



¿Conseguiremos trabajar realmente en equipo?

Hace ya ciertos años, en el que el tema de las heridas se enclavó profundamente en mi vida profesional, estoy segura que como en muchos de vosotros que prestan su interés en la lectura de estos temas.

Los clínicos sanitarios que trabajamos directamente con pacientes, ya percibimos claramente como el envejecimiento de la población y el aumento de las personas con enfermedades crónicas, nos describe un escenario que plantea importantes retos de cambio de una forma constante, cambios dirigidos hacia la manera de *organizar y prestar los servicios*.

Sabemos ampliamente que las *heridas complejas* (HC) son un problema relevante, y que las encontramos en todos los niveles de atención. La realidad del día a día también nos demuestra, que estos pacientes necesitan de una asistencia sanitaria basada en un modelo de *"abordaje integral e integrativo, centrado en la persona"*. Estas palabras suenan muy bien... y sabemos que no es un camino fácil de implementar, pero si no queremos que los pacientes se pierdan en el sistema sanitario dando vueltas como una pelota de ping pong, derivados de un especialista a otro, tendremos que ser nosotros, los que diseñemos los circuitos a seguir y los que nos movilizemos para gestionarlos.

Todos queremos conseguir una gestión eficiente en nuestro trabajo, pero también sabemos, como nos indicaba el documento de consenso de la European Wound Management Association (EWMA) publicado hace unos años en la *Journal of Wound Care "Managing wounds as a team"* que tenemos la necesidad de hacerlo mediante el trabajo en equipo, donde la *participación proactiva* del paciente y de su entorno también es esencial. Sólo así, podremos garantizar una atención de calidad con efectividad clínica.

El paciente en sí y sus factores de riesgo, como las particularidades de la herida, como el conocimiento y las habilidades de los que disponemos los profesionales, sumado a la disponibilidad de recursos materiales y humanos, interactúan constantemente para definir la complejidad de las heridas y de los problemas asociados a su curación. Este enfoque, nos muestra la gran variabilidad de factores diferentes que debemos controlar, lo que por otro lado nos genera un gran reto para los equipos de salud. Toda esta complejidad es obvio que no puede ser llevada por una sola especialidad, es preciso sumar conocimientos y habilidades para conseguir **trabajar en equipo**.

Es importante tener claro y hablar con propiedad cuando nos referimos a los diferentes tipos de equipos presentes, pues el trabajo que generan puede alcanzar diferentes dimensiones. El concepto de **multidisciplinariedad** sugiere el uso de diferentes disciplinas para responder a un problema clínico particular, pero en lugar de unirse, cada disciplina permanece dentro de sus propios límites y dentro de una *visión parcial* abogada por un *enfoque especializado*.

Por el contrario, el concepto de **interdisciplinariedad** sugiere que existe un vínculo entre las disciplinas donde cada una se mueve *de su propia posición a un grupo colectivo*. Esta forma de trabajar e interactuar, a su vez y de forma natural, *crea y aplica nuevos conocimientos* que existen fuera de las disciplinas involucradas. Eso puede ser muy enriquecedor para los profesionales, pero especialmente para los pacientes.

Podríamos decir, que el *Gold Estándar* del trabajo en equipo sería el **transdisciplinario**, quizás el nivel más avanzado, pues incluye un conocimiento de *profesionales expertos* en el tema de las HC, a la vez de interactuar con *profesionales no tan expertos* en la temática, pero sí necesarios como parte interesada que va más allá de la herida, enfocándose en el contexto, en la necesidad de estudiar las necesidades del entorno, recogiendo aspectos incluso económicos y psico sociales del paciente que sufre esas heridas.

En este trabajo de equipo transdisciplinario, es preciso la participación proactiva y el empoderamiento de pacientes, cuidadores y familiares, para adecuar los planes de cuidados necesarios a la realidad y asegurarnos su cumplimiento. No podemos quedarnos en la superficie de una indicación, como podría ser *"que el paciente mantenga reposo continuo con las extremidades elevadas"*, si esa persona ya sabemos que vive en un entorno nada facilitador para ello, vive solo, precisa asearse, comprar, cocinar... y no dispone de ayuda a su alrededor. Quizás además de esa indicación, esté en nuestra mano la indicación paralela de activar servicios sociales, que ayuden al cumplimiento de nuestra indicación de reposo. Así pues, el trabajo transdisciplinario **trasciende los límites disciplinarios** a través de **la liberación** y de **la expansión de los roles** establecidos hasta este momento.

El enfoque clínico asistencial ya sabemos que es importante, pero se requiere de un **abordaje multidimensional** que sólo se consigue mediante el **trabajo en equipo**, el grupo necesita trabajar realmente como un equipo para garantizar que todas las habilidades y experiencias disponibles puedan ser dirigidas de manera adecuada. Lograr ser una agrupación consistente de personas de diferentes disciplinas, idealmente inclusivas del paciente, cuyas interacciones están guiadas por funciones y procesos de equipo, para lograr resultados favorables para el paciente, que únicamente podremos conseguir a través de la **unión de todos los esfuerzos interdisciplinarios**. Porque ninguna profesión tiene todas las habilidades necesarias para abordar las complejas necesidades de las personas con heridas.

Dependiendo del momento, el paciente con HC puede hallarse bajo un nivel asistencial u otro (hospitalizado, institucionalizado, en su domicilio...) por ello, debemos ser capaces de darle una respuesta a su problemática, sea cual sea su ubicación. Ello nos obliga al **trabajo cooperativo** y en colaboración con **diferentes centros**, contar con todos los agentes participantes, **dentro y entre entornos** para lograr una atención coordinada y de alta calidad.

Por lo tanto, la razón por la cual el término "**equipo**" es importante, es porque "todos" los miembros se centran en trabajar para lograr un objetivo común y acordado, el trabajo es interdependiente, "*todos*" comparten la responsabilidad y "*todos*" son responsables de lograr los resultados deseados.

En nuestras facultades no nos han dado un manual de instrucciones para saber realmente como se trabaja en equipo, ha sido la necesidad de trabajar con estos pacientes y la propia experiencia la que nos ha ido enseñando y dando las **pautas claves** para conseguir hacerlo de una forma más o menos eficiente. Desde mi experiencia personal, puedo resumir la interacción del grupo en 4 puntos esenciales:

1. **ESTRECHA COHESIÓN**: Debe mantenerse una relación cercana con todos los miembros del equipo, teniendo presente que somos profesionales con diferentes formaciones y experiencias.
2. **PARCELAS DEFINIDAS**: Cada miembro domina una faceta diferente, ello puede ampliar la visión del problema y el abanico de las posibilidades terapéuticas.
3. **OBJETIVO COMÚN**: Todos perseguimos un mismo objetivo compartido y consensuado.
4. **COMUNICACIÓN**: Debe existir una comunicación clara, ágil, fácil y en cualquier dirección, sin jerarquías que la rompan o dificulten.

Para conseguir *cambios* a estos niveles precisamos generarlos allí donde se encuentren las "*palancas de cambio*". Necesitamos un **sistema de atención médica sensible a los modelos de equipo**. Además, para que esto se logre, se necesitará **educar y capacitar** a los profesionales para que desarrollen las habilidades necesarias para trabajar juntos como un equipo. También es una necesidad marcar los **objetivos transversales** a las diferentes organizaciones y profesionales, recogiendo competencias clínicas contempladas en los planes de formación, desarrollando nuevas competencias y estructurando una financiación de provisión.

Desde una visión práctica, tenemos muy claro que se **precisa reformar el sistema de atención médica** para encajar todos estos cambios. La literatura nos sugiere que si no podemos realizar cambios a niveles tan globales e inalcanzables, podría ser una buena idea, empezar con **pequeños cambios locales**, mucho más alcanzables, estableciendo "*servicios de equipo*", "*unidades de heridas*". Comencemos a trabajar a nivel más pequeño, a un nivel local, asumiendo el papel de guías, de líderes que generan pequeñas soluciones, que crean listas de servicios locales, colaborando con los servicios existentes para desarrollar mecanismos de derivación, aportando datos de evaluación recopilados para explorar opciones que mejoren los esquemas de remuneración existentes, para financiar las necesidades identificadas del paciente y recopilar resultados que respalden los beneficios generados desde las unidades de heridas. Con el tiempo, las iniciativas locales podrían tener el potencial de convertirse en una "*oleada*" de evidencia que podría usarse para presionar a los gobiernos e instigar la reforma necesaria de la atención médica.

Estas unidades están demostrando ser una necesidad requerida por la sociedad que espera del sistema sanitario, un bajo coste, la mejor gestión y una excelente calidad en la atención. Este modelo nos permite colaborar entre centros y niveles asistenciales de manera directa, así como ofrecer apoyo a todos los agentes para ser autosuficientes.

Se genera una actividad relevante que se prevé en crecimiento. El objetivo surge de dar respuesta a un problema de salud de la sociedad, pero también dar respuesta a la necesidad de trabajar bajo un modelo estructurado que reduzca costes en las derivaciones incorrectas, traslados innecesarios, gestiones absurdas, pérdidas de tiempo... optimizando los recursos y buscando la calidad en una asistencia centrada en resultados de valor, mediante la satisfacción de pacientes y de profesionales.

Así pues, seamos palancas de cambio, unamos nuestros conocimientos y nuestras habilidades para dar respuestas eficientes a los pacientes con HC, en definitiva, "**trabajemos en EQUIPO**".