

**Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires**

"Sin Margen de Error"

Asignatura: **Conducción de Equipos de Trabajo**

Cátedra: Fainstein - Curso 2

Facilitadora: María Clara Podestá

Tema: **"Los Equipos de Trabajo y la Salud"**

Equipo: **3 x 3**

Integrado por:

**Andrea R. Godino
María Florencia Bartolomé
Alejandro M. Rodríguez
Sergio A. Martínez
Mariano G. Sertori**

1ºCuatrimestre del 2002

Índice temático

- Propósitos
- Introducción
- Marco teórico
- Metodología
- Composición del Sistema de Salud
- Características que presentan los equipos explorados
 1. 1. Constitución de los equipos de trabajo con un propósito predeterminado.
 2. 2. Alcance de los propósitos en un plazo determinado.
 3. 3. Especialización individual y co - especialización.
 4. 4. La selección de los integrantes del equipo.
 5. 5. Evaluación.
 6. 6. Estilo de los equipos.
 7. 7. Estándares de calidad.
 8. 8. Confiabilidad.
- Otras características
 - A. A. Según la forma de afrontar el conflicto
 - B. B. Los vectores para evaluar equipos
 - Afiliación y pertenencia

- Cooperación
- Pertinencia
- Comunicación
- Aprendizaje
- El conductor
 - Sus funciones
- Toma de decisiones y reuniones
- Conclusión final
- Bibliografía
- Anexo

Propósitos

En este trabajo nos proponemos conocer las características de algunos equipos de trabajo que hemos elegido dentro del ámbito de la salud, para compararlas con los conceptos de diversos autores aprendidos en la materia y detectar otras variables propias de dichos equipos.

También queremos hacer una comparación, analizando diferencias y similitudes, entre los equipos de trabajo del sector público y los del sector privado.

Introducción

En los últimos años se ha desarrollado fuertemente la adhesión a una metodología que incluye la noción de *equipo* como protagonista de un trabajo participativo.

Desde la revolución tecnológica, los adelantos de la ciencia han superado a toda imaginación. La práctica de la medicina no ha escapado de esta tempestad tecnológica. La relación médico – paciente ha sido reemplazada por otra más perfecta: tecnología – paciente. Esto provocó por un lado, la deshumanización en la atención médica; pero, por otro lado, ha ayudado a los profesionales a integrarse en equipos de trabajo sin limitaciones de lugar ni de tiempo.

El trabajo en equipo crea un espacio de confiabilidad psicológica donde se facilita el intercambio entre sus integrantes sobre los emergentes de la práctica cotidiana. Ya es sabido que un equipo no es sólo la suma de tareas individuales, sino que hay un efecto distinto que implica un salto de calidad en lo producido.

Los equipos de trabajo existen en el ámbito de la salud; como pacientes, por las experiencias vividas, a través de comentarios, etc., sabemos que es así. Pero, ¿Cómo funcionan?, ¿Quiénes lo integran?, ¿Cuáles son sus objetivos?, ¿Cómo los logran?, ¿Cuáles son sus actividades?

Estos y otros interrogantes son los que nos impulsan a dar los primeros pasos hacia este tema, a investigarlo, a estudiarlo, a conocerlo y son los motivos por los que hemos elegido desarrollar este trabajo.

Marco Teórico

Utilizamos el término "ámbito de la salud" para referirnos al marco donde se desarrolla la práctica de la medicina enfocada a la relación entre médico y paciente, y a su vez la relación profesional entre los médicos.

El rol básico de las instituciones de salud es el de brindar prestaciones sanitarias consistentes en la atención de consultas, la realización de estudios y diagnósticos, la provisión de tratamientos y la comisión de acciones en procura de la rehabilitación de los pacientes hasta su curación definitiva.

Muchas son las definiciones que se pueden encontrar sobre grupos y equipos, pero a los fines de este trabajo tomaremos las definiciones que da la Cátedra *Conducción de Equipos de Trabajo*, que corresponden a su Titular. Así es, el Dr. Fainstein expresa en su libro que **equipo** es:

*"Un conjunto de personas que realizan una tarea para alcanzar resultados. En este concepto, el trabajo como tal le da una instancia cualitativa diferente en relación con la noción de **grupo**. En el **grupo** se produce la simple suma de actividades, tareas, etc. En el equipo hay además un cambio de calidad".*

Consideramos importante que el lector conozca esta distinción, ya que son los conceptos con los que desarrollamos la investigación. De esta forma queda expuesto el motivo por el cual utilizamos un término y no otro.

Metodología

Realizamos un trabajo de campo apoyándonos en la bibliografía recomendada por la Cátedra acerca de esta temática.

Nuestra herramienta técnica es un cuestionario básico con preguntas abiertas que nos permiten profundizar en las opiniones de los entrevistados, al utilizarlo para guiar con pautas comunes todas las entrevistas en vista al propósito de la investigación.

Para su procesamiento confeccionamos un cuadro en el que volcamos las respuestas. Este cuadro contiene los componentes constitutivos de los equipos de trabajo utilizados a modo de variables. De este modo pudimos verificar cuáles pautas se cumplen y de qué manera particular.

Composición del Sistema de Salud

El sistema de salud está compuesto por un heterogéneo conjunto de instituciones que se rigen por diferentes reglas de funcionamiento, en las que se superponen factores éticos y de mercado. Su fin general es asegurar y proporcionar servicios a la población, tendientes a revertir las situaciones de enfermedad.

Este último aspecto prevalece en la constitución de los roles –o más bien, funciones- dado que el demandante final está constituido por el conjunto de la población y para la satisfacción de sus necesidades se requiere una distribución organizada, en la cual ciertos entes asumen el papel de oferentes de la estructura de prestaciones, otros ofician de financiadores de tales actividades, y un tercer grupo asegura la provisión de los materiales. El cuarto está constituido por los profesionales y los técnicos, que participan con su esfuerzo intelectual y físico en la operación. Es a este último al que nos referiremos a lo largo del desarrollo de nuestro trabajo.

Cabe señalar que dentro del sistema de atención de la salud, en la Argentina se distinguen tres subsectores, con funciones diferenciales y múltiples interrelaciones, estos son: el sector público, el sector de la seguridad social y el sector privado.

➤ ➤ **Sector Público**

El sector público aporta, a este cuadro general su división según tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación.

Este sector se financia con recursos provenientes de rentas generales, fijadas anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de solventar la provisión directa de servicios a través de los establecimientos públicos, alcanza también acciones de salud pública, relacionada con la prevención y regulación.

Otra fuente de ingresos es el cobro por venta de servicios, principalmente a los beneficiarios de la seguridad social.

➤ ➤ **Sector de la Seguridad Social**

Este se compone de un gran número de instituciones, sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan y su modalidad de operación.

Su diferencia básica con los seguros privados reside en el carácter compulsivo de la afiliación y en la base solidaria de su financiación, puesto que cada uno aporta según su capacidad y recibe según su necesidad.

En el sector de la seguridad social los fondos provenientes de los aportes y contribuciones con destino a las obras sociales dependen de:

- ◆ ◆ La tasa de ocupación.
- ◆ ◆ El nivel salarial.
- ◆ ◆ Las alícuotas aplicadas.
- ◆ ◆ El nivel de cumplimiento de las obligaciones por parte de los empleadores y el Estado.

➤ ➤ **Sector Privado**

El sector privado se compone de organizaciones y servicios de características muy diversas. Está integrado por empresas que restringen su actividad a la administración y control de prestaciones, como así también por organizaciones que integran a su actividad la gestión de instituciones prestadoras (hospitales, consultorios, servicios de diagnósticos). Una modalidad creciente son las instituciones privadas que actúan como administradoras entre las O.S. o prepagas y las redes prestadoras.

Dentro del gasto del sector privado se distingue por un lado, las primas y prepagos pagados por los individuos y las familias que se adhieren al sistema, y por otro, el gasto que genera toda la población a través del desembolso directo para proveerse de bienes y servicios de salud.

Dentro del contexto descripto es que interactúan los equipos que hemos investigado, y hemos tenido en cuenta el sector prestador al que pertenecen.

Esta particular organización del sistema de salud argentino la podemos observar con mejor claridad en el siguiente cuadro.

MERCADO DE SALUD ARGENTINO					
Sector Financiadador	Sector Público	Sector de la Seguridad Social			Sector Privado
	Estado	O.S. Provinciales	O.S. bajo la S.S.S.		PAMI
			O.S. Sindicales	O.S. de Dirección	
Sector Prestador	Hospitales Provinciales, Municipales, de Autogestión. Centros médicos sin internación.	Hospitales Provinciales, Municipales, de Autogestión, de las FF. AA. Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados Centros médicos sin internación Profesionales independientes			Clínicas, Sanatorios y Hosp. Privados (y de comunidad) Centros médicos Profesionales independientes

Características que presentan los equipos explorados

Hemos entrevistado a 10 profesionales de la salud pertenecientes a diferentes áreas y que podemos describir del siguiente modo:

1. **Equipo de cardiología infantil del sector privado.** Operan en clínicas y sanatorios de primera línea. Entrevistamos dos cardiólogos infantiles, que junto con cirujanos cardiovasculares, especialistas en terapia intensiva cardiovascular y anesestesiólogos, conforman el equipo. Su objetivo es desarrollar la cardiología en todos los niveles.
2. **Equipo de infectología de un hospital del sector público.** Entrevistamos a uno de los profesionales. Su objetivo es la atención en sala y la investigación coordinada con dos Universidades
3. **Equipo de análisis clínicos de un hospital del sector público.** Está compuesto por bioquímicos, técnicos en hemoterapia y auxiliares de laboratorio. Las entrevistas fueron realizadas a uno de los técnicos y al jefe del servicio, que es uno de los profesionales bioquímicos. El objetivo es satisfacer la demanda del paciente asegurándole rapidez y veracidad en sus resultados.
4. **Equipo de auditoría médica del sector privado.** Este equipo está formado por un alto directivo de la obra social, el personal administrativo y los profesionales de auditoría médica. Uno de estos profesionales fue la persona que entrevistamos. La finalidad del equipo es auditar el sistema de prestaciones de las instituciones que conforman esta O.S.
5. **Equipo interdisciplinario de un hospital del sector público.** Compuesto por médicos de distintas especialidades, como clínicos, radiólogos, gastroenterólogos, endocrinólogos, etc. La entrevista se realizó a uno de los profesionales de clínica médica. El objetivo es el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de pacientes internos y externos.
6. **Equipo de cirugía de un hospital público.** Se compone de cirujanos, enfermeros, anesestesiólogos e instrumentistas. Entrevistamos a uno de los cirujanos. El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente dentro de los parámetros quirúrgicos establecidos previamente.

7. **7. Equipo de kinesiología de un instituto médico del sector privado.** Lo conforman traumatólogos, kinesiólogos y especialistas en ortopedia. La entrevista fue realizada a un kinesiólogo. El objetivo es la recuperación total de los pacientes.
8. **8. Equipo de asesorías médicas de una clínica privada.** Es un equipo que se reúne para el seguimiento de estudios específicos, y se compone de médicos de diversas especialidades. La persona entrevistada pertenece al ámbito de clínica médica. El objetivo es responder dudas y definir diagnósticos más certeros.

El "decálogo del trabajo en equipo" del Dr. Fainstein plantea las características más importantes del desarrollo de los equipos de trabajo. A continuación, tomando alguna de ellas, caracterizaremos a los equipos cuyos integrantes hemos entrevistado.

1) 1) Constitución de los equipos de trabajo con un propósito predeterminado

Hemos verificado que estos equipos de trabajo se han formado con un propósito en particular.

En algunos casos se refiere a la realización de la tarea, ya que la misma requiere un conjunto de personas de distintas especialidades. Así, el cardiólogo infantil, por ejemplo, necesita de los cirujanos cardiovasculares, especialistas en terapia intensiva y anestesiólogos para poder desempeñarse en el quirófano; es imposible llevar a cabo esta actividad en forma individual.

En otros equipos el propósito es intercambiar opiniones o tratar casos concretos; por lo tanto puede estar compuesto por profesionales de la misma o de distintas especialidades. Por lo que hemos observado se trata de equipos temporarios, no permanentes; esto significa que cada integrante trabaja individualmente y en caso de necesidad se recurre al equipo. Podríamos citar por ejemplo a una médica clínica: *"Mi trabajo es más individual, pero en ciertas oportunidades o cuando la situación lo requiere, se forman grupos de estudio o asesorías médicas"*.

2) 2) Alcance de los propósitos en un plazo determinado

El factor tiempo varía notablemente en cada uno de los equipos, de acuerdo al propósito y a las urgencias que se les presenten.

En algunos equipos, como por ejemplo en el que realizan análisis clínicos en Hospital, los tiempos están claramente fijados: hay que entregar los informes a una fecha determinada, los análisis de urgencias hay que hacerlos en pocas horas. Cada integrante, a su vez, debe cumplir con su tarea en un plazo que irá acorde con el tiempo disponible que tiene el equipo para cumplir el propósito. Siguiendo con el mismo ejemplo, el técnico en hemoterapia tiene un tiempo para entregar la muestra a analizar.

En otros casos, los plazos no están fijados estrictamente sino que dependen, por ejemplo, de la evolución del paciente, del tipo de cirugía, de los imprevistos que se presenten, etc. Acá cada miembro deberá adaptar sus tiempos a los del equipo para cada situación.

3) 3) Especialización individual y co – especialización

La especialización individual se refiere a la capacitación, conocimientos, habilidades, etc. de cada una de las personas que forman parte del equipo.

Vemos que en general en el ámbito de la salud, y en particular en los equipos que estudiamos, es indispensable estar instruido y actualizado, es decir tener un alto grado de especialización.

Observamos a través de las entrevistas, que todos los miembros de los equipos estudian, concurren a ateneos, leen bibliografía actualizada, comparten experiencias, etc.

La co - especialización implica tener una especialización individual determinada a la vez que la integración en el equipo permita la complementariedad y el relevamiento de funciones. En los equipos que investigamos no hemos encontrado esta característica, ya que el hecho de que un profesional sea reemplazado por un par no significa exactamente co - especialización.

Tampoco cuando, por ejemplo, ante la ausencia de un técnico en hemoterapia, éste es suplantado por un bioquímico, porque ningún otro integrante del equipo puede realizar las tareas de este último.

4) 4) La selección de los integrantes del equipo

¿Cómo seleccionan? En general hemos notado que se basan en las habilidades individuales y en las condiciones psicológicas de las personas para elegir los futuros integrantes del equipo. La metodología utilizada, es decir la forma en la que llevan a cabo esta selección, es muy variada: entrevistas, pruebas, concursos, invitaciones, etc. Sin embargo, hemos observado que en el ámbito público los procesos son distintos, en comparación con el ámbito privado. Por ejemplo, para los equipos de un Hospital (público) hay dos métodos de selección:

- ♦ ♦ Para elegir profesionales, se realiza un concurso y se tiene en cuenta sus antecedentes, curriculum, exámenes, etc.
- ♦ ♦ Para los técnicos en hemoterapia se tiene en cuenta título y matrícula habilitante, habilidades y experiencias.

En el sector privado, en cambio, pudimos notar que la selección es más directa. Por ejemplo: entrevistas, participaciones en el equipo, etc. En el equipo de los cardiólogos infantiles, por ejemplo, el aspirante empieza a trabajar con los otros integrantes, y luego de conocer sus capacidades y de analizar la posibilidad de que continúe con ellos, se decide que pasará.

¿Quiénes seleccionan? Con respecto a este aspecto también hemos encontrado una diferencia entre los dos ámbitos. En el público, la elección es realizada por personas ajenas al equipo; por ejemplo: una mesa examinadora, el jefe de personal, etc.

Por otro lado, en el sector privado, por lo general la selección la lleva a cabo el equipo o un integrante del mismo.

Siguiendo el análisis con los equipos antes nombrados, en el Hospital la resolución del ingreso de profesionales la realiza una mesa examinadora; mientras que todos los integrantes toman dicha decisión en el caso de los cardiólogos.

5) 5) Evaluación

Del análisis de las entrevistas surge que la mayoría de los equipos evalúan teniendo en cuenta los resultados obtenidos tomando como parámetros, por ejemplo, los índices de mortalidad, de desempeño, estándares de calidad, normas y reglas internas, etc.

Pero además, se percibe en los dichos de los entrevistados que también realizan una evaluación en base a los procesos, sólo que ésta no es llevada a cabo de forma explícita o formal. Esto significa que evalúan el desempeño del equipo más allá de los resultados alcanzados. Por lo general esto se da en el momento en que el equipo realiza la tarea o en uno inmediato posterior; mientras que para la evaluación por resultados se fijan reuniones y plazos determinados.

Además, hay algunos equipos que han manifestado que realizan una evaluación explícita por procesos. Tal es el caso de los equipos de cirugía general y kinesiología. En el equipo de cirugía, el entrevistado dice: *"nosotros evaluamos tanto los resultados como los procesos mismos de la operación"*; esto significa que tienen en cuenta la forma en la que llevaron a cabo la tarea. El kinesiólogo, por su parte, afirma: *"Lo que analizamos es el proceso del tratamiento teniendo en cuenta ciertas reglas y normas como parámetros"*.

¿Quién evalúa? En cuanto a este punto, encontramos que mayormente es el conductor el que realiza la evaluación; sin embargo, hay casos en los que es el propio equipo el que la hace y en otros, una persona externa como puede ser el director de un hospital.

La frecuencia es muy variada y va desde los equipos que evalúan semanalmente (en cada reunión) hasta los que lo hacen una vez por año, dependiendo de varios factores como las necesidades, exigencias externas, normas fijadas dentro del equipo, etc.

6) 6) Estilo de los equipos

Las variables lo que determinan son:

- ♦ ♦ Los acuerdos internos que alcanzan los integrantes para instrumentar su estrategia.
- ♦ ♦ Los recursos con que cuentan para desarrollar la estrategia.
- ♦ ♦ El estilo individual de los integrantes y el conductor, y la forma de articularse.
- ♦ ♦ El estilo propio del conductor, su formación y sus convicciones.
- ♦ ♦ Condicionantes culturales, económicos y sociales predominantes en la organización, a través de la visión común, políticas y normas.
- ♦ ♦ La historia de los acontecimientos. Se va construyendo una historia del equipo. Es una historia de acontecimientos. En cada encuentro se va determinando por interacción un estilo.
- ♦ ♦ Los acontecimientos y experiencias del conductor y los integrantes. Por las formas en que éstos se articulan.

Por lo que hemos observado, no podemos definir el estilo de cada uno de estos equipos, ya que para ello tendríamos que ampliar el alcance de la investigación. No obstante, podemos decir que se trata de equipos de profesionales.

Además, en cuanto a los recursos con que cuentan para desarrollar la estrategia hemos encontrado otra diferencia entre el sector público y el privado, ya que en el primero son menores e insuficientes; mientras que en el segundo, sí poseen los necesarios para el desempeño de la actividad.

7) 7) Estándares de calidad

Son requisitos vinculados con la tarea que deben cumplir los equipos de trabajo.

Sin duda se presentan en todos los que hemos observado. Por ejemplo: normas de bioseguridad utilizadas por el equipo de análisis clínicos del Hospital, índices relacionados como los de mortalidad y morbilidad usados por los cardiólogos infantiles, estadísticas empleadas por el equipo de estudios y asesorías médicas de la clínica, tecnología adecuada, comparaciones, etc.

8) 8) Confiabilidad

Es una variable ligada al contacto con el otro, pero en la que también inciden otros factores como la profesionalidad y el prejuicio.

Los entrevistados han manifestado que existe confiabilidad en sus equipos, con excepción del equipo de la clínica médica de un Hospital, quien reconoció actitudes egoístas que generaban desconfianza.

Sin embargo creemos que para explayarnos más en este tema, deberíamos realizar un análisis mucho más profundo.

Otras características

Presentamos a continuación un par de métodos, dentro de los variados que existen, con los que los equipos de trabajo pueden evaluar sus asuntos internos. Los consideramos como otra manera de ir caracterizándolos.

A. Según la forma de afrontar el conflicto

D. Tjosvold plantea tres tipos:

- ◆ ◆ Conflicto positivo
- ◆ ◆ Conflicto competitivo
- ◆ ◆ Conflicto negativo

Los conflictos que se presentan son positivos –esto es lo que pudimos comprobar, y siguiendo a este autor- porque se plantean en el interior del equipo, dando a cada integrante la posibilidad de dar su opinión, y así se buscan las soluciones más acertadas. Podemos citar ejemplos como el equipo del cardiólogo infantil, que utilizan el diálogo para resolver los problemas que se evidencian.

En otros casos, los conflictos se presentan por competencia entre integrantes como sucede en el equipo de los análisis clínicos.

También hemos visto que hay casos de conflicto evitado, como lo manifiesta el entrevistado del equipo del Hospital: *"A veces no se le decía al conductor del equipo que había problemas entre nosotros para no complicar las cosas"*

En otros equipos se reconoce que los conflictos no fueron bien encarados y que ello obstaculizó las tareas; mientras que están aquellos que declaran que no surgen problemas y que, a nuestro parecer, es difícil que así suceda.

B. Los vectores

El Dr. Enrique Pichon Rivière establece unos parámetros para la evaluación de los equipos a los que denomina *vectores*. Estos son:

➤ ➤ **Afiliación y Pertenencia**

La **afiliación** es la forma en la que los integrantes ingresaron al equipo. Y otro autor, Quey, señala estas razones por las cuales las personas deciden afiliarse a un equipo:

- ♦ ♦ Interés por la tarea
- ♦ ♦ Interés por las personas que forman parte del equipo
- ♦ ♦ Satisfacción de necesidades

En la mayoría de los casos examinados, el ingreso de los integrantes entrevistados fue motivado por las tareas, es decir que estaban interesados por las actividades que esos equipos llevaban a cabo.

Otros se interesaron por las personas que conformaban el equipo; mientras que, en pocos casos, el motivo de su acercamiento estaba dado por la satisfacción de la necesidad de autorrealización.

Por último, hemos encontrado algunas situaciones en las que las personas fueron designadas para formar parte del equipo; lo que implica que no tomaron la decisión por sí mismas de unirse al mismo. Esto no significa que no se hayan interesado, luego, por las tareas o las personas; pero dicho interés, no fue el motivo de su afiliación al equipo, sino que surgió posteriormente.

Pertenencia, en cambio, implica una mayor integración al equipo. Observamos que este vector se presenta en aquellos en los que notamos un alto grado de participación, como en el de los cardiólogos infantiles, que es un equipo pequeño comparado con el resto de los analizados, toman decisiones por consenso, son muy unidos y consiguen lograr las metas que se proponen.

En otros casos, el nivel de pertenencia varía de acuerdo a cada integrante. Por ejemplo, en el equipo que realiza análisis clínicos del Hospital, la conductora muestra un alto grado de pertenencia; sin embargo, el técnico en hemoterapia no se siente tan integrado, por lo cual puede sentirse más afiliado que perteneciente.

➤ ➤ **Cooperación**

Pichon Rivière define la cooperación como "*la contribución a la tarea grupal*"; a operar conjuntamente.

Hemos encontrado equipos donde la cooperación es necesaria y fundamental para poder desarrollar sus actividades, es decir para el mejor funcionamiento del equipo.

Otros entrevistados alegaron que depende de cada integrante y que hay quienes cooperan más y quienes cooperan menos, tomando esta última como una actitud egoísta de parte de esa persona (la entrevistada), aunque no necesariamente sea así.

Creemos que es un requisito fundamental para que un equipo sea considerado como tal que exista la cooperación. En los que hemos estudiado existe la cooperación en mayor o en menor grado.

➤ ➤ **Pertinencia**

Es centrarse en la tarea prescrita y a su esclarecimiento.

Hay dos tipos de tareas:

- ♦ ♦ *Prescripta o explícita*: es la que constituye al equipo para alcanzar un resultado.
- ♦ ♦ *Implícita*: está constituida por los niveles de comunicación interpersonales, obstáculos, afectos, etc. que produce la realización de la tarea.

Pudimos ver claramente que todos los equipos explorados realizan la tarea explícita. En cambio, consideramos necesario ampliar y profundizar el alcance de la investigación para hablar fehacientemente respecto a ella.

➤ ➤ **Comunicación**

Se refiere a la que se establece entre los miembros del equipo, tomando en cuenta el "cómo" y el "quién" del mensaje.

En este tema hemos encontrado distintos casos. Hay equipos donde la información es compartida entre todos, lo cual refleja el estado ideal y la comunicación, por lo tanto, es en todas las direcciones (horizontal, vertical y transversal). Esto sucede en el equipo de cardiología infantil.

En otros casos, hay cierta información que se restringe, es decir que sólo tienen acceso a ella las personas con funciones de más alto nivel dentro del equipo, como puede ser el conductor. Aquí la comunicación es sólo vertical, descendente y ascendente, con predominio de la primera. Observamos esto en el equipo de análisis clínicos, en el cual hay cierta información que no es compartida con todos los integrantes, sino que es confidencial y manejada por aquel con cargo más alto dentro del equipo; también hay otra que sólo es compartida por el conductor y algún otro miembro.

También encontramos situaciones en las que si bien todos comparten la información, hay un integrante que se encarga de manejarla. Podemos citar como ejemplo al kinesiólogo quien afirma: "*la compartimos entre todos, pero el encargado de manejarla es el especialista a cargo del paciente*".

En cuanto a las fuentes de la información, encontramos muchas y muy variadas: aportes de cada integrante, empírica, científica, Internet, entre otras.

El lenguaje común, propio del equipo y la existencia de códigos que sólo sus integrantes comparten es considerado favorable ya que une a sus miembros de una forma diferente y fortalece la sensación de pertenencia de las personas. En la mayoría de los casos vistos existe este tipo de lenguaje. Tal es el caso del equipo de los cardiólogos infantiles.

En otros, sin embargo, se afirma que no existen dichos códigos, como sucede en el equipo de la clínica médica que trabajaba en la cátedra de Hospital. Sin embargo, por lo que vimos, creemos que sí deben existir algunos términos propios del equipo, aunque sea aquellos típicos de la especialidad que desarrollan.

➤ ➤ **Aprendizaje**

El Dr. E. Pichon Rivière describe a este vector como "*suma de información de los integrantes del grupo, cumpliéndose en un momento dado la ley de la dialéctica de transformación de cantidad en calidad*".

Este tema sólo podemos abordarlo desde la percepción de cada entrevistado en cuanto a si aprende o no en el equipo, destacando que la mayoría de ellos han manifestado que aprende. Por ejemplo, uno de los cardiólogos infantiles dice que para poder ser un profesional sólido y aprender dentro de su especialidad, es indispensable trabajar en equipo.

El técnico en hemoterapia, por el contrario, dijo no aprender nada nuevo, sino que la actividad le aportaba más experiencia. Tomando la afirmación de que la meta del aprendizaje es mejorar la calidad de acción de alguien, consideramos que esto que plantea el entrevistado es aprender.

El Conductor

La función del conductor es justamente llevar al equipo hacia el cumplimiento de sus objetivos, realizando e indicando acciones para tal fin, planteando una modalidad que tome en cuenta las expectativas individuales, de manera de poder mejorar la gestión y la satisfacción de sus miembros en relación con los objetivos determinados.

Los ocho equipos estudiados tienen al menos un conductor. Expondremos, a continuación, las relaciones que pudimos establecer entre las percepciones manifestadas por cada entrevistado acerca del conductor, y los conocimientos y material bibliográfico con el que contamos.

Héctor Fainstein relaciona la idoneidad del conductor con otras tres variables: la modalidad de ejercer, la actitud y la motivación de los integrantes.

Hemos observado que todos los entrevistados declaran que el conductor es la persona que mayor experiencia tiene, con lo cual, siguiendo esta relación, podemos inferir que la modalidad de ejercer su función es la de transmitir sus conocimientos, la de docente. Su actitud se centra en el reconocimiento de los logros y la búsqueda del aprendizaje, llevando a los integrantes a la motivación por el conocimiento.

La personalidad del conductor y su condición de experto adquieren preponderancia en el equipo.

Funciones del conductor

Siguiendo al Dr. Fainstein, presentamos algunas de las funciones propias del conductor.

➤ ➤ *Fijar su función.* Se refiere a establecer sus alcances y sus límites.

Una de las funciones que debe fijar es evaluar. De acuerdo a nuestras investigaciones, esa tarea no siempre es realizada por el conductor. A veces la realiza todo el equipo, por ejemplo, en el de cardiología infantil dicen: "*Nosotros mismos evaluamos*". A veces lo hace una persona externa al equipo, así lo manifiesta el integrante del equipo de un Hospital: "*Nuestro trabajo es evaluado, tanto individual como colectivamente, por una persona ajena al grupo...*". En otros lo hace un integrante determinado distinto al conductor, como en el equipo de análisis clínicos de otro hospital, cuyo jefe de laboratorio es el que evalúa.

En la mayoría de los casos estudiados, la persona que evalúa es el conductor. Este puede hacerlo en base a procesos o a resultados. En todos los equipos en los cuales evalúa el conductor, lo hace por resultados. Esto significa que se independizan de las formas y de las personas, con esta metodología no refuerzan precisamente los vínculos, ni las relaciones interpersonales.

- ➤ *Conocer a los integrantes del equipo.* Esto es imprescindible para todo conductor. Todos los entrevistados aluden que se conocen entre sí y con el conductor, pero para comprobar si hay un vínculo desarrollado sobre el conocimiento y experiencia del integrante para el ejercicio de su función específica, y otro sobre el nivel de relación con cada integrante, sería necesario observar al equipo de cerca y ampliar el alcance de la investigación realizada.

- ➤ *Definir la estrategia del equipo y coordinar su implementación.* Muchos presentan como principal función del conductor, la de coordinar. Tal es el caso del integrante del equipo de un Hospital, que dice "*Siempre el que coordina y controla es el jefe de sala (conductor)*".

Sólo la propia conductora del equipo de análisis clínicos de otro hospital hace surgir el definir la estrategia como función del conductor.

- ➤ *Alcanzar niveles de confiabilidad.* Todos los integrantes de los equipos elegidos, tienen confianza en ellos mismos, en el equipo, y además en el conductor.

Podemos inferir, en este punto, que esa confianza y confiabilidad se debe a los espacios que abre el conductor para que todos expresen sus ideas, según surge de las entrevistas.

- ➤ *Facilitar el establecimiento de un lenguaje común.* Desarrollar un lenguaje común, es un estilo comunicacional, que de existir, debe ser facilitado, promovido y compartido por el conductor. Aunque, según Fainstein, si el conductor no facilita ni estimula su desarrollo, el resto de los miembros del equipo podría desarrollarla de todas maneras.

Como dijimos anteriormente, cuando tratamos los vectores de Pichon Rivière, en la mayoría de los equipos utilizan lenguaje común, preponderado por el lenguaje técnico y propio de las distintas profesiones.

Por ejemplo, el integrante del equipo de un Hospital, dice con referencia a este tema: "*Si, tenemos. Fueron surgiendo instantáneamente con el paso del tiempo*", lo que desconocemos es si es facilitado por el conductor, tanto en este caso como en los otros.

- ➤ *Promover la recolección y análisis de datos. Compartir la información disponible.* La concentración de la información en algún miembro es un riesgo. La recolección y circularización de la información constituye una de las claves de la producción del equipo.

En cuanto a la recolección, se observa claramente un predominio a que todos los integrantes recolecten, ya sea de bibliografía, Internet, etc. Y por lo general es compartida entre todos los miembros.

Toma de decisiones y reuniones

Para analizar este tema, partimos de la siguiente definición: "*una reunión es un proceso, donde varias personas se juntan con un propósito común*". Creemos que es la reunión el lugar o momento adonde se toman las decisiones importantes.

Una reunión productiva brinda los siguientes beneficios:

- ♦ ♦ Crea una identidad para el equipo de trabajo.
- ♦ ♦ Ofrece un ámbito donde se pueden comentar los progresos del grupo.
- ♦ ♦ Brinda una oportunidad para generar soluciones creativas.
- ♦ ♦ Fomenta compromiso con las decisiones.
- ♦ ♦ Alienta un espíritu de colaboración y fija un rumbo.

Todos los equipos investigados realizan reuniones cuya frecuencia, por lo general, semanalmente.

En cuanto a su preparación, podemos decir que en casi todos los casos están planificadas. Esto significa que de antemano se establece el objetivo, el lugar, la fecha, los participantes y las actividades que se desarrollarán. Esto sucede, por ejemplo, en el equipo de cardiología infantil, en el de análisis clínicos, en el de kinesiología.

Muchos de ellos realizan reuniones en las que no solamente está presente el equipo sino que también participa alguna persona externa como puede ser el director del hospital, autoridades destacadas de alguna institución, etc.

Además, observamos que con frecuencia se reúnen con equipos de otras especialidades. Por ejemplo, los cardiólogos infantiles comparten ateneos con pediatras y con cardiólogos de adultos.

Para la toma de decisiones existen tres métodos:

- ♦ ♦ Consenso
- ♦ ♦ Unanimidad
- ♦ ♦ Mayoría

En la mayor parte de los equipos, los entrevistados han expresado que las decisiones son tomadas por consenso, es decir que tratan de llegar a un acuerdo común, en el que se comprometen entre todos.

Otros, en cambio, aseguraron que las decisiones son tomadas por mayoría, lo que implica que no buscan llegar a un acuerdo de similar compromiso entre todos.

Por último, hemos encontrado un caso en particular en que las decisiones son tomadas por los conductores y luego aceptadas por el resto de los integrantes. Esto sucede en el equipo de la clínica médica auditora.

Conclusión Final

Trabajar en equipo es una modalidad que produce beneficios tanto para la organización como para los integrantes, ya que permite adquirir nuevos conocimientos y habilidades, y lograr una mejor eficiencia en los resultados.

Esta situación la pudimos verificar tanto, a partir de las expresiones de alguno de los integrantes de los equipos indagados dentro del amplio universo de la salud, como en nuestro propio equipo. De hecho, la mayoría de los entrevistados se manifestó por la convicción de que su trabajo no podría llevarse a cabo sin la colaboración de las otras personas.

Por otra parte, el trabajo en equipo posibilita la resolución de conflictos, muchas veces provocados a causa de que no todos responden de igual manera ante una determinada situación y también debido a que las personas poseen expectativas diversas ante una determinada tarea, o temores, presiones, diferencias en sus motivaciones, satisfacción de sus necesidades, etc.

Sin embargo, creemos que estos conflictos, si son encarados en la forma adecuada, pueden llegar a ser útiles para el progreso del equipo.

Con el material recogido en las entrevistas pudimos distinguir pequeñas diferencias en las características que presentan los equipos que desarrollan sus tareas en el sector privado y aquellos que se desenvuelven en el ámbito público.

Estas diferencias no son trascendentes, sino en algunos aspectos. Como ejemplo fundamental creemos que debemos citar el problema que genera la escasez de los recursos disponibles para llevar a cabo correcta y satisfactoriamente el trabajo en las instituciones del Estado. Cuestión ésta realmente "delicada", sobre todo si pensamos que en relación con la vida humana resulta peligroso el margen de error.

Por otra parte, hemos comprobado que hay varias similitudes entre los equipos explorados y el nuestro. En este sentido, señalamos la cuestión de las reuniones periódicas, la forma de obtener la información y la necesidad de compartirla entre todos, la cooperación, el continuo aprendizaje y la presencia continua de nuevas experiencias que enriquecen el trabajo y a las personas que lo realizan.

Bibliografía

- Fainstein, Héctor. "*La gestión de Equipos Eficaces*". Ediciones Macchi, Bs.As.
- Dyer, William. "*Formación de Equipos*". Addison Wesley Iberoamericana.
- Saforcada, Enrique y colaboradores. "*El Factor Humano de la Salud Pública*". Editorial PROA XXI.
- Saforcada, Enrique. "*Psicología Sanitaria*". Editorial Paidós (Barcelona, Buenos Aires, México).
- Algunos materiales corresponden a páginas de la Internet.

ANEXO 1

Cuestionario básico utilizado como guía de pautas para las entrevistas

1. 1. ¿Cuál es su especialidad?
2. 2. ¿Dónde trabaja? (En el ámbito público o privado, o en los dos)
3. 3. ¿Trabaja o trabajó en equipos o grupos o en conjunto con otras personas? ¿Se integro posteriormente o formo parte desde el inicio del equipo?
4. 4. ¿Quiénes componen su grupo / equipo? ¿ Que tareas realizan cada uno? ¿Cómo coordinan entre todos las tareas? ¿ Que grado de compromiso tienen con dichas tareas?
5. 5. ¿Para que formaron el equipo? ¿Cuál es la finalidad \ objetivo?
6. 6. ¿Cuál es el motivo por el cual está en el equipo? ¿Ingresó por sus propios medios o fue designado para ello? (Se interesó por la tarea, por las personas o por autorrealización)
7. 7. ¿Hay algún proceso de selección de los integrantes para formar parte del equipo? ¿Se seleccionan en base a habilidades, condiciones psicológicas, conocimientos? ¿Ante la falta de algún integrante, como se reemplaza?
8. 8. En cuanto al desarrollo del trabajo ¿se realiza en el mismo tiempo y en el mismo lugar o tienen otra forma de configuración?
9. 9. ¿Se reúnen con frecuencia o regularidad o sólo para resolver la tarea? ¿Dónde se reúnen? ¿Elaboran algún tipo de agenda para planificar el trabajo? ¿Hay reuniones con otros equipos (interdisciplinarios)?

10. 10. ¿En alguna reunión intervino en el equipo alguna persona externa?
11. 11. ¿Cómo obtienen la información necesaria para tratar un caso? ¿Lo comparten entre todos, o quién la maneja?
12. 12. ¿Cómo son las tomas de decisiones: consenso, unanimidad o mayoría?
13. 13. ¿Comparten códigos o lenguaje en común propio del equipo?
14. 14. ¿Siente que puede aportar en cada caso sus ideas, creatividad o el trabajo se basa en tareas rutinarias? ¿Cómo percibe las tareas?
15. 15. ¿Cómo se adecuan a las innovaciones tecnológicas? ¿Las hay? ¿Cuáles?
16. 16. ¿Siente que aprende o le aporta algo más el trabajo en equipo, o ud considera que sólo hace sus tareas con otras personas?
17. 17. ¿Hay cooperación entre los integrantes del equipo, se ayudan mutuamente, hay clima de apoyo?
18. 18. ¿Confía en el resto de los integrantes? ¿Perciben uds si los pacientes o personas externas pueden confiar en su equipo?
19. 19. ¿Hay un conductor? ¿Qué tarea desempeña? ¿Qué nivel de experiencia tiene?
20. 20. ¿Cómo es la relación del conductor con los integrantes? ¿Se conocen entre sí?
21. 21. ¿Qué problemas identifica dentro del equipo? ¿Diría que estos problemas son entre los miembros entre sí o de los miembros con el conductor?
22. 22. ¿Quién evalúa, cómo, cuándo? ¿En base a procesos o a resultados? ¿Tienen en cuenta para la evaluación normas, reglas, estándares de calidad?
23. 23. ¿Considera que los conflictos son útiles / positivos para el progreso del equipo? ¿Cómo solucionan los problemas?
24. 24. ¿Hay miedo, temor o resistencia a asumir riesgos o ante algo nuevo o algún cambio en el equipo?

ANEXO 2 ^{1[1]}

Cuadros de procesamiento

ASPECTOS	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 10
<i>Especialidad</i>	Cardiología infantil	Pediatría y auditoría	Clínica	Hemoterapia
<i>Ámbito</i>	Privado	Privado	Público	Público
<i>Equipo</i>	Especialistas en cardiología infantil	Audidores	Interdisciplinario médico	Análisis clínicos y bioquímicos
<i>Objetivo</i>	Desarrollar la cardiología en todos los niveles	Auditar	Diagnóstico y tratamiento	Entregar los análisis a cada paciente

^{1[1]} Nota de la Cátedra: Por escasez de espacio no hemos podido incluir el material completo de las entrevistas, que sí habían incorporado en su trabajo los alumnos.

<i>Motivo de ingreso</i>	Por las personas y por las tareas	La designaron	Por las personas y por su autorrealización	Por las tareas
<i>Base de selección</i>	Según habilidades y conocimientos	A partir de entrevistas teniendo en cuenta habilidades, conocimientos y condiciones psicológicas	A partir de entrevistas teniendo en cuenta habilidades, conocimientos y condiciones psicológicas	Se hace una prueba y se selecciona en base a curriculum, habilidades, conocimientos
<i>Reuniones</i>	Una vez por semana. Con planificación. Con otras especialidades	Semanal. Con una agenda. Con otras personas y equipos	Con frecuencia en el hospital. También interdisciplinarias	Semanal. No participó con otros equipos
<i>Información</i>	Empírica y literatura científica	La obtienen individualmente y la comparten	Bibliografía especializada e Internet	La obtienen el jefe de sector y también los miembros. La comparten
<i>Decisiones</i>	Por consenso	Las toman los conductores	Por mayoría	Por mayoría
<i>Códigos comunes</i>	Tienen	No tienen	Tienen	Sí tienen
<i>Recursos tecnológicos</i>	Tecnología de punta	Variables	Inferior a los necesarios	Los recursos son suficientes
<i>Aprendizaje</i>	Se aprende	Se aprende	Se aprende diariamente	La práctica diaria aporta experiencia
<i>Cooperación y confianza</i>	Existe y es fundamental	Sí, es necesario	Existen	Hay un clima de apoyo y confianza
<i>Conductor</i>	El jefe con más experiencia	Ella y el presidente de la organización	El de más experiencia y antigüedad	Jefe del sector (su conductor) y jefa del servicio (conductora general). Ambos con experiencia
<i>Conflictos</i>	Pocos. Por lo general no ayudan	No hay	Pequeños roces. Rescatan lo positivo	No hay problemas
<i>Resistencia al cambio</i>	Evalúan las opciones	No hay resistencia. Se adaptan	No hay resistencia. Tratan de adaptarse	En general hay miedo
<i>Evaluación</i>	Ellos mismos a través de la calidad de vida del paciente. Comparan con otros equipos	Los conductores en base a resultados en cada reunión	Una persona externa (director del hospital). En base a resultados	El jefe cada 3 meses. En base a resultados

ASPECTOS	Entrevista 4	Entrevista 9	Entrevista 8
<i>Especialidad</i>	Clínica médica, neumonología e infectología	Cardiología infantil	Bioquímica
<i>Ámbito</i>	Público	Privado	Público
<i>Equipo</i>	Atención de pacientes, trabajos de investigación y publicación	Especialistas en cardiología infantil	Estudio de análisis bioquímicos
<i>Objetivo</i>	Conocer patologías infecciosas, estudiar bien una enfermedad, investigar	Ser uno de los mejores equipos de cardiología infantil del país	Satisfacer la demanda del paciente con rapidez y veracidad en los resultados
<i>Motivo de ingreso</i>	Por las tareas y porque la designaron	Por las tareas y por las personas	Por las tareas
<i>Base de selección</i>	No hubo	A partir de habilidades y conocimientos	Por concurso (currículum, matrícula, antecedentes, exámenes, experiencia, habilidades, títulos)
<i>Reuniones</i>	Una vez por semana. Con agenda de planificación. También reuniones diarias por recorrida en sala. Con otros equipos	Semanal con otros especialistas. Con planificación	Semanal. Con planificación diaria y a largo plazo. Con otros equipos por invitación
<i>Información</i>	La comparten entre cada uno	Bibliografía reciente de Estados Unidos. La comparten entre todos	Alguna vez es compartida y otra sólo tienen acceso el responsable de cada sector
<i>Decisiones</i>	Por consenso	Tratan de lograr acuerdo entre todos	Generalmente por consenso
<i>Códigos comunes</i>	No tienen	Sí tienen, tanto técnicos como informales	Sí, tienen un lenguaje técnico
<i>Recursos tecnológicos</i>	Falta de insumos	Se actualizan en forma constante. Son suficientes	Tecnología adecuada
<i>Aprendizaje</i>	Se aprende muchísimo, se enriqueció	Sí, permite el desarrollo profesional	Siempre se aprende algo más, es dinámico
<i>Cooperación y confianza</i>	En general hubo clima de apoyo, pero otros tenían actitudes egoístas. La confianza era variable	Sí, hubo	Tienen, es fundamental
<i>Conductor</i>	Jefe de sala con mucha experiencia	El jefe, más experimentado	La persona entrevistada.

			(Más 10 años de experiencia en conducción)
<i>Conflictos</i>	Desigualdad de trabajo y problemas competitivos. Fueron útiles aunque a veces no se encararon bien.	No hay, sólo cambios de opinión. No son positivos ni negativos.	En general por competencia entre miembros y conductor. Son positivos.
<i>Resistencia al cambio</i>	Se evaluaba y se adaptaba	A veces sí	Puede traer desconfianza
<i>Evaluación</i>	El conductor y un comité de la UBA. Semanalmente y en base a resultados. Los trabajos de investigación se evalúan con la dirección del hospital y la cátedra cada 6 meses	Todos evalúan en base a resultados. En comparación con el exterior. Una o dos veces por año	El jefe del laboratorio a través de índices de desempeño cada 3 meses. En base a resultados, normas de bioseguridad y control de calidad

ASPECTOS	Entrevista 7	Entrevista 5	Entrevista 6
<i>Especialidad</i>	Clínica médica	Cirugía general	Kinesiología
<i>Ámbito</i>	Privado	Público	Privado
<i>Equipo</i>	Grupos de estudio o asesorías médicas	Cirugía, ya que en cada cirugía debe haber como mínimo 6 personas	Multidisciplinario (diferentes especialistas). Él se dedica a la rehabilitación
<i>Objetivo</i>	Subsanar dudas y brindar al paciente un diagnóstico más certero	Mejorar la calidad de vida del paciente dentro de parámetros quirúrgicos	Recuperación total del paciente
<i>Motivo de ingreso</i>	Fue designada	Por las tareas	Por las tareas
<i>Base de selección</i>	No es un proceso de selección, sino que invitan a profesionales según la experiencia, conocimiento	Por entrevistas, en base a conocimientos y habilidades	Ingreso exigente, en base a conocimientos y habilidades (estudios realizados, cursos, postgrados)
<i>Reuniones</i>	Con otros colegas. Se juntan cuando hay un caso concreto	Todos los días en el ateneo. Con planificación y programación. Con otros equipos	Semanal (excepto por urgencias) con agenda de planificación. No intervienen otros equipos
<i>Información</i>	Cada uno lleva la información que se requiera. Se comparte	Se obtiene en base a la historia clínica del paciente. La comparten entre todos	Se obtiene por la historia clínica y por bibliografía. La comparten entre

			todos, pero la maneja el especialista
<i>Decisiones</i>	Por consenso	Por mayoría (aunque se busque el consenso)	Por mayoría
<i>Códigos comunes</i>	No tienen	Sí, términos técnicos propios de la profesión	Sí, es fundamental una jerga particular
<i>Recursos tecnológicos</i>	Son fundamentales, nunca es suficiente, ya que las innovaciones son permanentes	Hasta ahora son suficientes, pero en un tiempo no se sabe por el alto costo de los insumos y las innovaciones	Se adaptan mediante la simulación del uso de innovaciones. El avance tecnológico es fundamental
<i>Aprendizaje</i>	Siempre se aprende para crecer individualmente	Constante	Día a día
<i>Cooperación y confianza</i>	Existe confianza y en general hay cooperación	Se ayudan mutuamente, hay cooperación y plena confianza	Hay un clima de apoyo y confianza
<i>Conductor</i>	No hay un conductor fijo, sino que se designa en base al tema a tratar por la experiencia	El de mayor experiencia	El jefe, con mayor experiencia. También la dirección administrativa
<i>Conflictos</i>	Cambio de opiniones, para buscar el lado positivo	En general no surgen, sólo diferentes actitudes y discusiones con otros equipos. Son positivos	Puede generar pequeños roces la cantidad desigual de pacientes a rehabilitar. Son útiles
<i>Resistencia al cambio</i>	Sí hay, es difícil de sobrellevar, pero se trata de alcanzar un equilibrio	Se toman recaudos y hay cierta resistencia. Se necesita tiempo	No se presentan grandes cambios
<i>Evaluación</i>	El mismo equipo a través de estadísticas. En base a resultados	El departamento de cirugía cada 4 o 6 meses. El equipo evalúa tanto resultados como los procesos de la operación, teniendo en cuenta estadísticas, comparaciones y estándares de calidad	El jefe una vez por mes en base al proceso de tratamiento, teniendo en cuenta ciertos parámetros (normas y reglas)