

Trabajo en equipo o equipo de trabajo: ¿es posible en el sistema de salud colombiano?

ÁLVARO SANABRIA¹, MARTHA CASTAÑEDA²

Palabras clave: grupo; grupo de atención al paciente; práctica de grupo; estructura de grupo.

Resumen

El trabajo en equipo es un proceso en el cual diferentes representantes de varias disciplinas comparten experiencias, conocimientos y habilidades para mejorar la atención al paciente. Los diez elementos que definen los equipos de trabajo en salud son: identificación de un líder, existencia de un grupo de valores compartidos, cultura de equipo y atmósfera interdisciplinaria, procesos e infraestructura para llevar a cabo la misión del equipo, enfoque en la calidad con retroalimentación continua, comunicación entre los miembros, amplitud de disciplinas, facilidad de reclutamiento de miembros, promoción de la interdependencia y tendencia al desarrollo personal.

Este ensayo examina la aplicación de estos principios en la práctica quirúrgica cotidiana y expone algunas alternativas para implementarlos.

Cuando escucho las palabras “trabajo en equipo”, me transporto a los ejemplos más cercanos que tengo. Un equipo de fútbol como el Barcelona, en el cual el resultado de un partido es más que la suma de las habilidades de cada uno de sus jugadores, y este concepto se hace realidad cada cuatro días cuando juegan en una de las múltiples copas europeas. Pero, también, evoco la construcción de un edificio o de un automóvil, obras de ingeniería cuyos resultados vemos a diario; o el sumo ejemplo de un trabajo de equipo, demostración de que más de cincuenta personas pueden combinar sus esfuerzos para producir una obra maestra, tal como lo hacen cientos de orquestas sinfónicas y filarmónicas alrededor del mundo. Entonces, supongo que cuando los gurús de la administración en salud, los ilustres representantes de la estirpe directiva me hablan de trabajo en equipo, se están refiriendo a la aplicación de estos ejemplos en el ámbito de la cirugía. Pero la sorpresa es mayúscula, cuando se va haciendo claro que poco o nada nos parecemos a estos paradigmas.

Nancarrow, *et al.*, definen el trabajo en equipo multidisciplinario como “un proceso complejo donde diferentes representantes de varias disciplinas se juntan para compartir experiencias, conocimientos y habilidades para mejorar el cuidado del paciente”¹ y, a renglón seguido, citan los elementos esenciales sugeridos por Enderby: 1) membresía definible, 2) conciencia de grupo, 3) visión compartida, 4) sentido de un propósito, 5) interdependencia e interacción, y 5) acción coordi-

1 Médico, M.Sc., Ph.D.; profesor, Departamento de Cirugía, Universidad de Antioquia; cirujano de Cabeza y Cuello, Fundación Colombiana de Cancerología- Clínica Vida; Director Científico. Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello, CEXCA, Medellín, Colombia; profesor, Área de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

2 Odontóloga, M.Sc., auditora clínica, magíster en Calidad y Sistemas de Gestión Integral, consultora independiente; Gerente, Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello, CEXCA, Medellín, Colombia

Fecha de recibido: 28 de diciembre de 2015

Fecha de aprobación: 4 de abril de 2016

Citar como: Sanabria Á, Castañeda M. Trabajo en equipo o equipo de trabajo: ¿es posible en el sistema de salud colombiano? Rev Colomb Cir. 2016;31:98-102.

nada². El mismo Nancarrow identificó en su revisión sistemática, diez elementos que definen los equipos de trabajo en salud: identificación de un líder, existencia de un grupo de valores compartidos, cultura de equipo y atmósfera interdisciplinaria, procesos e infraestructura para llevar a cabo la misión del equipo, enfoque en la calidad con retroalimentación continua, comunicación entre los miembros, amplitud de disciplinas, facilidad de reclutamiento de miembros, promoción de la interdependencia y tendencia al desarrollo personal.

Esta lista de condiciones debería ser de obligatorio cumplimiento, si es que en realidad trabajamos en equipo.

La primera condición es esencial en un equipo: un líder, director, coordinador, jefe o como se le quiera llamar a esta persona que dirige³. Es imposible imaginar un equipo de fútbol sin entrenador, una obra sin ingeniero residente o una orquesta sin director. La función de este sujeto es definir unos objetivos por alcanzar, establecer unas normas de trabajo y unos lineamientos para seguir, diseñar una estrategia para conseguirlo y, finalmente, motivar a su equipo para alcanzarlo. Pero más allá de estos valores virtuosos, el director también actúa como un evaluador constante del desempeño y un detentor del poder de veto para decidir quién hace una u otra cosa o quién se queda o sale del equipo. Desde una alineación, pasando por un plano hasta un repertorio, el director tiene deberes y derechos, y el firme ejercicio de ellos está encaminado a obtener el resultado esperado. Él recibe las loas si triunfa, y los vituperios si falla, y por eso la responsabilidad de un buen o mal desempeño recae sobre sus hombros. Al tiempo que protege a su equipo y lo hace crecer, crece él también.

Pero en cirugía pocas veces ocurre esto. Cuando se conoce un grupo de cirujanos de una institución o se ingresa a un quirófano, excepcionalmente se sabe quién es el líder y no es extraño ver que cada miembro se abroga esta autoridad. Los grupos institucionales nombran un coordinador cuya función, aunque parezca increíble, no es dirigir a su grupo, sino tratar de resolver los conflictos internos entre sus miembros, de tal forma que no se desencadene una guerra. Este coordinador no puede establecer objetivos a largo plazo, no puede decidir con quién trabaja y con quién no (aunque se puedan identificar rápidamente dentro del grupo personas que no comparten la filosofía e, incluso, que son disociado-

res profesionales), no puede llamar la atención ni traer nuevas personas e, incluso, a veces, tiene que luchar contra unos directivos que ni siquiera quieren que esté ahí. La idea popular que se refleja en el refrán “hay que arar con los bueyes que nos toque”, pone de manifiesto una actitud pasiva y doblegada a que las situaciones son inamovibles y que cualquier logro está supeditado a otras condiciones alejadas de la consecución misma del objetivo.

El sistema de contratación en el que las personas se afincan en los puestos y nada ni nadie los puede siquiera mover a otras dependencias, la falta de efecto de la evaluación del desempeño sobre la permanencia en los cargos y esa actitud tan propia de nuestra cultura del “no te exijo para que no me exijas”, impide que líderes que quieren hacer cambios y modificar el *statu quo* puedan hacer su tarea. Adolecemos de modelos de contratación de grupo en el país, donde el control de un servicio se le entrega a una persona, quien es responsable de obtener los resultados que se pidan con plena libertad de escoger los “bueyes que han de arar con él”.

Y ¿qué decir del liderazgo dentro de un quirófano? El anesthesiólogo decide sobre temas de exclusivo tenor del cirujano. El cirujano hace lo mismo en los terrenos del anesthesiólogo. La instrumentadora obedece a los dos anteriores y a un tercer jefe y, finalmente, hay un séquito de enfermeras que deben seguir las instrucciones contradictorias de todo el mundo. Entonces, ¿quién dirige?, ¿quién tiene la responsabilidad sobre el resultado final? Y ¿cómo puede evaluar el desempeño si ninguno y todos mandan a la vez?, ¿cómo ejerce su poder de veto?

El acto operatorio es como un partido de fútbol, la construcción de un puente o la interpretación de una sonata. Alguien debe establecer el derrotero y los demás deben adecuarse al plan, no como animales de tiro, sino como colaboradores que aportan su punto de vista y experiencia para lograr el objetivo, pero que finalmente deben adherirse a un diseño. En ocasiones, el anesthesiólogo pide infiltración de la herida, pero un cirujano displicente hace caso omiso de la sugerencia. Otras veces, el cirujano pide relajación y la respuesta del anesthesiólogo es un reclamo por una prolongación innecesaria de la cirugía. El ayudante decide tomar la iniciativa en contra de los principios establecidos y realiza un acto imprudente. La instrumentadora participa como una máquina pasadora de pinzas que

ignora las solicitudes del equipo y decide practicar su rutina, y la enfermera, en vez de servir como facilitadora, ofrece toda clase de trabas o de intermitencias. Y el líder, el director, no puede hacer nada, porque no tiene el control para decidir quién trabaja con él y para llamar la atención cuando un plan prediseñado no se cumple. Debe conformarse, respirar profundo y tratar de terminar rápido para acabar con esa pesadilla. ¿Cómo puede responder por el resultado final? Este resultado termina siendo azaroso y dependiente de intervenciones bien intencionadas pero inadecuadas, inoportunas o ineficaces, contrario a lo que se esperaría de un equipo que tiene una dirección, un mando.

Además de tener un líder, un equipo es constante en términos de las personas que involucra. Al equipo de fútbol de cada semana lo vemos jugar con un plantel estructuralmente igual, donde las pocas variaciones obedecen al azaroso designio de los árbitros y a las impredecibles lesiones que se suceden dentro de la cancha. Y respecto a la construcción, los ingenieros, arquitectos, diseñadores y demás miembros del equipo son esencialmente los mismos durante todo el proyecto. Y qué decir de una orquesta, donde los músicos maduran a cada temporada y se pasan la vida entera dentro de algunos de los espacios propios de la organización orquestal, y solo unos cuantos invitados, vienen y van periódicamente.

Cuando la plantilla es igual, la gente aprende a conocerse, empieza a reconocer las particularidades individuales y a sacar provecho de ellas para beneficio grupal. Todos saben de la habilidad de alguno o el temperamento del otro; la nobleza de aquel o la reciedumbre de este, que son usadas cuando es necesario para resolver una dificultad que cualquier otro miembro estaría en incapacidad de solucionar. Finalmente, el engranaje es tan perfecto que poco se necesita hablar, que unos cuantos gestos son suficientes para entenderse, que ese lenguaje de la complicidad que aparece entre seres que se conocen, funcione con facilidad y perfección. Esto es lo que se llama cultura de equipo y atmósfera interdisciplinaria⁴.

Pero esto poco ocurre en cirugía. En cada procedimiento quirúrgico y a cada día, el plantel cambia. Hoy es un anestesiólogo y mañana otro, hoy es una instrumentadora o auxiliar y mañana es otra. Hasta la infraestructura: una sala de cirugía nunca es igual a

otra, y los equipos tienen que viajar entre áreas para acomodarse a los espacios disponibles. Entonces, ¿cómo puede el equipo conocerse?, ¿cómo puede alguien reconocer las fortalezas y debilidades de su coequipero, si no pasa tiempo suficiente con él?, ¿cómo emerge ese lenguaje subliminal que permite que nos entendamos sin mayores interacciones verbales, si es poco el tiempo que pasamos cerca?

En realidad, los equipos en cirugía *son una ilusión, una sombra, una ficción...* El trabajo conjunto y continuo entre coequiperos que implica el cumplimiento de varias características enunciadas, es poco frecuente en cirugía debido al sistema imperante. Tanto cambio y tanta variabilidad no garantizan un trabajo adecuado. Se necesita enfrentarse en grupo a las necesidades y dificultades diarias, para poder descubrir las potencialidades del otro y la forma en que cada uno puede abordar y solucionar un problema para que, producto de esta interacción, resulten soluciones creativas y eficientes, resultado de múltiples visiones complementarias sobre el mismo problema⁵.

En otros modelos, donde el resultado final es más importante, donde la calidad no es una palabra vacía que se usa para conseguir diplomas, premios o contratos, donde la lucha diaria es contra la incertidumbre, el concepto del trabajo en equipo determina de entrada que exista un equipo estable, a gusto y comprometido con la tarea, y no una reunión episódica de personas y personalidades para hacer un oficio.

La segunda reflexión se refiere a la reunión y preparación previa que se necesita para definir los valores del equipo y los planes por llevar a cabo. Los equipos entrenan, los músicos ensayan, los ingenieros se reúnen y discuten y ¿el equipo quirúrgico? Estas reuniones, más que un evento de trámite, son encuentros programados con un espacio y tiempo definidos, donde la asistencia es obligatoria y donde la participación es necesaria. Y tienen un objetivo: preparar el plan, establecer un mapa, diseñar una estrategia. Todos los elementos de cada obra se presentan, los momentos críticos se resaltan, las zonas de incertidumbre se exponen y, finalmente, se delinea un proceso que toma en cuenta todos estos factores. Muchas veces se predicen las contingencias y se preparan los planes para resolverlas, anticipando así las sorpresas.

La defensa se propone de acuerdo con las condiciones del otro equipo. El automóvil se diseña según las carreteras que va a enfrentar y las obras se modelan en relación con el autor y el auditorio. Estos espacios son los que permiten la comunicación entre miembros y el fortalecimiento de la interdependencia, pues es así como se distribuyen funciones y se establecen tareas y límites, pero también, se identifican las debilidades, y se promociona la formación y el desarrollo de habilidades específicas. Al volante central se le impone salir adelante, mientras la defensa se despliega de forma que ningún espacio queda desprotegido; al calculista se le exponen las modificaciones del suelo que aparecieron durante la excavación de las bases, mientras los ingenieros avanzan en otros frentes, y al primer violín se le pide una mayor fuerza para que resalte sobre los vientos, mientras las demás cuerdas soportan la melodía. Cada uno de ellos pide, entonces, a los demás un poco de aquello o menos de lo otro y en esa discusión se logran acuerdos que finalmente logran el desenlace esperado. Aquí también se detecta la necesidad de traer un nuevo delantero, contratar un ingeniero especialista o traer un nuevo intérprete.

Pero, en cirugía, ¿cuándo se hace este proceso? Las personas, que no son las mismas, no asisten a la planeación. Cuando asisten, no se preparan para lo que se va a presentar, no participan sino que hacen acto de presencia y no ofrecen sus inquietudes sobre el caso. Si se participa y se diseña un plan, este no se sigue, sino que se improvisa. La información del caso suele ser incompleta o anticuada y, entonces, el plan no responde a las necesidades reales. Así, esa idea imaginaria que se tiene de que una cirugía es un proceso planeado y diseñado específicamente para un enfermo, resulta ser en realidad una actividad de inicio súbito, tránsito inesperado y resultados impredecibles.

Finalmente, después de cada actividad, el líder y su equipo se reúnen a discutir lo que pasó. Los partidos se graban, los planos se reanalizan y comparan, los conciertos se registran. Todo esto, para analizar aciertos y errores, para que cada uno vea lo que resultó de su función y pueda reconsiderar sus actos en un próximo encuentro o pueda proponer una solución que involucre a los compañeros, que sugiera un atajo en el plan o, en el peor de los casos, un rediseño completo del mismo.

¿Y con los procedimientos quirúrgicos? No pasa nada de lo anterior. Solo ocurren y punto. Si todo sale bien, se acepta que así es y no se aprovecha la experiencia para mejorarlo aún más, para hacerlo más fácil o eficiente, para usar menos recursos o introducir tecnologías que mejoren el acto operatorio. Y si sale mal, los cirujanos inventamos un procedimiento hace muchos años, llamado reunión de morbimortalidad⁶, donde se analiza el caso y se discute.

Pero este método se quedó obsoleto. En primer lugar, es una reunión que no permite mejorar lo bueno, pues solo se discuten los casos que terminan en un desenlace fallido. Dicha reunión, que debería ser el sitio de retroalimentación, modificación y mejora, terminó convirtiéndose en una mera descripción de hechos, donde unos atacan para obtener la cabeza de aquel que cometió un error y los otros se defienden de la decapitación. En otros casos, se establece una complicidad entre los que auditan y los auditados, y lo que debería ser un ejercicio crítico buscando obtener mejoras, termina siendo un acto teatral de complacencia. En vez de introducir en esta reunión los adelantos que la administración y la psicología han probado para la búsqueda de mejoras del proceso⁷ y no de culpables, y para el diseño de planes de mejora y no de justificaciones, la actual reunión de complicaciones parece más un juicio inquisitorial o una reunión de amigos. Y lo que es más lamentable, a pesar de que se identifican las oportunidades de mejora, estas no se implementan ni se ponen en práctica; muchas veces, hasta se hace caso omiso de las mismas y, lo que debería ser una situación de ocurrencia única, termina convirtiéndose en un evento que se repite periódicamente, donde se hacen las mismas reflexiones pero nada se modifica.

Y ¿por qué es importante conseguir el trabajo en equipo? Los estudios más recientes sobre eventos adversos en cirugía, parecen coincidir siempre en algún defecto del trabajo en equipo⁸.

Así las cosas, el trabajo en equipo en cirugía es una perla difícil de encontrar, y la cultura actual, el sistema establecido y las relaciones entre actores, confabulan contra él. Espero con ansias el día cuando el equipo sea siempre el mismo: un anestesiólogo experto en la enfermedad del enfermo, un cirujano dedicado de tiempo completo a unas pocas materias, una instrumentadora que tenga interés en el acto operatorio y un grupo de enfermeras que conozcan las vicisitudes propias de cada

procedimiento quirúrgico; que tenga un líder claro con poder de decisión y de acción, que pueda llamar la atención y recomponer el grupo con nuevas contrataciones de personas afines a lo que se hace; que pueda disponer de aquellos que resultan ser un obstáculo para alcanzar los objetivos, pero que, a su vez, tenga la posibilidad de ofrecer premios y promociones a aquellos que logran con creces más de lo que se espera; un equipo que se reúna y prepare los planes hasta hacer de estos una rutina, que establezca unas directrices para los casos comunes donde cada quien sepa qué debe hacer, cuándo y con qué recursos, pero que, para los casos difíciles o complejos, tenga el tiempo y la disposición de revisar previamente el caso y proponer un plan principal y varios de contingencia, en el cual cada miembro del equipo aporte

su conocimiento y visión; y, finalmente, que disponga de tiempo para revisar los casos y retroalimentarse, o sea, evaluar críticamente el comportamiento de cada miembro, proponer soluciones a los problemas y nuevas alternativas de desarrollo y trabajo, identificar los incidentes y accidentes, diseñar formas de prevenirlos y evaluar el desempeño individual y colectivo, con el fin de mejorar los resultados.

Pero todo esto depende de unos directivos que comprendan lo que significa el trabajo en equipo y que tengan las agallas para promover nuevas formas de funcionamiento que reproduzcan en el ambiente quirúrgico lo mejor de los ejemplos de trabajo en equipo que se ven en otras disciplinas. ¡Amanecerá y veremos!

Team work or working team: is it possible in the Colombian health care system?

Abstract

Team work is the process where different people from various disciplines share experiences, knowledge and skills to improve patient care. The ten elements that define health teams are: identification of a leader, value sharing, team culture and interdisciplinary environment, processes and infrastructure to accomplish the team mission, focus on quality with continuous feedback, communication between members, variety of disciplines, easiness of personal recruitment, promotion of interdependence and a trend to personal development.

This essay analyses the use of these principles in current surgical practice and suggests some alternatives for its implementation.

Key words: *Team; patient care team; group practice; group structure.*

Referencias

1. Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health.* 2013;11:19-30.
2. Enderby P. Teamworking in community rehabilitation. *J Clin Nurs.* 2002;11:409-11.
3. Rothmund M. Surgical leadership. *Br J Surg.* 2013;100:577-9.
4. Gardner A, Scott D. Concepts for developing expert surgical teams using simulation. *Surg Clin North Am.* 2015;95:717-28.
5. Healey A, Undre S, Vicent C. Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:231-4.
6. Gordon L. *Gordon's Guide to the Surgical Morbidity and Mortality Conference.* First edition. Philadelphia; Hanley & Belfus; 1994.
7. Ministerio de Salud. Protocolo de Londres. Fecha de consulta: 20 de diciembre de 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTESCLINICOS.pdf.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system.* Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.

Correspondencia:
 Álvaro Sanabria MD, MSc, PhD, FACS
 Correo electrónico: alvarosanabria@gmail.com
 Medellín, Colombia