

**IMPLICACIONES DEL RELACIONAMIENTO ENTRE EL EQUIPO DE SALUD
EN EL MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE**

Tatiana López López

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
UNIVERSIDAD EAFIT
Medellín
2016**

**IMPLICACIONES DEL RELACIONAMIENTO ENTRE EL EQUIPO DE SALUD
EN EL MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE**

Tatiana López López
tlopezlo@eafit.edu.co

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR
AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN

Asesor temático: Carlos Mario Betancur Hurtado
M.D.H.O.

Asesora metodológica: Mónica Henao Cálad
Ph.D., MSc.

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
UNIVERSIDAD EAFIT
Medellín
2016**

CONTENIDO

RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Situación de estudio y pregunta	7
1.2. Objetivos	10
1.3. Justificación del trabajo.....	10
1.4. Contenido del informe	11
2. CONCEPTUALIZACIÓN	11
2.1. Estado del arte	13
2.2. Teoría del poder	20
2.3. Cultura	28
2.4. Las organizaciones.....	35
3. METODOLOGÍA	37
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	39
5. CONCLUSIONES	53
Referencias bibliográficas	55
ANEXO 1: ENCUESTA	61

TABLAS

Tabla 1. Relación objetivos y tipo de Investigación	38
---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1. Profesión personal asistencial encuestado	39
Gráfico 2. Años de Experiencia Laboral personal asistencial encuestado	40

Resumen

La forma como se relaciona el personal que conforma el equipo de salud, a saber, médico y paramédico, influye en el curso del tratamiento brindado al paciente. Conocer cómo es dicha relación y cuáles son las repercusiones que se derivan de ella se torna no solo interesante, sino también esencial para la adecuada gestión de los procesos asistenciales en los hospitales, en el marco de una política de seguridad y calidad para el paciente.

Así las cosas, con el presente trabajo se pretende abordar la relación entre el equipo asistencial, a partir del análisis desde las dimensiones del poder y la cultura, en aras de establecer las implicaciones que dichas interacciones acarrearán en el proceso de atención en salud para el paciente, y de proponer elementos que permitan mejorar dichos comportamientos en torno a políticas seguras de gestión asistencial en el marco del desarrollo de la teoría administrativa y organizacional.

Palabras clave: personal médico, personal paramédico, cultura organizacional, relaciones de poder, seguridad del paciente

Abstract

The way that the staff that makes up healthcare teams relate to each other, that is to say doctor and paramedic, influences in the course of treatment provided to the patient. Knowing how these relationships work and the implications that derive from them, is not only interesting but also essential for the proper management of care processes in hospitals, as part of a policy of safety and quality for the patient.

Given the latter, the purpose of this investigation is to address the relationship between the care team starting from the analysis of the dimensions of power and culture, in order to establish the implications that these interactions carry through the health care process for the patient. Additionally, to propose elements that allow the improvement of such behaviors revolving around safe care management policies within the development of administrative and organizational theory.

Key words: medical staff, paramedic staff, organizational culture, power relationships, patient safety

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación de estudio y pregunta

A lo largo de la historia, y derivado de la forma cómo surgió la medicina, el médico ha tenido un papel preponderante sobre las demás ciencias de la salud. Si bien el paciente es el eje central de la relación asistencial, también lo es que las interacciones entre el equipo de salud tienen repercusiones positivas o negativas frente al paciente, dependiendo del desenvolvimiento de dicha relación.

En consecuencia, aunque tanto el equipo médico como el paramédico tienen como eje fundamental el bienestar del paciente, y bien podría decirse que al tratarse de la misma área (la salud) debiese hablarse un mismo lenguaje que no diese lugar a problemas de comunicación ni a relaciones asimétricas, en la realidad es posible que el equipo asistencial se encuentre inmerso en situaciones complejas derivadas de las interrelaciones entre ellos, que si no son bien manejadas, pueden repercutir negativamente en el paciente.

Al respecto, son varias las investigaciones que han revisado cómo es la relación entre profesionales médicos y paramédicos, entre el equipo asistencial y los pacientes, e incluso, entre sus familiares y sus cuidadores. Un ejemplo de ello se encuentra en un estudio realizado con el fin de determinar los factores que influyen en la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes pediátricos hospitalizados, y cuyos resultados permitieron reafirmar la importancia de una adecuada comunicación en la relación entre el equipo de salud, el paciente y su familia:

En este estudio, se logró comprobar que cuando la interacción entre profesionales, sólo se realiza de manera puntual, es decir, con el fin de demandar información rápida, técnica y precisa del estado de los pacientes, se dificulta el proceso de retroalimentación, y esto puede ocasionar pérdida de información relevante para la atención del niño (Noreña y Cibanal, 2008, p. 75).

Como se puede observar en la investigación *Attitude of physicians and nurses to innovations in the nursing field. Analysis of the role of the pediatric nurse* (Smith, Blackman, & Sussman, 1973), existe cierta resistencia por parte del equipo médico en cuanto a permitir la participación plena del equipo paramédico (en este caso, enfermería) para el manejo de enfermedades graves, aún si estas no suponen complicaciones.

Inclusive, estándares de acreditación internacional como los consignados por *Joint Commission International*, ente certificador de hospitales y clínicas a nivel mundial, en la quinta edición establecen la importancia de una adecuada comunicación entre el equipo asistencial, de cara a lograr una mejor evolución en el cuadro clínico del paciente (Joint Commission International, 2014).

Así, el estándar IPSCG (objetivos internacionales para la seguridad del paciente), en su segundo objetivo establece expresamente la necesidad de mejorar la comunicación efectiva: “La comunicación eficaz, que debe ser oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por el receptor, minimiza los errores y mejora la seguridad del paciente” (Joint Commission International, 2014, p. 25).

Pero, ¿qué es lo que sucede? ¿Por qué, a pesar de que los estándares de calidad tanto nacionales como internacionales establecen la importancia del adecuado relacionamiento entre el equipo asistencial, en la práctica no siempre esto se lleva a cabo?

La búsqueda de la respuesta a estos interrogantes conduce a pensar que quizá la relación entre el equipo de salud repercute en el manejo y tratamiento que se le dé al paciente, lo que conlleva, a su vez, a establecer la pregunta del presente trabajo: ¿Cómo la forma de relacionamiento entre el equipo de salud (personal médico y paramédico) repercute en el tratamiento asistencial del paciente?

Así las cosas, con el presente trabajo se pretende revisar cómo es la relación entre el equipo asistencial, su interacción, tanto desde la teoría del poder como desde la cultura, para entender las implicaciones en el marco del proceso de atención en salud.

Para ello, con base en las principales acepciones que diferentes autores han esgrimido acerca del poder (Dahl, 1957; Bachrach & Baratz, 1962; Lukes, 1985; Foucault, 1976), y en

concordancia con un análisis de sus dimensiones y de sus fuentes, se estudió la relación entre el equipo médico y paramédico que interviene en el proceso de atención en salud; esto, con el fin de comprender cómo es ese relacionamiento y si es simétrico o asimétrico,¹ y de ser esto último, cómo se evidencia y cuáles son sus repercusiones frente al paciente.

También es necesario efectuar un análisis a nivel cultural, para entender las implicaciones que la cultura tiene en la forma de relacionarse entre los actores de la prestación del servicio de salud, de cara a la atención asistencial al paciente. En consecuencia, se efectuó un análisis de dichas relaciones a partir del aspecto cultural, previo estudio de las principales escuelas que algunos de los autores más destacados han establecido sobre la cultura (Malinowski, 1944; Radcliffe-Brown, 1972; Smircich, 1983; Wallace, 1972; Geertz, 1973; Hofstede & Hofstede, 2005; White, 1949), con igual finalidad que el anterior: comprender cómo la cultura incide en la forma de relacionarse entre el equipo de salud, y las implicaciones que esto conlleva para la atención y el desenlace asistencial del paciente.

Una vez realizado el análisis al nivel teórico, se entrevistó a médicos y personal paramédico de instituciones de salud de Medellín, por medio de encuestas semiestructuradas y, de acuerdo con sus percepciones, se correlacionaron sus apreciaciones y vivencias compartidas, en contraste con el estudio previamente desarrollado, lo que arrojó las conclusiones que se declaran en esta investigación.

La presente investigación es de corte cualitativo con un enfoque correlacional, en la medida en que busca establecer las relaciones entre los análisis conceptuales, las percepciones recogidas y las incidencias que en conjunto tienen en el proceso de atención en salud de los pacientes.

¹Por relacionamiento simétrico se entiende aquel en el que ambas partes de la relación son valoradas entre sí, guardando las mismas condiciones sin que haya una presión de la una sobre la otra. Por el contrario, la relación asimétrica se presenta cuando en el proceso de interacción una de las partes sobrepone sus intereses, ideas y conceptos por encima de la otra, de forma tal que se ejerce una especie de subordinación derivada del temor referencial, como una manifestación de poder, o por costumbre.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar, a partir de los actores del proceso y desde el análisis del comportamiento cultural y teoría del poder, las implicaciones que tiene sobre el paciente la relación entre el equipo médico y paramédico, en instituciones de salud de Medellín.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar las relaciones entre equipos de trabajo, desde la teoría del poder y la cultura.
- Analizar las relaciones entre el equipo de salud, a partir de la categorización elaborada para los equipos de trabajo.
- Indagar si el equipo de salud, a partir de sus percepciones, establece relación entre su interacción y el manejo asistencial brindado al paciente.
- Correlacionar las implicaciones que el desenvolvimiento de la relación entre los integrantes del equipo de salud tiene frente al paciente, a partir de los hallazgos y conclusiones obtenidos a través de los procesos de análisis y de indagación planteados.

1.3. Justificación del trabajo

Desde la teoría administrativa y organizacional, se encuentran elementos que permiten analizar las relaciones entre los equipos de trabajo, para determinar, según el ámbito de estudio, cómo se comportan, cómo se manifiestan y cuáles son sus repercusiones (Hall, 1996).

A partir de la teoría del poder, se busca describir cómo es la interacción entre el equipo asistencial, para establecer si las relaciones son simétricas o asimétricas, y su impacto frente al manejo del paciente.

Así mismo, es necesario abordar a través de la cultura los elementos que permitan explicar por qué se da la interacción en determinadas condiciones, cómo el efecto cultural tiene incidencia en el relacionamiento y cuáles son sus repercusiones frente al manejo asistencial del paciente.

Por último, toda vez que se trata de procesos de relacionamiento interdisciplinarios, es necesario contrastar los análisis teóricos planteados frente a los resultados obtenidos de las percepciones de los actores del proceso, con el fin de determinar las implicaciones que su comportamiento como equipo de trabajo, desde el aspecto cultural y desde la teoría del poder, representan frente al manejo y desenlace asistencial del paciente.

1.4. Contenido del informe

Con la presente investigación, a partir de la teoría del poder y de la cultura, se muestra cómo la forma como se relaciona el equipo de salud (personal médico y paramédico) tiene incidencia en el curso del tratamiento asistencial del paciente; este estudio está basado no solo en planteamientos teóricos, sino también en el análisis de las percepciones y experiencias de 15 profesionales de la salud, de instituciones prestadoras de servicios de salud de Medellín, que, de manera libre y voluntaria, disertaron al respecto.

2. CONCEPTUALIZACIÓN

Si bien es cierto que en el campo de la salud el paciente es el eje en el modelo de atención asistencial (Ministerio de la Protección Social, 2008), y como tal, todos los actores deben trabajar en procura de su recuperación, también lo es que, tratándose de profesiones complementarias pero al mismo tiempo disímiles, donde cada uno de los actores del sistema tiene sus propios roles y responsabilidades, se hace necesaria la interacción entre

estos de forma tal que, mediante una adecuada gestión del conocimiento, un verdadero trabajo en equipo, para así brindar un tratamiento asistencial pertinente y seguro.

Y es que partiendo del nacimiento de la medicina, en donde en culturas primitivas el chamán —investido de autoridad “sacerdotal”— fungía al mismo tiempo como médico, era aquel ser que con sus brebajes y preparaciones podía curar y salvar a los miembros de la comunidad, pasando por culturas donde el médico era una especie de artesano, hasta aquellas épocas en las cuales eran los sacerdotes quienes volvían a dispensar los servicios asistenciales, el médico-filósofo, el juramento hipocrático, se ha visto la preponderancia del médico y su representatividad y autoridad dentro de la sociedad (Lázaro y Gracia, 2006).

No en vano, con un modelo paternalista, era el médico quien decidía por el paciente, aún sin este estar plenamente convencido de ello, toda vez que se entendía que el médico, al ser el dueño del conocimiento, del poder y de la autoridad, era el encargado de definir la conducta que se debía seguir. Ejemplos de la historia de la medicina que permiten entender el porqué de esa hegemonía se encuentran en trabajos como los tres volúmenes de: *Historia de la Medicina en Colombia* (Quevedo, et ál., 2007; 2008; 2010).²

Ahora bien, paralelamente la medicina se ha valido de otras ciencias de la salud para conformar el equipo asistencial, lo que ha generado relaciones asimétricas precisamente derivadas del surgimiento de la medicina y del posicionamiento entre unas y otras. En consecuencia, se hace necesario hacer un análisis de las interacciones que se presentan al interior de ese equipo, acudiendo para ello a la teoría del poder, con el fin de identificar cómo son esas relaciones y qué tanto puede predicarse o no su simetría y los efectos de la misma en el proceso de atención al paciente, así como desde la cultura y los elementos que esta comporta, y la forma como impacta en el manejo asistencial.

²Para mayor ilustración, pueden consultarse los tres volúmenes de la obra *Historia de la Medicina en Colombia*: volumen 1: Prácticas médicas en conflicto (1492-1782) (2007); volumen 2: De la Medicina Ilustrada a la Medicina Anatomoclínica (1782-1865) (2008); y, volumen. 3: Hacia una profesión liberal (1865-1918) (2010).

2.1. Estado del arte

Realizar un análisis de las implicaciones que el relacionamiento del equipo asistencial conlleva para el paciente implica indagar acerca de la existencia de investigaciones y trabajos que se hayan desarrollado al respecto, con el fin de establecer si, luego de efectuadas las entrevistas semiestructuradas y de haber contrastado la información recabada, a la luz de la teoría del poder y de la cultura, se encuentran elementos similares que permitan evidenciar un patrón de comportamiento, y a partir de ello, sacar conclusiones.

En consecuencia, a continuación se relacionan los principales trabajos e investigaciones consultados:

- *El poder en las interacciones comunicativas de las organizaciones* (López-Franco, 2011): a través de este artículo, la autora suministra elementos teóricos que permiten entender cómo se manifiestan las relaciones de poder en las interacciones comunicativas de las organizaciones:

El trabajo en las organizaciones es una acción social que opera gracias a los hombres y a sus complejas relaciones con el lugar donde se lleva a cabo, con los objetos que manipulan, con los símbolos que deben comprender y con otros hombres con quienes deben compartir en cooperación y continua negociación. Es en el trabajo donde todas estas relaciones, representadas en hablas, contienen prácticas de poder determinadas por los sujetos y sus roles. El trabajo es remunerado con dinero, con avances en las líneas de la organización, con el prestigio, pero también es la oportunidad para entablar acciones críticas con otros, para aprender a trabajar con otros y para otros. Esa cantidad de acciones que implica trabajar convierten al trabajador en hacedor de prácticas discursivas que debe socializar continuamente, y aprenderlas de cara a mantener la estabilidad laboral. Cuando la pierde, cuando no es posible un ambiente laboral en el que la palabra empeñada sea cumplida y donde los sujetos actúen siempre unos contra otros, es cuando se deben revisar las prácticas de interacción(p. 185).

- *El concepto de poder en las organizaciones: bases analíticas* (Dávila, 2014): esta tesis de maestría muestra la importancia del concepto de poder en las organizaciones, y

sugiriendo que su comprensión y análisis se tornan en una herramienta que permite un mejor entendimiento de la práctica administrativa, gracias a su utilización como mecanismo para lograr mejorar la forma como se comportan las personas en las organizaciones.

- *Actitud de médicos y enfermeras en relación con innovaciones en enfermería-Análisis del papel de la enfermera pediátrica* (Smith, Blackman, & Sussman, 1973): como se mencionó previamente, este estudio evidenció la existencia de cierta resistencia por parte del equipo médico de permitir la participación plena del equipo paramédico (en este caso, de enfermería), para el manejo de enfermedades graves, aún si estas no suponen complicaciones.

Tanto los médicos como las enfermeras aceptan ideológicamente la ampliación del papel de la enfermera. Sin embargo, la aceptan sólo en una manera general y difusa, pues cuando se trata de aspectos específicos, sus actitudes difieren. Los médicos no favorecen tanto como las enfermeras los factores específicos envueltos en el cambio. Un punto estratégico en el cual este nuevo tipo de enfermera pediátrica está cambiando su papel tradicional está relacionado con su habilidad de tratar independientemente casos de varias enfermedades que no tengan complicaciones adicionales. El rechazo de los médicos a delegar participación en el diagnóstico y tratamiento no permitirá que ocurra un cambio importante; sin embargo, su aceptación a delegar atención de enfermedades y tareas seleccionadas es, tal vez, indicación del desarrollo de una tendencia en la cual los médicos estarán menos aferrados a los medios acostumbrados de impartir cuidados de salud. Para que el estudio del cambio en las relaciones sociales pueda comprenderse a cabalidad será necesario hacer una distinción entre la, “estructura” y el “contenido”. El cambio social no se produce simplemente mediante cambios en los elementos estructurales. El verdadero cambio ocurre tanto a nivel general como a nivel específico.

Si se va a institucionalizar el papel tradicional de la enfermera, será necesario vencer la resistencia que muestran individuos que ocupan ciertos cargos en su medio de trabajo. En este estudio se ha encontrado que los cambios se producen con diferente profundidad, y que las actitudes hacia los cambios varían de acuerdo con la clase de cambio y con la naturaleza de la posición, ya se trate de un médico o una

enfermera. Sólo porque la relación tradicional del médico y la enfermera pueda estar impidiendo la prestación de cuidados integrales de salud adecuados a una gran cantidad de niños, no se producirá el cambio. Las tensiones de las posiciones y los conflictos consecuentes pueden ser parte del comportamiento social sin alterar la organización, la posición y las funciones (13). Hasta tanto los médicos no cambien sus actitudes hacia asuntos específicos relacionados con un cambio de funciones, la atención de casos sencillos, sin complicaciones, y de casos más complicados por parte de la enfermera pediátrica, no se producirá un cambio social (p. 88).

- *Significado que tiene la cultura organizacional para los colaboradores de la organización. Un estudio de caso en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín* (Restrepo y Robledo, 2014): en esta tesis de maestría, las autoras buscan comprender si es posible la existencia de una cultura organizacional y si esta permite ser gestionada.
- *Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos* (Fernández, et ál., 2007): este artículo muestra el análisis simbólico dado a la vestimenta de los médicos, y cómo el cambio que este atuendo ha tenido en el transcurso de los años denota relaciones de poder y de cultura, donde el médico tiene un lugar reconocido en la sociedad.

A través de los signos y símbolos se construye un constructo que, en función del significado que en ese momento tenga, puede variar la identificación de un objeto, como en este caso la bata ha ido, a través del tiempo y los símbolos, cambiado de forma y color.

La simbología nos ubica e identifica, con suma facilidad, en el entorno en el que nos movemos, de forma que podamos conocer e identificar en cada momento el significado de lo que estamos percibiendo. En este caso, ha sido la bata blanca, con la que de forma universal se ha conocido un científico o médico (p. 8).
- *Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud* (Paravic, Valenzuela y Burgos, 2004): este artículo, cuyo propósito es conocer la percepción del fenómeno de la violencia desde la óptica de las diferentes categorías de trabajadores de un consultorio de atención primaria de salud, según la percepción de los actores involucrados, evidenció como causales más relevantes de esa violencia la falta de

oportunidad en la atención a los pacientes, el tipo de personalidad del agresor y el abuso del poder de aquellos que ostentan altas posiciones directivas (p. 62). Así mismo, la rivalidad entre profesionales del área de la salud:

Pareciera que existe una lucha por los diversos espacios de poder que se forman adentro de la institución y que históricamente viene arrastrándose desde la medicalización de hospitales e instituciones de salud a través de la técnica del poder disciplinario, donde se mantiene una estructura de poder rígida y hegemónica del médico (Foucault, 1982; Schneider y cols., 1996, en Paravic, Valenzuela y Burgos, 2004, p. 63).

- *Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas* (Hernández, 2003): en palabras del autor, con este artículo se busca realizar un ejercicio de análisis y reflexión de los factores que favorecen la deshumanización en el servicio de salud, y dilucidar los retos y exigencias para una relación asistencial con más calidez humana y de mayor calidad (p. 2). Así, se evidencian factores sociológicos (la crisis de la cultura, la pluralidad de sistemas éticos, las exigencias desproporcionadas, la medicalización de la sociedad), factores inherentes a la estructura del sistema sanitario (inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud, criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud, inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección, excesiva burocratización), factores inherentes a la persona (desequilibrio en la formación académica, la especialización, la medicina defensiva, dificultades en la realización personal, sobrecarga de trabajo y *burnout*, inadecuada relación de poder), factores relativos al paciente y a su medio (desconfianza, falsas expectativas, ejercicio inadecuado de la autonomía), tecnociencia médica y deshumanización.

Para los propósitos del presente trabajo, del artículo de Hernández aquí citado se destaca el análisis realizado referente a la inadecuada relación de poder, en la medida en que demuestra las consecuencias que su uso indebido conlleva para el tratamiento asistencial del paciente:

(...) debido a la excesiva verticalidad de una relación en donde la postura profesional pasa a ser eminentemente coercitiva en lugar de dialogante y persuasiva, no se consigue generar en las personas un compromiso que los lleve al

cambio de actitudes y la promoción de su salud, obteniendo el mejor de los casos solo pasividad y sometimiento. Esto propicia una severa atrofia de la capacidad del paciente para tomar decisiones responsables de manera voluntaria y autónoma en el ámbito del cuidado de su salud, coartando de esta manera su crecimiento personal y perpetuando por ende su estado de dependencia e indefensión (p. 8).

- *La relación médico-enfermo a través de la historia* (Lázaro y Gracia, 2006): en este artículo, los autores hacen un recuento del papel del médico a lo largo de la historia, mostrando cómo el cambio en su concepción y posición en la sociedad comporta una nueva forma de relación médico-paciente, más horizontal y multidisciplinar.
- *Comunicación y colaboración entre enfermeras y médicos* (Rivas, Sinobas y Velasco, 2010): este texto señala que: “El fracaso de enfermeras y médicos en interactuar de una forma coordinada y positiva produce ambientes de trabajo insanos y puede repercutir en el propio paciente” (p. 140), y cuestiona la poca existencia de investigaciones al respecto, así como la falta de estudio y enseñanza desde las facultades de medicina y enfermería. Los autores concluyen que es necesario un enfoque de trabajo en equipo que articule, desde la formación en el pregrado de ambas disciplinas, rondas conjuntas y reuniones periódicas del equipo de salud: “En la medida en que sea más fluida la colaboración y comunicación entre enfermeras y médicos se lograrán aunar esfuerzos por el bien del paciente” (p. 141).
- *Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros* (Vía Clavero, et ál., 2010): esta investigación tiene como objetivo percibir y valorar el trabajo en la UCI y los cuidados de enfermería desde una perspectiva de género, averiguando si estas diferencias se encuentran asociadas a los estereotipos sociales de masculinidad y feminidad. De los resultados arrojados, vale la pena resaltar lo manifestado por el grupo de enfermería entrevistado sobre la relación con el médico:

Esta reivindicación del rol del enfermero también se traslada al equipo multidisciplinario expresado como el deseo y a la vez la exigencia de un reconocimiento a la responsabilidad en la toma de decisiones, cuando la decisión tiene relación con los cuidados enfermeros. Como ejemplo, se propuso el caso de

cómo actuarían en caso de tener que tomar la decisión de realizar la higiene a un enfermo inestable y complicado. La higiene del enfermo es una tarea enfermera, pero en ocasiones algunos médicos dan la orden de no mover al enfermo si está muy inestable. Ante este planteamiento, algunos enfermeros discuten tanto la implicación del médico en una decisión enfermera como la sumisión de algunos enfermeros de no ejercer su trabajo aduciendo razones médicas. Y responden. «A nivel profesional yo soy quien toma la decisión. Lo que no voy a buscar es una orden médica, alguien que esté por encima mío para que me diga que no puedo lavar al enfermo [...]. Yo, lo que le diga el doctor, no. Él da una orden y yo la puedo acatar o no. Yo, en todo momento, soy consciente de la orden que me da y entonces decido si la acato o no bajo mi responsabilidad». «Yo reivindico mi profesionalidad, asumir una responsabilidad, de la cual yo soy quien más sabe de cuidar a un enfermo». O aquel otro que dice: «No hay ninguna excusa, aunque el enfermo esté grave y haya alguien que busque la excusa de preguntarle al médico [...], hay gente que busca que los médicos los liberen de hacer aquellas higienes costosas y penosas de hacer».

Cinco de las seis enfermeras ante la higiene de un enfermo inestable aceptarían hacer la pregunta al médico responsable y solo una, la más antigua, evita la pregunta y asume la responsabilidad en relación con la experiencia: «Primero miro las posibilidades que tengo. Evidentemente, si el enfermo está muy inestable... si está a seis de tensión no lo moveré, pero si veo que puedo moverlo, pido ayuda a más gente. Otra fórmula es preguntarle al médico, pero entonces sabes que te dirá que no» (p. 109).

- *The two languages of nursing and medicine* (Lynaugh & Bates, 1973): en este artículo, los autores plantean que existe una diferencia en la comunicación de médicos y enfermeras, que incluye la forma de usar las palabras (términos), e incluso la percepción de un mismo proceso de manera distinta, hablando de especies de subculturas (enfermería y medicina). Estas diferencias pueden tener repercusiones en el manejo asistencial del paciente.

- *Solidaridad y ciencia. Reflexiones en el contexto del cuidado de enfermería como interacción comunicativa* (Duque, 2012): en el artículo, la autora plantea reflexiones conceptuales sobre el concepto de cuidado de enfermería y sobre los conceptos de solidaridad e integración social, así como la relación entre verdad y poder, resaltando: “El papel de intérpretes de la diversidad de la antropología médica y la enfermería transcultural” (p. 102) y la necesidad de cuestionar la creencia según la cual la ciencia y la biomedicina deben excluir los saberes que no estén catalogados como científicos (p. 108).
- *Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de salud* (Guillén, 2011): en este estudio se busca establecer la importancia de la comunicación entre el equipo asistencial, y se indaga cuáles son las habilidades de comunicación indispensables en el relacionamiento sanitario, y se concluye, entre otros, que los profesionales de la salud reconocen las habilidades de empatía y de observación, más no la habilidad de expresión, lo que puede dificultar su proceso de comunicación y relacionamiento.
- *Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia)* (Jaramillo, Pinilla, Duquey González, 2004): esta investigación, que busca establecer cuál es la percepción que tiene el paciente frente a la interacción con el equipo asistencial (médico, enfermera, auxiliar de enfermería), concluye que existe una relación más cercana con las auxiliares de enfermería, y entre estas y las enfermeras, pero no así con los médicos, con los cuales se evidencian situaciones de temor reverencial.
- *La interacción comunicativa en el cuidado de la salud* (Peña, Juan y Moreno, 2010): la comunicación en salud juega un papel crucial frente al paciente; por ello, con este artículo se pretende describir cuáles son los elementos esenciales en toda comunicación sanitaria y se establece la importancia de una verdadera interacción comunicativa: “El profesional sanitario, en la interacción comunicativa con el paciente tiene la posibilidad de brindar actividades auténticas, de empatía y reflexión, además de aplicar técnicas del cuidado y potenciar momentos especiales de encuentro” (p. 117).

2.2. Teoría del poder

El poder se manifiesta en el ejercicio del cambio de comportamiento. Técnicamente hablando, el empoderamiento no existe, porque el poder no se tiene, el poder se ejerce. Pero, ¿cómo entender el ejercicio del poder en las relaciones entre el equipo asistencial? Para ello, es preciso dilucidar qué se entiende por poder y establecer los tipos y las fuentes: es decir, de dónde proviene y cómo se obtiene ese poder (López y Gonzales, 2010), y las dimensiones que lo enmarcan; es decir, las distintas maneras de analizar el poder, dependiendo de la situación en particular (De la Rosa Albuquerque, 2008), lo cual permitirá lograr una mejor comprensión de las implicaciones que su ejercicio detenta en el relacionamiento asistencial y su impacto frente al tratamiento del paciente.

2.2.1. Concepto y dimensiones del poder

¿El poder se tiene o se ejerce? ¿Es inherente a la persona o es propio del cargo o de la situación en la que esta se encuentra en determinado momento? ¿Qué permite predicar que alguien ostenta poder y cómo es posible evidenciarlo?

A lo largo de la historia, estas y otras inquietudes han dado pie a un sinnúmero de tratados y discursos tendientes a dar una explicación que satisfaga y permita entender las relaciones de poder que se tejen en la sociedad. Si bien distintos autores han abordado el tema y han planteado diferentes acepciones del poder en términos similares, para los efectos del presente trabajo es necesario abordar algunas de dichas posiciones, en aras de intentar comprender cómo tienen incidencia en el comportamiento entre las personas; específicamente, en un equipo de trabajo de salud médico y paramédico.

La primera definición que se abordará acerca del poder es la de Robert Dahl (1957), politólogo norteamericano (1915-2014), quien plantea que el poder existe gracias al ejercicio; es decir, en una relación entre *A* y *B*, *A* tiene poder sobre *B* cuando logra que *B*, aún a pesar de su resistencia, haga lo que *A* desea. Por eso se afirma que el poder es un ejercicio: en sentido estricto, no se tiene, sino que se ejerce, se da en una relación social; es decir, en una condición de alteridad: para ejercer el poder, se necesita tanto de *A* como de *B*, y se requiere necesariamente una resistencia por parte de *B*; sin esta, no puede decirse

que hay un verdadero ejercicio del poder. También existe un conflicto, fruto precisamente de esa resistencia que busca ser vencida.

Esta acepción de Dahl, vista desde las dimensiones del poder, se enmarca en la *primera dimensión*, en donde la resistencia y el conflicto son vitales para entender la relación de poder: el conflicto es abierto, *B* sabe que *A* está ejerciendo el poder y que él puede oponer resistencia.

En similar posición se encuentra la definición propuesta por Weber, cuando establece que poder, significa: “La probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad” (Weber, 1944, p. 85).

Para Bachrach y Baratz (1962), *A* tiene poder sobre *B* cuando, de manera consciente o inconsciente, le genera barreras de participación a *B*, privándolo de formar parte de la decisión. Inclusive se le quita la posibilidad de resistir, en la medida en que ni siquiera se le permite participar en la arena de las decisiones. De ahí que esta acepción de poder se enmarque dentro de la *segunda dimensión*, según la cual resistencia y conflicto están encubiertos, producto de la marginación que sufre *B*; cuando *B* es consciente de lo que ocurre, es capaz de producir resistencia y generar el conflicto.

A contrario sensu, para Lukes (1985) es necesario no solo entender cómo se obtiene el poder, sino también, más importante aún, comprender cómo se ejerce. Y es que para este autor, cuya visión se enmarca en la *tercera dimensión* del poder, si ninguna de las partes sabe (ni tiene cómo saber) que está en una relación de poder, así se haya modificado la conducta, no puede decirse que se está haciendo un ejercicio del mismo. Si bien puede hablarse de una especie de ‘falsa conciencia’, en la medida en que quien ostenta el poder no lo percibe como tal o no pretende su ejercicio de esa manera, o bien, la contraparte no es consciente del poder que se está ejerciendo sobre él, por ejemplo, por creer que lo que se está haciendo es para su propio beneficio, y no para el del otro, el conflicto, aparentemente nulo, está latente. Esto porque, en el momento en el que una de las partes de la relación adquiera conciencia del ejercicio del poder y, principalmente *B*, sea capaz de oponer

resistencia, el conflicto será manifiesto, lo que a su vez permitirá la construcción del consenso.

Según Foucault (1989), el poder no se tiene *per se*, sino que se manifiesta en virtud de las relaciones sociales. El poder reprime, pero al mismo tiempo produce, permea al individuo como sujeto inmerso en esas relaciones, y quien no puede tratarse de manera aislada. Para Foucault (1989, p. 28), el poder es: “Un conjunto de acciones sobre acciones posibles”, que requiere de la existencia de una resistencia que, a su vez, derive en un conflicto de intereses. Sin conflicto de intereses, no puede hablarse de ejercicio del poder. Es precisamente este autor, cuya concepción de poder se ha encajado dentro de la *cuarta dimensión*, quien ha dedicado parte de su material a analizar el ejercicio de la medicina:

En realidad, la medicina de intervención autoritaria en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo (Foucault, 1976, p. 161).

Así pues, el ejercicio del poder no es ajeno a las relaciones asistenciales, donde un poder de tipo predominantemente autoritario permea las relaciones no solo dentro del equipo asistencial sino, inclusive, de los integrantes del equipo frente al paciente.

Por último, para Morgan (1990, p. 145): “El poder es el medio a través del cual los conflictos de intereses son resueltos en última instancia. En el poder influye quién lo ejerce, qué, cuándo y cómo”, lo que ratifica la premisa que dio inicio a este capítulo: el poder se manifiesta en el ejercicio del cambio de comportamiento.

2.2.2. Tipos de poder

Como se señaló al inicio de este capítulo, es necesario comprender y analizar los tipos y las fuentes del poder; es decir, recogiendo el pensamiento de Mintzberg (1992, p. 1): “Lo que resulta de interés para el estudio del poder en el seno de las organizaciones y su entorno no es dar una definición exacta del concepto de poder sino saber quién lo ostenta, cuándo, cómo y por qué” (citado por De La Rosa Alburquerque, 2008, p. 3).

French y Raven (1959), citados por Hodge y Anthony (1998, p. 316), establecen la siguiente tipología de poder:

- *Poder legítimo o formal*: autoridad formal, rango jerárquico, poder formal, poder del cargo. Es el poder que alguien ostenta por el lugar que ocupa en el organigrama. Este poder legítimo es lo que se llama autoridad. “Jefe”. A logra que B haga lo que él quiere, en virtud de su cargo.
- *Poder de recompensa*: el poder de recompensa permite, como su nombre lo indica, tener la capacidad, a través de estímulos y premios, de lograr que el otro realice comportamientos venciendo su propia resistencia. Es decir, A logra que B haga lo que él quiere, a través de premios y recompensas, los cuales no se refieren necesaria y exclusivamente a incentivos económicos, sino que también pueden ser en especie, de carácter emocional, entre otros.
- *Poder coercitivo o castigo*: en oposición al poder de recompensa, el poder coercitivo conlleva a que el otro despliegue los comportamientos aun a pesar de su resistencia, en virtud de las presiones y los castigos o sanciones que se puedan derivar de su omisión. Es el poder para hacer cumplir e imponer. Así las cosas, A logra que B haga lo que él quiere, porque si no lo castiga. Ese castigo no se refiere necesaria y exclusivamente a sanciones pecuniarias; también puede ser amonestaciones de tipo moral, social, entre otros.
- *Poder de experto*: el poder de experto es aquel que se tiene por el conocimiento y la experticia sobre un tema o área del saber, y aplica tanto porque se tenga el conocimiento como porque se aparente tenerlo. En consecuencia, A tiene poder sobre B gracias a que sabe, conoce, a que A es el experto.
- *Poder carismático*: a logra hacer que B haga lo que él quiere, por su carisma, su don de gentes, por el aprecio y respeto que le tiene B. Es decir, es un poder basado en la propia personalidad de A.
- *Poder referencial*: el poder de referencia o personal consiste en la capacidad de modificar los comportamientos del otro aun a pesar de su propia resistencia, porque este

se siente identificado con el primero. Es decir, A logra hacer que B haga lo que él quiere, porque B se identifica con A, aunque no necesariamente dicha identificación deba hacerse de manera consciente (French y Raven, 1959, citados por Hodge y Anthony, 1998, p. 316).

2.2.3. Fuentes de poder

Si bien en la literatura pueden encontrarse distintas clases de fuentes (López y Gonzales, 2010), que evidencian similitudes entre la tipología previamente enunciada y las fuentes personales de poder, es decir, aquellas a las que el individuo accede porque están relacionadas con la persona, existe un relativo consenso a la hora de establecer que es necesario que el poder emane, surja de alguien o algo y en dicho sentido, se permita su ejercicio.

Siguiendo a Morgan (1990, p. 171), existen múltiples fuentes de poder, entre las que se resaltan catorce:

- *Autoridad formal*: es una forma de poder legitimado, que es respetado y conocido por todos aquellos sobre quienes se tiene injerencia, dentro de la cual puede darse una autoridad carismática (derivada del carisma o don de gentes del individuo que ejerce el poder), una autoridad tradicional (aquella que se da precisamente por costumbre, por rutina, por conservación de valores y tradiciones) y una autoridad burocrática o racional-legal (ejercicio del poder derivado de la adecuada aplicación de las reglas y los procedimientos). Esta fuente de poder, similar a la tipología de poder legítimo de French y Raven (1959), es la que se le otorga al individuo por la posición que ocupa en la organización.
- *Control de recursos escasos*: por recursos escasos no se hace referencia sólo al dinero; se habla de cualquier clase de recurso que sea vital y del cual otro dependa, de forma tal que su control le genere poder a quien detente dicho control.
- *Utilización de la estructura organizacional, leyes y reglamentos*: la fuente de poder se encuentra en la capacidad de utilizar en provecho propio las normas y las estructuras existentes.

- *Control de los procesos de decisión*: es la habilidad para influir en el proceso de toma de decisiones y en los resultados esperados, lo que se traduce en una valiosa fuente de poder. Para tener control sobre los procesos de decisión, es preciso tener control sobre los puntos que se vayan a decidir, los procesos mismos de decisión y los objetivos trazados.
- *Control del conocimiento y la información*: tener acceso de primera mano al conocimiento y a la información más reciente permite la toma de decisiones oportunas y acertadas, que le confieren a la persona que lo detenta la capacidad de dirigir y definir el rumbo de la situación. Así las cosas, controlar la información permite detentar y consolidar del poder.
- *Control de límites o jurisdicciones*: por jurisdicción se hace referencia a las relaciones que se dan entre distintos componentes de la organización. Tener control sobre esas relaciones y sobre su campo de acción, sus límites y sus competencias constituye una fuente de poder para quien detenta dicho control.
- *Capacidad de tratar con la incertidumbre*: esta fuente de poder está relacionada con el poder de experto, en la medida en que corresponde a la habilidad que se tiene para enfrentarse a las adversidades y dudas, que le permiten a quien la detenta asumir la situación y contrarrestar la incertidumbre, y convertirse así en un eje central e indispensable para la organización.
- *Control de la tecnología*: la tecnología permite mejorar las condiciones de vida y la eficiencia en el desarrollo de tareas, y en consecuencia, mejorarla productividad. El control de la tecnología se torna en una fuente de poder, porque a quien la detenta le permite establecer y determinar la forma como deben realizarse las tareas, y manipular la respectiva capacidad productiva. En términos de Morgan: “El tipo de tecnología empleada influye en los modelos de interdependencia dentro de una organización, y de ahí las relaciones de poder entre diferentes individuos y departamentos” (1990, p. 184).
- *Alianzas interpersonales, comunicaciones y control de la “organización informal”*: De acuerdo con Chiavenato (2006), por organización informal puede entenderse el conjunto de interacciones y relaciones establecidas por los diversos elementos

humanos de una organización, la cual surge de manera no planeada. Este tipo de organización se caracteriza por tener relaciones de cohesión o de antagonismo, sus miembros adquieren cierto estatus según su rol y posición dentro de ella, permite la colaboración espontánea entre sus miembros con intercambios mutuamente beneficiosos y puede llegar a generar la posibilidad de oposición a la organización formal, entre otros (p. 112). Así, la creación de alianzas y el control de la organización informal constituyen una fuente de poder, en la medida en que a quien lo detente le permite influir y definir los modelos de actuación y de conducta de ese grupo, al igual que el acceso a información y comunicaciones exclusivas, que de otra manera no serían conocidos ni controlables.

- *Control de las contra-organizaciones*: tener el control de las contra-organizaciones deviene en una fuente de poder, en la medida en que la persona que lo detenta tiene mayor capacidad de negociación, en aras de influir en la organización, bien sea para su propio beneficio o para el de la contra-organización como tal. Un ejemplo de esto se encuentra en los líderes sindicales, quienes adquieren poder en la organización en la medida en que son quienes definen el rumbo de actuación del sindicato (contra-organización), inclusive con la posibilidad de entorpecer el normal desarrollo de las actividades de la organización, su reputación y su estabilidad, entre otros.
- *Simbolismo y manipulación de las ideas*: según Morgan, esta fuente de poder corresponde a: “La capacidad de unos para persuadir a otros para establecer realidades que apoyen los intereses que uno desea perseguir” (1990, p. 189), de forma tal que, a través del manejo de las propias actuaciones, expresiones, decoraciones y formalidades en el trato, entre otras, se logra, bien sea de manera consciente o inconsciente, determinar y definir decisiones y comportamientos del otro, en los términos deseados por quien detenta la fuente de poder.
- *Sexo y control de las relaciones de sexo*: hace referencia a las relaciones de género, a las estrategias masculinas y femeninas y a la tendencia a afirmar que el comportamiento masculino es objetivo, efectivo, lógico y racional, en contraposición al femenino, que es catalogado subjetivo y menos agresivo, lo que llevado al ámbito de los negocios, puede ocasionar discriminaciones laborales según

el contexto o, en caso de ser manejado de forma adecuada, al empleo de las distintas habilidades que cada uno tiene para el logro de objetivos personales e institucionales.

- *Factores estructurales que definen el escenario de acción:* es decir, que la fuente de poder surge gracias al contexto que se presenta y a la forma de aprovecharlo, de forma tal que son esos factores dados en un momento determinado los que permiten ejercer el control y el poder.
- *El poder que ya se tiene:* el ejercer el poder permite aglomerar y detentar un poder mayor, es una especie de sumatoria de fuerzas. Bien sea por la posición que se tiene en la organización (formal o informal), por las calidades personales, por la experticia, el acceso a información y redes importantes, entre otras, el individuo puede hacer uso del poder que ya detenta, y en dicho proceso, lograr incrementarlo (Morgan, 1990, p. 171).

Ahora bien, en lo concerniente a las organizaciones, es evidente que en estas el concepto y el ejercicio del poder no es ajeno. Así, el poder se manifiesta de manera interna y externa, en consonancia con la estructura o con el tipo de organización (relaciones de tipo vertical, de tipo horizontal), lo que permite ejercitarlo de diferentes formas. En términos de (Schvarstein y Etkin (1989):

El orden de una organización es un orden negociado en el marco de las relaciones de poder. La negociación no convoca a las partes en igualdad de condiciones. El peso de instituido [sic] se impone muchas veces sobre la potencia revulsiva de lo instituyente. Sanciones y recompensas, denotadas y connotadas, marginalidades y ostracismos administrados con valor semiótico, con clara intencionalidad de constituirse en señales, son algunos de los mecanismos que se ponen en juego (p. 186).

Es así como en los análisis planteados por los autores previamente citados se evidencia cómo el poder permea a las organizaciones, estableciendo jerarquías y parámetros de conducta, que están alineados con la cultura que se teje al interior de estas. De ahí la

importancia de entender no solo el concepto de poder y sus implicaciones en el manejo de las relaciones interpersonales del equipo asistencial de salud, sino también la cultura y sus diferentes acepciones y aplicaciones en la práctica.

2.3. Cultura

La cultura puede entenderse desde dos posiciones teóricas: (i) como parte integrante del sistema socioestructural, y (ii) como sistema independiente de formación de ideas (Allaire & Firsirotu, 1984, p. 195).

Dependiendo de la posición desde donde se mire, existen diferentes escuelas de pensamiento que permiten comprender el concepto de cultura y sus implicaciones. Así, entre aquellos que adoptan la posición teórica de la cultura como parte integrante del sistema sociocultural, están las escuelas sincrónicas y diacrónicas. En las escuelas sincrónicas, para las cuales el estudio de la cultura se hace en un momento histórico preciso y en un lugar determinado, se encuentran la escuela funcionalista y la escuela funcionalista-estructuralista. En las escuelas diacrónicas, donde el estudio de la cultura se da en su dimensión temporal, así como en el estudio de los procesos esenciales para el desarrollo de culturas particulares, se destacan las escuelas histórico-difusionista y la ecológico-adaptacionista (Allaire & Firsirotu, 1984).

Ahora bien, la segunda posición teórica acerca de la cultura, es decir, la cultura como sistema de ideas, tiene diferentes escuelas de pensamiento: escuela cognoscitiva o etnográfica, escuela estructuralista, escuela de equivalencia mutua y escuela simbólica o simbiótica (Allaire & Firsirotu, 1984).

A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de las escuelas aquí mencionadas.

2.3.1. Cultura como parte integrante del sistema socioestructural

Para quienes entienden la cultura como parte integrante del sistema socioestructural existe un único sistema sociocultural, conformado por lo social y la cultura, los cuales se entremezclan y conviven de manera armónica y coherente, siendo el comportamiento, la expresión de dicho sistema.

2.3.1.1. Escuelas sincrónicas

Para estas escuelas, el estudio de la cultura se hace en un momento histórico preciso y en un lugar determinado.

2.3.1.1.1. Escuela funcionalista

Para la escuela funcionalista, cuyo principal representante es Malinowski (1944), la cultura tiene un fin utilitario, debe servir de instrumento para satisfacer las necesidades fundamentales—tanto biológicas y sociales como psicológicas— del individuo.

La cultura entonces nos aparece primero y principalmente como una vasta realidad instrumental, el cuerpo de los instrumentos y comodidades, los estatutos de la organización social, las ideas y costumbres, las creencias y valores, es decir, todo lo que le permite al hombre satisfacer sus requerimientos biológicos con la cooperación y en un medio remodelado y reajustado (Malinowski B. , 1939, pp. 289-90).

En virtud de dicho carácter instrumental, Malinowski (1944, p. 159) plantea los siguientes axiomas del funcionalismo:

- Se entiende la cultura como un patrimonio universal, en la medida en que el individuo busca la mejor posición para lograr la satisfacción de sus intereses y necesidades.
- Sus componentes, que tienen relación de interdependencia mutua, existen como medio para el cumplimiento de un fin. Es decir, las actitudes, actividades, objetos, símbolos y demás permiten el logro de la satisfacción de necesidades, por lo que

forman parte del día a día de las organizaciones, las instituciones y del individuo mismo. Esto se puede evidenciar en aspectos tales como la educación, la economía, las relaciones y los sistemas de conocimiento, entre otros.

En ese sentido, la cultura adquiere un papel preponderante como medio para lograr la supervivencia de las organizaciones sociales, en la medida en que sirve de instrumento para la satisfacción de las necesidades e intereses de sus integrantes.

2.3.1.1.2. Escuela funcionalista-estructuralista

Según la escuela funcionalista-estructuralista, entre cuyos exponentes se destaca Radcliffe-Brown (1972), la cultura le permite al individuo: asociarse, conformar comunidad mediante la adaptación y adquisición de hábitos, creencias y valores; es decir, de todo un conjunto de características mentales que le posibilitan vivir en sociedad. Así las cosas, la cultura permite la existencia de sistemas integrados con órdenes sociales estables y en equilibrio, a través de la estructura social.

La cultura es uno de los elementos de un sistema social integrado, sistema que igualmente implica una estructura social para mantener un orden social estable y de los mecanismos de adaptación para mantener el equilibrio entre la sociedad y su ambiente físico (Allaire & Firsirotu, 1984, p. 197).

2.3.1.2. Escuelas diacrónicas

Para estas escuelas, la cultura se da en su dimensión temporal, así como en el estudio de los procesos esenciales para el desarrollo de culturas particulares.

2.3.1.2.1. Escuela histórico-difusionista

La escuela histórico-difusionista (Boas, 1911) tiene en cuenta, más que los procesos adaptativos, los factores históricos, que son los que realmente permiten explicar, como una especie de proceso de amoldamiento y asimilación, los cambios que se presentan en la cultura.

Así, por ejemplo, para Boas, la cultura es un sistema de sentidos aprendidos previamente y condicionados históricamente:

Puede definirse la cultura como la totalidad de las reacciones y actividades mentales y físicas que caracterizan la conducta de los individuos componentes de un grupo social, colectiva e individualmente, en relación a su ambiente natural, a otros grupos, a miembros del mismo grupo y de cada individuo hacia sí mismo. También incluye los productos de estas actividades y su función en la vida de los grupos. La simple enumeración de estos varios aspectos de la vida no constituye, empero, la cultura. Es más que todo esto, pues sus elementos no son independientes, poseen una estructura (Boas, 1911, p. 159).

2.3.1.2.2. Escuela ecológico-adaptacionista

A diferencia de la escuela histórico-difusionista, para la escuela ecológico-adaptacionista (White, 1949; Harris, 1982, entre otros) la cultura y el medio social interactúan, se definen y se afectan mutuamente.

En esta medida, la cultura se torna en sistemas de comportamiento que se transmiten socialmente y que permiten la integración de las comunidades a sus medios ecológicos, de donde se genera una relación dialéctica y recíproca entre ambos (Allaire & Firsirotu, 1984, p. 197).

2.3.2. Cultura como sistema de ideas

Para quienes entienden la cultura como un sistema de ideas, esta es concebida como unos sistemas de mecanismos de control que permiten dirigir el comportamiento humano. Así, en términos de Allaire & Firsirotu: “La cultura se construye con concepciones del mundo y con productos simbólicos llegando a ser un contexto dinámico cargado de símbolos, un conjunto de cogniciones funcionales o una estructura mental profunda y subconsciente” (1984, p. 202).

2.3.2.1. Escuela cognoscitiva

Para la escuela cognoscitiva, la cultura se entiende como un sistema de conocimiento que le permite al individuo conocer la forma como debe comportarse; su principal exponente, Goodenough (1975 [1971]) citado por Smircich (1983, p. 348), afirma que la cultura es un sistema de creencias donde se comparte conocimiento, de forma tal que la cultura es algo mental; a saber, todos aquellos conocimientos que se necesitan conocer para comportarse de manera adecuada y conforme a las normas de una sociedad. Por ello, se afirma que la cultura es un producto del aprendizaje humano:

La cultura es algo que se aprende. (...) Los objetos materiales que crean los hombres no son en, y por sí mismos, cosas que los hombres aprendan. Gracias a la experiencia con las cosas que han conseguido sus compañeros, los hombres forman sus concepciones de ellas, aprenden a utilizarlas y descubren cómo hacer las cosas igual que ellos. Lo que aprenden son las percepciones, los conceptos, las recetas y habilidades necesarios: las cosas que necesitan saber con objeto de hacer cosas que cumplan las normas de sus compañeros. (...) Aquí, pues, nos reservaremos el término cultura para lo que se aprende, para las cosas que se necesitan saber con objeto de cumplir las normas de los demás. Y nos referiremos concretamente a las manifestaciones materiales de lo que se aprende como artefactos culturales (Goodenough, 1975 [1971], pp. 190-91).

En dicho sentido, Geertz, al hablar de cultura, hace referencia a esta escuela en su texto *La interpretación de las culturas*, cuando señala que, para la escuela cognoscitiva: “La cultura está compuesta de estructuras psicológicas mediante las cuales los individuos o grupos de individuos guían su conducta” (Geertz, 1973, p. 25).

2.3.2.2. Escuela estructuralista

La escuela estructuralista (Levi-Strauss, 1949) señala que la cultura la conforman sistemas simbólicos colectivos, los cuales, a su vez, son consecuencia de procesos mentales subconscientes:

La antropología cultural tiene el aspecto de una búsqueda de estructuras universales inmanentes y subconscientes. (...) Estos factores universales se encontrarían en la estructura y los procesos mentales. Los productos culturales, a pesar de sus manifestaciones concretas muy variadas, se deben considerar como claves que pueden servir para descifrar el código universal encerrado en el cerebro humano (Allaire & Firsirotu, 1984, p. 204).

Las diferencias culturales son sistemas simbólicos creados por la mente humana. Su diversidad superficial resulta de permutaciones y transformaciones de los mecanismos universales y subconscientes que les dan ciertas características comunes. Como todas las culturas son producto de la mente humana, habrá características que son comunes a todas las culturas (Allaire & Firsirotu, 1984, p. 220).

2.3.3. Escuela de equivalencia mutua

La escuela de equivalencia mutua (Wallace, 1972) plantea que la cultura es un sistema de cogniciones que les permite a los individuos, a pesar de sus diferencias de intereses y motivaciones, anticipar recíprocamente los comportamientos, con el fin de que puedan funcionar en sociedad y para lo cual suscriben contratos que llevan, precisamente, a estructuras de equivalencia mutua.

Así, citando a Wallace (1972, p. 15), se entiende por cultura: “Las formas de conducta o técnicas de resolución de problemas que, por tener mayor frecuencia y menor dispersión que otras formas, puede decirse que tienen una alta probabilidad de ser utilizadas por los miembros de una sociedad”.

2.3.4. Escuela simbólica o simbiótica

Los representantes de esta escuela, entre quienes se resaltan Geertz (1973) y Aktouf (2002), plantean la cultura en tanto análisis de los significados que colectivamente representan los símbolos para la comunidad; se realza la importancia de la interpretación que las personas

hacen y el significado que le otorgan a las creencias y símbolos colectivos: “La cultura es pública porque la significación lo es” (Geertz, 1973, p. 26).

Así, Geertz (1973), en su libro *La interpretación de las culturas*, señala un concepto de cultura semiótico:

Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie (p. 20).

Aunque contiene ideas, la cultura no existe en la cabeza de alguien; aunque no es física, no es una entidad oculta (...). Una vez que la conducta humana es vista como acción simbólica -acción que, lo mismo que la fonación en el habla, el color en la pintura, las líneas en la escritura o el sonido en la música, significa algo- pierde sentido la cuestión de saber si la cultura es conducta estructurada, o una estructura de la mente, o hasta las dos cosas juntas mezcladas (p. 24).

Entendida como sistemas de interacción de signos interpretables (que, ignorando las acepciones provinciales, yo llamaría símbolos), la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos estos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa (p. 27).

En consecuencia, y bajo los planteamientos de esta escuela y a la luz del caso en estudio, a saber, la relación entre el equipo asistencial y las implicaciones que ese relacionamiento tienen frente al paciente, adquiere relevancia el estudio de esa cultura a partir de los símbolos, en aras de determinar el significado que estos tienen para el equipo de trabajo y la preponderancia o no que se les da, en consonancia con la interpretación en cada contexto. Esto, porque, dependiendo de cada caso y de cada contexto, el equipo de salud vive su propia cultura, la cual está imbuida en símbolos (tales y como la bata blanca y el estetoscopio en los médicos, así como la toca en las enfermeras), que enmarcan el rol de

cada uno de los actores en el ejercicio de su profesión y en el relacionamiento con los demás miembros del área asistencial.

2.4. Las organizaciones

El ser humano no se encuentra aislado; por lo tanto las decisiones que toma, enmarcadas bien sea en suposiciones, concepciones o ideologías, repercuten en los demás miembros de la organización en la que se desenvuelve. De ahí la importancia de hacer un breve repaso de lo que se entiende por una organización y de la relevancia que esta tienen en relación con las dinámicas sociales y culturales que se tejen entre sus integrantes, a través del comportamiento organizacional.

En palabras de Hall, una organización es

una colectividad con unos límites relativamente identificables, un orden normativo, rangos de autoridad, sistemas de comunicación y sistemas de pertenencia coordinados; esta colectividad existe de manera relativamente continua en un medio y se embarca en actividades que están relacionadas, por lo general, con un conjunto de objetivos (Hall, 1996, p. 33).

Por otra parte, para Chiavenato, la organización tiene tres clases de significados:

El primero se refiere a una entidad social compuesta por personas y recursos, estructurada deliberadamente y orientada a lograr un objetivo. El segundo se refiere a la función administrativa, fase que viene después de la planeación y que define y agrupa las actividades necesarias para alcanzar los objetivos y las asigna a los puestos y personas correspondientes. El tercero se refiere a la estructura organizativa, es decir, al conjunto de órganos y personas que constituyen el aparato administrativo de la organización. Es lo mismo que formato o diseño organizacional (Chiavenato, 2009, p. 502).

De ahí que la organización se encuentre permeada y constantemente impactada por factores tanto internos como externos, lo que conlleva a la necesidad de estudiar su dinámica y funcionamiento a través del comportamiento organizacional, donde se analiza tanto su diseño como su cultura organizacional para evidenciar las influencias que, de manera

bilateral, se ejercen entre la organización y los individuos y grupos de personas que la componen (Chiavenato, 2009).

Y es que, gracias a los tres niveles de análisis que una organización puede tener a partir del comportamiento organizacional, y según el grado de cobertura que se pretenda tener en dicho estudio, tanto la organización como los individuos y los grupos de individuos que la conforman pueden ser estudiados de acuerdo con las necesidades que se vayan a satisfacer (Chiavenato, 2009, p. 10):

- *Macroperspectiva del comportamiento organizacional*: es decir, aquel estudio del comportamiento organizacional aplicado a la organización como un todo. Para efectos de la presente investigación, no es este el enfoque que se va a emplear, toda vez que no se está analizando una institución de salud puntual como una organización en específico, sino que se pretende estudiar un sector de la población profesional asistencial de la ciudad de Medellín, con independencia del sitio donde presten su actividad laboral.
- *Perspectivas intermedias del comportamiento organizacional*: se basa en el estudio de los comportamientos de equipos o grupos de personas que conforman la organización. De manera indirecta, y a partir de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas y de su confrontación con la literatura recopilada, se señalarán conclusiones que orienten dichos comportamientos intergrupales en torno a las implicaciones que estos tienen frente a los tratamientos asistenciales de los pacientes.
- *Microperspectiva del comportamiento organizacional*: a diferencia de los anteriores, este estudio tiene como sujeto de análisis al individuo que conforma la organización: sus creencias, valores, ideologías, prejuicios, percepciones, y demás características que determinan su comportamiento. Con la aplicación de las encuestas semiestructuradas, el objetivo es desarrollar un estudio microperspectivo del comportamiento organizacional de las personas que se vayan a encuestar, con el fin de evidenciar cuáles son sus percepciones sobre el relacionamiento del equipo

asistencial y las implicaciones que este pueda tener en el tratamiento que se le dé al paciente.

Ahora bien, una vez esbozadas las principales vertientes en materia de poder y cultura, y caracterizada conceptualmente la problemática que se va a tratar en la presente investigación, se procede a la elaboración de las encuestas semiestructuradas, para confrontar unos con otros, y analizar los resultados, que conduzcan a obtener conclusiones que permitan dar respuesta a la problemática señalada en la presente investigación.

3. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación correlacional, en la medida en que, a partir del análisis de la relación del equipo asistencial desde la teoría del poder y de la cultura, se buscó establecer las implicaciones que dicha interrelación genera en el proceso de atención asistencial del paciente. Así mismo, es una investigación basada en métodos cualitativos de recolección y análisis de datos. El estudio es de tipo cualitativo, toda vez que se pretendió observar, describir y analizar cómo es el relacionamiento entre el equipo asistencial (personal médico y paramédico), sus manifestaciones y categorizaciones y las implicaciones que dicha interacción tiene frente al paciente (Strauss y Corbin, 2012).

Para ello, se efectuó un análisis a partir de la revisión de material bibliográfico de resultados de investigaciones científicas previas; así mismo, se hicieron 15 encuestas semiestructuradas, dirigidas a personal asistencial de instituciones de salud de Medellín, que permitieron comprender la percepción que estos tienen de las implicaciones del relacionamiento del equipo de salud frente al paciente.

A partir de estos resultados, con base en la información teórica y bibliográfica recolectada y analizada, se confrontó si la forma de relacionamiento entre el equipo de salud en el proceso explicaba los desenlaces que en el curso del proceso de atención en salud tiene el paciente, y determinar cuáles son esas las implicaciones.

Así las cosas, en la tabla 1 se plantea la relación existente entre los objetivos de la propuesta del trabajo de grado y el tipo de investigación; así mismo, los sujetos e instrumentos necesarios que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo su desarrollo.

Tabla 1. Relación objetivos y tipo de investigación

OBJETIVO	TIPO DE INVESTIGACIÓN	SUJETOS	INSTRUMENTOS
Determinar, a partir de los actores del proceso y, desde el análisis del comportamiento cultural y la teoría del poder, las implicaciones que tiene sobre el paciente la relación entre el equipo médico y paramédico en instituciones de salud de Medellín.	Cualitativa-correlacional.	Equipo de salud (personal médico y paramédico.)	Material bibliográfico, encuestas semiestructuradas.
Caracterizar las relaciones entre los equipos de trabajo, desde la teoría del poder y la cultura.	Cualitativa-descriptiva.	Equipos de trabajo.	Revisión de material bibliográfico.
Analizar las relaciones entre el equipo de salud, a partir de la categorización elaborada para los equipos de trabajo.	Cualitativa-descriptiva.	Equipo de salud (personal médico y paramédico).	Revisión de material bibliográfico, consulta publicaciones científicas previas.
Indagar si el equipo de salud, a partir de sus percepciones, establece relación entre su interacción y el manejo asistencial brindado al paciente.	Cualitativa-descriptiva.	Equipo de salud (personal médico y paramédico).	Encuestas semiestructuradas.
Correlacionar las implicaciones que el desenvolvimiento de la relación entre los integrantes del equipo de salud tiene frente al paciente, a partir de los hallazgos y conclusiones obtenidos a través de los procesos de análisis y de indagación planteados.	Cualitativa-correlacional.	Equipo de salud (personal médico y paramédico).	Análisis de encuestas semiestructuradas, revisión de material bibliográfico.

Fuente: elaboración propia.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

¿Cómo la forma de relacionamiento entre el equipo de salud (personal médico y paramédico) repercute en el tratamiento asistencial del paciente?

Con el propósito de darle respuesta a la pregunta base de la presente investigación, y luego de realizar un análisis de las principales teorías que en materia de poder y cultura se han tejido a lo largo de los años, que permitan explicar las relaciones entre los equipos asistenciales, se aplicaron 15 encuestas semiestructuradas dirigidas a personal de la salud de instituciones de la ciudad de Medellín, quienes, a partir de sus vivencias y conocimientos y previa manifestación de su aceptación, disertaron sobre sus percepciones al respecto. La muestra, que estuvo conformada en un 53% por población femenina y en un 47% por población masculina, mostró la composición en su nivel profesional y años de experiencia que se presentan a continuación en los gráficos 1 y 2.

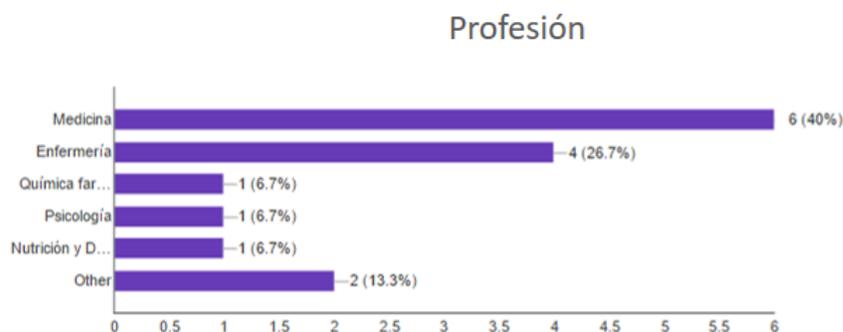


Gráfico 1. Profesión del personal asistencial encuestado.



Gráfico 2. Años de experiencia laboral del personal asistencial encuestado.

Ahora bien, como antesala del análisis de los hallazgos obtenidos de las encuestas, a la luz del material recopilado en el marco teórico que permita establecer posturas y hacer disertaciones sobre las interrelaciones entre el personal asistencial y la forma como estas afectan o inciden en el tratamiento de los pacientes, es preciso señalar que, de conformidad con lo indicado por Strauss y Corbin (2012): “Los métodos cualitativos se pueden usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales” (pp. 20-21). Así las cosas, acudir a la realización de encuestas semiestructuradas permite verificar, a partir de percepciones de las personas encuestadas, cuáles son sus puntos de vista frente a las diferentes situaciones planteadas, con base en sus experiencias y visiones al respecto. Además, según su profesión y experiencia, así como la continuidad o la alta rotación entre distintas instituciones de salud, se advierten cambios en sus concepciones sobre el relacionamiento entre el equipo asistencial y las implicaciones que este acarrea para los pacientes.

En un primer análisis, se encuentra como factor clave el tiempo de experiencia profesional del personal encuestado, ya que esto muestra la forma de afrontar el manejo interpersonal entre el equipo asistencial y las actuaciones desplegadas ante diferencias en el cuidado propuesto al paciente. Un ejemplo de ello se encuentra en la respuesta dada a la pregunta 6 por uno de los encuestados, quien, al indicar cómo ha percibido la repercusión del

relacionamiento entre los integrantes del equipo de salud, en el manejo dado al paciente,³ manifestó que: “Un adecuado relacionamiento puede favorecer el tratamiento, al tener en cuenta otros aspectos psicosociales y espirituales del paciente asociados al proceso de enfermedad y tratamiento” (E8, 2016). Este entrevistado, con más de 20 años de experiencia como personal paramédico, considera importante el aprendizaje que ha adquirido a lo largo del desempeño del ejercicio profesional, por cuanto le ha permitido alcanzar niveles de asertividad en el manejo de las relaciones en el equipo de salud, con el logro de toma de decisiones colegiadas, en pro de alcanzar mejores resultados clínicos en beneficio del paciente.

Otro profesional paramédico, cuya experiencia laboral oscila entre 16 y 20 años, manifestó lo siguiente:⁴

Siempre estamos en constantes cambios, nuevos conocimientos y aprendizajes. Es bueno inculcar el respeto por los otros profesionales de la salud. Y si por algún motivo no estamos de acuerdo con un manejo, el respeto profesional ante todo, y la buena comunicación (E4, 2016).

Por otra parte, se recuerda la clasificación entre cosmos y taxis, realizada por Hayek (1994), entendiéndose por cosmos aquella que surge de manera espontánea, sin obedecer a un ente rector, sino por el devenir de las cosas, de manera informal y no reglada, pero que se instaura y arraiga en la sociedad. Así pues, cuando se habla de cultura organizacional, se está haciendo alusión al cosmos. *A contrario sensu*, por taxis se entiende lo formal, aquello que obedece a algo previamente establecido, arbitrario, que no surge de manera espontánea sino por un proceso de creación, planeado y con un objetivo propuesto, con normas, códigos y manuales, tal y como la cultura corporativa. Lo que ocurre en la mayoría de las organizaciones es que la cultura organizacional es incorporada a la cultura corporativa mediante su positivización, por lo que se podría afirmar que ocurre un proceso similar al de

³Pregunta 6. ¿Cómo ha percibido usted que el relacionamiento entre el equipo de salud repercute en el manejo dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

⁴Comentarios adicionales.

la costumbre como fuente del derecho. Lo anterior se trae a colación, precisamente, por los hallazgos que arrojaron las encuestas en materia de cultura organizacional.

Y es que, en concordancia con lo establecido por Chiavenato cuando define la cultura organizacional como: “Sistema de creencias y valores compartidos que se desarrolla dentro de una organización o una de sus unidades y guía el comportamiento de sus miembros” (Chiavenato, 2009, p. 492), en las encuestas realizadas es constante el patrón de comportamiento según el cual los relacionamientos entre el equipo asistencial están alineados con la cultura organizacional de la institución prestadora de servicios de salud; es decir, de la organización para la cual se esté laborando. Al respecto, se resaltan las siguientes respuestas:

- “En nuestra institución, nuestro modelo de atención estimula la participación de todos los involucrados en los procesos para hacer más segura la atención de los pacientes” (E10, 2016).⁵
- “La relación [que existe entre personal médico y paramédico] depende del lugar o institución donde trabaje, porque influye mucho la cultura organizacional” (E13, 2016).⁶
- El relacionamiento entre el equipo de salud: “[...] depende de cada institución y de la cultura organizacional” (E14, 2016).⁷
- “En mi experiencia profesional, he percibido que las rondas conjuntas tienen en cuenta los criterios de los distintos saberes para la toma de decisiones en el manejo del paciente, cual lo percibo como una fortaleza en mi Institución” (E10, 2016).⁸

⁵ Pregunta 9: ¿Cómo es el manejo que se da en la relación con el médico en el momento en que usted, desde su conocimiento, se da cuenta de que el médico prescribe una dosis superior de un medicamento? Por favor explique su respuesta.

⁶Pregunta 3: A su juicio, ¿Cómo es la relación que existe entre el personal médico y paramédico?, ¿Cómo es el trato interpersonal entre las partes?, ¿encuentra un comportamiento diferencial entre dichos tratamientos interpersonales? Por favor explique su respuesta.

⁷Pregunta 2: En el sistema de salud en Colombia, en su percepción y en términos generales, ¿cómo ha sido el relacionamiento entre el equipo de salud? Por favor explique su respuesta.

Al nivel del comportamiento organizacional (Chiavenato, 2009), puntualmente en la visión microperspectiva, es preciso recordar que existe una relación simbiótica entre las personas, los grupos de personas y las organizaciones; cada persona es diferente en sus comportamientos, visiones, ideologías, creencias, necesidades e intereses, y en la forma de darles respuesta a sus requerimientos, de motivarlos, de satisfacer sus necesidades. Cada individuo actúa según sus experiencias de vida y su perspectiva de futuro, su educación y su cultura, y al atender a factores internos y externos reacciona con base en esas vivencias y en su propia idiosincrasia. Así como cada persona tiene una historia personal y una historia profesional, también cuenta con una historia organizacional, que, de manera concomitante, se entremezclan y le permiten al individuo formar su propio carácter a partir de experiencias propias y de vivencias específicas.

De igual forma, cada organización cuenta con su propia historia, que le permite formar y forjar una cultura, no solo corporativa sino incluso organizacional, y hasta nacional y regional, permeada por factores contingenciales y por el ambiente que le rodea (Hall, 1996).

Si bien es cierto que la cultura organizacional (cosmos) no siempre es simétrica con la cultura corporativa (taxis), ni la escala de valores de los integrantes de una organización es similar a la de los preceptados por el ente organizacional, también lo es que ambos deben ver satisfechos sus intereses, para que exista un sano desenvolvimiento y para que la organización genere valor y sea exitosa a través de relaciones de conveniencia con sus miembros (Allaire & Firsirotu, 1984); es decir, debe encontrarse, de una u otra forma, la manera de armonizar lo que uno y otro entienden y viven como cultura, de forma tal que no se menoscaben los estándares mínimos de valores, los preceptos, los intereses, los ideales de cada parte, ni las metas superiores (Mintzberg, Quinn y Ghoshal, 1999), so pena de darse por terminada la relación que los vincula, por perder el espíritu de conveniencia.

⁸Pregunta 8: ¿A lo largo de su experiencia profesional, ha percibido si en las rondas conjuntas los criterios de los distintos saberes tienen el mismo peso y son todos tenidos en cuenta para la toma de decisiones en el manejo del paciente? Por favor explique su respuesta.

De ahí la importancia de entender el porqué de las cosas, el comportamiento de los miembros de una organización. La organización no es un mundo aislado, se encuentra conectada y es influenciada por diferentes factores (factores contingenciales), por el ambiente, por el entorno en el que se desenvuelve (Hall, 1996).

Según lo preceptuado por el enfoque de la cognición organizacional, cuyos exponentes pueden evidenciarse en la teoría de la cognición organizacional (Goodenough, 1975 [1971]), los miembros de la organización comparten una serie de significados subjetivos, significados que son dados no solo a las realidades que se presentan, sino también a los lineamientos y políticas de la entidad. En este punto, se resalta la importancia que en las encuestas realizadas denotó la rotación del personal por distintas instituciones de salud, ya que, a mayor nivel de rotación, menor probabilidad de generar introyección e interiorización de los lineamientos organizacionales, *contrario sensu* a lo ocurrido con aquellos profesionales de la salud con relaciones laborales estables con una institución.

Ahora bien, desde el enfoque de la cultura como simbolismo organizacional (Geertz, 1973), la organización se basa en un sistema de símbolos que requieren de un análisis y una interpretación en aras de construir un significado colectivo. Los símbolos reflejan el espíritu de lo que la organización pretende instaurar, por lo que se requiere que estos sean claros, certeros, con el propósito de evitar, o equívocos, o la generación de significados disímiles en torno a ellos, que dificulten y entorpezcan su propósito. En el ámbito asistencial, y partiendo de un análisis efectuado desde la perspectiva intermedia del comportamiento organizacional (Chiavenato, 2009) en relación con los grupos o equipos por profesiones asistenciales, se evidencia que entre cada uno de estos grupos o equipos existen una serie de reglas o pautas establecidas, bien sea a partir de la costumbre, bien sea por el significado que el mismo colectivo le ha dado, o por lo que estos representan en la sociedad; prueba de ello es la simbología que representa la bata médica en el personal médico (Fernández, et ál., 2007) o la toca en las enfermeras jefes.

De otra parte, y pasando a analizar los resultados obtenidos a la luz de la teoría del poder, se encuentra que, enmarcado en el devenir histórico del posicionamiento del saber médico en la sociedad y en el papel preponderante que este ha jugado, es innegable que en muchos

de los casos se sigan presentando situaciones de subordinación y jerarquía, en los cuales las decisiones clínicas se toman con base en el concepto médico y no en el adecuado manejo interdisciplinario acorde con la patología del paciente. Esto se constata en las encuestas, cuando el personal sanitario manifiesta que considera que la relación asistencial es: “Jerárquica, vertical y distante entre las partes que la componen” (E3, 2016),⁹ derivado de una “pobre comunicación y flujo de la información entre las áreas” (E3, 2016).¹⁰

Así las cosas, y en consonancia con los planteamientos establecidos por Dahl (1957) dentro de su definición de poder,¹¹ se recuerda que para que este se dé, se requiere un ejercicio del mismo (en estricto sentido, el poder no se tiene, sino que se ejerce), en el marco de una relación social (es decir, en una relación de alteridad), con una resistencia de la contraparte (bien sea de manera consciente o inconsciente de ello), en la medida en que tiene sus propios intereses, y estar en presencia de un conflicto.

En consecuencia, tratándose de los comportamientos del equipo asistencial, es claro que existe una relación de alteridad entre el personal médico y paramédico. Aunque, como se señaló en líneas antecedentes toma relevancia la cultura organizacional formada, en alineación con la cultura corporativa, y que se refleja en relaciones de permanencia en instituciones de salud de manera estable, también lo es que la propia dinámica de las relaciones sociales aunada a la costumbre misma y al poder que, de por sí, ha ejercido el médico en el manejo asistencial, reporta relaciones en muchos casos asimétricas, no basadas en el conocimiento sino en el cargo o en el título que se ostente.

Al respecto, una de las personas encuestadas, al preguntársele por su percepción de la relación entre personal médico y paramédico, y si consideraba que existía un comportamiento diferencial entre ellas, manifestó que sí lo había percibido: “Sí, aunque se

⁹Pregunta 2. En el sistema de salud en Colombia, en su percepción y en términos generales, ¿cómo ha sido el relacionamiento entre el equipo de salud? Por favor explique su respuesta.

¹⁰Pregunta 3. A su juicio, ¿Cómo es la relación que existe entre el personal médico y paramédico?, ¿Cómo es el trato interpersonal entre las partes?, ¿encuentra un comportamiento diferencial entre dichos tratamientos interpersonales? Por favor explique su respuesta.

¹¹Para mayor ilustración, se sugiere consultar la obra de De La Rosa (2008).

trata entre profesionales, hay quienes creen que el título de médico es mayor que cualquier otro, o que un especialista, por el hecho de serlo, se le debe tener preferencias; un título no quita lo cortés” (E2, 2016).¹²

Es que no se puede dejar de lado que la medicina (en términos amplios, abarcando todo el proceso asistencial desde lo médico hasta lo paramédico), aunque emplea tecnologías, es una profesión de personas para personas, y en esa medida, los problemas de relacionamiento no son la excepción. El punto en cuestión radica en aquellos que, en ejercicio indebido del poder, sobrepasan sus funciones hasta el punto de desconocer el conocimiento interdisciplinario del otro profesional, que en muchos de los casos puede tener un mejor manejo de la situación clínica del paciente.

Pero, ¿por qué, si es claro que son profesiones complementarias en búsqueda del manejo integral del paciente, se presentan dichas divergencias en el relacionamiento, que impactan la atención asistencial?

Desde la tipología del poder reseñado en capítulos previos de la presente investigación, se mostró cómo es probable que, en un principio, el poder ostentado por el personal médico se tuviera como un poder legítimo o de autoridad (French y Raven, 1959, citados por Hodge y Anthony, 1998), precisamente por el rol que este profesional de la salud ha jugado en la sociedad. De hecho, incluso en la actualidad no es anormal encontrar instituciones prestadoras de servicios de salud, principalmente aquellas de bajo nivel de complejidad,¹³ donde el médico, debido a su rol dentro del organigrama, es quien detenta el poder en la institución, y como tal, es quien dirige todo el actuar asistencial, a pesar de la diferencia de criterios derivados de los diferentes saberes profesionales.

¹²Pregunta 3. A su juicio, ¿Cómo es la relación que existe entre el personal médico y paramédico?, ¿Cómo es el trato interpersonal entre las partes?, ¿encuentra un comportamiento diferencial entre dichos tratamientos interpersonales? Por favor explique su respuesta.

¹³Las instituciones de salud de bajo nivel de complejidad son aquellas en donde se presta la atención básica en salud; no realizan procedimientos quirúrgicos y solo cuentan con médicos generales para la atención de consultas y remisión a niveles de atención superiores (Resolución 5261 de 1994).

Contrario a lo que se pudiera creer, que solo el poder se ejerce unidireccionalmente del médico hacia el personal paramédico, hay casos en los cuales el ejercicio ocurre de manera inversa. Por ejemplo, uno de los profesionales encuestados manifestó, al referirse al relacionamiento entre los integrantes del equipo de salud, que depende también de la institución de salud en la que se esté, ya que: “En unas IPS¹⁴ eso es cierto [que solo los médicos tienen la dirección y conducción en el proceso de atención del paciente, cumpliendo el resto del personal asistencial un papel de *staff* o de apoyo]: los médicos dicen que son los que mandan y que las enfermeras solo están para cumplir órdenes; en otras, son las jefes (enfermeras) las que mandan” (E14, 2016),¹⁵ lo que conlleva a afirmar que la dinámica comportamental debe revisarse e intervenir desde ambas ópticas.

En otras situaciones, es el poder de experto (French y Raven, 1959, citados por Hodge y Anthony, 1998) el que permite el ejercicio del poder. En este punto, es importante señalar que algunos de los profesionales encuestados resaltaron que en los últimos años las áreas paramédicas han adquirido mayor preponderancia y que existe un manejo interdisciplinario y colegiado de los pacientes a través de rondas conjuntas. Esto permite indicar que, a pesar de que existen casos de subordinación y jerarquía, también hay otros en los cuales las decisiones se toman de manera colegiada, respetando los distintos saberes asistenciales, reconociendo la importancia de la interacción y el adecuado relacionamiento entre todos los integrantes del equipo asistencial, siempre teniendo como eje estratégico el servicio centrado en el paciente: “Hay respeto entre los distintos saberes; obviamente, puede haber diferencias en los criterios, pero se debaten y se unifica lo más conveniente para la recuperación de los pacientes” (E12, 2016).¹⁶

¹⁴IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

¹⁵Pregunta 4. Hay gente que opina que solo los médicos tienen la dirección y conducción en el proceso de atención del paciente, cumpliendo el resto del personal asistencial un papel de *staff* o de apoyo. ¿Cuál sería su opinión al respecto? Por favor explique su respuesta.

¹⁶Pregunta 8. ¿A lo largo de su experiencia profesional, ha percibido si en las rondas conjuntas los criterios de los distintos saberes tienen el mismo peso y son todos tenidos en cuenta para la toma de decisiones en el manejo del paciente? Por favor explique su respuesta.

De igual forma, los poderes carismático, referencial e incluso coercitivo también hacen presencia en la relación entre el equipo asistencial, donde en la relación hay características de peso intrínsecas a la personalidad, al ser, que llevan a determinar los comportamientos de los demás actores del proceso, en concordancia con los objetivos de quien ejerce dicho poder.

Ahora bien, tratándose de las fuentes de poder (Morgan, 1990), tanto en las encuestas realizadas como en el análisis de los resultados obtenidos contrastados a la luz de los planteamientos reseñados en el marco teórico de la presente investigación, como fuentes de poder dentro de la relación del equipo asistencial se evidencian no solo la autoridad formal (tal y como se señaló al explicarlo como tipo de poder en la identificación de hallazgos), sino también: el control de recursos escasos, del conocimiento y de la información, la capacidad de tratar con la incertidumbre, las alianzas y el control de la organización ‘no formal’, en el simbolismo mismo (el cual está íntimamente relacionado con la cultura), así como el poder que ya se tiene (tema que ha sido ampliamente señalado a lo largo de los análisis realizados en la presente investigación).

Se dice que una de las fuentes de poder detectadas radica en el control de recursos escasos, del conocimiento y de la información, en la medida en que el médico es el líder del proceso asistencial, y en esa medida es quien guía todo el curso de la atención en salud brindada al paciente. Si bien lo ideal sería la confluencia de los distintos saberes, en aras de brindar una prestación de servicio integral, oportuna y con calidad, centrada en el paciente como ser humano, no en todas las ocasiones son tenidas en cuenta las opiniones de todo el personal de la salud que forma parte del proceso de atención, lo que repercute negativamente en el manejo asistencial brindado al paciente. Así lo señalan dos de los encuestados, al narrar eventos sucedidos:¹⁷

Algún día un familiar estaba hospitalizado por una hemorragia... El médico tratante con formación de especialista estaba tratando a la paciente con un medicamento

¹⁷Pregunta 7. ¿A lo largo de su vida profesional ha conocido algún caso en el cual, por problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, se haya visto afectado el manejo asistencial dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

determinado. Como químico farmacéutico, accedí a los artículos científicos del *Journal of Pharmaceutical Sciences* y encontré varios estudios en los que estaba contraindicado el medicamento en cuestión. El médico los recibió de mala gana en la mañana, y en la tarde me di cuenta que había suspendido el tratamiento, y la condición fisiopatológica del paciente comenzó a mejorar (E9, 2016).

Una vez, en una IPS de menor complejidad hospitalaria, un paciente cuadripléjico tenía globo vesical. Las auxiliares de enfermería trataron de pasarle sonda vesical, pero no se pudo porque, al parecer, estaba con algo que lo taponaba; se llamó al médico (que era urgentólogo), y también intentó, y no pudo. Se decidió llamar a XXXX para que lo remitieran a un hospital de mayor nivel para que fuera manejado por urología. Se dejó expresa nota en historia clínica de no intentar pasar más sondas por riesgo de daño. Cuando llegó el médico de XXXX, decidió pasar sonda vesical a pesar de que las enfermeras y auxiliares le dijeron que no se podía y que el urgentólogo había dado orden expresa de no hacerle nada y llevarlo al hospital para valoración con urólogo. A pesar de eso, el médico, de manera desobligante, les dijo que él era el médico y que ellas estaban era para obedecer. En consecuencia, le pasó la sonda al paciente, perforándolo y causándole una hemorragia. El paciente perdió la uretra y le tuvieron que conectar, de por vida, sonda directamente a la vejiga. Todo por el acto de ese médico de querer tener la razón y no hacerle caso a las auxiliares y enfermeras. Por querer ejercer un poder y su superioridad (E14, 2016).

Otra fuente radica en la capacidad de tratar con la incertidumbre, la cual es de suma relevancia, máxime si se tiene en cuenta que los profesionales de la salud trabajan con, y para, seres humanos, y mientras más poder de experto se detente, mayor facilidad de manejar la incertidumbre se tiene. Así mismo, las alianzas y el control de la organización ‘no formal’ permiten que se formen grupos y subgrupos al interior de las diferentes profesiones y especialidades médicas y paramédicas, logrando, a través de presiones, influir y definir los modelos de actuación, que se reflejan en comportamientos frente al equipo de trabajo, frente a otros pares y frente al paciente mismo. Lastimosamente, y como lo señala uno de los profesionales de la salud encuestados: “Cuando el paciente percibe incongruencia en la toma de decisiones con respecto a su salud, derivadas de la

competencia entre el personal del equipo de salud, entra en un estado de malestar e incredulidad que afecta su salud emocional” (E15, 2016).¹⁸

Así las cosas, en relación con la percepción que unos y otros encuestados tienen de los profesionales de otras áreas asistenciales, llama la atención que: tanto de personal médico hacia paramédico (aunque en menor medida), como de personal paramédico hacia médico, se realizan juicios de valor, en el sentido de considerar que en el manejo interdisciplinario no siempre las decisiones asistenciales se toman con base en el conocimiento y estado clínico del paciente, sino por posiciones jerárquicas o relaciones de poder, tal y como se señaló previamente. Ejemplos de ello se encuentran en las siguientes respuestas frente a la pregunta sobre conocimiento (experiencias) de problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, que causen afectaciones en el manejo asistencial dado al paciente:¹⁹

- “En el año rural, con enfermeras que no leían las órdenes médicas, o las leían y no las cumplían, viéndose afectado el resultado para el paciente” (E1, 2016).
- “La acción de órdenes médicas identificadas por el grupo de enfermería como erróneas y la negligencia en la aplicación de órdenes médicas por parte del grupo de enfermería” (E3, 2016).
- “Múltiples veces. Diferentes profesionales cambian la formulación del paciente por tener distintas opiniones, sin hablar previamente con el doctor que formuló cierto medicamento en primer lugar” (E6, 2016).
- “Cuando hay un ambiente de tensión y subordinación total, cuando el médico es temido por su personal en vez de ser respetado, se tumban barreras de protección para el paciente” (E7, 2016).

¹⁸Pregunta 7. ¿A lo largo de su vida profesional ha conocido algún caso en el cual, por problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, se haya visto afectado el manejo asistencial dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

¹⁹Pregunta 7. ¿A lo largo de su vida profesional ha conocido algún caso en el cual, por problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, se haya visto afectado el manejo asistencial dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

Así mismo, algunos de los encuestados llegan incluso a asimilar las actitudes de los médicos con comportamientos similares a los de creerse dioses, tal y como se muestra a continuación:

Los médicos históricamente han manejado los procesos con los pacientes, y por eso el resto de profesionales no aborda su trabajo desde lo que realmente le compete. Tal vez la responsabilidad legal y la costumbre han hecho que los médicos (no todos) se crean seres intocables con más conocimiento que los otros profesionales. En los profesionales de salud se hace alusión a que la abreviatura de médico (M.D.) se considere como “medio dioses” (E9, 2016).²⁰

Como comentarios adicionales, y desde mi posición como enfermera, en cuanto al relacionamiento entre el equipo de salud, y de acuerdo con algunas experiencias vividas, me parece que es difícil trabajar con el egocentrismo de algunas personas que hacen parte del personal médico (E12, 2016).²¹

Como profesional independiente, veo en consulta cómo los especialistas de salud se contradicen entre sí, unos desmienten, desacreditan o simplemente cambian el tratamiento que otro profesional puede venir realizando, creando en el paciente, frustración, confusión con respecto a su enfermedad y tratamiento (E4, 2016).²²

Estas percepciones del personal paramédico, e inclusive de algunos médicos encuestados, ratifican la presencia de la llamada broncemia (Occhiuzzi, 2011), enfermedad psicológica descrita por el Dr. Narcisio Hernández, según la cual el personal médico afectado padece dos características: ‘importantitis’ (es decir, tener un convencimiento genuino de que ostenta una posición dominante y que, como tal, es quien tiene la razón en el manejo asistencial del paciente en todos los casos) e ‘inmortalitis’ (creer que su legado debe perpetuarse en el tiempo por su condición de médico *per se*). Si bien el término puede sonar fantasioso, no dista de la realidad, según las manifestaciones de algunas de las personas

²⁰Pregunta 5. ¿Existe, a su juicio, una relación de subordinación entre el personal médico y paramédico? Por favor explique su respuesta.

²¹Comentarios adicionales.

²²Pregunta 2. En el sistema de salud en Colombia, en su percepción y en términos generales, ¿cómo ha sido el relacionamiento entre el equipo de salud? Por favor explique su respuesta.

encuestadas, tal y como se señaló en líneas precedentes, con las implicaciones que esto conlleva en el manejo asistencial brindado al paciente, e inclusive en la relación médico paciente como tal.

En palabras de López-Franco (2011):

Mostrar las interacciones comunicativas con sus unidades, recursos y características, es dar cuenta de que el uso de ciertas formas de habla orientan a los sujetos hacia sus identidades, roles y tareas en las organizaciones; esto es, que las identidades y roles son importantes para que sus hablas sean como son. Cada sujeto es revelado por su habla, y cada una de las expresiones de esas hablas fortalece o debilita su papel. De tal forma que, además de decir de los hablantes, el habla sirve para dar cuenta de las fórmulas de poder que aplican. Los sujetos de las organizaciones hablan al mismo tiempo que representan su rol y a la organización (pp. 184-185).

Por ello, no menos relevante, y como corolario de lo anterior, es importante resaltar la importancia que una comunicación efectiva representa para el relacionamiento asistencial, y su impacto positivo en el manejo clínico brindado al paciente. Varios de los encuestados son enfáticos al afirmar que los problemas de comunicación trascienden y se reflejan en el curso asistencial, lo que genera que el paciente: “Se confunda y no sepa qué hacer” (E5, 2016):²³

Me parece que debe haber mejor comunicación entre el médico y el personal médico de otro gremio [enfermeros/as, técnicos en atención prehospitalaria]. Muchas veces es hostil el ambiente y no siempre logramos un buen trabajo en equipo, sino más bien “chutamos” la culpa a personas que no son de nuestro gremio o, peor aún, de nuestro propio gremio, pero de otra especialidad. Hace falta interconectividad y más trabajo en equipo (E6, 2016).²⁴

²³Pregunta 7. ¿A lo largo de su vida profesional ha conocido algún caso en el cual, por problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, se haya visto afectado el manejo asistencial dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

²⁴Pregunta 2. En el sistema de salud en Colombia, en su percepción y en términos generales, ¿cómo ha sido el relacionamiento entre el equipo de salud? Por favor explique su respuesta.

La influencia es negativa, ya que, si las relaciones entre los diferentes profesionales de salud no es la adecuada y no se maneja un mismo idioma en lo que tiene que ver con el bienestar del paciente, los tratamientos proporcionados puede que no tengan la mejor adherencia (E11, 2016).²⁵

Si no hay un buen equipo de trabajo, una buena comunicación y un buen apoyo, al final quien recibe las consecuencias de esta inconsistencia es el paciente, en un tratamiento infructuoso y descoordinado que no lo lleva a su mejoría; por el contrario, alarga su enfermedad, apareciendo inclusive, complicaciones (E4, 2016).²⁶

De ahí que todos los esfuerzos deban estar encaminados al fortalecimiento del manejo interpersonal del equipo asistencial, ya que solo encontrándose en presencia de relaciones simétricas (donde el factor diferenciador sea el conocimiento, puesto en beneficio del paciente), respetuosas, humanas, cálidas y asertivas, se permitirá un manejo integral, holístico, seguro y confiable del paciente.

5. CONCLUSIONES

Como se señaló en líneas precedentes, entender la dinámica comportamental entre el personal médico y paramédico adquiere especial interés, de cara a establecer si dicho relacionamiento influye en el manejo asistencial que se le brinda al paciente, o si, por el contrario, la forma como se establezca esa relación le es indiferente e inoponible.

Luego de una exhaustiva búsqueda investigativa, que permitiera centrar el marco teórico para contrastarlo con las encuestas realizadas a 15 profesionales de la salud, la presente investigación arrojó las conclusiones que se presentan a continuación.

²⁵Pregunta 1. ¿Cómo influye en el curso del tratamiento brindado al paciente, la forma cómo se relaciona el personal que conforma el equipo de salud, a saber, médico y paramédico? Por favor explique su respuesta.

²⁶Pregunta 6. ¿Cómo ha percibido usted que el relacionamiento entre el equipo de salud repercute en el manejo dado al paciente? Por favor explique su respuesta.

En primer lugar, se tiene que la organización no es ajena a las relaciones que se tejen en su interior, ni a la cultura organizacional que se desenvuelve en ella, sea esta concordante o no con la cultura corporativa. Si bien existe una cultura corporativa a la que se pretende que todos los empleados deben adaptarse y aceptar, también existen una serie de comportamientos, muchas veces subrepticios, que llegan a tener más valor y sentido que los mismos establecidos por la organización, lo que en ciertos casos conlleva a una disyuntiva entre el deber ser y el ser, entre lo misional y el verdadero actuar de los miembros que conforman el ente organizacional. Es deber, pues, de la alta dirección, con el acompañamiento de gestión humana, estar en permanente monitoreo de la verdadera cultura que se vive en la organización, de estudiarla y analizarla, con el fin de evidenciar los comportamientos que en realidad reflejan la cultura organizacional, en aras de determinar cuáles de estos pueden ser filtrados, con el propósito de hacerlos parte de la cultura corporativa.

Lo anterior, teniendo en cuenta que cada organización en la que han laborado los distintos profesionales de la salud entrevistados tiene su propia cultura, tal y como se evidenció a lo largo de esta investigación, que permea los comportamientos de sus colaboradores, impactando en la forma como estos se relacionan entre ellos, y en sus consecuencias en el proceso de atención asistencial y en el tratamiento brindado a los pacientes.

En segundo lugar, y en lo atinente al Poder, en el evento de requerirse su ejercicio desde la tipología y fuente de autoridad formal, y en consonancia con los postulados de Chanlat y Bédard (1997), dichas posiciones deben otorgárseles a las personas con mejores y mayores cualidades no solo técnicas sino, más importante, humanas, de forma tal que lideren desde un poder carismático y desde la vocación del servicio, centrado en el ser humano, tanto para el paciente como para los demás integrantes del equipo asistencial. Ello permitirá un mejor desenvolvimiento en la relación del equipo sanitario, impactando favorablemente el curso asistencial del paciente.

En consonancia con lo previamente señalado, se tiene que la forma como se interrelaciona el equipo asistencial sí impacta, favorable o desfavorablemente, según el caso, el manejo

asistencial del paciente. El relacionamiento no solo debe ser analizado desde una óptica social del poder, sino también desde la cultural y de las organizaciones formales e informales; así mismo, verificar que se establezca una comunicación efectiva, asertiva.

Por consiguiente, un buen relacionamiento del equipo de salud, donde se tenga en cuenta cada una de las diferentes especialidades y profesiones, según su campo de acción y de conocimiento, y donde haya toma de decisiones colegiadas, permitirá que el paciente desarrolle lazos de empatía y confianza con el equipo asistencial; así mismo, que su proceso de atención sea menos disruptivo y que, por el contrario, facilite su curso natural con un adecuado manejo en todas sus dimensiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktouf, O. (2002). El simbolismo y la "Cultura Organizacional". De los abusos conceptuales a las lecciones de campo. *Ad-Minister*, 1, 63-93.
- Allaire, Y., & Firsirotu, M. (1984). Theories of Organizational Culture. *Organization Studies*, 5(3), 193-226.
- Bachrach, P., & Baratz, M. (1962). Two faces of power. *American Political Science Review*, 56(4), 947-952.
- Boas, F. (1911). *The Mind of Primitive Man*. New York: Macmillan.
- Chanlat, A., & Bédard, R. (1997). La Administración: una cuestión de Palabra. *Revista Tecnología Administrativa*, XI(25), 179-219.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento Organizacional: La dinámica del éxito en las organizaciones* (2 ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la Teoría General de la Administración* (Séptima ed.). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Rivas, E., Sinobas, P., y Velasco, J. (2010). Comunicación y colaboración entre enfermeras y médicos. *Enfermería Clínica*, 20(2), 140-141.
- Dahl, R. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 2, 201-215.

- Dávila, J. (2014). *El concepto de poder en las organizaciones: bases analíticas*. Medellín: Universidad EAFIT.
- De La Rosa Alburquerque, A. (2008). Organización y poder: un marco analítico para su estudio. *Análisis organizacional*, 1(1), 1-27.
- Duque, M. (2012). Solidaridad y ciencia. Reflexiones en el contexto del cuidado de enfermería como interacción comunicativa. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 101-112. Recuperado el 17 de agosto de 2015, de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/i>
- E15 (septiembre de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E14 (septiembre de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E13 (septiembre de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E12 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E11 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E10 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E9 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E8 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E7 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E6 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E5 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).

- E4 (agosto de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E3 (julio de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E2 (julio de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- E1 (julio de 2016). Implicaciones del relacionamiento entre el equipo de salud en el manejo asistencial del paciente (T. López, Entrevistador).
- Fernández, J., Santiago, F., Gutiérrez, C., Benavides, M., Brobeil, S., y Tercedor, M. (2007). Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos. *Gaceta de Antropología*, 23.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 10(2), 152-170.
- Foucault, M. (1989). *El poder: cuatro conferencias*. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco: México.
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goodenough, W. (1975 [1971]). Cultura, lenguaje y sociedad. En Kahn, J. S. (ed.). *El concepto de cultura: Textos fundamentales* (pp. 157-248). Barcelona: Anagrama.
- Guillén, M. (2011). Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 220-227.
- Hall, R. (1996). *Organizaciones: estructuras, procesos y resultado*. México: Prentice Hall Inc.
- Harris, M. (1982). *El materialismo cultural*. Madrid: Alianza.
- Hayek, F. (1994). *Derecho, legislación y libertad: Normas y orden*. Madrid: Unión Editorial.
- Hernández, A. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de bioética*, 14(50), 39-60.
- Hodge, B., y Anthony, L. (1998). Capítulo 12: Poder y Política: Las organizaciones como entidades políticas. En *Teoría de la Organización, un enfoque estratégico* (pp. 310-333). Madrid: Prentice Hall.

- Hofstede, G., & Hofstede, G. (2005). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. New York: McGraw-Hill.
- Jaramillo, L., Pinilla, C., Duque, M., y González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.
- Joint Commission International (2014). *Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International*. Quinta edición. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources.
- Lázaro, J., y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 7-17.
- Levi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- López, F., y Gonzales, D. (2010). El poder y conflicto en la organización. Una aproximación desde el tratamiento funcionalista de los libros de texto. En Muñoz Grisales, R., Arcand, S., Facal, J., y Dupuis, J. P. (edits.). *Sociología de la empresa. Del marco histórico a las dinámicas internas* (pp. 207-235). Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- López-Franco, S. (2011). El poder en las interacciones comunicativas de las organizaciones. *Co-Herencia*, 3(5), 165-189. Recuperado de <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/co-herencia/article/view/373/368>
- Lukes, S. (1985). *El poder: un enfoque radical*. España: Siglo XXI.
- Lynaugh, J., & Bates, B. (1973). The two languages of nursing and medicine. *AJN The American Journal of Nursing*, 73(1), 66-69.
- Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. New York: Galaxy Books.
- Malinowski, B. (1939). "The Group and the Individual in Functional Analysis". *American Journal of Sociology*, 44(6), 938-964. Versión en castellano en Bohannon, Paul y Mark Glazer, 2010. Antropología. Lecturas, 284-303. Madrid: McGraw Hill.
- Ministerio de la Protección Social (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogotá D.C.: Buenos y Creativos.

- Mintzberg, H. (1992). *El poder en la organización*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H., Quinn, J., y Ghoshal, S. (1999). Capítulo 6: Administración de la estructura y los sistemas. En Mintzberg, H., Quinn, J., y Voyer, J. *El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos* (pp. 146-183). México D.F.: Prentice Hall.
- Morgan, G. (1990). *Imágenes de la organización* (J. M. Orenga, trad.). Madrid: RA-MA Editorial.
- Noreña, A., y Cibanal, J. (2008). El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados*, 23, 70-79.
- Occhiuzzi, F. (2011). *La broncemia, una enfermedad de la medicina moderna*. Córdoba: TEDxCórdoba. Recuperado el 20 de septiembre de 2016, de <https://youtu.be/gNt5hLLZDmc>
- Paravic, T., Valenzuela, S., y Burgos, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 53-65. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532004000200007
- Peña, A., Juan, L., y Moreno, N. (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 113-119.
- Quevedo, E., Eslava-Castañeda, J., Cortés, C., Lizarazo, D., Rovetto, P., Hernández, M., ... Vega, W. (2010). *Historia de la Medicina en Colombia, vol. 3: Hacia una profesión liberal (1865-1918)*. Bogotá D.C.: Norma.
- Quevedo, E., Eslava-Castañeda, J., Hernández, M., Bustos, L., Durán, M., García, M., ... Miranda, N. (2008). *Historia de la Medicina en Colombia, vol. 2: De la Medicina Ilustrada a la Medicina Anatomoclínica (1782-1865)*. Bogotá D.C.: Norma.
- Quevedo, E., Eslava-Castañeda, J., Hernández, M., Bustos, L., Durán, M., García, M., ... Miranda, N. (2007). *Historia de la Medicina en Colombia, vol. 1: Prácticas médicas en conflicto (1492-1782)*. Bogotá D.C.: Norma.
- Radcliffe-Brown, A. (1972). *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Barcelona: Ediciones Península.

- Restrepo, E., y Robledo, G. (2014). *Significado que tiene la cultura organizacional para los colaboradores de la organización. Un estudio de caso en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Schvarstein, L., y Etkin, J. (1989). *Identidad de las organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28(3), 339-358.
- Smith, L., Blackman, S., & Sussman, S. (1973). Actitud de médicos y enfermeras en relación con innovaciones en enfermería-Análisis del papel de la enfermera pediátrica / Attitude of physicians and nurses to innovations in the nursing field. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 7(1), 77-92.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2012). *Bases de investigación cualitativa - Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Vía Clavero, G., Sanjuán, M., Martínez, M., Pena, M., Utrilla, C., y Zarragoikoetxea, I. (2010). Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva*, 21(3), 104-112.
- Wallace, A. (1972). *Cultura y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad. Teoría de la organización social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, L. A. (1949). *The science of culture: A study of man and civilization*. New York: Grove Press Books y Farrar, Straus and Giroux.

ANEXO 1: ENCUESTA

1. ¿Cómo influye en el curso del tratamiento brindado al paciente, la forma como se relaciona el personal que conforma el equipo de salud, a saber, médico y paramédico? Por favor explique su respuesta.
2. En el sistema de salud en Colombia, en su percepción y en términos generales, ¿cómo ha sido el relacionamiento entre el equipo de salud? Por favor explique su respuesta.
3. A su juicio, ¿cómo es la relación que existe entre el personal médico y paramédico?, ¿cómo es el trato interpersonal entre las partes?, ¿encuentra un comportamiento diferencial entre dichos tratamientos interpersonales? Por favor explique su respuesta.
4. Hay gente que opina que solo los médicos tienen la dirección y conducción en el proceso de atención del paciente, cumpliendo el resto del personal asistencial un papel de *staff* o de apoyo. ¿Cuál sería su opinión al respecto? Por favor explique su respuesta.
5. ¿Existe, a su juicio, una relación de subordinación entre el personal médico y paramédico? Por favor explique su respuesta.
6. ¿Cómo ha percibido usted que el relacionamiento entre el equipo de salud repercute en el manejo dado al paciente? Por favor explique su respuesta.
7. ¿A lo largo de su vida profesional ha conocido algún caso en el cual, por problemas en el relacionamiento interpersonal del equipo de salud, se haya visto afectado el manejo asistencial dado al paciente? Por favor explique su respuesta.
8. ¿A lo largo de su experiencia profesional, ha percibido si en las rondas conjuntas los criterios de los distintos saberes tienen el mismo peso y son todos tenidos en cuenta para la toma de decisiones en el manejo del paciente? Por favor explique su respuesta.

9. ¿Cómo es el manejo que se da en la relación con el médico en el momento en que usted, desde su conocimiento, se da cuenta de que el médico prescribe una dosis superior de un medicamento? Por favor explique su respuesta.

10. Comentarios adicionales.