualmente supervisor HCA1):-Esto es **algo novedoso**, una sala para adherencia a la medicación..., vienen los pacientes que están fuera y deben venir a tomarse su medicación, de forma que si no vienen, y estamos alerta para averiguar porque no ha venido...**Antes no sabíamos** si tomaban o no la medicación, nos enterábamos cuando teníamos que ir a su domicilio y ya estaban con un brote, **ahora enseguida nos acercamos, para saber** por qué no han venido, les convencemos para que venga y nos lo traemos...(P51 OBHCA1, 241).

A la vez los datos revelan el respeto, como la forma de relación con el otro, que surge al considerarle persona, y desde ahí le permite apreciar su necesidad.

I:-¿Por la noche se puede descansar?

Javier (paciente):-Sí una vez pasan con el carro, que sí hace ruido, luego **se descansa estupendamente**, salvo que alguien se ponga malo, que enseguida van, sino **no las oyes ni pasar**

Esposa:-El otro día por la mañana pasaron y estaba con los ojos cerrados, pero despierta, les dije ¿qué pasa que no me queréis saludar?, me dijeron que creían que estaba dormida (P55, OBH2, 198:200).

Desde esta consideración, posibilita la disposición y entrega de sus capacidades al otro, apareciendo la generosidad.

Una vivencia, que se relaciona con la *experiencia* enfermera, expresado así por estas alumnas:

I:-¿Todas hacen lo mismo en el trabajo?

Luisa y Lorena (alumnas):-Sí.

Añade Lorena:-Pero luego cada una tiene **sus trucos** -hace el gesto con los dedos de entre comillas-.

I:-¿qué son trucos?

Lorena:-**Aquello que han aprendido con la experiencia.**

Luisa:-con la experiencia y **lo que han aprendido de otras enfermeras, a lo largo de su vida profesional (P74 OBH2, 158:162).**

Una transferencia de saber que le da seguridad y sentido a su práctica.

De igual modo, que otros profesionales les comunican sus conocimientos, les hace *no sentirse como máquinas* y les capacita para *cuidar de forma más eficaz.*

Nazaret (alumna):-Bueno, que también hay adjuntos y médicos que..., por ejemplo yo el otro día me estuvieron enseñando un montón de placas..., y **explicándome** las fracturas..., y cómo iban las operaciones..., y la verdad **yo se lo agradecí** bastante, porque yo oía una pertrocantérea y tal, y, pues como que sabes un poco como es, pero no es lo mismo **que te enseñen** una placa..., **que te digan**:- "mira este paciente justo tiene esto" y luego tú lo ves..., y sabes que tiene, que le han hecho, o sea, que...bueno, que **yo creo eso está bien.**

Eloísa (alumna):-**Estaría bien que eso lo hiciesen por norma general, para que tú te enteres**, aunque no sea tu competencia operarle esa rodilla, que es lo que tiene **y le puedas cuidar, que es nuestro trabajo** de una forma pues, pues **más eficaz..., más eficaz.**

Nazaret:-**No hacer las cosas por hacerlas, sino sabiendo** lo que haces y por qué.



Eloísa:-Exacto, y más si eres nueva. O sea, nosotros hemos llegado a esta planta y nunca hemos rotado por traumatología, entonces **está bien que te expliquen** por lo menos al principio, los conceptos básicos:- "Esta operación es así, en este caso se hace esta otra operación que es así, esta rotura, pues tiene dos formas de solucionarse", no sé.

Isabel (alumna):-O por ejemplo, a mí lo que me parece estupendo, bueno no ..., o me han parecido esenciales, por ejemplo la posición en la que se ponen en el quirófano, porque hay veces... que, bueno los ponen en una posición un poco incómoda y llegan con un dolor, que tú no sabes de donde es, y luego ya, por ejemplo te dicen:-"No es que en este tipo de cirugías, se les pone de lado y están mucho tiempo sobre este lado, y por eso salen con ese dolor". Y dices:-"¡Ah, vale!", pero cuando te dicen:-"es que me duele aquí" y dices:-"Ush, pues ahí no te debería de doler ¿no?". **Entonces ese tipo de cosas, si se agradecen**, porque a veces...

Eloísa:-**para que no nos sintamos como máquinas**, o sea, puede ser que tú llegues y sepas muy bien lo que tienes que hacer, pero no sabes por qué, entonces el trabajo **se hace más a gusto si se sabes** porque haces las cosas. **Y te las explican...y lo entiendes todo...**, no sé para mí por lo menos **me gusta saber** qué hago y por qué, no que me digan haz esto y hazlo así (P91 EH1, 881:904).

En resumen, hacer sentir *más a gusto* significa comprometerse con el otro para preservar su dignidad humana.

Cuando vamos con el coche por la calle que sale del hospital, me dice Juan (ex-director de enfermería H3, actualmente supervisor HCA1) señalando a unas personas de la acera:- Son una auxiliar, que va con unos pacientes. Se los ha llevado de excursión.

Se acerca al coche, paramos y habla con Ángela (enfermera).

Tiene un aspecto peculiar. Es una mujer de mediana edad y estatura, algo rellenita. Rubia teñida. Pelo largo ondulado. Parece de raza gitana, aunque no lo es.

Ángela me aclara que **hay personas que se relacionan con unos profesionales y no con otros**, por lo que **se busca que estén con ellos** (P51 OBHCA1, 281:283).

Una responsabilidad que le lleva a *dar cariño*, al reconocerle un valor.

Aurora (enfermera):-Nosotros no tenemos muchos recursos **lo único que damos es "cariño a nuestros pacientes... "**.

La auxiliar con melena, que está afuera con nosotros, dice lo mismo:-**Nosotros damos cariño a nuestros pacientes** (P52 OBH2, 121:122).

Sentimiento que integra en el cuidado con el objetivo de recuperarle a su medio. Una proyección que se infiere en la organización.

Se expone un suceso ilustrativo de esta dimensión:

Me doy una vuelta y veo que Ariadna (auxiliar) está ayudando en el desayuno a Ramón.

Paso y pido permiso para estar con ella, me dice:-Sí, quédate.

Me explica:-Se está tomando unas galletas y la manzanilla

Ramón:-Ya no más.

Ariadna.: -Sí, una más y ya.

I:-¿Desde cuándo lleva diciendo que no más?

Ariadna:-Cuando se comió la primera... y ya lleva tres con esta, ya no le doy más... ¿me acercas esa pajita?

Me señala en la bandeja del desayuno que está apoyada en una mesa, me explica: - las guardo de los zumos que vienen, porque a él le gusta tomarlo en pajita.

Le tiene puesto una toalla para que no se manche, mientras ella le sujeta la taza y él moja la galleta. Le acerca la servilleta para que se limpie. Le habla en voz alta. Me doy cuenta que lleva aparato.

Ariadna me narra que por las noches siempre se queda alguien con él, porque no le gusta quedarse sólo...Su mujer tiene noventa años... y Alzheimer y él...-hace un inciso y le pregunta-¿Cuántos años tiene Ramón?

Ramón:-Ochenta y seis.

Continua:-Viven con la sobrina de ella, el matrimonio, deben ser unas buenísimas personas, porque además ella tiene un bar, que tiene que atender, unos hijos...

Mientras me lo va contando **me entran ganas de llorar. No paro de comparar cómo cuidan** a los pacientes en este hospital **y lo que he visto en el otro** "la imposibilidad de cuidar" (P66 OBH2, 209:215).

### **Manifestaciones del poder personal: acciones de la persona**

**“no vienes a hacer tu trabajo, vienes a hacer lo que necesite, lo que necesite el paciente”** (P85 EH1, 249).

El poder personal se detecta al hacer suyo la necesidad del otro, un interés despertado por el sentimiento, que le lleva a hacer lo que debe e incluso *más allá* de lo establecido.

#### El poder del trabajador

En estos ejemplos se aprecia:

En eso llaman por teléfono a Loli (enfermera), me deja y veo cómo se le cambia la cara cuando le hablan, y le oigo contestar:-No tenemos pegatinas, pero se las hago **aunque sea a mano, y firmo yo.**

Al colgar habla con la auxiliar, que le llamó para que cogiera el teléfono, y le dice a la alumna:-Hay que sacar un hemograma a..., se va de alta y al parecer ha venido un hemograma como si hubiera perdido dos litros de sangre... (P27 OH1, 101:102).

Juan (ex-director de enfermería H3, actualmente supervisor HCA1):- Esta celadora **se ha llevado una enferma**, que ahora te voy a enseñar..., que está por ahí, **a su casa...**, un domingo a la piscina (P99 EHCA1, 270).

Para el gerente ir *más allá* significa romper barreras instauradas por *el interés del paciente*, una forma creativa de responder a la necesidad del otro.

Fíjate si ha cambiao la cosa..., que nosotros teníamos cincuenta y seis camas, en psiquiatría, veinticuatro camas de agudos y ahora tenemos sólo seis, ¿qué hemos hecho en este año? Hemos ambulatorizado la asistencia psiquiátrica, **sólo tenemos ingresos urgentes** en psiquiatría, el resto lo atendemos al enfermo con problemas mentales en su domicilio o en su centro de salud, de hecho ya estamos extendidos a todos los equipos de Atención Primaria, más los psiquiatras..., los psicólogos..., tenemos la enfermería a través de los pisos tutelados, tenemos...uhm, dieci...nueve pisos tutelados, quince en Alicante y cuatro en Orihuela, [...]pues en esos pisos tutelados trabaja la enfermería..., y la enfermería va, pero es que **hemos dao un paso más allá** de la gestión clínica, si el paciente requiere en su domicilio asistencia, la enfermería va a su domicilio, hospitalización a domicilio, a casa del paciente (P96 EHCA1, 121:125).

En efecto, ver al otro les lleva a *gestionar cambios* para integrarle.

Juan (ex-director de enfermería H3, actualmente supervisor HCA1):-... Entonces, a ver, evidentemente, cuando se empieza a gestionar, cuando los psiquiatras. Aquí el **primer gran cambio** lo hacen los psiquiatras, que de estar en el despacho, aquí dentro del hospital...son ellos los primeros que empiezan a salir (P99 EHCA1, 061:063).

Un modo de actuar característico que se identifica con *tener vocación*. Algo que todos **tenemos y debemos encontrar** “es algo que...que sale de dentro, que no..., que es innato o que..., pues el..., que yo creo que **vocación tenemos todos**, lo que pasa... lo que pasa que **hay que dejarla aflorar**, y hay que...eee...**hay que saber**, hay que **saber guiarla** ¿no? o **llegar a ella** ¿no? o tenerla” (P88 EH1, 205) y cuyo mecanismo de activación, como explica este

fisioterapeuta: “para mí es en un momento dado **hacer las cosas sin... sin necesidad de pensaste por qué las haces** o porque..., sobretodo..., **sí por qué las haces** ¿no? el ...**el por qué voy a hacer esto o cosa así** ¿no? el plantearte el decir: '**esto es una gilipollez**', '**soy tonto por hacer esto**' ,no, **te sale, y te sale y lo haces, y punto y ya está** ¿no? Yo entiendo eso, no sé..., no sé así si lo estoy explicando ooo ¿no?” (P88 EH1, 205) **es el sentimiento que te provoca el otro** “cada paciente no es igual que otro, hay pacientes con los que **te implicas más** menos, también los, todos los pacientes no te dan a ti lo mismo, hay pacientes, yo he tenido pacientes..., que por ejemplo me he ido de ese control hace nada... y que me vienen a ver..., que me vienen a buscar... y vente allí..., vamos a recoger firmas... y, ¿sabes? que **has llegado mucho**, entonces un paciente para ti sí, le ves muy bien y tal, y que además **es que te quiere**, eeee tú le ves que le pasa algo... fatal, pues es que... si te lo llevas a casa, unos días por lo menos..., ¿sabes? es muy **difícil**, muy complicado, porque... **cada paciente te da una cosa...**, entonces..., tú te muestras **muy correcta** con todos los pacientes..., muy humana..., **muy profesional**, pero **el cariño... va más allá** de unos pacientes que con otros, es muy complicado, eso yo creo que nunca se aprende, vamos, creo yo ...” (P85 EH1, 136), **no motivado por el dinero** “**me gusta** y es algo..., que **lo hago** porque... **me sale**, no porque...**no porque vaya...vaya a recibir equis dinero** a final de mes, que obviamente todo el mundo trabaja..., porque necesita vivir -sonríe-, pero...a mí si me dieran comida y no me pagarán... haría seguramente lo mismo, -silencio- seguro” (P88 EH1, 193).

**Definitivamente, la vocación está ligada al esfuerzo más allá de inconvenientes** “lo mío **ha sido vocacional**, siempre. De hecho como enfermería no me dio la nota en COU, porque suspendí, hice auxiliar porque pensando que **por lo menos está relacionado, hasta que ya de más mayor**, más vale tarde que nunca, pues **he hecho la carrera** y obviamente **tengo** que tener **vocación para hacerlo**” (P78 EH1, 406) y **despotismos** “por ejemplo la supervisora que hubo anteriormente..., en cirugía..., la... gente que ha habido y tal, tuvieron que cesar y tal, porque tenía muchos problemas con..., pues con los médicos, con el jefe de servicio de trauma, **es muy especial** con, porque **a ellos los conocía** del quirófano, entonces antes que chillen ellos, ya les pego yo tres voces, con lo cual...- me río, sonrío-, en ese aspecto sí que me ha venido bien, ¿sabes?, yo no he tenido..., con todos los años que llevo, yo no he tenido **problemas**”, **que precisa de un carácter fortalecido**, como se infiere de esta cita:

porque a mí también **me conocían** [...] **de muchos años**, yo creo que **tienes que tener un carácter especial** para estar en quirófano, por ejemplo, sí que es cierto..., que es que si no te comen ¡vamos!, que los cirujanos se transforman, aquí en la planta no son ni color a cómo son en quirófano. En quirófano, ¿sabes? pues que chillan más y tal, entonces claro si **tú les controlas** allí, pues fíjate aquí ya te digo, yo nunca he tenido problemas con ellos, no...(P97 EH2, 058:062).

Resumiendo, el trabajo para el profesional *vocacional*, significa empeño por obrar con sentido del deber “no vienes a hacer tú trabajo, vienes a hacer lo que necesite, lo que necesite el paciente” y justicia “si un compañero deja algo..., como es un turno continuado además tú lo haces..., te enfrentas con él, '¿por qué no has hecho esto? y tal', pero **tú lo haces, porque además amas al paciente**” (P85 EH1, 249:245), por *amor* a quien es el centro de su interés.

#### Poder del familiar

Se hallan también significados de implicación familiar-paciente, al trascender en el ánimo del enfermo *en general* “simplemente **estar ahí al lado...**, de si dice: '¡Ay! tengo frío', le suba la sábana o si quiero '¡Uy! parece que tengo sed', le alcanza el vaso de agua, o sea, no, no, nada más, no...no que le laven, le levante o sea, no estas cosas, sino **que le hagan las cosas mínimas**, que a cualquier abuelo, pues le apetece... y te dice tan contento: 'No es que va a venir mi nieto', 'va a venir mi hijo', ¿sabes?, te lo dice con una sonrisa de oreja a oreja”, **una experiencia vivida de estar juntos interactuando** “Yo en mi caso, en mi accidente, mi madre, mi hermana, mis tías..., se turnaban, o sea, **yo estaba allí siempre**, entonces pues **yo necesitaba cualquier cosa..., y allí estaban ellas**”, donde el familiar le sostiene “y te hacen un poquito más... **fuerte**, para arrimar, o sea, **para avanzar**” (P80 EH1, 182).

### Realización de la persona

“vienes por la mañana **feliz...**” (P85 EH1, 154).

Se concibe esta consecuencia personal como una experiencia gozosa que le sucede al interactuar de forma responsable, para y con el otro, llevándole a realizarse en su plenitud humana.

Así, el profesional *vocacional* es *feliz* estando y trabajando con el paciente “el **contacto con el paciente te satisface**, te... ¿sabes?, vienes por la mañana **feliz...**, pues ahí **haces lo que haces porque te gusta** además, o sea, que **te sientes muy bien** haciendo tu trabajo con pacientes, **el contacto** con ellos...” (P85 EH1, 154), mediante una relación corresponsable y **beneficiosa, que le *satisface* y reconforta** “hago lo que hago, porque a mí **me gusta ver** como mejora un paciente ¿sabes? y me..., no por satisfacción personal, sino sobre todo por...**por ver** qué bueno, pues que...que **al final** incluso cosas que han sido muy graves o que han estado muy mal, pues...pues **tienen solución, si el paciente quiere** ¿no? y el demostrarme yo a mí mismo eso, queeee...que el **paciente es al final el que tiene la voz cantante**, pues... **eso también me gusta** y es algo...” (P88 EH1, 193), **fortaleciendo su autoestima, independientemente del entorno.**

“Me invita si quiero a acompañarlas para que vea cómo trabajan, accedo gustosa” (P17 OBH1, 036).

Realmente una interacción simbiótica, que trasciende generando un sentimiento de orgullo al profesional, por su capacidad y competencia propia.

“**gracias a ellas**, Ramón (paciente) se puede ir hoy de alta” (P67 OBH2, 190).

Lola (enfermera):-Paz (enfermera), le estoy diciendo a M<sup>a</sup> Jesús, que Ramón (paciente) **está así gracias a nosotras**, que **somos muy buenas... y al internista.**

I:-¿Cuándo decís que es gracias a vosotras, cómo lo sabéis?

Lola:-Porque **le hacemos los cuidados**, que programamos junto con el internista..., según va evolucionando, los vamos cambiando.

I:-¿Y esos cuidados, lo hacéis todas igual?

Lola:-Sí..., cuando pasamos visita la enfermera los cambia... -me contesta como extrañada-, mira vino con un anasarca, que cuando se ha deshinchado, vimos que tenía una úlcera en el pene, producida por la sonda, que le estaba estrangulando..., se lo limpiamos bien..., traía fecalomas que le quitamos...**Paz ha sido la que más le ha llevado**..., luego tengo que hacer el alta de enfermería y quiero que me ayude Paz, por si me falta algo...(P67 OBH2, 147:151).

Un sentimiento de valía que le lleva a revelar sus logros, como muestran los datos.

Lola (enfermera):-Mira M<sup>a</sup> Jesús cuando los pacientes ingresan les damos estos folletos –me los enseña, tienen escrito en su portada "Normas de actuación para pacientes con prótesis total de cadera", "Normas de actuación para pacientes con prótesis total de rodilla (PTR)"...-, para los que se operan de rodilla..., para los de cadera...- lo que tienen que hacer..., luego cuando se van de alta les damos estos informes de alta –me los muestra, ponen los diagnósticos NANDA, NOC, NIC-, hemos añadido esto –señala en las observaciones y me lo lee-, luego si ha surgido algo se va añadiendo...

I:-¿Me lo puedes dar?

Lola:-Sí, ¿qué quieres el de la rodilla...y la de la cadera también?

I:-Sí, gracias y los informes de alta.

Me los da, los miro mejor y le pregunto:-Lola ¿Esto quién lo ha hecho?

Lola:-**Nosotras...**

I:-¿quién son nosotras?

Lola:-**Nosotras somos las enfermeras y las auxiliares, junto con los rehabilitadores, que se unieron después...** (P67 OBH2, 157:164).



---

Un profesional, que como explica este supervisor, llega un momento de su crecimiento personal y profesional “Yo después de veintinueve años en un puesto de Dirección de Enfermería, pues ¡hombre!, sí que me apetece... **explorar** otras...cuestiones ya **más en el ámbito** de la **satisfacción personal** y en el **desarrollo profesional**”, que necesita realizarse con el otro “creemos que estamos en **un modelo**, lo **más humanístico posible...**, donde **estamos haciendo todo** el desarrollo, que la persona con enfermedad mental grave **puede tener...**¿eh? y además dentro un mo, un nuevo modelo de gestión ¿uhm?, que no es de arriba a abajo, sino que va **de abajo a arriba...**, entonces todo esto es un proyecto muy...muy... **muy motivador**”, creando desde lo *humano* “Aquí se dan todos los ingredientes, porque son, muchos son compañeros míos, que empezaron conmigo, conozco la especialidad, conozco a los psiquiatras...” para el bien de todos “en todo **el centro** de la decisión **colocamos el interés del enfermo...**” (P99 EHCA1, 033).

De ahí, se infiere su proyección en sí mismo.

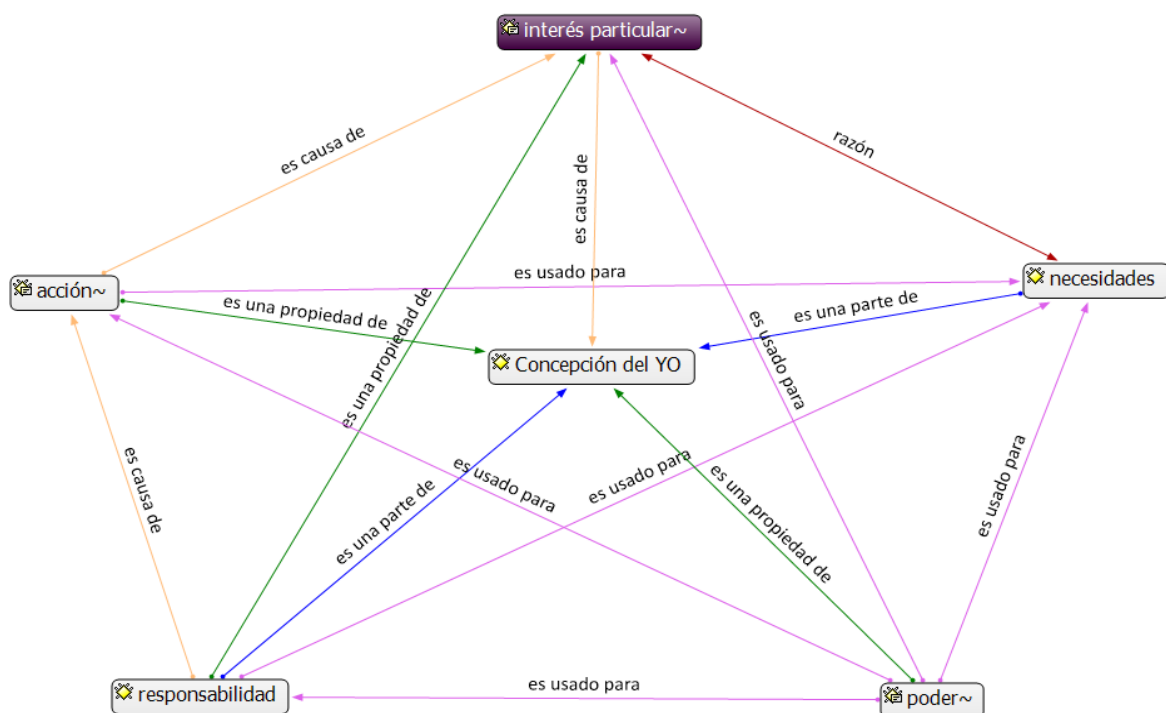
---

### UNA MIRADA A LA TEORÍA EMERGENTE

Este capítulo finaliza con la exposición teórica de conceptos abstractos, integrados y sustentados en variables fundamentales, que se arrastran de los datos y están relacionados a la categoría central “Interés particular”.

La teoría elaborada explica que *la concepción personal del Yo* determina el foco de *interés particular* estableciendo su modo de existir en el entorno.

Una construcción generada a través de dos procesos básicos sociales, “Poder para sobrevivir” y “Poder para vivir”, ambos fundamentados en este concepto teórico: el foco de interés particular del sujeto procede de la concepción personal del Yo (ver Figura 24).



**Figura 24.** Concepto teórico básico de los PSBs.

Fuente: elaboración propia realizado en Atlas.ti (2016).

Así, la diferente concepción personal del Yo establece el desarrollo de dos PSBs opuestos, con relaciones de significados distintos, entre sujeto y entorno, y viceversa; conectados a través del “Interés particular”, estableciendo su modo de existir en el entorno.

De esta manera, en el proceso “Poder para sobrevivir” la creencia que el individuo tiene de sí mismo, un todo en el sujeto sin objeto; lleva consigo significados conectados específicos: un interés particular centrado en satisfacer su necesidad básica por medio del otro, a través de una acción no responsable para con el otro, en la que emplea sus capacidades.

Esta forma de ser del sujeto determina relaciones típicas, de comportamientos, actitudes y no valores, ligados a sentimientos y emociones específicas que traslada al entorno, social y organizacional.

Estos individuos en la organización actúan ejerciendo un poder no responsable para con el otro, a la vez que se somete a otro sujeto, que ejerce un poder idéntico, por interés particular. Evidenciándose, una conducta ambivalente que le mantiene centrado en sí mismo y alejado del otro, conformando su modo de existir sin trascender la subjetividad, que le lleva a *ser* un objeto de otro.

Un entorno constituido con estos sujetos reducidos en sí mismos, actúa sobre el que es distinto empujándole a aislarse o huir.

En el reverso de la realidad organizacional, el proceso “Poder para vivir”, la persona se concibe sujeto con el objeto en el mundo; esto implica significados relacionados determinados: un interés particular centrado en satisfacer la necesidad del objeto, a través de una acción responsable para con el otro empleando sus capacidades.

Esta forma de ser del sujeto determina relaciones especiales, de comportamientos, actitudes y valores, acompañados de sentimientos y emociones concretos que imprime al entorno.

Estas personas en la organización actúan ejerciendo un poder responsable, proyectando una conducta abierta y cercana para con el otro. La unión de esta forma de ser y actuar del sujeto, establece su modo de existir trascendiendo la subjetividad, que le lleva a realizarse como persona.

Un entorno constituido por estos sujetos, que están juntos interrelacionándose, actúa atrayendo y acogiendo a otros.

---

Estos procesos explican el modo de existir del sujeto en el entorno, relacionado con la concepción personal del Yo, a través de su interés particular, empleando sus capacidades.

### **RESUMEN**

En este capítulo se han presentado los resultados, a través de conceptos abstractos y su conexión a los datos, terminando con una síntesis de la teoría emergente.

La forma de exponerlos guarda relación con el deseo de evidenciar, por un lado, los dos momentos del diseño de este estudio y por otro, responder a las primeras preguntas de investigación.

Un primer momento etnográfico, expuesto con la lectura los resultados, en la que se describe e interpreta la cultura organizacional, que da respuesta de manera implícita al propósito y objetivos planteados en el capítulo de introducción.

Un segundo momento correspondiente a la teoría fundamentada, que emerge al observar los datos con otra mirada, que enlaza con el anterior.

Sin embargo, esta fase se desarrolla de forma explícita en el siguiente capítulo, presentándose los hallazgos de la investigación en sus distintos niveles de abstracción, relacionados y comparados con otros estudios sobre estos temas, para integrar la teoría en la literatura existente.

---



# CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

---

❑ La concepción particular del Yo  
determina el foco del interés  
particular

❑ Estableciendo su modo de existir en  
el entorno



## DISCUSIÓN

### INTRODUCCIÓN

El objetivo que se pretendió en el segundo momento metodológico fue desarrollar una teoría fundamentada que explicara lo que sucede entre el sujeto y una organización.

Para ello, la pregunta que se le hizo a los datos fue: ¿Qué es lo que está pasando en el entorno organizacional?

La cuestión se dividió en un intento de dar respuesta al propósito del estudio: ¿qué sucede en el sujeto que le lleva a actuar de esta forma?, ¿qué sucede en el entorno?, y esta a su vez en: ¿cómo actúa el sujeto en el entorno? y ¿cómo actúa el entorno en el sujeto?

Así, al analizar los datos, con otra mirada, dio lugar a una explicación más profunda, emergiendo una teoría formal, centrada en el ser, actuar y existir del sujeto en el entorno, a través de: otras teorías, los procesos sociales básicos, y la teoría substantiva del área de investigación; a modo de cajas que se contienen y encajan unas en las otras (ver Figura 25):



**Figura 25.** Generación de teoría.

Fuente: elaboración propia (2017).

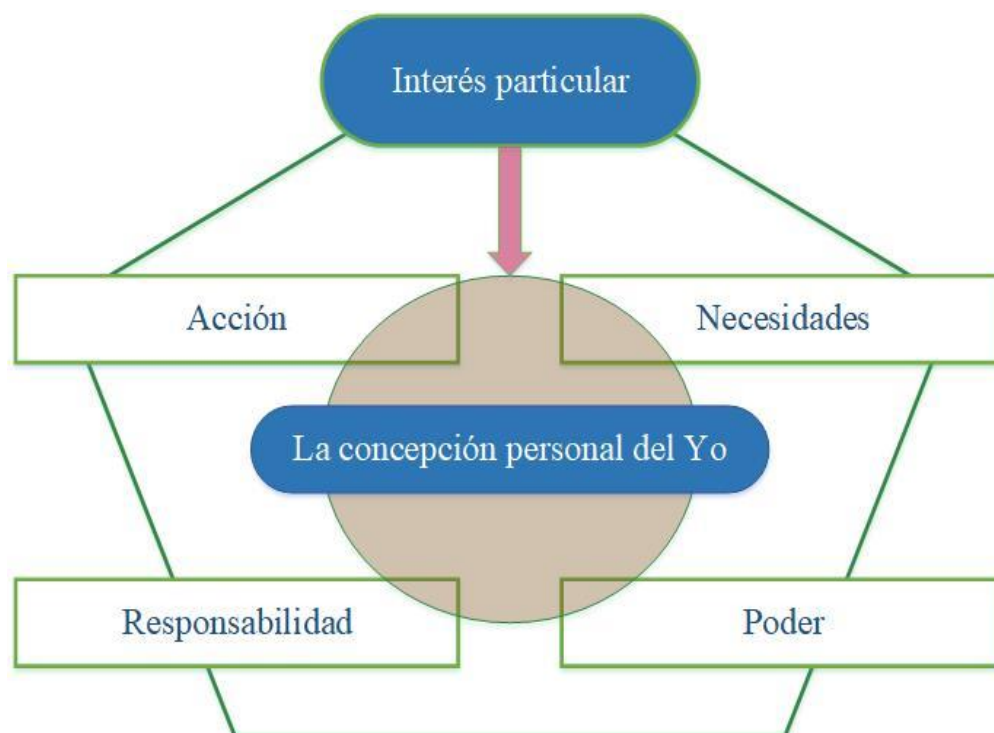


A partir de aquí, en este capítulo se discuten los resultados y componentes de la teoría emergente, a través de la bibliografía relevante utilizada para su construcción, con la finalidad de integrarla en la literatura existente.

Para ello, el capítulo se organiza en torno a las dos proposiciones teóricas que conforman la teoría, “la concepción personal del Yo determina el foco de interés particular”, y “estableciendo su modo de existir en el entorno”, esta última a través de los PSBs, que nos acercan a la teoría substantiva, en la que se discute las relaciones e interacciones entre: el sujeto y el entorno (social y organizacional); contestando así las preguntas hechas a los datos.

### LA CONCEPCIÓN PERSONAL DEL YO DETERMINA EL FOCO DE INTERÉS PARTICULAR

Esta proposición teórica presenta dos niveles, uno interno pertenecientes al ser: con relaciones intensas que conforman “La concepción personal del Yo”; y otro externo y nodal, determinado por el primero, que direcciona “el foco de interés particular” al actuar, enlazando con la siguiente proposición teórica relacionado con el existir en el entorno (ver Figura 26).



**Figura 26.** Niveles de la proposición teórica básica.

Fuente: elaboración propia (2016).

## PUNTO DE PARTIDA: DE ATRÁS HACIA DELANTE

Para llegar a esta teoría en la investigación se han unido, acción y lenguaje: manifestaciones sensibles, objetivables y valorables (Dewey, 2008).

La acción como “fuente para conocer la persona” (Wojtyla, 2014, p. 63), y el lenguaje como sistemas de signos con el que se objetiva el propio Yo para sí mismo y para el otro (Berger, Luckmann & Zuleta, 2003).

Así, en este estudio se evidencia que lo que sucede en el interior del sujeto<sup>32</sup> se muestra al exterior a través de la acción, en donde el lenguaje dota de sentido y significado, ubicando y trascendiéndola en el tiempo y espacio, presentando la construcción biográfica del Yo y su interacción con el medio.

Una afirmación que proviene de los datos e iniciada a través de preguntas como: ¿qué les motiva?, ¿quién se beneficia de esa acción?, ¿por quién se moviliza?, una síntesis de cuestiones que responden al objetivo de la investigación.

El resultado, un sujeto que visibiliza, a través de estas expresiones externas, su poder, la responsabilidad y sus necesidades, conceptos relacionados que conforman su concepción personal del Yo, y determinan el foco del interés particular de su actuación en el medio, estableciendo su modo de existir.

Una aportación científica que arranca de conceptos recogidos de otras teorías y estudios (Trinidad Requena, Carrero Planes, & Soriano Miras, 2006), que trata aspectos del sujeto, acción y entorno, desde diferentes perspectivas, que emergen relacionados en la teoría actual. Unas teorías que, ya en el comienzo de la codificación, los códigos provenían de ellas. De

---

<sup>32</sup> Esta expresión unifica *lo que sucede en el interior del hombre* que actúa y *lo que sucede con el sujeto* cuando un objeto (el otro) actúa sobre él, una experiencia de sí mismo y del entorno que se conjugan en la acción. Wojtyla en *Persona y acción*, diferencia entre la experiencia “algo sucede en el hombre” y “algo sucede con el hombre”, pero sin extenderse en este aspecto sociológico, al priorizar el estudio de la persona sobre la relación interpersonal.

---

modo que, la construcción teórica se discute mediante la comparación entre las teorías ligadas a los códigos y los resultados.

#### UBICANDO LA TEORÍA EMERGENTE: ENTRE TEORÍAS

La concepción personal del Yo<sup>33</sup>, es lo que el sujeto interpreta y comprende de sí mismo a través de la experiencia de actuar y relacionarse con los otros.

Un concepto construido de significados relacionados: poder, acción, responsabilidad y necesidades; términos provenientes de la filosofía, sociología y psicología.

Esto implica una construcción del propio Yo, no sólo a través de la experiencia de sí mismo, en cuanto lo que le sucede en el interior y su experiencia al actuar, en la que se exterioriza (Wojtyla, 2014); sino también, a través de su experiencia con los otros en el medio (Berger et al., 2003).

#### Conceptos relacionados

##### Poder y acción

Potencia<sup>34</sup> y acción emergen como propiedades del Yo en esta investigación.

Relación que precisa detenerse en el significado y procedencia de ambas palabras. *Potencia* es un término filosófico que Aristóteles definió como “el principio del movimiento”, pudiendo ser congénita, como los sentidos, o adquirida por la práctica; pero también es el poder para mover o cambiar algo (trad. 1982); o como aclara Wojtyla (2014) una fuerza que tiene el ser humano de la que puede disponer, y a la que está unido *indefectiblemente* el acto (p. 62).

---

<sup>33</sup> “Yo”, según el *Diccionario de la Real Academia Española* (RAE) significa: *Fil.* Sujeto humano en cuanto persona. *Psicol.* Parte consciente del individuo, mediante la cual cada persona se hace cargo de su propia identidad y de sus relaciones con el medio.

<sup>34</sup> Potencia aparece en la actual investigación con la acepción de “poder” indicando: capacidad para-, o según el *Diccionario de la Real Academia Española*: “potencia para hacer algo”.

---

---

*Acto*, por consiguiente, es “el movimiento”, cuya *acción* “es aquella en la que se da un fin” (Aristóteles, trad. 1982).

Resumiendo, ya con un lenguaje más actual, Stein (1996, p. 19) presenta *potencia*<sup>35</sup> como posibilidad, poder, facultad y *acto* como realidad, eficacia y acción; fundamentos ambos de la filosofía tomista concernientes al ser.

Así, en este estudio, el poder y la acción, se presentan unidos y correlacionados, en donde las capacidades del sujeto son utilizadas para lograr un fin.

Unas capacidades propias de su naturaleza humana que intervienen en esa relación, y que la filosofía presenta como potencialidades: somato-vegetativa, psico-emotiva y espiritual, de las que dispone el ser humano para existir (Wojtyla, 2014).

Estructuras interrelacionadas e integradas en el *hombre*<sup>36</sup>, que le permiten ser consciente de lo que le sucede en el interior y, a través de la acción, del exterior, donde se manifiestan.

Por lo tanto, un resultado concordante con la literatura, en la cual, la acción hace referencia al autor y propietario, y a su modo personal de actuar.

### Responsabilidad

La responsabilidad emerge como parte de la concepción del Yo.

---

<sup>35</sup> Wojtyla, por su parte, le da el mismo sentido a “potencia” como “aquello que es de algún modo, pero aún no lo es: está en preparación, en disposición, en capacidad de-, pero aún no está en la realidad” (*Persona y acción*, pág. 116).

<sup>36</sup> Se elige la palabra “hombre” de acuerdo a la acepción, que Wojtyla emplea en su estudio antropológico *Persona y acción*. Este autor diferencia entre “hombre” y “persona”, cuando menciona “hombre” hace referencia a la naturaleza humana como principio real del dinamismo, es decir, a la activación. Una naturaleza que implica la existencia del ser que actúa y su modo de actuar. Mientras que “persona” es “alguien”, que se muestra en las acciones, manifestando el Yo en la operatividad.

---

Este significado se conecta al Yo, a través del desarrollo cognitivo y experiencial del valor de sí mismo y del otro, en la sociedad, precisando para ello de las capacidades para actuar.

Desde esta premisa, la primera experiencia de valor que tiene el sujeto, es a través de las sensaciones corporales; le hacen consciente de la necesidad de conservar su existencia, sintiendo que ello es bueno para su organismo. Esta valoración de la existencia le exige mantener su vida y reaccionar, ante una percepción subjetiva de amenaza, a modo de impulso de auto conservación, para preservarla. Una respuesta controlada hacia el valor y que revela el carácter psico-emotivo del sujeto (Wojtyla, 2014).

La segunda experiencia de valor, es a través del conocimiento, y la vivencia del otro, como un valor en sí mismo, al estimarle un ser digno de cuidado (Jonas, 1995; Dewey, 2008). Esta valoración del otro, le obliga a responder al deber-ser del objeto, no sólo desde la fuerza normativa de la razón, que refiere Kant (1788 / 2000), sino también desde la experiencia del objeto en la esfera de las emociones (Wojtyla, 2014), que le lleva a un deber-hacer del sujeto en respuesta al objeto (Jonas, 1995). Una respuesta al deber que expresa el perfil espiritual del sujeto y su direccionalidad de acción a los valores.

Esta capacidad para responder al deber de acuerdo a los valores del objeto, es la base de la norma moral y jurídica (Wojtyla, 2014; Kelsen, 1994).

Así, acorde a la literatura, en esta investigación las capacidades del sujeto son empleadas, o bien, para preservar o mantener su existencia al experimentar ser él el único valor; o bien, para responder al deber y sentimiento que despierta la vulnerabilidad del otro al que reconoce un valor.

Este conocimiento y la experiencia del otro en la construcción del Yo, como un valor, o no, determina un modo de actuar en la sociedad, mostrando o no responsabilidad para con él.

### Necesidad

La necesidad emerge como parte de la concepción del Yo.

Este significado se conecta al Yo, a través del desarrollo cognitivo y experiencial de sus capacidades.

---

Resultado que parte de la acepción de “necesidad” desde la filosofía y psicología. Aristóteles define “necesidad” como *aquello por lo cual no es posible obrar de otro modo, ya sea para vivir y el ser, o para el bien, y añade que es algo que no se deja disuadir*; siendo concausas, que posibilitan vivir o generar el bien, cuando las condiciones impiden su existencia (Aristóteles, trad. 1982, Libro V, cap. 5).

Maslow (1991), a su vez, desde la psicología, asemeja necesidad con deseo o impulso, e indica que provocan una conducta motivada, organizando las posibilidades de acción e incluso la realidad externa para satisfacerla.

Ambos autores expresan, la fuerza que impone la necesidad y la existencia de clases. Aristóteles, por su parte, habla de lo *forzoso* de la necesidad, para vivir o hacer el bien; considerando dos clases de necesidad, sin diferenciar el grado de energía en su activación. Maslow, a su vez, clasifica las necesidades en “básicas”<sup>37</sup> o de deficiencia, estas en: inferiores y superiores, ordenándolas ascendentemente de acuerdo al desarrollo filogenético y ontogenético del ser humano y su potencia de activación; y en metanecesidades, a las de autorrealización, motivadas por el desarrollo intrínseco “de lo que ya está dentro en el organismo”<sup>38</sup>.

En estos dos grupos no refiere discrepancia de *esfuerzo* para lograrlas, pero sí de motivación; uno por carencia, que depende del entorno para satisfacerse, de medios y fines, y el otro por crecimiento, que no precisa de satisfacción externa, ni de medio y fines.

Asimismo plantea una *paradoja*, que desestima, dejándola sin resolver, que dice: “cualquier necesidad o cualquier capacidad es un impulso y, en consecuencia, busca expresarse” (p. 110). Piensa que la evidencia obligará, si aporta algún beneficio, a replantear la teoría de la

---

<sup>37</sup> Las necesidades básicas son: fisiológicas, de seguridad, sentido de pertenencia y necesidades de amor, necesidad de estima.

<sup>38</sup> Maslow denomina “organismo” al ser humano, y concreta que las metanecesidades son genuinas de la naturaleza humana.

---

motivación o la conducta inmotivada: que engloba el reino del ser, o sea, de la autorrealización.

Los hallazgos de esta investigación corroboran la existencia de dos bloques de necesidades, uno correspondiente al grupo de las denominadas básicas, y otro, que lleva a la realización de sí mismo, a través de los trascendentales del objeto: ser, verdad, bien, belleza<sup>39</sup>. Ambos expresan las capacidades desarrolladas del sujeto, a modo de rasgos, según la direccionalidad de la acción, y su motivación conforme a la consideración de valor. Concretando, las capacidades y sus necesidades se expresan, son motivadas y se satisfacen evaluando medios y fines.

### **Concepto nodal**

El foco del interés particular está determinado por las relaciones de la concepción personal del Yo, estableciendo medios y fines de la acción, de acuerdo a la consideración de valor.

### Interés particular

El interés particular emerge como la categoría central, que enlaza la concepción personal del Yo y el modo de existir, a través de la acción (ver Figura 27).

---

<sup>39</sup> Wojtyła cuando menciona los distintos sentidos de la trascendencia, conecta este término a la metafísica, con la filosofía del ser, que se expresa en los llamados trascendentales (propiedades o aspectos del objeto) y también lo relaciona con la teoría del conocimiento; en este sentido, “la trascendencia indica la característica de los actos humanos de conocimiento de salir fuera del sujeto que conoce en dirección hacia el objeto” (2014, p. 262).

---



**Figura 27.** Esquema de las proposiciones teóricas.

Fuente: elaboración propia (2016).

Para comprender esta función nuclear del interés, es preciso recordar, que se parte en un principio, de una filosofía más tangible, como la presentada por Dewey.

Este autor comienza explicando su teoría de la valoración, desde el símbolo lingüístico; un significado que comprende no es sólo la palabra en sí, sino todo lo que le acompaña (gestos, posturas) y se produce al interactuar con otros, con el propósito de influir en su conducta, generando consecuencias observables y valorables.

Una argumentación que se toma *a priori* en esta investigación, utilizándose para interpretar la naturaleza compleja del contexto, a través de las expresiones: lenguaje y acción.

Así la fuente de la acción humana, para este autor, son los deseos y su organización en intereses, cuya existencia de deseos e intereses está condicionada a los impulsos vitales, y su ejecución a la evaluación de los medios.

Esto es de gran relevancia para el análisis de los datos, lo mismo que la especificación que hace de los intereses, a los que atribuye la anticipación de consecuencias, junto con las ideas que son signos de medidas (que implican esfuerzo); es decir, pensar en el cómo para traer a su existencia los fines deseados.



Dewey (2008) insiste claramente en cohesionar las condiciones del contexto y los efectos observados, con las actividades que tienen lugar, referenciándolos a deseos e intereses; debiendo estos interactuar cooperativamente con las condiciones circundantes para que conecten abiertamente con la valoración de objetos como fines<sup>40</sup>.

Una argumentación que es de suma importancia en la investigación, para comprender el imaginario o idealización que opera en el sujeto para lograr su objetivo o fin en un contexto determinado.

Por el contrario, este autor desestima que existan fines dotados de valor al margen de la valoración de los medios que sirven para alcanzarlos, responsabilizando de esta creencia a la psicología mentalista al reducir las actividades afectivo-motoras a *meros sentimientos*; pues considerarlos así como meramente *estados mentales*, se afecta a los fines, necesidades y satisfacciones, distorsionando por completo la teoría de la valoración. Para ello argumenta que, *lo que se necesita* no se puede decidir examinado un estado mental, sino únicamente examinando las *condiciones reales*; es decir, transfiere la existencia de carencia al contexto. De este modo, la satisfacción del deseo significa que la carencia, característica de la situación que lo provoca, es atendida de forma tal que los medios empleados colman las *condiciones reales* en las cuales surge el deseo (p.115).

Sin embargo, aunque en primera instancia, los datos presentan una visión pragmática de los hechos y una valoración lógica; es la subjetividad y la transcendencia de la persona, que relega Dewey de su teoría de la valoración, la que completa la interpretación de los resultados, permitiendo conectar el contexto con la concepción personal del Yo.

Los resultados muestran que el interés particular está determinado por la concepción del Yo a través del desarrollo de las capacidades humanas. Unas potencialidades relacionadas con la

---

<sup>40</sup> Para este autor no hay nada más contrario al sentido común, que los deseos o intereses no se modifiquen al aprender cuales son las consecuencias; aun así si se hiciera, sería aislar la valoración de los fines de la evaluación de los medios, y se estaría equiparando al niño malcriado y adulto irresponsable con persona madura y cuerda (2008, p. 111). Dewey en la exposición de su teoría, no presenta “la posibilidad” contraria como razonable, es decir, que no haya consecuencias *al darles gusto* a sus necesidades, sin importar los medios que se utilice.

---

vivencia cognoscitiva y experiencial de los valores, que lleva a actuar con responsabilidad o no responsabilidad para con el otro con independencia de las condiciones reales del contexto.

### **ESTABLECIENDO SU MODO DE EXISTIR EN EL ENTORNO**

Esta proposición teórica se explica a través de los procesos sociales básicos, expuestos a un nivel genérico, de acuerdo a su desarrollo conceptual (Trinidad Requena et al., 2006), desde las condiciones que los desencadenan, discutiéndose con autores de diferentes disciplinas la articulación del comportamiento social en la organización sanitaria.

El descubrimiento de estas condiciones que hacen posible la rutinización de la acción o interacciones, a pesar de los sucesos no anticipados, especialmente en las organizaciones, puede ser, en palabras de Strauss y Corbin (2002) “una contribución tan importante al desarrollo del conocimiento como lo es el estudio de una nueva y problemática acción/interacción” (p.184).

Según Berger et al. (2003) a este momento de interrelación entre sujeto con otras instituciones distintas a la familia<sup>41</sup> corresponde la socialización secundaria<sup>42</sup>; etapa a la que pertenece el hallazgo de estos procesos sociales básicos, sobre el sustrato personal de las relaciones que integran la concepción del Yo.

Se comienza la discusión de los PSBs desde las condiciones macro y micro que posibilitan la rutina de acciones e interacciones, y éstas, a su vez, permiten consecuencias, que se convierten en parte del contexto condicional en el cual se ubica la secuencia de acciones/interacciones, conforme a la metodología de la Teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002).

---

<sup>41</sup> Para estos autores, en la familia se produce su primera socialización del sujeto, desarrollándose su organismo y su Yo, y la formación dentro de la conciencia, del otro generalizado, una fase decisiva en la socialización. Esto implica la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, al mismo tiempo, sucede un establecimiento subjetivo de una identidad coherente y continua (2003).

<sup>42</sup> La socialización secundaria es la internalización de "submundos" institucionales o basados sobre instituciones (Berger et al., 2003, p. 172).

---

#### PODER PARA SOBREVIVIR: CONDICIONES PARA UN ENTORNO

El proceso social básico se establece dentro del contexto de la estructura organizativa de un hospital público de nivel 3 de la Comunidad de Madrid, en una unidad de hospitalización (servicio tradicional); cuyos conceptos teóricos ubicados como condiciones causales a nivel macro son: “individualismo contrario al otro”, que pertenece a la esfera social y “la no organización” al ámbito organizacional; y a nivel micro: “centrados en sí mismos” a la esfera del individuo.

Sin embargo, en este nivel emerge otra condición del sujeto: “personas responsables para con el otro” que mitiga los efectos de las condiciones causales.

Así, de sus relaciones e interacciones de condiciones y consecuencias, entre los distintos niveles, se desarrolla a través de las acciones, el proceso “Poder para sobrevivir” del sujeto en el entorno.

#### **Individualismo contrario al otro**

“Seréis como dioses” (*La Biblia*, citado en Marina, 2008, p. 13).

El individualismo contrario al otro es la condición social del proceso “Poder para sobrevivir”, donde el sujeto utiliza su poder de modo no responsable para con el otro, transformándolo en un medio para lograr el fin: satisfacer su necesidad básica.

En los resultados se conceptualiza y perfila esta tipología de sujeto: un individuo *como la sociedad* que está dentro de la institución, que dirige y trabaja, conforme a su concepción personal del Yo, cuya acción es reflejo de la creencia que tiene de sí mismo, al igual que el significado de valor.

Un individuo que internaliza la sociedad, estableciendo dentro de su conciencia una relación simétrica entre la realidad objetiva y la subjetiva. Lo que es real “por fuera” se corresponde con lo que es real “por dentro” (Berger et al., 2003, p.167-168).

Esta correspondencia de la realidad objetiva-subjetiva presenta una sociedad nihilista (Lipovetsky, 2003) integrada por individuos con débil socialización (Berger et al., 2003),

---

---

“fragilizado y desestabilizado, (...) *que se construye solo*, sin el apoyo que constituían antaño los marcos colectivos y las normas sociales interiorizadas”, cuya cultura *anima hacia* “‘primero yo’, porque disuelve la fuerza de los mandamientos éticos inflexibles, la fuerza de las instancias tradicionales de la socialización” (Lipovetsky, 2003, p. 28, 54) que se rinde a la seducción: “Seréis como dioses” (*La Biblia*, c. p. Marina, 2008, p. 13).

Este sistema de creencias sobre la realidad, se transmiten a través de distintas formaciones sociales (Berger et al., 2003), y llevan a los humanos, como expone Marina (2008) *tendientes* “a ser crédulos” y *no evaluar si son convenientes, a decidir* “el comportamiento de miles de millones de personas” (p. 100).

Siguiendo este proceso de internalización de la sociedad, el pensamiento hegeliano, se revela clave para comprender esta tipología de individuos. Para Hegel (Hegel, & Marx, trad. 1968) la acción del hombre debe permanecer fiel a su propia creencia, pues en su Yo se encuentra la dualidad de la finitud y la universalidad, representa lo universal y la objetividad, un fin en sí mismo.

En donde las necesidades y los medios se condicionan recíprocamente para lograr cumplir con *el derecho del sujeto*, encontrar satisfacción en la acción. Una satisfacción en las determinaciones particulares como los deseos, tendencias, opiniones, pasiones y caprichos, es decir, en los fines generales de la finitud, de su existencia natural y subjetiva: siendo eso la *felicidad* o el *bienestar*.

Desde ese razonamiento siguiendo a Hegel, la *Idea* particular la eleva a referente ético, a la verdad y la ley, por encima de la forma subjetiva del sentimiento, que limitaría el Yo en la realidad.

Una filosofía, que enlaza en este estudio, con la creencia que tiene de sí mismo: un todo en el sujeto sin objeto. *Idea* que establece el sentido de las relaciones que construyen su concepción del Yo.

Así, esa identidad creada de sí mismo, en el contexto social, presenta simetría en la organización, donde termina de *cristalizarse* subjetivamente (Berger et al., 2003), es decir,

---

se llega a interiorizar como “real”<sup>43</sup>, a través del consentimiento de sus acciones típicas y recíprocas, percibiéndose de este modo que están institucionalizadas.

A la vez que, la habitualización y tipificación de acciones y actores indica un ejercicio de control del comportamiento para esta institución<sup>44</sup>; pero lo más importante, como refiere Foucault (2002), es, sin duda, que ese control y esta transformación del comportamiento van acompañados -a la vez condición y consecuencia- de la formación de un saber de los individuos (p. 130), que lleva a la consecución de los objetivos planeados previamente (Pérez-Carballo, 2008a), por los que tienen el derecho de pensar (Horkheimer, citado en Girola, 2005).

De esta manera se obtiene una cultura perfilada para este entorno, donde el poder político gestiona ocultando sus objetivos asociados al dinero. Un control de acciones y condiciones externas, que utiliza el poder, responsable o no, cuyas diferencias estriban en la concepción personal del Yo y su interés particular para “traer a la existencia”<sup>45</sup> un determinado resultado.

El resultado, una institución integrada con estos individuos que ejercen su poder, desde cualquier *status*, de modo aparente, una representación de la *idea* de poder, pues sus capacidades se utilizan para satisfacer su necesidad subjetiva y no la necesidad del otro.

Así un interés centrado en su necesidad le lleva a someterse a otro poder, del que él cree depende su satisfacción; resultando una unión poder-sumisión en la que se encadena su voluntad por interés particular, que anula la posibilidad de implicarse en la organización y por consiguiente de entrar en relación con el otro.

---

<sup>43</sup> Parfraseando a Berger et al. (2003) “lo real” implica un sistema de legitimación cognitiva y normativa construida por un tipo de individuos de identidades iguales.

<sup>44</sup> Para Berger et al. (2003), “las instituciones, por el hecho mismo de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada, en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente” ( p. 74).

<sup>45</sup> Dewey (2008) usa la expresión “traer a la existencia” algo que falta cuando se hace necesario (p. 97).

---

Este atrapamiento de su voluntad en la satisfacción, conduce a la no existencia de una autoridad *real* que aplique las normas<sup>46</sup>, ni ponga límites a los deseos e intereses y actividades de la gente en la organización. Unos casos claros de anomia, que Durkheim identifica ya en el s. XIX (citado en Girola, 2005, p. 299), permitiendo a estos individuos que generen una conducta desordenada de forma sistemática, hasta el punto del caos (Dewey, 2008, p. 133).

Una vivencia del caos en la institución que trastoca los valores hasta relativizarlo, y se interpreta conforme a su *idea* de responsabilidad, para beneficio particular.

Resultados que refutan el pensamiento prometeico de Hegel (Hegel, & Marx, trad. 1968) de una felicidad a través de *la satisfacción total de las necesidades subjetivas*<sup>47</sup>; incluso terminan confirmando que la gratificación de las necesidades básicas no conllevan un estado de felicidad garantizada, ni un sistema de valores en los que creer, como referencia Maslow (1991, p. XXII).

### **La no organización**

“Lo que se ve... y no se ve...” (*Oeuvres Complètes*, Bastiat, 1854, p. 336).

La no organización es la condición ambiental que utiliza el poder no responsable para el control de actores y acciones, obteniendo sumisión y docilidad de los individuos.

Según Dewey (2008, p. 133, 102) la condición actúa como un factor de control, al igual que las consecuencias de los hechos, sentando una “norma” en el sentido que hay que plegarse en modos de acción futura concretos.

---

<sup>46</sup> Kelsen (1994) expone en su *Teoría general de las normas*, como requisitos sobre la norma, lo siguiente: “toda norma precisa de la existencia de dos personas: el que la impone y el destinatario de la misma”, además de tener vigencia, esto significa “debe ser cumplida” y tener validez, es decir, que exista (p. 45).

<sup>47</sup> Hegel identifica *necesidades subjetivas* con impulsos, tales como: deseos, tendencias, pasiones, opiniones, caprichos, etcétera; que se tienen que satisfacer para lograr la *felicidad. o bienestar*.

---

Siguiendo esta proposición, los resultados revelan que el poder establece la condición introduciendo, en cualquier estamento de la organización sanitaria, un determinado tipo de sujetos.

Un poder que, para Foucault (2002), actúa dentro del mismo tejido productivo, distribuido en la multiplicidad, permitiendo que las acciones se ejecuten mecánicamente para lograr el producto deseado.

En concreto, para esta situación ambiental, se incorporan actores cuyo interés de su acción se centra en satisfacer su necesidad básica. Este tipo de sujetos en la institución contribuyen a que la realidad cotidiana se mantenga y se expanda, a través del desorden organizativo, afectando al paciente, al otro empleado y a la organización.

Objetos, ellos, próximos y lejanos, que son su zona manipulativa de interés, directo o indirecto, sobre los que piensa y actúa (Berger et al., 2003).

De esta manera, el poder, a través de la condición ambiental, fija un orden, por lo tanto, un control oculto en la aleatoriedad de los sucesos, que causan desorden, como a través de una tecnología, que resulta no facilitadora.

Para Morin, orden-desorden tienen una relación de complementariedad y complejidad, que permite ver el fenómeno desde todas las perspectivas, desde un aspecto aleatorio y uno de determinación. Este autor explica que: hay un orden que tiene la necesidad de autoproducirse mediante la organización y ese orden es bastante particular puesto que tolera una parte importante de desorden, incluso colabora con el desorden produciendo también complejidad (Solana, 2005, p. 35, 36). Una asociación de dos términos antagónicos y complementarios, “que nos permite mantener la dualidad en la unidad” (Morin, 2011).

Asimismo, de esta relación orden-desorden, en la investigación, emergen efectos negativos en los otros, ignorados por los actores.

Una forma de actuar, como explica Taleb (2008), por el cálculo del propio beneficio, que no toma en consideración otros efectos, que no sean los primeros y visibles, y no esas “pruebas

---

silenciosas”, que “los sucesos emplean para ocultar su propia aleatoridad” (p. 163), y que para Bastiat (1854), “explica la evolución fatalmente dolorosa de la humanidad”<sup>48</sup> (p. 337).

Unos efectos en los otros, desdeñados, y que, sin embargo, en el estudio se revelan formando parte de la experiencia vivida por el sujeto en esta condición, cuyo denominador es: el sufrimiento.

Focalizando este hallazgo en el profesional, la literatura explica que este tipo de dolor encuentra su raíz en la no aceptación de la realidad, produciéndose al entrar en conflicto recuerdos y expectativas del ego, con su juicio de valor para este ambiente (González García et al, 2010). Es una no conformidad que se produce en la persona, en la esfera laboral, con cambios en la cultura de la organización, perdiendo su identificación con la misma, y por lo tanto, teniendo dificultades para comprometerse con ella (Pérez Fernández de Velasco, 2010).

En consonancia con lo anteriormente expuesto, se encuentran en los resultados dos concepciones distintas de trabajar: unos que acaban adheriéndose a este “orden” establecido, subordinando sus principios morales a su interés particular, y callan; y otros poniendo límites al desorden, siendo fieles al paciente. Realmente, cada uno actuando conforme a su construcción personal del Yo.

Para comprender este hallazgo, entra en juego otra relación de significados antagónicos y complementarios, programa-estrategia, que Morin (2011) explica así: mientras la palabra programa conviene utilizarla para las secuencias que se sitúan en un ambiente estable, la palabra estrategia son la acción o actuaciones encaminadas a tomar los errores del adversario, reduciendo la aleatoriedad de los sucesos para lograr ventaja. Unos términos que para Pérez-

---

<sup>48</sup> Bastiat explica en su ensayo “Lo que se ve y lo que no se ve” (*Oeuvres complètes*, tomo V, p. 336) el coste que supone para la sociedad, centrarnos sólo en el efecto que *se ve*, que por lo general es positivo e inmediato a la causa: de los actos, las costumbres, la institución o la ley, e ignorar los otros efectos que aparecen sucesivamente en los otros y *no se ven*.

---



Carballo, (2008b) son una parte central de la gestión empresarial, si lo que se desea es conseguir el éxito de la empresa<sup>49</sup>

Así en los resultados se evidencia a través de la relación programa-estrategia, un crecimiento de este tipo de organización, que crece al mismo tiempo, que crece el orden y el desorden, como explica Morin (Solana, 2005), con consecuencias ocultas.

Una argumentación que se confirma en este estudio, donde la estrategia se visibiliza, no sólo por la existencia de un determinado tipo de sujetos centrados en sus necesidades, sino también, a través de las características del entorno: inseguridad e indefensión, que conforma una realidad en la que los productos son a la vez productores.

Una idea circular en donde lo producido vuelve a entrar sobre aquello que lo produce, generándose un proceso recursivo organizacional (Morin, 2011).

De ahí que, estas cualidades del entorno favorecen el crecimiento de estos individuos en la institución, a través de la relación producto-productores, con el objetivo de lograr la visión<sup>50</sup> del poder, tanto a nivel micro en el sujeto, como a nivel macro para la empresa.

Un hallazgo que se desvela a través del conocimiento de las partes para conocer el todo y el todo que está en las partes, principio expuesto por Morin, que enlaza con las anteriores relaciones expuestas para comprender la complejidad de una organización sanitaria y del sujeto en ella.

Así, por parte del trabajador, la inseguridad emerge en un tipo concreto de empleados, ante cualquier sensación de amenaza de pérdida o daño a algo, que siente vital para su existencia, le genera miedo. Una emoción que le lleva a centrar su interés en la necesidad, exponiendo

---

<sup>49</sup> Pérez-Carballo (2008b) en su libro *Planificación y control de la estrategia*, explica que el éxito de la empresa se mide, en términos financieros, por la rentabilidad, es decir, el cociente entre el beneficio y la inversión necesaria para generarlo, que produce a largo plazo (p. 32).

<sup>50</sup> Según este autor “la visión pretende establecer qué quiere y pueda llegar a ser la empresa a largo plazo, con el fin de configurar una posición futura factible y atrayente para el conjunto de sus partícipes” –clientes, suministradores, trabajadores, socios, accionistas y comunidad- (p. 117).

al paciente a una mayor vulnerabilidad y a someterse al que supone tiene algún poder para gratificar su carencia.

Para Maslow (1991) este sujeto “es como si sus actitudes infantiles de reacción de amenaza y miedo a un mundo peligroso hubieran estado subyacentes y que, intactas por los procesos de aprendizaje y crecimiento, permanecen aún disponibles para ser invocadas por cualquier estímulo que haría a un niño sentirse en peligro”. Unas necesidades de seguridad que se expresan, la mayoría de las veces, a través de la búsqueda de un protector, o de una persona o sistema más fuerte del que puedan depender (p. 27).

Del mismo modo, la distribución del espacio y la estética inadecuada, actúan como herramientas de domesticación<sup>51</sup>, a las que se somete voluntariamente; modulando y condicionando la actividad laboral, en cantidad y calidad. Pero, es la estructura física y los procesos mal diseñados, los que le llevan, además, a un estado de agotamiento e indefensión.

Ambos fenómenos se relacionan con la incapacidad de controlar el medio por el sujeto, que Pakman (1997) y Seligman (1995), refieren en sus estudios, respectivamente.

Asimismo, el paciente cuyo interés está centrado en satisfacer su necesidad, este diseño físico y organizacional, que afecta a su seguridad y comodidad, le influye, también, en la libre elección de hospital.

Este hallazgo se opone al objetivo final de cualquier empresa: intentar satisfacer las necesidades y expectativas del cliente para conseguir su fidelización; es decir, la recompra (volver a utilizar sus servicios o productos, dependiendo del tipo de empresa) y recomendación a terceros (Pérez Fernández de Velasco, 2010). Una organización que, como menciona Kaplan y Norton (2008), camina por “el sendero hacia los clientes insatisfechos<sup>52</sup>”.

---

<sup>51</sup> Esta expresión “herramientas de domesticación” es utilizada por Foucault (2002) en su libro *Vigilar y castigar*.

<sup>52</sup> La frase “senderos de los *trolls*” (*trolls* son clientes insatisfechos) perteneciente a Metro Bank, consiste en un índice desarrollado “para indicar defectos en sus procesos internos, que conducen a la insatisfacción del cliente”, e incluye variables como: “largos tiempos de espera, información inexacta o errónea, acceso negado o retrasado,

Una paradoja que resuelve uno de los efectos ocultos de este estudio: la realidad le conduce al sujeto (paciente o trabajador), a ser ejecutores de los planes del poder político.

Por lo que no se debe olvidar las palabras de Foucault, con respecto a que la política se engancha en la vida de los individuos para satisfacer exigencias de orden económico (Lemm, 2010), como por ejemplo a través de la actividad laboral, según muestra esta investigación.

Para ello, el poder, establece un programa de moldeado, que el sujeto sin tener consciencia de ello, acepta o no, dependiendo de su interés particular, ubicándolo dentro o fuera de la institución.

Un ajuste ya propuesto por Huxley (1998), en su utopía de UN MUNDO FELIZ, para que los dirigentes destinen a cada individuo a su adecuado lugar en la producción, logrando así estabilidad social. De tal modo, que la clavija redonda no esté en el agujero cuadrado, para que no albergue pensamientos peligrosos sobre la estructura social y contagie su descontento (p. 9).

Un programa que comienza desde el primer momento que ingresa el individuo en la institución, que, aun manifestando discrepancias con el modo de trabajar, si hay algún interés en juego, lo reproduce, si con ello satisface su necesidad, convirtiéndose en el motivo de su propio sometimiento.

Una imitación del modelo, que Bandura (1987) explica, se realiza al evaluar sus consecuencias satisfactorias.

Por ello se comprende que, al igual que en la literatura, un entorno organizativo, donde el trabajador focalizado en la tarea y no en el paciente, las acciones y rutinas se repiten y mantienen en el tiempo, institucionalizándose este modo de trabajar, asumiendo que los dirigentes son los que piensan (Pérez-Carballo, 2008b).

---

solicitud o transacción no realizada, pérdida financiera para el cliente, atención al cliente defectuosa, comunicación ineficaz” (Kaplan & Norton, 2008, p.135).

---

Una forma de actuar del poder sin estar presente, físicamente (Foucault, 2002), en donde “la máquina gira, gira, y debe seguir girando” (Huxley, 1998, p. 37), como si tuviera *inercia*.

Sin embargo, esta aceptación por interés en una organización que mantiene la escasez, de determinados recursos humanos<sup>53</sup> y físicos, y consiente multitud de intereses, como *esas pequeñas cosas* de pacientes o familiares, que entorpecen el proceso y aumentan la carga: produce sometimiento. Una realidad laboral que le lleva al trabajador a un estado emocional, físico y mental de impotencia e inutilidad, con sensación de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y *la vida* en general.

Este desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales, para Ramos y Buendía, (2001) explica el desarrollo del síndrome de burnout<sup>54</sup> en el trabajador, como se evidencia en esta investigación.

Así, siguiendo con la literatura y en consonancia con ella, este contexto laboral ejerce una represión sobre él, que no la vive como causa de su dolor<sup>55</sup>, sino que lo despersonaliza y experimenta como algo que le afecta individual y puntualmente, conformándose con que le eliminen los síntomas. Para Marcuse estos son males que achaca a la hipersocialización, donde el Yo se disuelve en lo social masificándolo y llevan a reacciones de frustración [...], y de debilitación de las facultades críticas (González García et al, 2010, p. 443).

Unos hallazgos que revelan una no consideración del otro por parte de la institución, *al no tenerle en cuenta*, que afecta a su autoestima y seguridad, generando sentimientos de

---

<sup>53</sup> “El término de recursos humanos” es una expresión ofensiva acuñada por administración de empresas (Mintzberg, 1999, *Managing quietly*, citado en Pérez-Carballo, 2008), que representa el aspecto contable del personal, un coste, y no un socio que con su capacidad puede contribuir al éxito de la empresa (p. 242).

<sup>54</sup> Según Ramos y Buendía (2001) “el *burnout* se define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental” con las siguientes dimensiones: cansancio físico y psíquico, agotamiento, desgaste profesional; despersonalización (cinismo, robotización) y falta de realización personal en el trabajo (baja eficacia profesional) (p. 37).

<sup>55</sup> Para González García et al. (2010) el dolor es “una sensación compleja, resultado de factores físicos, psicológicos y morales” (p. 382).

---

inferioridad, debilidad y desamparo; que reducen sus capacidades hasta invalidarle como ser humano.

Claramente una falta de respeto, si se toma el razonamiento de Kant (1788 / 2000) sobre el significado de respeto. Para este autor, el respeto es un sentimiento que se exterioriza como tributo al mérito del otro, por lo tanto sólo se aplica a las personas, jamás a cosas, pues incide en la sensibilidad de los entes racionales y las cosas están exentas de este atributo (p. 167-168).

Siguiendo dicha argumentación y de acuerdo a los resultados, para Maslow (1991) un sujeto frustrado en una de sus necesidades básicas, le supone una amenaza para su personalidad<sup>56</sup>, y puede ser considerado enfermo, o al menos, inferior a completamente humano. De ello se deduce que, si la frustración del individuo es por fuerzas externas, su enfermedad procederá, en última instancia, de una enfermedad de la sociedad (p. 46).

Incluso, desde una perspectiva empresarial, que no se le considere a “la persona como un valor en sí misma”, menoscaba el éxito en la gestión por procesos de la empresa (Pérez Fernández de Velasco, 2010, p. 299).

En un contexto así, donde los otros son, con palabras de Foucault (2002), “objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación” (p. 204), el poder cuando se aproxima al trabajador lo hace de una forma atractiva enmascarando su objetivo, esto le trastoca internamente, debatiéndose entre lo que le interesa creer y su vivencia institucional, que relativiza y amortigua trasladándola al pasado.

Para Favret-Saada (Bourdier, 2007) hay una inadecuación en este consentimiento conseguido por la persuasión y la seducción, que mantiene la conciencia encerrada entre la alternativa de

---

<sup>56</sup> Para Maslow (1991), la personalidad tiene una naturaleza intrínseca propia, es lo que *es* esencial y profundamente la persona, que puede crecer y desarrollarse en la socialización, pero también puede rendirse a una cultura demoledora, o resistirse la persona a ella, en interés de su propia integridad y su personalidad. Así que, este autor, invita a reconsiderar, debido a la naturaleza instintiva de las necesidades básicas, esta relación: cultura y personalidad, para dar mayor importancia a la determinación de las fuerzas intraorganísmicas (voluntad, emoción y conocimiento) e indica que “es o debería ser, entonces, un campo de estudio respetable en las ciencias sociales y psicológicas” (p. 83, 84).

---

la coacción y del consentimiento como “la libre aceptación” y “acuerdo explícito” (p. 57). Sin embargo, Bourdier (2007) va más allá exponiendo que el dominado contribuye, sin saberlo o a pesar suyo, a su dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos por el poder.

Así, en esta investigación, se produce la *aceptación*, en el momento que consienten esta condición laboral, por interés particular.

Una relación de dominación que, para este autor, “sólo funciona por medio de la complicidad de las inclinaciones, hundiendo sus raíces, *para su perpetuación o su transformación*, en la perpetuación o la transformación de las estructuras que producen dichas inclinaciones” (p. 59).

Complicidad que lleva al profesional a un auto moldeado de su profesión a la institución, lográndose establecer un modelo organizativo previamente diseñado, que favorece o perjudica a determinadas profesiones según estén alineadas o no con el interés del poder.

En concreto, la profesión enfermera, introducida en el aprendizaje de la sumisión, experimenta falta de autoridad, también a través de una distribución del trabajo contraria al cuidado, que separa y desliga del poder delegado del usuario para cuidar, enunciado por Collière (2009).

Resultando de esta organización un profesional indefenso, frenado, que se auto-delimita su responsabilidad, exponiendo al paciente a un entorno incapaz de controlar, del que se culpabiliza y avergüenza, y al que *se tiene que acostumbrar* por su necesidad, convirtiéndose en un espectador mudo de esta realidad normalizada.

Piñuel y Zabala (2001) relaciona la indefensión aprendida, a través de distintos estudios realizados sobre violencia, en la Administración Pública y en el ámbito familiar, en donde este síndrome les lleva a los sujetos a sentirse incapaces de reaccionar para defender aquello en lo que creen “¡con todo su corazón!”, dado que los mecanismos generadores de violencia, algunos de ellos “sutiles”, se han normalizado y naturalizado, favoreciendo su ocultamiento (p. 82), del mismo modo que las emociones de culpa y vergüenza, experimentadas por el maltratado, contribuyen también a su aislamiento social (Escudero et al., 2005).

---

Coincidente con la anterior argumentación, en esta investigación, se evidencia un sujeto que manifiesta creer en algún valor, pero que sin embargo se rinde a un contexto que le centra en su necesidad y no en la del otro.

De acuerdo con este resultado, y habiéndose mostrado la existencia de sujetos que se resisten al entorno, el contexto se revela un agente catalizador para evidenciar la verdadera construcción del Yo, y por lo tanto, del crecimiento y desarrollo de sus capacidades.

Para ello es preciso aclarar, a través de la literatura, que tanto las fuerzas del entorno, como la motivación son determinantes, por los cuales se fija la conducta, (Maslow, 1991), siendo ésta la que indica el camino que sigue el “hombre” en cada una de sus actuaciones (Wojtyla, 2014).

Conforme a estas proposiciones teóricas, en este estudio, se revela un individuo anulado por los elementos del entorno, que movido por su necesidad, pasa a *ser* objeto del poder; un producto igualado, cuantificable, que se puede dividir y ubicar en el lugar deseado.

Una estandarización del producto humano, que en la ficción, facilita la tarea a los dirigentes (Huxley, 1998, p. 9) y en esta investigación se descubre una realidad construida para que el poder decida sobre el otro para su interés particular.

### **Centrados en sí mismos**

“Ser o no ser” (*Hamlet*, Shakespeare, 16?? /2015, act. III, sc. 1).

Centrados en sí mismos es la condición presente en el sujeto para un entorno que *es una selva*, en donde su poder se utiliza para sobrevivir.

---

Un lugar que para Marx (Hegel, & Marx, trad. 1968) evoca la identidad<sup>57</sup>. En esta investigación es una realidad que le refuerza al sujeto a concentrarse en sí mismo, reduciéndole a las capacidades psico-emotivas y somato-vegetativas.

Así, este individuo cuyo centro de interés particular es su necesidad vital, presenta unos rasgos característicos de ser y existir en la organización, a través de la acción. De ahí que, el trabajo, para él es una actividad interpretada, que utiliza para satisfacer su necesidad básica; que no se rige por la norma, ni temor a las consecuencias y donde el ocio lo introduce para liberarse de un tiempo laboral, que debe pasar rápidamente.

Un resultado que queda lejos de la propuesta de Seligman (2005) de un trabajo que sea una vocación, que contribuye al bien general y donde se encuentra la auténtica felicidad.

Claramente, una forma de interactuar con el otro, y por consiguiente con la organización, dirigida a preservar y conservar aquello que es un valor: a sí mismo.

Por consiguiente, mientras que para Hegel (Hegel, & Marx, trad. 1968), conservar el bien suyo es contribuir al bien de todos; para Wojtyla (2014), el bien del individuo centrado en sí mismo, “se presenta más bien como contrario a los demás individuos y a su bien; en cualquier caso, se presenta con un carácter defensivo y de ‘autoconservación’ ” (p. 392).

Realmente, dos planteamientos distintos, para una misma concepción del Yo, que la investigación argumenta a favor de este último, evidenciando el significado del otro: “un estorbo”, sólo útil como medio para satisfacer la necesidad de este tipo de sujeto. De ahí, que no entre en dialéctica con el otro, ni se exponga él a la autocrítica para asegurar su autoimagen.

Una manera de relacionarse, que muestra la no existencia de un pensamiento crítico regulado por la racionalidad, como expone Lipman (1998).

---

<sup>57</sup> Para Marx en el prólogo *Filosofía del derecho o compendio de derecho natural y ciencia del derecho* (Hegel, 1821), presenta las selvas teutónicas como la seña de identidad de ser alemán.



---

Esto lo explica Kant (1788 / 2000), una razón que sólo se utiliza como instrumento para satisfacer la menesterosidad en cuanto a ser sensible, y no sirve para reflexionar sobre lo bueno o malo en sí, es una razón que no eleva el valor del ser humano por encima de la mera animalidad, al servirle lo mismo que el instinto entre los animales.

Por ello, Smith<sup>58</sup> advierte con esta sentencia moral: “dejarse dominar por la preferencia natural que cada persona tiene por su propia felicidad antes que por la de los otros es algo que ningún espectador imparcial podrá admitir” (Kant, 1788 / 2000, p. 36).

Sin embargo, en esta investigación se revela: este consentimiento del espectador, que con su silencio actúa conforme al interés de estos individuos, hasta interpelarse *qué es lo correcto*. Una pregunta que se contesta ajustada a su conveniencia, independientemente de la valoración: buena o mala de su acción; cooperando, con palabras de Freire (1990, p. 77): a una “realidad que debe permanecer intocada” por interés particular; mantenida, como explica McNamee (Pakman, 1997), a través de la construcción de una ontología discursiva.

Una forma de actuar bien argumentada por Hegel (Hegel, & Marx, trad. 1968), que erige a la convicción subjetiva a ser el criterio único que determina la naturaleza ética de la acción, “puesto que lo que uno hace, con la reflexión de la buena intención y de los motivos, sabe hacerlo bueno de algún modo; y gracias al momento de su convicción, eso es lo bueno” (p. 143); una *razón real* presente en la naturaleza misma y no abstracta, de la que se puede sacar provecho.

De ahí, que no exista un deber-responder del sujeto a la necesidad del objeto, pues como dice este autor (1807 / 1985) “en el cumplimiento del deber hacia el singular, y por tanto hacia sí mismo, se cumple, pues, también el deber hacia lo universal” (p. 377).

Una idea que en la práctica, le fuerza una y otra vez, a centrarse en su interés particular y a romper su responsabilidad para con el otro; evidenciándose un entorno que, como señala Weber (1919 / 2007): “falta la responsabilidad por las consecuencias” (p. 148) o mejor,

---

<sup>58</sup> Smith A. (1759). *Teoría de los sentimientos morales*.

---

siguiendo el pensamiento hegeliano (Hegel, & Marx, trad. 1968) las consecuencias no afectan a la naturaleza de la acción.

Así conforme a lo anteriormente expuesto, en la investigación, este individuo que no contempla las consecuencias de la acción, genera desconexión, produciendo un entorno que empuja a aislarse del prójimo aparentando estar, o a huir para ser fiel a su interés particular: el otro.

Unos resultados que muestran una organización producto de individuos *como la sociedad*, cuyo desarrollo cognitivo y experiencial del valor de sí mismo y del otro, está reducido a su existencia, un pensamiento que le lleva a utilizar al otro para preservar su bien.

“Imagina que no existe el Cielo,

es fácil si lo intentas,

sin el Infierno debajo nuestro,

arriba nuestro, solo el cielo.

Imagina a toda la gente

viviendo el hoy...” (*Imagine*, Lennon, 1971).

---

#### PODER PARA VIVIR: OTRAS CONDICIONES PARA OTRO ENTORNO

El proceso social básico se establece dentro del contexto de la estructura organizativa de un hospital público de nivel 2 de la Comunidad de Madrid, en una unidad de hospitalización (servicio tradicional), y en la Unidad de Gestión Clínica, de un hospital de gran complejidad de otra Comunidad Autónoma; cuyos conceptos teóricos ubicados como condiciones causales a nivel macro: “organización: el control del poder”, que pertenece al ámbito organizacional; y a nivel micro “el otro, móvil del sujeto”, a la esfera de la persona.

Sin embargo, en este nivel emerge otra condición del sujeto: “personas no responsables para con el otro” que intervienen en los efectos de las condiciones causales.

Así, de sus relaciones e interacciones de condiciones y consecuencias, entre los distintos niveles, se desarrolla a través de las acciones, el proceso “Poder para vivir” del sujeto en el entorno.

#### **Organización: el control del poder**

“La piedra que desecharon los constructores

ésta ha llegado a ser

la piedra angular” (*La Biblia de Navarra*, Salmo 118: 22).

Organización es la condición ambiental del proceso “Poder para vivir”, producto del control del poder, que ejerciendo la autoridad desde la responsabilidad para con el otro logra un entorno humano.

Una condición que emerge desde el ser al entorno como proyección, que se materializa, a través de la acción, en un espacio y tiempo.

Esta situación se puede asemejar a la idea sobre la evolución que plantea Morin (Solana, 2005), en el que la vida puede ser entendida como el fruto de un encuentro simbiótico, entre “un sistema dotado de auto-reproducción”, un ser humano completo y “un sistema abierto que se mantiene en una relación inestable con su medio”, otro tipo de entorno; o dicho de

---

otro modo, parafraseando a este autor, el elemento rechazado que produce un error en la antigua organización suscita una respuesta organizacional en la nueva (p. 67, 69).

De ahí, que se presente este resultado teórico desde los elementos, apartados del otro entorno, productores del mecanismo que desencadena esta nueva organización.

El control, desde una perspectiva general, para Marina (2008), son acciones que describen claramente el poder: “determinar, dirigir y decidir” (p. 31), que aplicado sobre uno mismo es fuente de libertad.

A este nivel, Wojtyla (2014) explica que, la libertad del sujeto se manifiesta en cada “yo quiero”, indicando la implicación de la persona en su estructura de autodominio y autoposesión; un necesario autoconocimiento para que cada “yo” consciente exprese en el acto su autodeterminación (p. 175, 171).

Esto se revela en la investigación, cuando el sujeto a través de la acción dirigida al otro que le necesita, pone a su servicio sus capacidades personales de manera libre y responsable para restablecerle.

Un autocontrol, que Nightingale (Ulrich, 1996) aclara, es una cualidad esencial para tener control sobre los demás, cuando se ejerce la autoridad, del mismo modo que “no intentar ‘parecer’ nada, sino ser lo que ‘parecemos’ ” (p. 47).

En este estudio, la transparencia es la actitud personal que induce al otro a abrirse al conocimiento de la realidad y a experimentar el control del entorno.

De ahí que, enseñar desde la autoridad y el ejemplo al otro, sirve para que, de forma natural, se adquiriera las normas de convivencia, y se inculque un modo específico de ser y estar en la institución.

Claramente, una adhesión a los preceptos en la práctica, que Eagleton (2011) denomina por “imitación placentera”, en donde el disfrute que se encuentra en ello les vincula (p. 111).

De tal manera, profundizando aún más y conforme a los resultados, Dewey (2008) indica que, “‘disfrutar’ es sinónimo de la actividad de complacerse en un esfuerzo y contiene un

---

cierto matiz de deleitarse, de ‘esmerarse’, como se suele decir, en perpetuar la existencia de las condiciones de las que se obtiene la gratificación” (p. 96).

Según los resultados, este mecanismo productor de satisfacción se lleva a cabo en una organización orientada al paciente y al profesional.

Una afirmación, que Pérez Fernández de Velasco (2010), sintetiza en creer en las personas, y se evidencia en una serie de comportamientos para el éxito en la gestión de los procesos internos, visibles en la investigación como: orientación a la calidad, al personal, compromiso y participación del personal, identificación con la empresa, información, comunicación y confianza.

Sin embargo, este estudio va más allá al revelar que no sólo se obtiene gratificación personal, sino que además se contribuye al bien común.

Esto se produce, como explican Wojtyla, (2014), Aristóteles (trad. 1940?) y Gomá (2010) gracias a una acción de acuerdo con la virtud.

En la investigación, se evidencia la virtud en ese hábito de hacer el bien al otro, expresado incluso a través del diseño, cuya belleza despierta la alegría de estar en ese lugar.

Ya, en este resultado, se presenta la unión, que menciona Shaftesbury (Eagleton, 2011), entre la ética y la estética, la virtud y la belleza, que aún es más evidente en los “modos y costumbres” (p. 97).

Por ello dar participación al otro, es el mecanismo que posibilita a cada partícipe en la organización a aplicar sus propias capacidades asumiendo su responsabilidad en la acción para beneficio de todos.

De ahí que, estar juntos interactuando muestra ser la vía que les conecta en un saber aprovechado por y para todos. Un saber que no es sólo un intercambio de ideas o conocimiento, sino que es algo más, “una especie de mirada de ese otro que es su objeto” (p. 170), un modo de intuir la verdad, que explica Lévinas (2001).

---

Todo ello sucede en un entorno humano, que se dota de significado a través de las acciones del poder responsable para con el otro.

De tal forma, *dar* y procurar son acciones que precisan de estar visible, cercano y pendientes, que se concreta en *mirarse en el otro* para poder gratificarle en su necesidad.

Claramente, una experiencia del rostro del otro, que según González García (2010), el individuo se desenclaustra de sí mismo y se abre a una dimensión que sobrepasa cualquier totalidad (p. 471).

Esto es posible gracias a un crecimiento y desarrollo específico del Yo, que determina su interés por el otro. Una construcción a la que contribuye este tipo de organización, pues en ella, el sujeto encuentra significantes<sup>59</sup> que relaciona con su entorno familiar, donde comienza esta concepción diferente del Yo.

Realmente, un ambiente en donde se unen y colaboran, sin *perjudicar* al otro, permitiéndoles crecer y ser felices, que evidencia esta ética de la felicidad<sup>60</sup>, mencionada por Feito (2009).

### **El otro, móvil del sujeto**

“Pienso, luego existo” (*Discurso del método*, Descartes, 1637 / 2010, p. 18)

El otro, móvil del sujeto es la condición presente en el sujeto para una “organización”, cuyo poder utilizado de modo responsable para con el otro, le lleva a vivir en plenitud su humanidad y así satisfacer la necesidad de realizarse como persona.

Realmente, un modo de existir en el medio en consonancia a su concepción del Yo, que le obliga a responder a la necesidad del otro, al que considera un valor digno de ser cuidado.

---

<sup>59</sup> “Significantes” es una palabra que, en esta investigación, se interpreta como signos, gestos, acciones que evocan un significado determinado para el receptor de esa comunicación. Berger et al. (2003), por su parte, recoge este término de la bibliografía de G.H. Mead.

<sup>60</sup> La ética de la felicidad, como presenta Feito (2009) es una ética de máximos, que se sustenta del principio de autonomía y de beneficencia.

---

Un resultado, que precisa detenerse en “el otro”, término que Lévinas (2001) explica: “es mi prójimo” (p. 175), un rostro que te llama y reclama a salir del Yo a su encuentro, apelando a mi responsabilidad fuera de un mundo centrado en el ego (Gutiérrez, 2012).

Esto se evidencia en la investigación, a través de la acción; en donde el actor cuyo interés particular es el otro, presenta unos rasgos característicos de ser y existir en la organización.

Así, en este entorno, el *interés del paciente* aparece con un sentido finalista de la acción para *reintegrarle*, al *identificarse perfectamente* profesional y paciente en su humanidad.

Un modo de responder a la necesidad del otro, que revela una persona actuando con las potencialidades propias de su naturaleza humana: somato-vegetativa, psico-emotiva y espiritual, que han crecido y desarrollado con su “yo” permitiéndole trascender al objeto.

Este hallazgo conecta con la argumentación de Wojtyla (2014) sobre la integración de estas capacidades en la acción, cuyas faltas o defectos de integración afectan a la trascendencia, produciendo “anulación o limitación del ‘yo’ trascendente” (p. 283).

Asimismo, aunque de un modo menos explícito, Maslow (1991) expone que, un individuo sano se comporta como un todo integrado y organizado; que en apariencia, se muestra como más unido cuando se enfrenta con éxito a un momento de creatividad o a un gran problema. Sin embargo, cuando existe una amenaza que le supera o cuando el organismo es demasiado débil o impotente para afrontarla, tiende a desintegrarse (p. 15).

Según lo expuesto anteriormente, los resultados evidencian de una manera más específica, que orientar el interés particular hacia el otro expresa una capacidad espiritual integrada con las otras en su construcción del Yo: un ser humano completo.

Esto se visibiliza a través del respeto, una forma de relacionarse con el otro, que surge al considerarle una persona, y le permite desde ahí apreciar su necesidad.

Desde este modo de pensar, se posibilita la disposición y entrega de las capacidades propias del sujeto, manifestándose de manera significativa a través de la transferencia del saber; en donde se aprecian las consecuencias beneficiosas para el paciente y la organización.

---

Evidentemente, un acto que satisface, parafraseando a Aristóteles (trad. 1982), el deseo de saber que todos los hombres tienen por su naturaleza; revelándose a la vez su compromiso con el género humano y el modo particular de concebir su profesión.

Así, Feito (2009) explica que: “la profesión es compromiso y responsabilidad”. “Una actividad de la que habrá que ‘dar respuesta’, responder por ella, dar justificación del acto que se lleva a cabo. Es decir, se trata de una acción que implica la conciencia personal del compromiso, basada en una autonomía moral” (p. 107).

No es ese tipo de conciencia ingenua planteada por Sartre, que se estrena en cada momento, emprendiendo un viaje demasiado ligera de equipaje, (Molina, 2007, p. 117), en donde el Ego no habita, “está afuera, en el mundo, es un ser del mundo; como el Ego del otro” (Sartre, 1968, p. 5). Una desintegración tal que la responsabilidad y la voluntad del Yo en la acción se desvanece en la rapidez del instante, proyectándola al futuro en aras a la libertad absoluta.

Sin embargo, en esta investigación el sujeto responde al deber-ser del objeto en el momento presente, en un deber-hacer a quién es un valor en sí, que lleva a hacerle sentir *más a gusto* para preservar su dignidad humana, y a *dar cariño*, sentimiento que integra en el cuidado con el objetivo de recuperarle a su medio.

Este modo característico de actuar que se identifica con *tener* vocación, muestra la conexión entre su concepción del Yo y su manera específica de existir en la organización, revelando la integración de su esencia con la existencia.

Según Sartre, invierte el orden anteriormente expuesto, otorgando a la existencia el papel creador, para que el hombre<sup>61</sup> se haga o sea aquello que ha querido ser: su esencia, negando con ello la necesidad de una naturaleza humana.

---

<sup>61</sup> Para Sartre el hombre no es, es nada, un proyecto que se hace en su existencia. Así, interpretando al autor, el fenómeno del ser (hombre) es una aparición y por consiguiente no procede una concepción del ser (*El ser y la nada*, 1961).



---

Esto lleva, por su parte, a que el otro sea clave tanto para su existencia, como para validar el conocimiento sobre mí mismo; una intersubjetividad necesaria, en la que ambos son también objetos para sí (Echegoyen Olleta, 1997).

No obstante, al manifestarse en los resultados que la vocación es algo “innato” que *todos tenemos* y debemos encontrar, se confirma que estas proposiciones sartreanas no resultan verdaderas.

Al igual que, Seligman (2005) o Maslow (1991) al relacionar vocación con llamada, misión; y Lévinas cuando aclara que: “es la llamada de ‘la voz inextinguible del Infinito’, que nos reclama insistente una respuesta, desde el rostro desnudo del otro hombre” (Barraca, 2003, p. 81).

Según este estudio, la vocación es la razón del sujeto para su existencia, y por consiguiente también su motivación en la acción, que le lleva a ser y sentirse feliz. Una experiencia y trayectoria ligada al esfuerzo *más allá* de los inconvenientes y despotismos, que requiere de un carácter fortalecido.

En este momento conviene traer a la memoria esta frase de Roquentin: “Todo lo que existe nace sin razón, se prolonga por debilidad y muere por casualidad” (*La náusea*, Sartre, 2008, p. 111). Un personaje que vive sin sentido la vida cotidiana, el trabajo diario, entreviendo algo de esperanza en un futuro, que podría justificar su existencia pasada.

Por el contrario, D’Ors plantea que “cualquier oficio, se vuelve filosofía, arte, poesía, invención, cuando el trabajador da a él su vida, cuando no permite que ésta se parta en dos mitades: la una, para el ideal la otra, para el menester cotidiano” (Barraca, 2003, p. 190).

En concreto esta fusión se lleva acabo, cuando la enfermera *vocacional* trabaja con sentido del deber y justicia por *amor* a quién es el centro de su interés.

Esto se corrobora con la siguiente explicación de Wojtyla (2014), el sentimiento del amor como la alegría, orienta de manera atractiva al bien, corriendo parejo a la percepción del valor (p. 362).

---

De esta manera “su ideal”, de llegar a ser, lo que realmente debe ser por su propia naturaleza humana, que explica Maslow (1991), se hace posible a la luz de los resultados, a través de este modo específico de interactuar con el otro, que le lleva a realizarse en su plenitud como persona creando desde lo humano para el bien de todos.

“El que tenga oídos, que oiga” (*La Biblia de Navarra*, Mateo 13: 9).

### **RESUMEN**

La teoría generada se ha expuesto desarrollada, mediante un proceso de desintegración de los resultados, comparándose con la bibliografía utilizada desde los inicios del estudio.

El propósito de presentarlo de este modo, corresponde no sólo al objetivo de responder a las preguntas de este segundo momento metodológico, a través de la discusión de los hallazgos con otras investigaciones; sino también para mostrar, claramente, el entramado que fundamenta la teoría relacionando de este modo los distintos niveles teóricos, y pueda ser incorporada dentro del *corpus* científico.

Así, en el siguiente capítulo se exponen las conclusiones del estudio, que aunque se vislumbran durante los resultados y la discusión, precisan de una concreción específica desde las acciones e interacciones sujeto y organización.

---



# CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN

---

- Evaluación de la teoría fundamentada
- Limitaciones del estudio e investigación futura
- Conclusiones



## CONCLUSIÓN

### INTRODUCCIÓN

Finaliza una investigación iniciada con el planteamiento del problema desde la experiencia enfermera y la situación problemática de la Sanidad Pública, cuyo objetivo era: conocer e interpretar la cultura organizacional sanitaria de una unidad de hospitalización, en situación de crisis económica social, desde la perspectiva Lean; y así poder dar solución a este contexto a través de un enfoque etnográfico.

Sin embargo, es durante el análisis donde se evidencia la necesidad de un nuevo examen de los datos, utilizándose para ello otro enfoque: la teoría fundamentada. Este da lugar a una teoría emergente, con poder explicativo y predictivo, tanto formal como substantivo, que responde al segundo objetivo general planteado: desarrollar una teoría que explicara lo que sucede entre el sujeto y una organización, expuesta en los capítulos de resultados y discusión.

Por tanto, en este apartado queda presentar los cánones y criterios de evaluación de la teoría fundamentada, para que el lector pueda valorar la calidad y logros conseguidos con esta tesis, las limitaciones del estudio junto a una propuesta de investigación, y unas conclusiones concretas que responden a las preguntas de investigación de los dos momentos analíticos.

### EVALUACIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA: CÁNONES Y CRITERIOS

De acuerdo con la literatura una vez concluida la investigación falta someterla a evaluación (Ruiz Olabuénaga, 2012), a través de cánones científicos y criterios para averiguar si la teoría generada explica el fenómeno de estudio y el mérito científico (Strauss & Corbin, 2002).

#### DESDE CÁNONES CIENTÍFICOS

En esta sección se expone la información necesaria para que le lector juzgue el valor de la investigación integrada en su producto final: la teoría, a través de los cánones científicos de replicabilidad y generalización, redefinidos para estudios cualitativos por Strauss & Corbin (2002).

---

### **Replicabilidad**

Según estos autores, la replicabilidad en el caso de fenómenos sociales se consigue siguiendo las mismas reglas expuestas en la recolección y análisis de datos, así ante la existencia de condiciones similares, otros investigadores deben producir explicaciones teóricas iguales o parecidas sobre el fenómeno estudiado.

De ahí que, en este estudio buscando los cánones de toda “buena ciencia” (p. 289) el proceso de investigación se detalla desde el inicio, exponiendo: las razones para el empleo de esta metodología, los criterios de elección de la muestra, las formulaciones observacionales, teóricas y metodológicas que guían la recolección de datos, la interacción del investigador con los datos y la toma de decisiones analíticas.

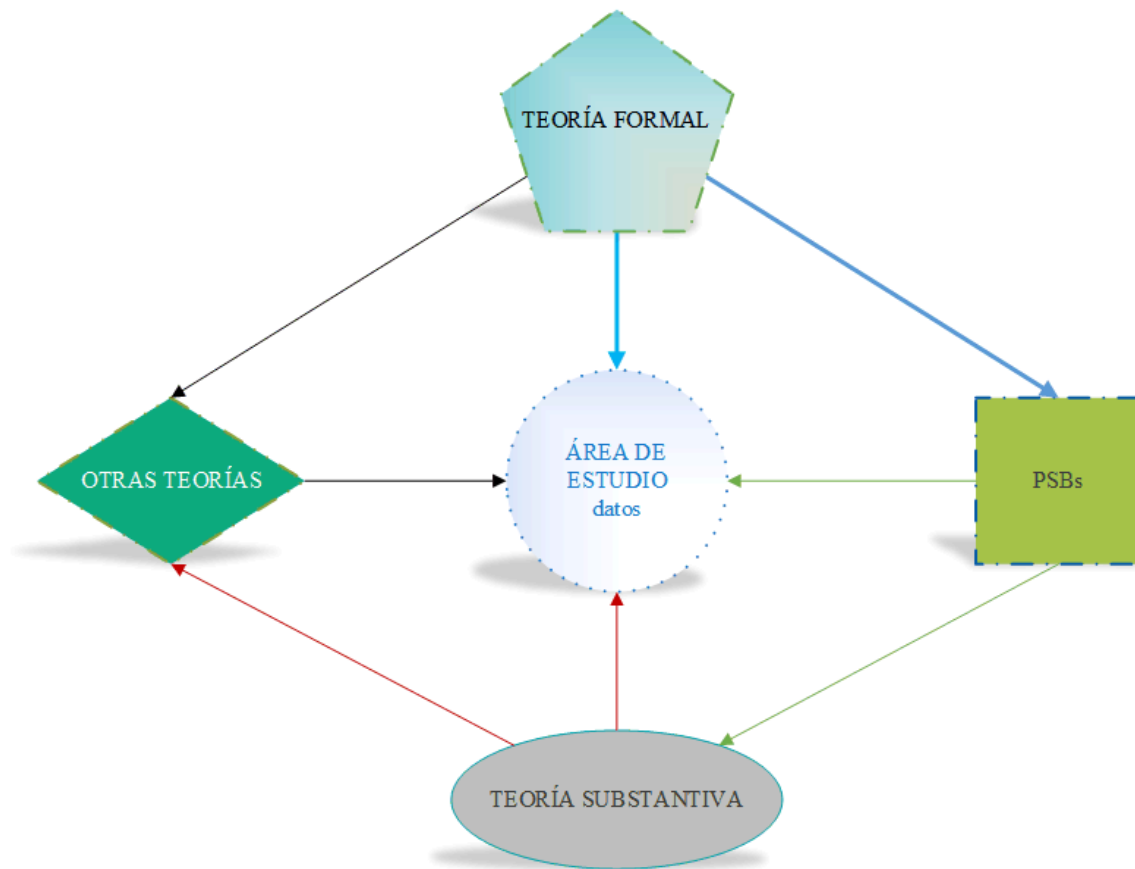
Igualmente, se especifica el proceso análisis y conceptualización que fundamentan los hallazgos en los datos, explicando cada una de las etapas de codificación, el descubrimiento de la categoría central y sus relaciones con dimensiones, temas, categorías y subdimensiones, la revelación de un patrón cíclico de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias que da lugar a los procesos sociales básicos, el modo distintivo de emerger la teoría formal y por último la teoría substantiva del área de estudio.

### **Generalización**

El canon de la generalización en investigación cualitativa, tiene que ver más con el poder explicativo o capacidad predictiva de la teoría generada, de manera que una teoría substantiva, no puede tener la capacidad explicativa de otra más general, pues su mérito “reposa en su capacidad de hablar específicamente de las poblaciones de las cuales se derivó y a las cuales se debe aplicar” (Strauss & Corbin, 2002, p. 290).

Concretando en esta investigación, la fortaleza explicativa y predictiva está enraizada en la propia construcción teórica, en donde las partes forman un todo que encaja relacionado: una teoría formal generada a partir de variables fundamentales, provenientes de los datos, y relacionada con otras teorías, que enlaza y contiene los procesos sociales básicos, y a su vez incluyen la teoría substantiva del área de estudio (ver Figura 28).

---



**Figura 28.** Diagrama de la construcción teórica.

Fuente: elaboración propia (2017).

De esta manera, también cumple con los requisitos enunciados en 1967 por Glaser & Strauss (citado en Trinidad Requena et al., 2006) para una teoría formal:

- 1) se ajusta esta teoría al campo de investigación,
- 2) puede comprenderse por las personas en donde se realizó el estudio,
- 3) es suficientemente general para ser aplicada a otras áreas o las situaciones diferentes dentro de la misma realidad,
- 4) existe control sobre su estructura y los procesos en las situaciones comunes, así como los posibles cambios en el tiempo (p. 57).



#### DESDE CRITERIOS PARA EVALUAR LA TEORÍA GENERADA

El estudio se ha sometido a un constante examen y evaluación de los enfoques empleados, ciñéndose fielmente a ellos con el propósito de ofrecer un proceso y producto de calidad, a la vez que ajustándose a las normas evitar, en lo posible, sesgos del investigador.

De ahí que, se desee dar participación al lector para que a través de los criterios elegidos, específicamente para la teoría fundamentada, pueda juzgar los logros conseguidos.

Charmaz (2005) propone cuatro criterios para evaluar una teoría generada desde este método cualitativo: credibilidad, originalidad, resonancia y utilidad.

#### **Credibilidad**

En concreto la credibilidad, aunque se explica y visibiliza este criterio en el capítulo de diseño y método, se demuestra desde este enfoque con el re-análisis de datos y comparaciones entre escenarios y participantes con nuevas relaciones más profundas y significativas, mostrando vínculos sólidos de fragmentos y conceptos que revelan la convergencia de ambas perspectivas, y además con hallazgos asociados y discutidos con otras teorías.

Todo esto a través de un proceso creativo, flexible y transparente, para que el lector sea testigo y participe de esta investigación evaluando el procedimiento y la teoría generada.

#### **Originalidad**

La originalidad parte de la utilización en el análisis de la acción y del lenguaje, incorporando otras teorías relacionadas a los conceptos y su comparación con los datos.

Además de un análisis de los datos para procesos, revisándose dimensiones e incidentes con otras teorías substantivas y formales de distintas disciplinas, ha propiciado el descubrimiento de significados relacionados como: efectos ocultos en lo visible, un orden en la aleatoriedad de los sucesos, productos convertidos en productores a través de un proceso de producción o un modo de autorreproducirse generando orden, que muestra la teoría substantiva.

---

Todo ello produce no sólo una nueva interpretación de los datos con un significado teórico, sino que también demuestra el sentido social de esta obra otorgando a la persona el papel constructor, transformador y liberador de la sociedad.

Una investigación que a través del modo particular de análisis y discusión, ha esclarecido paradojas, confirmado unas teorías y perfilado otras con nuevos datos, además de evidenciar las consecuencias de determinados pensamientos filosóficos llevados a la práctica.

### **Resonancia**

La resonancia de este trabajo se demuestra a través de las proposiciones teóricas: “la concepción personal del Yo determina el foco de interés particular” y “estableciendo su modo de existir en el entorno”, que revelan la vinculación de los niveles micro y macro relacionados: individuo, organización y sociedad.

De esta manera las interpretaciones analíticas no sólo tienen sentido para los miembros del área de estudio, sino que les permite acceder a una comprensión más profunda de su desarrollo biográfico del Yo en el entorno, su influencia en el mismo y del medio en ellos, según la construcción personal del Yo de sus integrantes.

### **Utilidad**

La teoría generada en esta investigación, dado su particular construcción, permite su aplicación tanto en el ámbito personal y profesional, como a nivel de las instituciones sociales; contribuyendo de manera significativa a esclarecer el camino a seguir para mejorar la existencia de la persona y en su conjunto la sociedad, para que llegue ser lo que realmente debe ser: humana.

---

**LIMITACIONES DEL ESTUDIO E INVESTIGACIÓN FUTURA**

Como en cualquier clase de investigación, ya sea cuantitativa o cualitativa (Ruiz Olabuénaga, 2012), el cansancio puede aparecer y se debe manejar para evitar afectación en el estudio.

En este caso ha sido el cansancio de la doctoranda, tanto físico, en cuanto se ha compatibilizado el trabajo profesional, el desplazamiento y permanencia en el campo y el cuidado de la familia; como psicológico, por las circunstancias específicas del contexto de estudio y la situación sociopolítico-sanitaria en la que se ha realizado esta investigación. Todo esto fue superado gracias al apoyo inestimable y buen consejo de la directora de tesis.

Otra limitación es la propia estructura de una tesis, que escrita según la metodología de la teoría fundamentada, Strauss & Corbin (2002) comentan que se nota la diferencia sobre todo en el capítulo de la discusión con respecto a una monografía.

De acuerdo con estos autores, en el capítulo de discusión, aunque se ha cumplido con el objetivo de presentar el desarrollo de la teoría generada, a través de su comparación con otras teorías y su ubicación entre la literatura mencionada, precisa de perfilar determinados puntos, que puedan causar algún tipo de controversia según disciplinas o ambientes, dejándose esto para una posterior publicación.

Por último, se revela prioritario abrir una línea de investigación sobre la responsabilidad para con el otro y su afectación social desde distintas disciplinas.

---

## CONCLUSIONES

De lo expuesto a lo largo de este trabajo se llega a las siguientes conclusiones más relevantes:

1. En relación a si el modelo Lean puede ser adaptado al contexto de un gran hospital de la Comunidad de Madrid.

Desde el enfoque etnográfico, se deduce que no es posible adaptar el modelo Lean a un hospital público de nivel 3. Sin embargo, es factible en uno de nivel 2 asistencial y sobre todo en las Unidades de Gestión Clínica, dado que ya existe un comportamiento organizacional con elementos pertenecientes a Lean.

2. En relación a explicar qué está pasando en el entorno organizacional.

Para ello, se continúa con el enfoque de la teoría fundamentada permitiendo elaborar una teoría sobre la concepción personal del Yo y su relación con el modo de existir en el entorno, al profundizar en el sujeto y la organización sanitaria a través de la acción.

- a. En cuanto al entorno

- El poder político cuyo interés particular está asociado al dinero, controla sin estar presente la distribución de los sujetos en los distintos modelos de gestión sanitarios.
  - Los entornos están configurados para lograr los objetivos del poder político, colocando en ellos a los sujetos que mejor se ajustan en ese momento a su interés.
  - En el entorno sanitario, los sujetos actúan sin saberlo ejecutando los planes del que tiene el poder expulsando al diferente o atrayendo al igual conforme al sentido de responsabilidad de sus integrantes.
  - En un entorno sanitario no responsable para con el otro: el paciente no existe.
  - En un entorno sanitario responsable con el otro: el paciente es el centro.
  - El control de la necesidad y los valores morales de los individuos por parte del poder son fundamentales para organizar la realidad externa.
-

## b. En cuanto al sujeto

- La crianza centrada en la responsabilidad para con el otro produce sujetos y entornos sanos.
  - Ser responsable para con el otro es vital para la realización personal y su contribución al bien común. Lo opuesto lleva al sujeto a sobrevivir y a destrozar el entorno.
  - El sujeto tiene el poder de cambiar las condiciones personales y ambientales a través de la responsabilidad para con el otro.
  - La persona que ha vivido la importancia del otro en su formación del Yo está capacitada para identificar y actuar contra un entorno maltratador.
  - Por lo contrario, el individuo que no ha experimentado en su construcción del Yo el valor del otro ve *normal* la realidad de dominación-sumisión.
  - El sujeto que centra su interés particular en satisfacer su necesidad, se siente incapaz de escapar de las relaciones de poder-sumisión que produce y reproduce. Mientras que la persona cuyo centro de interés particular es la necesidad del otro, está capacitada para construir y reconstruir al otro que le necesita.
  - Cuanto más centrado en sí mismo el sujeto, es: más dependiente del otro para satisfacer su necesidad, menos responsable de sí mismo y más enganchado a relaciones de poder-sumisión.
  - En contra, cuanto más responsable es para con el otro, más responsable de sí mismo y más liberado de relaciones dañinas.
  - Por consiguiente, ser responsable para con el otro es cuidar también de sí mismo y del entorno.
  - Lo que se deduce que el cuidado es el acto de responsabilidad para con el otro necesario para llegar a ser y existir como un ser humano.
-

**RESUMEN**

Con este capítulo se cierra la tesis, en el que se han mostrado las reglas para evaluar la teoría, las limitaciones del estudio junto con una recomendación de investigación y sus conclusiones.

-“Páreceme, Sancho, que no hay refrán que no sea verdadero, porque todos son sentencias sacadas de la misma experiencia, madre de las ciencias todas, especialmente aquel que dice: ‘Donde una puerta se cierra, otra se abre’ ”

*(El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha, Cervantes, 1547-1616/2005).*

---



# **BIBLIOGRAFÍA**

---





---

**BIBLIOGRAFÍA**

- Albi, E., Contreras, C., González-Páramo, J.M. & Zubiri, I., (1994). *Teoría de la hacienda pública*. (2a ed.). Barcelona, España: Ariel economía.
- Andréu Abela, J., García-Nieto, A., & Pérez Corbacho, A. M. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo (Colección cuadernos metodológicos, 40)* CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Arenas, C. (2012). *Sostenibilidad del sistema sanitario en España*. Recuperado de: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article242>
- Arias Valencia, M. M., & Giraldo Mora, C. V. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y Educación En Enfermería*, 29(3)
- Aristóteles, & García Yebra, V. (1982). *Metafísica de Aristóteles = aristotelis metaphysica* (2a rev. ed.). Madrid: Gredos.
- Aristóteles, & Simón Abril, P. (1940). *La política*. Madrid: Nuestra Raza.
- Austenfeld Jr. Robert, B. (2005). A study of the use of lean manufacturing techniques by japanese small and medium enterprises. *Papers of the Research Society of Commerce and Economics*, 46(1), 1-81.
- Bandura, A., & Riviére, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barraca Mairal, J. (2003). *Vocación y persona: Ensayo de una filosofía de la vocación*. Madrid: Unión Editorial.
- Barrientos, N (10/01/2003) El Informe Abril, "la reforma truncada". *El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad* (892).  
Recuperado de: <http://www.elmedicointeractivo>.
- Bastiat, F. (1854). *Oeuvres complètes de Frédéric Bastiat: mises en ordre. Sophismes Économiques. Petits pamphlets*. (Vol. 5). Paris. Guillaumin et cie.
-

- 
- Ben-Tovim, D. I. (2007). Seeing the picture through "lean thinking". *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7586), 169-169.
- Berger, P. L., Luckmann, T., & Zuleta, S. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bhasin, S. & Burcher, P. (2006). Lean viewed as a philosophy. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 17(1), 56-72.
- Bourdieu, P. (2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Cabrero, G. R. (2004). *El estado de bienestar en España: Debates, desarrollo y retos*. Editorial Fundamentos. Madrid.
- Casilimas, C. A. S. (1996). *Investigación cualitativa* Icfes.
- Cervantes Saavedra, M. d. I. (2005). *El ingenioso hidalgo don quijote de la mancha* (especial de El Norte de Castilla ed.). Valladolid: El Norte de Castilla.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 507-535). Thousand Oaks: SAGE.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería.
- Congreso de los Diputados (1990). *Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro (23 de enero)*. (Número de expediente 162/000031). Madrid, pp. 7.  
<http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas>
- Congreso de los Diputados (1997). *Dictámenes de Comisiones sobre Iniciativas Legislativas: --Proyecto de Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud*.
-

---

(*Procedente del Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de Junio.*) (Número de expediente 121/000006). Madrid, pp.2989 a 3001.

<http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas>

Congreso de los Diputados (1998). *Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), para informar sobre la política de mejora de la gestión pública del sistema nacional de salud a través de las fundaciones públicas sanitarias. A petición propia. (21 de diciembre).* (Número de Expediente 214/000098). Madrid, 17406 a 17428.

<http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas>

Consejo Económico y Social de España (2010). *Informe sobre Desarrollo Autonómico, Competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario. A iniciativa propia (Sesión ordinaria del pleno, 20 de octubre).* p. 163. <http://biblioteca.ces.es/>

Collière, M. (2009). *Promover la vida* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Cosialls, D. (2000). *Gestión clínica y gerencial de hospitales.* (1a ed.). España: Elsevier.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Research Design and Inquiry: choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA [etc.]: SAGE.

De la Cuesta Benjumea, C. (2015). La calidad de la investigación cualitativa: De evaluarla a lograrla. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 883-890.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa* Gedisa.

Descartes, R., & García Morente, M. (2010). *Discurso del método; meditaciones metafísicas.* Madrid: Espasa.

Dewey, J., Di Berardino, M. A., & Faerna, A. M. (2008). *Teoría de la valoración: Un debate con el positivismo sobre la dicotomía de hechos y valores.* Madrid: Biblioteca Nueva.

---

- 
- Di Virgilio, M. M., Fraga, C., Najmias, C., Navarro, A., Perea, C. M., & Plotno, G. S. (2007). Competencias para el trabajo de campo cualitativo: Formando investigadores en ciencias sociales. *Revista Argentina De Sociología*, 5(9), 90-110.
- Dibia, I. K., & Onuh, S. (2010, June). Lean revolution and the human resource aspects. In *Proceedings of the World Congress on Engineering*, 3 (1), 2347-2350.
- Eagleton, T. (2011). *La estética como ideología*. Madrid: Trotta.
- Echegoyen Olleta, J. (1997). *Historia de la filosofía: Vocabulario y ejercicios V.3 Filosofía contemporánea*. Madrid: Edinumen.
- Ellis, C. (2007). Telling secrets, revealing lives: Relational ethics in research with intimate others. *Qualitative Inquiry*, 13(1), 3-29.
- Elola, J. (2004) *Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?* Revista de Administración Sanitaria, 2(3), 375-86.
- Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M., & Aguilar Redo, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (96), 59-91.
- Feito Grande, L. (2009). *Ética, y enfermería*. Madrid: San Pablo.
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in health services*, 20(4), 231-241.
- Foucault, M., & Garzón del Camino, A. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). *Pedagogía del oprimido* (37a. ed.). México [etc.]: Siglo veintiuno editores.
- Friese, S (2013). *Atlas.ti 7 User Manual*. Berlin. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. Retrieved from: [https://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/05/atlasti\\_v7\\_manual\\_201312.pdf?q=/uploads/media/atlasti\\_v7\\_manual\\_201312.pdf](https://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/05/atlasti_v7_manual_201312.pdf?q=/uploads/media/atlasti_v7_manual_201312.pdf)
-

- 
- García Armesto, S., Abadía, B., Durán, A., Bernal, E. (2010). *España: Análisis del Sistema Sanitario 2010 Resumen y conclusiones*. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 12(4), 1–240.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería*. (5ª. ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Girola, L. (2005). *Anomia e individualismo: Del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*. Barcelona; México D.F: Anthropos.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gomá Lanzón, J. (2010). *Ejemplaridad pública* (2a ed.). Madrid: Taurus.
- Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- González García, M. (2010). *Filosofía y dolor* (2ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Guasch, Ó. (2002). *Observación participante* (2ª edic.). Madrid: Centro De Investigaciones Sociológicas (CIS), Colección Cuadernos Metodológicos, (20).
- Goulding, C. (2005). Grounded theory, ethnography and phenomenology: A comparative analysis of three qualitative strategies for marketing research. *European journal of Marketing*, 39(3/4), 294-308.
- Gutiérrez, C. (2012). La filosofía sin mundo de Emmanuel Levinas. *Revista De Filosofía*, 68, 103.
- Hardiman, F. (2011). *"Finding a Voice" The experience of mature students in a college of further education* (Doctoral dissertation, National University of Ireland Maynooth).
- Hegel, G. W. F. 1770-1831, & Marx, K. 1. (1968). *Filosofía del derecho* (5ª ed.). Buenos Aires: Claridad.
-

- 
- Hegel, G. W. F., Roces, W., & Guerra, R. (1985). *Fenomenología del Espíritu* (1a en español, 6 a reimp., en España ed.). México D.F; Madrid; Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed. ed.). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Huxley, A. (1998). *Un mundo feliz*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Inciarte, A. (2011). Teoría Fundamentada, Seminario: Generación de Teoría, Universidad del Zulia, Doctorado en Ciencias Humanas, Puerto Ordaz, Venezuela. *Recuperado de:* <http://www.academia.edu/>
- Informe Abril Martorell: la reforma que llegó doce años después (23/11/2003). *ABC*, p. 56.
- Informe: Unidades de Gestión Clínica ¿Un rodeo para la privatización sanitaria? (02/2014). *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública FADSP*. Recuperado de: <http://fadsp.org/index.php/sample-sites/noticias/>
- Jiménez, F. (27/09/1991). Jubilados y pensionistas no tendrán que pagar sus medicamentos. *ABC*, p. 52.
- Jonas, H., & Sánchez Pascual, A. (1995). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347.
- Kant, I. 1., & Rodríguez Aramayo, R. (2000). *Crítica de la razón práctica* (1ª, 1ª reimp. ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2008). *Cuadro de mando integral: The balanced scorecard* (2ª ed. ed.). Barcelona: Gestión 2000.
-

- 
- Kelsen, H. (1994). *Teoría general de las normas*. México: Trillas.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., Coffey, R. J., & Billi, J. E. (2009). Implementation of lean thinking: one health system's journey. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(8), AP1-AP4.
- Kimsey, D. B. (2010). Lean methodology in health care. *AORN journal*, 92(1), 53-60.
- Koepsell, D. R., & de Chávez, Manuel H Ruiz. (2015). *Ética de la investigación: Integridad científica*. Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud.
- Lemm, V. (2010). *Michel Foucault: Neoliberalismo y biopolítica*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Lennon, J. (1971). *Imagine*. Recuperado de: <https://www.musica.com/>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207 a 15224.  
<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 100, 26 de abril de 1997, pp. 13449 a 13450. <https://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, pp. 43088 a 43099.  
<https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Levinas, E., & Pardo, J. L. (2001) *Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro* (1ª, 1ª reimp. ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Li, C. (2011). A customised lean model for a Chinese Aerospace OEM (Original equipment manufacturer).
- Lingard, L., Albert, M., & Levinson, W. (2008). Grounded theory, mixed methods, and action research. *Bmj*, 337(aug07\_3), a567. doi: 10.1136/bmj.39602.690162.47.
-



- 
- Lipman, M., & Ferrer i Cervero, V. (1998). *Pensamiento complejo y educación* (2a ed.). Madrid: Ediciones de la Torre.
- Lipovetsky, G. (2003). *Metamorfosis de la cultura liberal: Ética, medios de comunicación, empresa*. Barcelona: Anagrama.
- Losonci, D., Demeter, K., & Jenei, I. (2011). Factors influencing employee perceptions in lean transformations. *International Journal of Production Economics*, 131(1), 30-43.
- Maillo, H. M. V., & de Rada, Á. D. (2006). *La lógica de la investigación etnográfica: Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Trotta.
- Marina, J. A. (2008). *La pasión del poder: Teoría y práctica de la dominación*. Barcelona: Anagrama.
- Maslow, A. H., & e-libro, C. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de: <http://www.academia.edu/>
- Merlino, A. (2011). *Investigación cualitativa en ciencias sociales*. Cengage Learning Editores.
- Mewborn, K. N. (2005). *A grounded theory study of the multicultural experiences of school psychologists* (Doctoral dissertation).
- Miguélez, M. M. (2011). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad. *Opción*, 27(65), 45-80.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2ª ed.) Thousand Oaks: CA: Sage.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. (2001) *Gestión clínica en los centros del INSALUD*. Núm. Pub. INSALUD: 1.806.  
[http://www.ingesa.mssi.gob.es/en/estadEstudios/documPublica/pdf/gestio\\_clinica.pdf](http://www.ingesa.mssi.gob.es/en/estadEstudios/documPublica/pdf/gestio_clinica.pdf)
-

- 
- Molina, E. G. (2007). De la trascendencia del ego al ego trascendental. *Daimon Revista Internacional De Filosofía*, (40), 107-118.
- Morin, E. 1. (2011). *Introducción al pensamiento complejo* (10ª reimp. ed.). Barcelona: Gedisa.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.
- Moya, J. L. M., Borrasca, B. J., & Sánchez, C. U. (2005). Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: Un estudio cualitativo. *Revista De Investigación Educativa*, 23(1), 205-238.
- Murillo, J. (2004). Teoría fundamentada o grounded theory (tesis de maestría). *Universidad autónoma de Madrid, España*.
- Muslimen, R., Mohd S. & Sakura A. (2011) Lean Manufacturing Implementation in Malaysian Automotive Components Manufacturer: a Case Study. *Proceedings of the World Congress on Engineering*. (pp. 772-776). London. United Kingdom.
- Napoles, L., & Quintana, M. (2006). Developing a lean culture in the laboratory. *Clinical leadership & management review: the journal of CLMA*, 20(4), E4-E4.
- Navarrete, J. M. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8(13), 277-299.
- Ohno, T. (1988). *Toyota Production System, Beyond Large-Scale Production*. Portland, Oregon, USA: Productivity Press.
- Pakman, M. (comp.) (1997). *Construcciones de la experiencia humana* (Vol. 2). Barcelona, España: Gedisa.
- Panning, R. (2005). Using data to make decisions and drive results: a LEAN implementation strategy. *Clinical leadership & management review: the journal of CLMA*, 19(2), E4-E4.
-

- 
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* SAGE Publications, Inc.
- Pérez-Carballo y Veiga, J. F. (2008a). *Control de la gestión empresarial* (7ª rev. y act. ed.). Madrid: Esic.
- Pérez-Carballo Veiga, J. F. (2008b). *Planificación y control de la estrategia* (2ª ed. ed.). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones, S.L.
- Pérez Fernández de Velasco, J. A. (2010). *Gestión por procesos*. Madrid: ESIC.
- Piñuel y Zabala, I. (2001). *Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Potužák, J. (2018). Utilization of lean construction principles and techniques in the Czech Republic. *České vysoké učení technické v Praze. Vypočetní a informační centrum*.
- Price waterhouse Coopers S.L., España. (2012). Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reforma. Recuperado de: [www.pwc.es](http://www.pwc.es)
- Ravenek, M. J., & Rudman, D. L. (2013). Bridging conceptions of quality in moments of qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 12(1), 436-456.
- Real Academia Española, & Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª, del Tricentenario ed.). Madrid: Real Academia Española.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 91, de 16 de abril de 1987, pp. 11379 a 11383. <https://www.boe.es/boe/dias/1987/04/16/pdfs/A11379-11383.pdf>
- Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD. Boletín Oficial del Estado núm. 147, de 18 de junio de 1996, pp. 19950 a 19951. <https://www.boe.es/boe/dias/1996/06/18/pdfs/A19950-19951.pdf>
-

- 
- Rey del Castillo, J. (1998). Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. *Revista Española de Salud Pública*, 72(1), 13-24.
- Rodríguez García, M., & Medina Moya, J. L. (2014). Entre la complejidad y el arte: El análisis de datos en cualitativa. *Index De Enfermería*, 23(3), 157-161.
- Rubia, F. (coord) y cols. (2011). *Libro Blanco sobre el sistema sanitario español*. España: Academia Europea de Ciencias y Artes.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa (5a. ed.)* Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Sandin, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid [etc.]: McGraw-Hill.
- Sartre, J. (1968). *La trascendencia del ego*, trd. O.Masotta, Buenos Aires: Ediciones Calden SRL.
- Sartre, J. 1. (1961). *El ser y la nada: Ensayo de ontología fenomenológica (3a ed.)*. Buenos Aires: Ibero-Americana.
- Sartre, J. 1., & Bernárdez, A. (2008). *La náusea (1ª en esta colección ed.)*. Madrid; Buenos Aires: Losada.
- Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology* Prentice Hall.
- Scherrer-Rathje, M., Boyle, T. A., & Deflorin, P. (2009). Lean, take two! Reflections from the second attempt at lean implementation. *Business horizons*, 52(1), 79-88.
- Seligman, M. E. P. (1995). *Indefensión: En la depresión, el desarrollo y la muerte (1a. ed., 6a. reimp. ed.)*. Madrid: Debate.
-

- 
- Seligman, M. E. P. (2005). *La auténtica felicidad: [la nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad y señala el camino para conseguirla]* (1a ed. ed.). Barcelona: Ediciones B.
- Sengstock, B. J. (2009). A grounded theory study of nursing students' experiences in the off-campus clinical setting. *MARY DE CHESNAY*, 169.
- Shakespeare, W., & e-libro, C. (2015). *Hamlet*. Folger Shakespeare Library. Retrieved from: <http://www.folgerdigitaltexts.org/>
- Solana Ruiz, J. L., & Universidad Internacional de Andalucía. (2005). *Con Edgar Morin, por un pensamiento complejo: Implicaciones interdisciplinarias*. Tres Cantos (Madrid): Akal.
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos* (2ª ed.) Ediciones Morata, S. L.
- Stein, E. S. (1996). *Ser finito y ser eterno: Ensayo de una ascensión al sentido del ser* (1a; 1a. reimp. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Strauss, A. L., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1a en español ed.). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of management journal*, 49(4), 633-642.
- Taleb, N. N., & Filella Escolà, R. (2008). *El cisne negro: El impacto de lo altamente improbable*. Barcelona etc.: Paidós Ibérica.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados* (13ª impresión, 2010 ed.). Buenos Aires [etc.]: Paidós.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
-

- 
- Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V., & Soriano Miras, R. M. <sup>a</sup>. (2006). *Teoría fundamentada grounded theory: La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional (1a. ed.)* (Colección cuadernos metodológicos, 37) CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ulrich, B. T. (1996). *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*. Barcelona [etc.]: Masson.
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional* (1a, 4a reimp ed.). Madrid: Síntesis.
- Varguillas, C. (2006). El uso de ATLAS. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto pedagógico rural el Mácaro. *Laurus*, 12(Ext)
- Weber, M., 1864-1920, & Abellán, J. (2007). *La política como profesión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Wojtyla, K., & Burgos, J. M. (2014). *Persona y acción* (2<sup>a</sup> ed.). Madrid: Palabra.
-



# ANEXOS

---





## ANEXOS

## ANEXO A. ACREDITACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



Universidad  
Rey Juan Carlos

Rectorado

D. José Luis del Barrio Fernández, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**MODELO LEAN Y CULTURA HOSPITALARIA. ENFOQUE CUALITATIVO**

**Con número de Registro interno: 37/12**

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el participante.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuya investigadora principal es la **Dña. M<sup>a</sup> JESÚS GÓMEZ CAMUÑAS** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URJC

Lo que firmo en Móstoles a 22 de Noviembre de 2012

Firmado: D. José Luis del Barrio Fernández



**ANEXO B. NOTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN AL PERSONAL DE LA UNIDAD**

# REUNIÓN: PRESENTACIÓN DE INVESTIGADORA

Me llamo M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas, trabajo en el Hospital Universitario La Princesa de Madrid, voy a realizar la investigación de mi Tesis Doctoral, perteneciente a la Universidad Rey Juan Carlos, en el Servicio de... del Hospital Universitario...

El estudio se centra en comprender COMO SE ESTABLECEN LAS RELACIONES LABORALES entre los profesionales.

“Se ha visto en artículos científicos publicados referentes a la implantación de modelos organizativos en otros países que la clave del éxito residía en la cultura laboral”, de ahí mi interés en conocer si podemos hacer mejor nuestro trabajo.

NO EVALUO vuestra labor profesional, sino a través de la observación me acerco a vuestra realidad y mediante entrevistas vosotros podéis explicar hábitos, costumbres y creencias laborales que poseéis.

Esto lo realizaré acudiendo a la unidad una vez en semana, durante dos horas aproximadamente, en un principio en el turno de mañana, para luego pasar al turno de tarde, durante un tiempo que irá de tres a cinco meses.

Las entrevistas serán grabadas, luego se transcribirán y se les dará a los entrevistados para que les den el visto bueno, destruyéndose las grabaciones.

Toda la información recogida y aportada por los participantes es confidencial, respetando las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99), se explicará el estudio personalmente, firmando un consentimiento informado de manera previa a cualquier toma de datos.

Muchas gracias por vuestro tiempo y colaboración.

Si necesitarais resolver cualquier duda o aportar sugerencias podéis hacerlo personalmente o a través de mi correo electrónico: [mgcamunas@salud.madrid.org](mailto:mgcamunas@salud.madrid.org)

---

**ANEXO C. NOTA EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS DEL SERVICIO****REUNIÓN:****PRESENTACIÓN DE INVESTIGADORA**

---

El día 12 de Noviembre me he presentado al personal del Servicio de..., explicando en que va consistir mi investigación.

Para las personas que no han podido acudir, he dejado folletos informando de los aspectos tratados en la reunión a vuestros compañeros y al supervisor de la unidad.

De todas formas me podréis ver por la unidad y consultarme cualquier duda al respecto, mi nombre es M<sup>a</sup> Jesús.

Muchas gracias por vuestro tiempo y colaboración.



## ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO EN EL ESTUDIO.

Consentimiento informado para participar en el Proyecto de Investigación: **Modelo Lean y cultura hospitalaria. Enfoque cualitativo**

Mediante la firma de este documento D/Da. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, otorga su consentimiento para participar como entrevistado/a en el proyecto referido dirigido por D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas, doctoranda de la Universidad Rey Juan Carlos (Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Psiquiatría y Pediatría).

La investigación se realizará en el Hospital... la comunidad de..., España.

Los objetivos de este estudio son:

- a) Describir el perfil axiológico de la cultura organizacional de un hospital público y su influencia en la gestión de procesos.
- b) Describir el establecimiento de las rutinas, comportamientos, hábitos, que se aprecian en la organización estudiada.
- c) Realizar un análisis del compromiso de los trabajadores con respecto a la cultura organizativa y su repercusión en los procesos de su unidad.
- d) Describir el rol/posición del paciente dentro del proceso.

El diseño será un estudio cualitativo, etnográfico.

*Diseño cualitativo.* Se recogerán datos mediante la aplicación de entrevistas personales, en profundidad no estructuradas y semiestructuradas. En la fase del diseño cualitativo, durante las entrevistas personales el propósito no es juzgar ni opinar sobre los participantes, sino comprender y aprender de sus informaciones.

. "El investigador principal, su equipo y cualquier persona que intervenga en el proyecto está/n obligados legalmente a guardar el secreto y confidencialidad sobre cuantas informaciones y/o datos puedan obtenerse del sujeto por su participación en el proyecto".

Esta investigación se realiza sin ánimo de lucro y sólo con fines de investigación. Los beneficios esperados tras su realización son: en primer lugar, el paciente y los trabajadores de la función pública



designados en hospitales públicos; y, en segundo lugar, pero no por ello menos importante, la sociedad en general.

Se respetarán las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99), garantizando en todo momento la confidencialidad de la información relacionada con su participación en el estudio.

Todo dato personal identificable (como nombre y apellidos, DNI) serán eliminados y se sustituirán por un código alfa-numérico cuyo acceso solo tendrá el investigador Principal y los miembros del equipo de investigación.

Con las garantías legales oportunas, los resultados del estudio podrán ser comunicados a la comunidad científica a través de congresos y publicaciones, garantizando que en todo el proceso de difusión, se omitirá su identidad y cualquier dato personal que pueda facilitar que se le identifique.

Los resultados de la investigación le serán proporcionados si los solicita a la investigadora D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas, quién atenderá cualquier tipo de día o pregunta que tenga que realizarle en relación al estudio. Email:mjesusgomezc@telefonica.net.

Declara que ha recibido suficiente información sobre el estudio y que ha tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y, en su caso, ha recibido respuestas satisfactorias del investigador responsable.

Declara que se le entrega una copia de este documento y que el investigador principal es el responsable de la custodia del documento original de este Consentimiento Informado, debidamente firmado por las partes.

Ha comprendido la información recibida y la decisión que toma es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa y sin que suponga perjuicio alguno.

Declara que se entrega una copia de este documento.

En Madrid, a    de 2012

**ANEXO E. CARTA DE DESPEDIDA AL PERSONAL DEL CAMPO**

Madrid... de...de 201.

***Al personal del Servicio de... del Hospital... de Madrid***

De: M<sup>a</sup> Jesús Gómez Camuñas (Doctorando de la Universidad Rey Juan Carlos)

Con motivo de mi finalización de la estancia en el campo (hospital), me dirijo a todas las personas con las que he tenido la oportunidad de relacionarme durante todo este periodo.

No quisiera irme sin antes despedirme agradeciendo la amabilidad con la que me han tratado, su colaboración desinteresada y el enorme valor que han depositado en esta investigación: Sus conocimientos y experiencias vividas en la organización sanitaria, en concreto en un hospital de gran complejidad de la Comunidad de Madrid.

Me gustaría disculparme si en algún momento he podido causar cierta incomodidad o molestias, no ha sido desde luego mi intención.

Mi más sincera gratitud y ofrecimiento para cualquier cosa, que en un presente o futuro, pudierais necesitar de mí.

*M<sup>a</sup> Jesús*



**ANEXO F. CORREO ELECTRÓNICO DE DESPEDIDA A LOS ENTREVISTADOS**

Buenas tardes...:

No quiero irme sin antes agradecer personalmente tu interés, tiempo y colaboración en mi investigación.

Gracias a tu aportación desinteresada de conocimientos y experiencias, me servirán como datos de la investigación cualitativa que estoy llevando a cabo, ya que sin ellos no sería factible su realización.

Una vez finalizada la tesis remitiré un informe compartiendo los resultados del estudio con vosotros.

Quedo a tú disposición para lo que pueda ser útil.

Recuerdo mis datos de contacto, teléfono (669 69 46 80) y dirección de correo (desde la que os escribo).

Me has hecho sentir muy bien durante mi estancia en la unidad.

Siempre agradecida, recibe un abrazo

*M<sup>a</sup> Jesús*



## ANEXO G. CÓDIGOS CONCEPTUALES

Administrador de códigos [UHT-ATLAS]		475 Códigos	
Códigos Edición Miscelánea Imprimir Visualizar		No hay elemento seleccionado	
		Todos	
		Nombre - Título	
espera {31-31}	festivo {1-4}	hospitalización {3-8}	
esta unidad es así {1-0}	fisioterapeuta {9-28}	huelga {11-19}	
estado físico o psicológico {6-15}	flexible {3-9}	humildad {3-4}	
estamos hablando de un pastiza... {2-4}	fluides {1-4}	identificación {1-5}	
están rotos {2-4}	formación {24-36}~	imagen {29-35}	
estética {7-3}	formación universitaria {3-7}	implicación {93-65}~	
esto es una selva {3-14}	funciones {31-34}~	imposibilidad de curar {1-1}	
estoy cansada {2-6}	frustración {1-1}	impredecible {1-6}	
estoy como "puta por rastrojo" .. {2-12}	gasto {90-55}	incapacidad actividades {1-2}	
Estoy encantada {1-3}	Gerente O. {15-40}	incertidumbre {6-10}	
estoy muy bien aquí. {2-2}	gestión {15-25}	incumplimiento {21-33}	
estrés {8-15}	gestión privada {5-13}	indefensión aprendida {60-78}	
evadir {5-20}	gestión pública {4-15}	indicador {2-4}	
evaluación {2-2}	gratitud {5-13}	individual {1-3}	
exigente {2-1}	habilidades {1-4}	Individualismo {76-61}	
experiencia {38-62}~	habla con todos {2-5}	ineficiencia {18-39}	
exteriorización de sentimientos {2-3}	higiene {7-4}	información {31-40}	
externalizar {3-6}	historia {2-5}	infrautilizado {2-7}	
ética {17-21}	horario laboral {7-7}	Inglaterra {1-3}	
falta de consideración {27-44}	hospital grande {101-62}	iniciativa {1-2}	
falta de vigilancia {67-46}	hospital pequeño {134-65}	inseguridad {2-12}	
faltas {27-29}	hospital pequeño O. {3-6}	institutos {1-5}	
familia médico {1-0}	hospital privado {6-15}	interés particular {149-111}~	
familiar {53-57}	hospital público {213-89}	intolerancia {1-8}	
feliz {6-16}	hospitales concertados {12-10}	investigación {8-12}	



---

**ANEXO H. DOCUMENTO DE CITA CODIFICADA****Cita seleccionada (Versión extendida)**

---

UH: ATLAS

File: [C:\Users\María Jesús\Documents\Doctorado\ATLAS.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2015-01-22 19:38:59

---

**P22: 22 OB H1 25-1-2013 MI DÉCIMO OCTAVO DÍA EN EL CAMPO (2H y 23 minutos desde las 14.51-17.14).docx -****22:28 [Se pone a reponer medicación,..] (73:75) (Super)**

Se pone a reponer medicación, que por lo que observo son psicofármacos, que están dentro de un armarito con llave.

Le pregunta a Juana (enf): ¿sabes dónde están los chupa Chus-fentanilo-, que te di en mano el otro día?

Juana:-Yo los guardé-comienza a buscarlos por el armario e incluso por la nevera-lo busco aquí por si alguien no lo sabía y lo ha guardado aquí- la nevera contiene medicación y yogures y bebidas, que parece no ser de los pacientes, tiene un grosor de hielo el congelador, considerable.

**Códigos:** acción enfermero, acción supervisor, autoridad, comunicación, coste económico, criterios, despilfarro, dinero, disciplina, experiencia, gasto, ineficiencia, normas, organización hospital, organización unidad, sentir sometimiento, Supuesto, tiempo, trabajador

**Memo:**[¿La supervisora al servicio de...?] [¿Existe disciplina?] [¿Los trabajadores están implicados con el coste del material?] [¿Qué es lo que ocurre con la disciplina en el trabajo?] [Ausencia de control / vigilancia] [Comunicación entre profesionales escasa, repercusión en la organización...] [El beneficio del tiempo para la organización] [La supervisora al servicio de los trabajadores] [La supervisora coloca los psicofármacos en pastilleros] [La supervisora no está cerca de la organización del trabajo] [La supervisora tiene una actitud complaciente]



con el desorden y paternalista] [El tiempo de La supervisora dedicado al trabajador] [Falta de reconocimiento de autoridad] [Interés de la supervisora por su unidad] [La no comunicación de lo que hace cada profesional] [La praxis realizada según mis criterios personales] [No cuidado del material] [No se corrige la mala praxis para evitar conflictos] [Variabilidad en la forma de trabajar]

**MEMO: ¿La supervisora al servicio de...? (Super, 2014-02-17 20:47:11)**

Tipo: metodológico

**MEMO: ¿Existe disciplina? (Super, 2014-02-21 19:47:24)**

Tipo: metodológico

Los uniformes que no identifican al personal que está cuidando o tratando a los pacientes, la apariencia personal se traslada al ámbito profesional.

**MEMO: ¿Los trabajadores están implicados con el coste del material? (Super, 2014-02-19 21:33:30)**

Tipo: metodológico

**MEMO: ¿Qué es lo que ocurre con la disciplina en el trabajo? (Super, 2013-08-25 22:04:23)**

Tipo: metodológico

**MEMO: ausencia de control / vigilancia (Super, 2013-08-11 10:51:18)**

Tipo: teórico

Manifestado por la aparición de actitudes no auténticas, de no participación. (Juan Pablo II, 2011: 409-411).

**MEMO: Comunicación entre profesionales escasa, repercusión en la organización... (Super, 2014-03-03 22:43:22)**

Tipo: comentario

**MEMO: El beneficio del tiempo para la organización (Super, 2013-08-03 20:43:59)**

Tipo: teórico

El beneficio del tiempo introducido en la rutina

**MEMO: La supervisora al servicio de los trabajadores (Super, 2014-03-03 23:33:11)**

Tipo: comentario

**MEMO: La supervisora coloca los psicofármacos en pastilleros (Super, 2014-04-15)**

23:02:02)

Tipo: observacional

**MEMO: La supervisora no está cerca de la organización del trabajo (Super, 2014-04-16 23:35:12)**

Tipo: teórico

**MEMO: La supervisora tiene una actitud complaciente con el desorden y paternalista (Super, 2014-05-18 09:31:13)**

Tipo: comentario

**MEMO: El tiempo de la supervisora dedicado al trabajador (Super, 2014-02-18 22:07:01)**

Tipo: teórico

**MEMO: falta de reconocimiento de autoridad (Super, 2014-02-07 20:49:25)**

Tipo: teórico

**MEMO: Interés de la supervisora por su unidad (Super, 2014-02-17 20:06:23)**

Tipo: comentario

**MEMO: La no comunicación de lo que hace cada profesional (Super, 2014-02-23 22:19:12)**

Tipo: comentario

**MEMO: La praxis realizada según mis criterios personales (Super, 2014-02-09 11:36:30)**

Tipo: teórico

**MEMO: No cuidado del material (Super, 2014-02-22 20:18:58)**

Tipo: comentario

**MEMO: No se corrige la mala praxis para evitar conflictos (Super, 2014-02-09 19:55:57)**

Tipo: teórico

**MEMO: Variabilidad en la forma de trabajar (Super, 2014-02-21 20:10:56)**

Tipo: teórico

**Familia de memos:** Ausencia de control, organización, poder, interés particular, irresponsabilidad, dinero, trabajador, paciente

**Red:** 22:28 El trabajador hace lo que cree conveniente con el beneplácito de la supervisora

**Híper-vínculos:**

22:29 Teresa (superv.): -Yo te lo digo L... <Desarrolla>

**[Contenido para cita vinculada "22:29"]**

Teresa (superv.): -Yo te lo digo Juana, por si os hace falta este finde y no tenéis. (Se justifica)

Juana: -La paciente que los toma le da una chupada y se los guarda.

**Códigos:** acción enfermero, ausencia control, autoridad, coste económico, dinero, dolor, gasto, negligencia, organización unidad, Paciente, recursos personales o materiales, seguridad, trabajador

**Memo:** [¿La supervisora al servicio de...?] [Acciones no seguras] [Actitud complaciente de la supervisora ante negligencia] [La supervisora al servicio de los trabajadores] [La supervisora no está cerca de la organización del trabajo] [La supervisora tiene una actitud complaciente con el desorden y paternalista] [No control del manejo del dolor]

**Familia de memos:** Ausencia de control, control, irresponsabilidad, formación, trabajador, paciente, poder, organización, interés particular, dinero

**Red:** 22:29 Ausencia de control del dolor repercusión en el paciente y en el gasto

**Red:** 22:29 Ausencia de control del dolor ruptura del paciente con el profesional y la organización

22:29<apoya> 22:30 Teresa (superv.): -¡Oye, Juanita (enf)!-lo d.

Teresa (superv.): -¡Oye, Juanita (enf)!-lo dice en diminutivo el nombre-He estado mirando lo de las noches, puse el patrón y no me salía, como mínimo son dos noches, sino se pondrían...

Juana: -Bueno, si no puede ser..., que se le va a hacer...,

**Códigos:** acción enfermero, acción supervisor, dinero, organización unidad, planillas, tiempo, trabajador

**Memo:** [¿La supervisora al servicio de...?] [El tiempo de la supervisora dedicado al trabajador] [El tiempo de la supervisora sustraído por el trabajador] [El tiempo del trabajador]

sustraído con las planillas] [Lo importante es el trabajador para La supervisora] [Lo importante para el trabajador es la planilla].

**Familias de memos:** Ausencia de control, control, irresponsabilidad, trabajador, paciente, poder, organización, interés particular, dinero

<apoya> 22:31 voy a preguntar a la señora po...

**[Contenido para cita vinculada "22:31"]**

voy a preguntar a la señora por si se los han dejado todos.

**Códigos:** acción enfermero, ausencia de control, autoridad, buscarse la vida, caos, desorden, dinero, falta de vigilancia, gasto, interés particular, negligencia, organización de la unidad, paciente, praxis, responsabilidad, sumisión, supuesto

**Memo:** [¿Los trabajadores están implicados con el coste del material?] [Ausencia de control / vigilancia] [La supervisora no está cerca de la organización del trabajo] [La supervisora tiene una actitud complaciente con el desorden y paternalista] [La desorganización asumida en la praxis] [No control del manejo del dolor] [No se corrige la mala praxis para evitar conflictos]

**Familias de memos:** Ausencia de control, control, irresponsabilidad, trabajador, paciente, poder, organización, interés particular, dinero

**Red:** 22:31 Acciones no responsables llevan al desorden: al caos



ANEXO I. IMAGEN DE UNA CITA CODIFICADA

The screenshot displays a software interface for text analysis. On the left, a document window titled 'P74: 74 H2.08 21-11-2013 MI UNDECIMO DIA EN EL CAMPO (1 H y 07 minutos desde 16.54- 18.04).docx' contains text with several segments highlighted in yellow. On the right, a list of codes is generated for each highlighted segment, with some codes having small red icons next to them. The interface includes a menu bar at the top with options like 'Proyecto', 'Edición', 'Documentos', 'Citas', 'Códigos', and 'Ayuda'. A toolbar with various icons is located below the menu bar. The status bar at the bottom shows the file name and path.

Line Number	Text Segment	Generated Codes
137	Esther (alumna): Yo tuve a mi padre muy enfermo y lo que ví no me gustó, yo creo que a los pacientes no se les debe tratar así y por eso decidí ser enfermera, para que no se les trate mal	acción enfermero~ alumna dinero~ dolor~ formación~ gasto
138	Yo: ¿Qué viste?	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
139	Esther: Trataban mal a los pacientes, era como que los pacientes les estorbaban	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
140	Yo: ¿qué edad tenías?	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
141	Esther: Nueve	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
142	Yo: ¿Cómo una niña de nueve años se da cuenta de eso?	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
143	Esther: Eso me marcó mucho, mi padre falleció... Si los pacientes te llaman no lo hacen para fastidiarte, necesitan algo... -Raquel (alumna) manifiesta la misma opinión-	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
144	Yo: ¿Qué profesionales eran los que trataban mal, los médicos, los enfermeros?	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto
145	Esther: Los médicos, como yo no los veía, porque iba a las visitas..., a quien veía era a los enfermeros... Por eso decidí ser enfermera, para que no se les trate mal.	acción enfermero~ alumna ausencia control~ dinero~ dolor~ formación~ gasto



ANEXO J. EJEMPLO DE RED SEMÁNTICA DE UNA CITA

