

# Retos del trabajo en equipo en instituciones de Salud

Un aspecto fundamental del mejoramiento continuo de la calidad en cualquier organización es la capacidad que tienen sus integrantes de trabajar en equipo. El desarrollo de equipos interdisciplinarios dentro de una organización tiene ventajas tangibles, entre otras: promueve la definición de responsabilidades, contribuye al éxito en el cumplimiento de los objetivos, asegura el seguimiento en el tiempo de compromisos, permite desarrollar métodos de trabajo, genera interacciones entre los miembros del equipo que favorecen la cultura de la institución, facilita el abordaje técnico y la solución de problemas en un ambiente que evita culpabilizar a personas y las faculta para que aporten soluciones y agreguen valor en el trabajo.

El reto del trabajo en equipo exige un marco de principios y valores que oriente las actividades de los grupos, normalmente denominados con el genérico de comités. Disciplina, confianza, conocimiento y afinidad por los temas materia de discusión, reglas de juego claras, participación activa, y deseo sincero de producir resultados tangibles, son obligatorios si se quiere generar resultados positivos .

La logística de las reuniones (tiempos, salones, documentos previos, entre otros) es determinante en la consecución de resultados, al igual que el compromiso de la alta gerencia. No existe una regla sobre el número de integrantes, pero debe tenerse en cuenta el interés y la posibilidad de tomar decisiones de acuerdo con su rol.

Algunas recomendaciones prácticas para el trabajo en equipo incluyen la definición anticipada de propósitos, cronogramas, temas, tiempos de reunión y definición sobre las aspiraciones en materia de resultados concretos, así como precisión en los compromisos, que se deben registrar en actas. Los tiempos destinados a las reuniones, son con frecuencia un obstáculo para la implementación de grupos de trabajo, pero no pueden ser la excusa para no realizarlos. Se recomienda en todo caso, que no abarquen demasiados temas y que no se prolonguen excesivamente. La definición sobre tiempos y frecuencia de las reuniones depende en gran parte del volumen de trabajo y del tamaño de la institución.

## Situación en el sector salud

En el caso del sector salud existe una larga trayectoria en la definición de actividades de trabajo en equipo. Basta señalar la realización diaria de la revista médica en la que se debe hacer una evaluación multidisciplinaria del paciente y los denominados comités que

tienen una tradición importante en las instituciones de salud, y que se han incrementado en la medida que los conocimientos médicos son cada vez mayores, las posibilidades de intervención sobre los pacientes más difusas, y las implicaciones éticas, administrativas y jurídicas, más complejas. De hecho, uno de los retos actuales para las instituciones de salud es la necesidad de ordenar, unificar y simplificar el trabajo de los comités, dados los múltiples requerimientos legales en esta materia.

### **Aportes de la Acreditación en Salud**

Uno de los aportes valiosos de la acreditación en salud ha sido la importancia que se ha dado al funcionamiento del trabajo en equipo y a la existencia y funcionamiento de los comités.

Debe resaltarse que el proceso de auto evaluación -es decir, de comparación de la realidad institucional con los estándares- obliga la conformación de grupos de trabajo, denominados grupos de autoevaluación por estándares. Estos son los encargados de revisar la realidad institucional frente al cumplimiento de los estándares; proponer los planes de mejoramiento; evaluar los logros en materia de cumplimiento y proponer todo tipo de acciones en el tiempo, para hacer del mejoramiento continuo una realidad. Dichos grupos de trabajo deben cumplir con los parámetros establecidos para el trabajo en equipo, en especial su carácter multidisciplinario e incluyente, y por otra, deben generar evidencias reales documentando sus impresiones y resultados.

Desde esta perspectiva la Acreditación en Salud promueve el trabajo en equipo. Es fundamental que los grupos de trabajo incluyan un número considerable de personas, tanto de la parte administrativa como de la parte clínica, de tal forma que los temas se aborden desde diferentes ámbitos y se involucre a personal que luego replique su metodología, su filosofía y sus resultados. El tamaño y complejidad de los grupos depende mucho del tamaño de la institución; hemos recomendado que su trabajo no concluya con las visitas de otorgamiento, pues el proceso de mejoramiento debe continuar y preparar a la institución para visitas posteriores, durante el ciclo. Un valor adicional es la posibilidad de compartir de información entre grupos, con lo cual se fortalece el conocimiento integral y la unidad de criterio frente al direccionamiento estratégico, con lo cual se potencia la cultura y la visión integral de todos los colaboradores.

Un elemento adicional es que la concepción de los estándares abarca toda la institución, teniendo como eje al usuario y su familia. Esta condición promueve la integración de áreas clínicas alrededor de los objetivos de los estándares, de tal forma que se fomente el trabajo en equipo entre áreas, que deben responder en conjunto por el éxito de la atención, así las áreas de apoyo diagnóstico o las áreas de apoyo, deben unir esfuerzos

con las de atención. Se trata de compartir visiones y logros alrededor del fin último: ofrecer la mayor calidad posible al usuario.

Comités en instituciones de salud: Por otra parte, la Acreditación en Salud, promueve el cumplimiento de las funciones de los diferentes comités que operan -o deben operar- en una institución que busca acreditarse, pues debe tenerse en cuenta que algunos de ellos son de obligatorio cumplimiento. La Acreditación promueve el logro de niveles superiores de calidad a los exigidos en las normas, en razón de lo cual el funcionamiento y la demostración de resultados superiores forma parte de la evaluación en la Acreditación en Salud.

A continuación se reseñan algunos de los comités establecidos, y el marco normativo que los define. Esta visión general se presenta como un apoyo a las instituciones que trabajan en el proceso de preparación para la Acreditación.

Comité de ética hospitalaria: está definido en la resolución 13437 de 1991 que adopta el decálogo de derechos de los pacientes y en la resolución 1757 de 1994. Estos comités se deben conformar en instituciones tanto públicas como privadas y deben tener representantes del personal médico, de enfermería, la comunidad representada a través de los comités de participación comunitaria, y representantes de asociaciones de usuarios. El comité es un recurso de pacientes, familiares, equipo de salud, equipo administrativo, que puede ser utilizado para abordar dilemas éticos de la atención. El comité es básicamente un foro de apoyo que puede sugerir, pero no reemplaza la relación médico-paciente.

Según la resolución, los comités deben divulgar los derechos de los pacientes (aspecto que es abordado a fondo en los estándares de la acreditación en salud), canalizar quejas sobre violación a los derechos de los pacientes, incluyendo aspectos éticos como consentimiento informado, donación de órganos, participación en investigaciones, confidencialidad, derecho a morir dignamente, entre otros.

En complemento a este comité, el Comité de bioética se propone como un grupo de carácter interdisciplinario, permanente, deliberativo y asesor que brinda apoyo al equipo asistencial y administrativo en los dilemas éticos que se presentan en la atención en salud y que usa como mecanismos de análisis las herramientas de la bioética. Estos comités pueden apoyar la formulación de políticas frente a temas médicos de alto debate, por ejemplo la adopción de criterios para ingreso a UCI, el análisis de casos cuyos límites de intervención sean complejos y demás aspectos que contribuyan a fortalecer una práctica médica de alto nivel ético.

Alianzas o asociaciones de usuarios: está definida en el decreto 1757 de 1994, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas deben

convocarlas. Sus miembros pueden ser elegidos para participar en múltiples instancias como las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los comités de ética hospitalaria, etc. Tienen múltiples funciones relacionadas con la vigilancia, la atención oportuna de quejas etc.

Comité de ética de la investigación: definido en la resolución 8430 de 1993, aborda todos los temas referentes a las responsabilidades de las instituciones en materia de investigación con seres humanos. Debe velar por que los pacientes que participan en investigaciones conozcan todos los derechos, se eviten riesgos y se seleccionen proyectos de investigación que cumplan con todas las regulaciones en la materia, en especial, la declaración de Helsinki (versión año 2000), la declaración de bioética y derechos humanos de la UNESCO (2005), así como regulaciones específicas en el caso de experimentación con animales. Estos comités requieren la participación de investigadores, epidemiólogos, bioeticistas, así como representantes de la sociedad y de los usuarios. Es claro que una institución que realice investigación -lo cual cubija en muchos casos aspectos que se confunden en al ámbito de la docencia- deben contar con este comité.

Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica: definido en el decreto 1562 de 1984, es un comité de máxima importancia en relación con las acciones de mejoramiento de la calidad. Su orientación es prevenir y controlar las situaciones de infección intrahospitalaria, y está acorde con los recientes desarrollos en materia de seguridad de paciente. Un elemento de interés sería considerar la actualización de esta norma acorde con la situación actual incluyendo aspectos de prevención, restricciones al uso de determinados medicamentos para prevenir resistencias bacterianas, entre otros.

Comité hospitalario de emergencia: creados con la resolución 1802 de 1989 que define quiénes lo componen y las funciones entre las cuales se destaca la responsabilidad por la elaboración y prueba de los planes de emergencia hospitalarios, incluyendo la definición de zonas especiales de atención, la realización de simulacros y la coordinación con otras autoridades. Esta resolución aborda el panorama de riesgos, la capacitación del personal y la coordinación de las otras instituciones. Debe elaborarse el plan hospitalario de emergencia y ponerlo a prueba en un simulacro.

Comité paritario de salud ocupacional: creados por la resolución 2013 de 1986 -y en concordancia con el decreto Ley 1295- establece que todas las empresas e instituciones públicas o privadas que tengan a su servicio diez o más trabajadores, están obligadas a conformar el comité, que está representado por igual número de personas de la administración y de los trabajadores. En empresas con menos de diez trabajadores se debe nombrar un vigía ocupacional (decreto 1295 de 1994). Aunque este no es un comité específico para instituciones de salud, está claro que éstas deben cumplir la norma. El comité debe orientarse a participar en actividades de promoción, divulgación y

capacitación en medicina, higiene y seguridad, analizar causas de accidentes de trabajo, visitar lugares de trabajo, entre otros. En el caso de las instituciones de salud, los riesgos de accidentes, en especial los de tipo biológico, constituyen un trabajo fundamental de este comité, que debe entonces incluir medidas de bioseguridad e intervención en casos de accidentes específicos.

Comité de trasplantes: el manejo de los trasplantes debe ceñirse a las directrices fijadas en un comité multidisciplinario en el que se puedan recoger diferentes visiones sobre el tema. Este comité había sido reglamentado inicialmente por el decreto 1546 de 1998 y posteriormente por el decreto 2493 de 2006 y tiene como funciones: emitir concepto sobre la pertinencia del trasplante en casos de duda o conflicto, hacer seguimiento a la calidad de la atención en el área de trasplantes, evaluar los indicadores de gestión del desarrollo de los programas de trasplante en la institución, evaluar y aprobar las guías de manejo institucionales de trasplantes.

Comité de farmacia y terapéutica: definido en el decreto 2200 de 2005, e integrado por personal de las áreas clínicas y administrativas, tiene como funciones formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos, recomendar la inclusión o exclusión de fármacos, conceptuar sobre guías de manejo, evaluar los perfiles epidemiológicos y la eficacia de la terapéutica, hacer labores de farmacovigilancia y tecnovigilancia de eventos adversos, con base en las directrices del INVIMA.

Comité docencia – servicio: reglamentado por el decreto 0190 de 1996 y el acuerdo 003/03, establece que en las instituciones donde se desarrollen convenios docente-asistenciales, se debe constituir un comité integrado por representantes de la institución y de las instituciones formadoras, con el fin de definir los parámetros que regirán la relación, garantizar la calidad de la prestación de servicios, evaluando las implicaciones de todo tipo dependientes de la presencia en las instituciones de salud de personal en formación. Esta norma deberá adaptarse a lo definido en la reglamentación de la Ley General de Talento Humano.

Comité de vigilancia epidemiológica: definido en la actualidad en el decreto 3518 de 2006 como comités de vigilancia en salud pública y que tienen a su cargo los reportes de enfermedades y casos de notificación obligatoria, para lo cual las IPS son consideradas unidades primarias generadoras de datos y tienen entre otras funciones las de: implementar los procesos básicos de vigilancia en salud pública, detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, asegurar intervenciones individuales y familiares, estructurar bases de datos de eventos sujetos a vigilancia, notificar oportunamente, participar en estrategias de vigilancia especiales, entre otras actividades.

Comité técnico – científico: la reglamentación actual de este comité, Resolución 2933 de 2006, estipula que el mismo será integrado por un representante de las EAPB, un representante de las IPS y un representante de los usuarios y que para el caso de las IPS este comité funcionará en los comités de farmacia y terapéutica, uno de cuyos miembros será el representante de la IPS en el Comité Técnico - Científico. Este comité tiene como funciones analizar la autorización de solicitudes presentadas por médicos tratantes de medicamentos por fuera del POS, justificar técnicamente las decisiones adoptadas, realizar evaluaciones trimestrales de los casos autorizados, entre otras. Este comité es fundamental para el recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Comité de historias clínicas: está reglamentado por la Resolución 1995 de 1999 y debe velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y el adecuado manejo de la historia clínica. La resolución define parámetros de calidad, tiempos de archivo, otras implicaciones del uso de la historia clínica y custodia, entre otros.

Otros comités de uso común en las instituciones de salud son: el comité de credenciales (encargado de verificar requisitos de personal que ingresa, sobre todo en los aspectos éticos); el comité de mortalidad (para analizar causas específicas de mortalidad; de acuerdo con lo establecido en la resolución 1043 de 2006 sobre habilitación, los estándares de seguimiento a riesgo en la prestación de servicios de salud incluyen: mortalidad general hospitalaria, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad quirúrgica, mortalidad en urgencias); el comité técnico de calidad (encargado de alinear las estrategias en materia de calidad y mejoramiento); el comité Ad Hoc (definido en situaciones concretas para evaluación por pares de casos específicos de calidad); la junta médico-quirúrgica (para evaluar casos complejos específicos, precisar diagnósticos o decidir intervenciones). A estos se suman otros comités de carácter administrativo como el comité de compras y las comisiones de personal, entre otras.

Es importante tener en cuenta que la implementación y operación de todos estos comités depende fundamentalmente del tamaño de la institución y de los servicios que presta. En todo caso, la cantidad de comités impone retos de organización y destinación de recursos que se deben evaluar. Es necesario desarrollar alternativas de funcionamiento que permitan obtener resultados positivos en la gestión, cumplir la Ley e impulsar el trabajo en equipo, sin desgastes excesivos al personal o pérdidas de recursos, en especial de tiempo. La posibilidad de fusión de comités debe ser explorada y adoptada, de acuerdo con la complejidad y las necesidades institucionales.

Se concluye que las instituciones de salud tienen una gran complejidad de retos en materia de trabajo en equipo y que se requieren estrategias para hacer óptimo y eficiente el trabajo y la articulación de los diferentes grupos, evitando la duplicidad de esfuerzos. La acreditación en salud impulsa el cumplimiento de todos los requisitos obligatorios y

debe promover el análisis que posibilite la actualización de algunos de los requisitos, adaptándolos a las condiciones de las instituciones y las necesidades de los usuarios. Los métodos para desarrollar reuniones que cumplan parámetros de eficiencia, se convierten en un reto para las directivas de las instituciones y en una necesidad, si se quiere demostrar niveles superiores de calidad.