

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMERA

Esencial para la seguridad de los pacientes

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía, de Seguros

>>> ■ La relación entre los médicos y las enfermeras* se encuentra muy arraigada en la historia y estereotipada en el imaginario popular. Esta particular relación, que debe basarse en el mutuo respeto y la interdependencia, ha experimentado cambios sustanciales en las últimas décadas. Del modelo tradicional, caracterizado por considerables diferencias en jerarquía, poder e influencia, se ha pasado gradualmente a un modelo en el cual los médicos y las enfermeras comienzan a ser partes equivalentes de un equipo de atención. El estudio de la relación entre estos dos grupos de profesionales de la salud es importante porque de la misma depende en gran parte la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la disminución de los conflictos médico-legales. Esta importancia es bien reconocida por los enfermeros y se refleja en innumerables artículos sobre esta problemática en las revistas internacionales y nacionales de enfermería. Sin embargo, es un tema prácticamente ausente en la literatura médica habitual.

La complejidad de la atención médica moderna expone al paciente a riesgos y requiere del trabajo coordinado y armonioso de todos los integrantes del equipo de salud. Por ello, la colaboración entre los médicos y las enfermeras es un elemento fundamental de cualquier programa de administración de riesgos y seguridad del paciente.

** En este artículo, bajo el término "enfermera", se alude, salvo expresas excepciones a todo el personal de enfermería, incluyendo los enfermeros varones. Se optó por el femenino dada la alta prevalencia de mujeres en esta profesión y para evitar replicar constantemente "enfermeras y enfermeros"*

Sin embargo, queda mucho por mejorar en este terreno: aún la comunicación de órdenes simples puede ser problemática, el retraso de un sólo procedimiento puede llevar a la frustración y a la búsqueda de culpables y los malos entendidos pueden fácilmente crear tensiones dentro del equipo. Y cuando crece la frustración y la tensión, el ambiente se vuelve aún más peligroso y los pacientes quedan más expuestos a errores.

Resulta entonces útil comprender los factores históricos que han determinado los roles y responsabilidades de cada una de estas profesiones, sus profundos cambios en el modelo prestacional actual y las áreas de conflicto y discrepancias. Sólo comprendiendo el fenómeno se pueden formular recomendaciones que estimulen el compromiso, la colaboración y el apoyo entre los médicos y las enfermeras.

El modelo de relación médico-enfermera tradicional

Desde sus orígenes como profesión moderna, la enfermería estuvo marcada por la sumisión y la obediencia, con una gran asimetría en su relación con los médicos. Así lo reflejaban los manuales y artículos de enfermería de fines del siglo XIX y principios de siglo XX (1):

“Ningún hombre, ni siquiera un médico, ha dado alguna vez una mejor definición de lo que una enfermera debería ser: ¡Devota y obediente!. Es la misma definición que sería aplicable a un portero, e incluso podría serlo también para un caballo.”

Florence Nightingale, Notes on Nursing, 1860

“Una enfermera debe comenzar su trabajo con una idea fija en su mente: ella es tan sólo el instrumento por el cual el médico consigue que sus instrucciones se cumplan; ella no ocupa una posición independiente en el tratamiento de la persona enferma.”

McGregor-Robertson, 1902. The Household Physician. London. Gresham Publishing

“No importando cuán dotada una enfermera pueda ser, jamás será confiable hasta que pueda obedecer sin cuestionar. La primera y más constructiva crítica que alguna vez recibí de un médico fue cuando éste me manifestó que se suponía que yo debía ser solamente una máquina inteligente destinada a llevar sus órdenes a cabo.”

Sara Dock, American Journal of Nursing 1917”

Los estudios sociológicos tradicionales sobre la relación entre médicos y enfermeras describen esta naturaleza patriarcal de sus orígenes, entendida en términos de estereotipos sexuales con asignaciones de género: la protección, el cuidado y la pasividad al rol femenino (enfermera) y la decisión y competencia al rol masculino (médico). Trazando un paralelo con los roles en una familia, los médicos asumían la posición de jefes de la misma, decidiendo cuándo, cómo y dónde se realizaría el trabajo importante, mientras que las enfermeras (sus “esposas”) velaban por las necesidades físicas y emocionales de aquellos que dependían de ellas, ya fueran pacientes, enfermeras noveles o médicos inexpertos.⁽¹⁾ La relación entre los médicos y las enfermeras en esa época ha sido descrita como un “juego”,⁽²⁾⁽³⁾ cuya principal regla consistía en evitar a cualquier costo el desacuerdo abierto entre los jugadores. Las enfermeras necesitaban entonces comunicar sus recomendaciones sin que pareciera que estuvieran dándolas y los médicos que pedían un consejo debían hacerlo de forma tal que no se denotara que

estaban pidiendo ayuda. Si el juego era exitoso, ambos jugadores eran recompensados. El premio más obvio era la eficiencia del binomio formado por el médico y la enfermera. El primero podía acudir a la segunda como una fuente de consulta valorada, aumentando así la autoestima y satisfacción profesional de la enfermera. A través de esta alianza el médico ganaba el respeto y la admiración de todo el personal de enfermería.

Las penalidades por jugar mal el juego podían ser severas. Los médicos que eran jugadores torpes y que no sabían reconocer las sutiles recomendaciones de las enfermeras eran vistos como tontos. Tampoco la tenían fácil aquellos médicos que interpretaban estos mensajes como insolencia y que dejaban firmemente en claro que no tolerarían sugerencias de “personal subalterno”; los mismos estaban condenados a sufrir el boicot silencioso y permanente de enfermería. Por otra parte, las enfermeras más capacitadas, que se veían a sí mismas como consultoras, pero que eran demasiado frontales y francas en sus recomendaciones, tenían también un costo a pagar. Si eran brillantes y sus recomendaciones valiosas, permanecían empleadas, pero se les recordaba constantemente de mil maneras que eran personas “no gratas”.

Embarcándose en el juego descrito, si bien se evitaba el conflicto, también se evitaba la comunicación directa, poniéndose muchas veces en riesgo la seguridad de los pacientes.

Los cambios de las últimas décadas

La relación tradicional descrita ha sufrido en las últimas décadas cambios profundos que pueden potencialmente comprometer la colaboración y el trabajo en equipo si los mismos no son reconocidos y comprendidos. Esto no quiere decir que el “juego médico-enfermera” esté perimido; en muchas instituciones continúa funcionando esencialmente de la manera que vimos. Sin embargo, las fuerzas sociales del cambio son poderosas y llegarán, tarde o temprano, a todas las instituciones de salud. Entre los cambios más significativos podemos mencionar: (3)

- **El deterioro de la imagen del médico en la sociedad**

La aparición de la medicina gerenciada, el poco tiempo del que disponen los médicos para atender a sus pacientes ha ido minando la confianza de estos últimos. De la omnipotencia de los médicos se ha pasado a un mayor reconocimiento de su falibilidad, traducida muchas veces en juicios de mala praxis. En la era de la alta especialización, es imposible abarcar todas las áreas del conocimiento médico, por lo que un “juego” basado en la omnisciencia del médico aparece como artificial y fuera de lugar.

- **La “feminización” de la profesión médica**

Hace cincuenta años, la inmensa mayoría de los médicos eran hombres. Esto ha ido cambiando progresivamente. Según los resultados del censo 2001, los varones representaban el 61% de los médicos del país, pero, analizado por edad, estos porcentajes varían de manera rotunda, ya que entre los profesionales mayores de 65 años el 80% eran hombres y entre el de los 20 a 29 años el 59% eran mujeres. Si bien no se conoce en detalle los datos del censo 2010, es de esperar que el número de médicas se incremente, ya que actualmente el 80% de los estudiantes de medicina en la Argentina son del sexo femenino. (4) Si bien las médicas han sido entrenadas para jugar al “juego médico-enfermera” como su contraparte masculina, se pierden por una cuestión de género aquellos elementos centrales del juego que reflejaban los roles estereotípicos de dominancia masculina y pasividad femenina. Este fenómeno se ve acentuado por el creciente número de enfermeros varones, aunque todavía por debajo del 10%.

- **La profesionalización de la enfermería**

La imagen de la enfermera como una mera ejecutora subalterna las de órdenes del médico está virando poco a poco hacia el de enfermeras más profesionales, especialmente certificadas y entrenadas en áreas tan importantes y prestigiosas como terapia intensiva, emergentología, neonatología, control de infecciones, etc.. Estas

enfermeras tienen tareas y responsabilidades específicas sobre los pacientes que trascienden las órdenes médicas. Este mayor grado de capacitación les permite asumir nuevos roles en temas atinentes a la calidad de atención y seguridad de los pacientes que amenazan la autoridad del médico en la toma de muchas decisiones clínicas. Si bien persisten todavía en nuestro medio grandes diferencias de formación entre los enfermeros, cada vez son más frecuentes los modelos de práctica colegial en donde se toman decisiones en equipo, en contraposición con la estructura jerárquica tradicional.

- **El aumento de los interlocutores de la enfermera (5)**

La complejidad de la medicina actual determina que la atención de los pacientes sea multidisciplinaria, participando de la misma internistas, interconsultores, terapeutas intensivos, kinesiólogos, nutricionistas y, muchas veces, residentes en formación. El enfermero se ve entonces obligado a interactuar con personas con diferente entrenamiento, experiencia y foco, no quedando muchas veces claro quién es el profesional que se encuentra a cargo. Hubo un tiempo en el que cada enfermera conocía a cada médico del staff y viceversa. Esto ya no es más la norma. Cuando los rostros del equipo de atención no son familiares, las relaciones de confianza son más difíciles de establecer.

- **La historia clínica electrónica (5)**

Con el advenimiento de la informatización de la documentación médica, la comunicación entre los médicos, las enfermeras y el resto de los prestadores es cada vez más electrónica y menos “cara a cara”. Las indicaciones médicas pueden ser escritas, actualizadas y cambiadas on-line, sin que medie vez ninguna comunicación verbal. Las enfermeras que antes dependían del médico a cargo para conocer antecedentes importantes de la historia del paciente para poder planificar así sus cuidados, dependen ahora de una computadora. A la inversa, la enfermera deja de ser la fuente de

información 24hs. para muchos médicos que hoy prefieren consultar la historia electrónica. Para algunos, esta transición tecnológica ha sido fácil, pero para otros ha sido dificultosa y problemática. Si bien nunca se pretendió que la tecnología fuera un sustituto de la comunicación personal, no hay dudas de que la misma tiene un efecto en las interacciones diarias entre los médicos y las enfermeras.

Tipos de Relación

En el año 2009 se publicó un interesante artículo en la revista *Critical Care Nursing* (6) en el cual se analizaban en forma conjunta seis investigaciones cuali-cuantitativas publicadas sobre este tema que en total incluían más de 20.000 encuestas a enfermeras norteamericanas, para tratar de extraer conclusiones acerca de cómo vivían éstas su relación con los médicos. Los autores de la investigación sintetizaron cinco modelos de relación entre médicos y enfermeras a partir de lo que las propias enfermeras decían. La mayoría de estos modelos, con matices, pueden verse también en nuestro país.

1. Relación colegiada

Se caracterizan por igual poder, confianza y respeto, tratándose casi como colegas: "Los médicos son excelentes, valoran nuestras opiniones y nos las piden. El médico me preguntó si el paciente estaba listo para irse a su casa y yo le dije que no, que su situación era complicada y que necesitaba 24 hs para poder irse. Tenemos que dejar totalmente coordinada la atención en su domicilio. Luego discutimos sobre qué tipo de vía central ponerle antes de que se fuera. Esto pasa cada día, los médicos nos buscan porque saben que sabemos."

2. Relación colaborativa

Está marcada por la confianza y el respeto mutuo, pero la cooperación se basa más en la mutualidad y en los objetivos comunes que en la igualdad. Los médicos y las enfermeras se escuchan el uno al otro y planifican juntos la atención, pero es el médico quien todavía está al mando.

3. Relación estudiante-maestro

En este tipo de relación, tanto el médico como la enfermera pueden asumir el rol de "maestro". Esto último suele verse con los nuevos residentes y en ocasiones con médicos que buscan la guía de enfermeras experimentadas cuando deben enfrentarse a complicaciones por fuera del campo de su especialidad. Los médicos que enseñan son identificados en las encuestas como aquellos que tienen un gran caudal de conocimientos y que están siempre deseosos de explicar o enseñar.

4. Relación tipo "el extraño amistoso"

Se caracteriza por el intercambio formal de información y cierta distancia emocional. Predomina el tono neutro, profesional: "El médico llega, evalúa al paciente, escribe las órdenes y se va. Eso es todo. Si espero y le hago algún comentario acerca de su paciente parece que escucha, pero de repente da una especie de gruñido y se va. Muchas veces ni siquiera me doy cuenta de que el médico estuvo allí hasta que veo sus indicaciones en la historia clínica. He trabajado con este médico por más de 17 años y aún no ha aprendido mi nombre, aunque yo lo llamo por el suyo cada mañana. Así son las cosas..."

5. Relación hostil, confrontativa

Se encuentran marcadas por el enojo permanente, el abuso verbal, las amenazas (reales o implícitas) o la resignación: "Los médicos te maltratan, y no sólo cuando están cansados, sino todo el tiempo. Acá ruedan cabezas si un médico se queja de cualquier cosa. Yo tengo mucho cuidado con lo que hago..."
En la mayoría de las unidades clínicas coexisten estos distintos tipos de relaciones. Una enfermera puede tener una relación colaborativa con un médico, hostil con otro y de tipo maestra-estudiante con un tercero. Más aún, estas relaciones son dinámicas y pueden cambiar en el tiempo. El clima de trabajo del servicio dependerá de la predominancia de unas sobre otras, siendo las tres primeras más positivas que las otras. Las encuestas demuestran que la relación hostil y confrontativa es más común de lo que podría esperarse. En un estudio, el 96% de las 714 enfermeras norteamericanas entrevistadas indicaron que habían experimentado o sido testigos

de conductas abusivas por parte de los médicos; el 31% sostuvo que la relación hostil existía en sus servicios.(7)(8)

Distintas percepciones

Gran parte de los problemas que afectan la relación entre médicos y enfermeras se originan en la distinta percepción que ambos grupos tienen sobre la misma. Los médicos perciben que su relación con las enfermeras y el grado de colaboración con las mismas es mucho mejor de lo que percibe el personal de enfermería. Y las diferencias son abismales. Thomas y col.(9) publicaron una encuesta en el año 2003 en la que el 73% de los médicos consultados creían que su relación con las enfermeras era buena y colaborativa. Menos de la mitad de las enfermeras del estudio (33%) pensaban lo mismo. Estos datos se condicen con otro estudio de Ferrand(10) del mismo año según el cual el 50% de los médicos y sólo el 27% de las enfermeras consideraban colaborativa a la relación. Los estudios también indican la percepción de las enfermeras acerca de la calidad de la relación predice en forma más precisa la mala evolución de los pacientes (muertes y regresos a UTI) que las percepciones de los médicos. Puede concluirse entonces que los médicos y las enfermeras no definen a la "colaboración" de la misma manera y que las definiciones y conceptos aplicables a un grupo no son aplicables al otro. Para la mayoría de los médicos tener una buena relación con sus enfermeras todavía implica que ellos indican y ellas cumplen sus órdenes eficientemente.

Esta visión por parte de los médicos no toma en cuenta que uno de los jugadores del viejo juego (la enfermera) ha decidido unilateralmente dejar de jugarlo y busca activamente cambiar tanto la profesión de enfermería como la forma de relacionarse con otros profesionales de la salud.

Como claramente lo especifican las declaraciones de distintas asociaciones de enfermería, las enfermeras hoy luchan para que la enfermería sea una profesión autónoma, con un campo de experiencia y desarrollo propio que trabaje en

equipo a la par de otros profesionales de la salud, sean estos farmacéuticos, kinesiólogos, nutricionistas... o médicos, considerando a éstos como a un grupo más de profesionales de la salud.

En nuestro país, esta visión queda patente en un reportaje publicado en 2004 al Lic. Alejandro Miranda, encargado de la Enseñanza del Área Materno-Infantil de la carrera de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires (11) "*En la atención de la persona no hay obreros, ni arquitectos, hay un equipo interdisciplinario que cumple su rol de acuerdo a su formación; es como un equipo de fútbol, un delantero no sería goleador si no tuviera una defensa y un arquero.*"

La enfermería ha experimentado en las últimas décadas un largo proceso de profesionalización y requiere hoy de elementos complejos que abarcan conocimientos científicos específicos de la enfermería, capacidad de investigación, potencial de liderazgo y elevado sentido ético y moral, según afirma la Lic. Gretel Desmery, Directora Académica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral.(11) Si bien esto es cierto, uno de los principales problemas que tiene la profesión de enfermería cuando interactúa con la profesión médica es la gran brecha que todavía existe entre enfermeras y auxiliares con muy distintos grados de capacitación, entrenamiento y formación académica. Los esfuerzos para ganar posicionamiento y reconocimiento por parte de enfermeras profesionales con títulos académicos son muchas veces resistidos por enfermeras con menor formación. Esta brecha impide que la enfermería tenga una sola imagen y una sola voz cuando se relaciona con otros profesionales de la salud.(3)

Problemas persistentes

Pese a algunos avances, sobre todo en áreas como quirófano y terapia intensiva, persisten todavía muchos problemas que afectan la calidad de la relación y que determinan una baja satisfacción en el trabajo de muchas enfermeras.(12)

Repasemos algunos:

1. Maltrato y conductas inapropiadas por parte de los médicos

Las investigaciones parecen demostrar que el maltrato de los médicos es la principal causa del burnout de las enfermeras, de su poca satisfacción en el trabajo y de la decisión de un cierto porcentaje de ellas de abandonar la profesión. En un estudio, el 31% de las enfermeras encuestadas contestaron que conocían de enfermeras que habían abandonado el hospital por esta causa. Este tipo de conducta sería más prevalente en médicos mayores que en los jóvenes, que han crecido dentro de un clima social más igualitario(13).

2. Subestimación del trabajo de enfermería

Las enfermeras también reportan que los médicos no las valoran, no comprenden lo que hacen, no escuchan lo que tienen para decir acerca de los pacientes, no toman sus evaluaciones en serio ni las tienen en cuenta para planificar los cuidados, o bien que son difíciles de contactar. Estos problemas tendrían menos que ver con las características personales de los médicos que con su ignorancia acerca de las responsabilidades y tareas de enfermería. Otra consideración es la diferente forma que tienen los médicos y las enfermeras de abordar la atención de los pacientes. Estas últimas están entrenadas para abordar la misma en forma holística, con una mejor comprensión de los factores humanos y sociales de cada paciente, mientras que los médicos han sido capacitados para focalizarse en “el caso científico”, ocupándose más de las estrategias que lleven a la curación o al manejo del caso desentendiéndose generalmente de las necesidades emocionales de los pacientes, de la planificación del alta y de temas sociales y culturales que ayuden a los pacientes a convivir con su enfermedad y tratamiento. La comunicación no es un tema destacado en los programas de formación de los médicos y muchos de ellos no están preparados para atender las necesidades emocionales de sus pacientes. Estas diferentes percepciones sobre las necesidades de los pacientes derivan muchas veces en malos entendidos y conflictos entre enfermeras y médicos y suelen ser tierra fértil para el enojo y la

insatisfacción profesional.

3. Diferencias de género, de clase y de formación

Las encuestas también revelan que muchas relaciones continúan signadas por la predominancia del género masculino entre los médicos, que continúan considerando a las enfermeras como empleadas subordinadas a sus órdenes, buscando control absoluto sobre las actividades de las mismas. El viejo juego enfermera-médico descrito todavía prevalece en muchos hospitales y dentro de este modelo, el ser varón confiere autoridad “per se”. Reafirmando este concepto, muchos enfermeros varones manifiestan que son tratados por los médicos con mayor respeto y sentido colegial que sus pares femeninos.(14) Para algunas enfermeras, la diferencia de clase social también jugaría un rol en el esquema tradicional, donde la mayoría de las enfermeras provenía de clases sociales más humildes que la mayoría de los médicos. Actualmente, sin embargo, los orígenes de clase social de quienes ingresan a las escuelas de enfermería y a las de medicina son similares y desaparecerán progresivamente estas barreras. Por otra parte, la diferencia de capacitación académica entre la mayoría de las enfermeras y los médicos con los cuales trabajan también impactan sobre el equilibrio de poder buscado. Las encuestas a enfermeras atestiguan una “moderada” aceptación por parte de algunas enfermeras de que su relación con los médicos siempre será siempre de subordinación porque ellos “saben” más. Los críticos de esta visión afirman que estas enfermeras confunden las diferencias en niveles educativos con diferencias en la filosofía, conocimiento específico, foco clínico y experiencia entre ambas profesiones. Si bien estas pueden ser muy diferentes, ambas son igualmente importantes en la atención de los pacientes.

4. Problemas de comunicación

Los problemas de comunicación entre profesionales son una fuente común de errores que terminan dañando a los pacientes. La Joint Commission (JCAHO) de los Estados Unidos,

organización encargada de acreditar hospitales informó hace unos años que los cortocircuitos en la comunicación fueron los responsables de casi el 70% de 2.455 “eventos centinelas” (daños graves y muertes por actos médicos evitables) reportados.(15) Muchos de estos problemas de comunicación nacen de todos los factores que estuvimos analizando. La pobre comunicación persistirá mientras los médicos consideren que su papel y función es superior al de las enfermeras. Cuando a un médico no le interesan los juicios y observaciones de las enfermeras, es más lento para acudir y responder cuando éstas tratan de contactarlos, una queja común del personal de enfermería. Asimismo, cuando las enfermeras se sienten maltratadas, incomprendidas o devaluadas por los médicos, tienden a evitar la comunicación directa. Esto lleva a errores, malos entendidos y conflictos permanentes. Según un estudio del 2002, las enfermeras suelen ver una fuerte asociación entre la conducta negativa de los médicos y los eventos adversos, los errores y las malas evoluciones de los pacientes. Una enfermera comentó. “La mayoría de las enfermeras tiene miedo de llamar al Dr. X cuando lo necesitan y frecuentemente no lo llaman. La seguridad de sus pacientes se encuentra siempre amenazada por esto”. Cuando a los 1.487 enfermeros entrevistados se les preguntó si conocían de eventos adversos desencadenados por una conducta negativa de un médico hacia un enfermero, el 60% respondió afirmativamente.(13)

Estrategias para mejorar la relación médico-enfermera

¿Cómo pueden minimizarse los riesgos que esta nueva forma de relación presenta? ¿Cómo crear un clima que estimule la colaboración y disminuya las situaciones de tensión, desconfianza y falta de consideración? No existe una receta mágica ni basta pedir a los médicos y enfermeras que colaboren entre sí para que esto suceda. Sin embargo, existen distintas medidas que merecen la consideración de todas las partes involucradas, incluyendo a las autoridades de las instituciones de salud.

Estas son algunas de las estrategias a considerar por parte de los Directores Médicos, Administradores y Jefes de Servicio:

- Fomentar una cultura que ponga al paciente en primer plano, priorizando sus necesidades y su seguridad. La atención médica no se trata de lo que es mejor para el médico ni más conveniente para la enfermera, ni de los avances en investigación; se trata de lo que es mejor para el paciente. Todos los aspectos de la atención deben ser examinados desde este punto de vista. La comunicación regular de este mensaje es vital, pero más importante aún es respaldarlo con el ejemplo y conductas consistentes. Es responsabilidad de los líderes de la organización identificar a aquellas personas, problemas o barreras que crean tensión y hacen difícil la colaboración, ya sea por problemas de procesos, ya sea por actitudes que deben ser corregidas.(5)
- Proveer los recursos y brindar las oportunidades necesarias. ¿Tienen los médicos y las enfermeras lo que necesitan para hacer bien su trabajo? La falta de recursos - materiales, humanos o técnicos-, aumentan las chances de personal desmotivado, frustrado y descontento y la posibilidad de errores. ¿Brinda la organización espacios para que los médicos y las enfermeras puedan discutir en forma conjunta casos, supervisar la calidad y establecer políticas? ¿Están las enfermeras representadas en los principales comités institucionales que planifican la atención médica?(5)
- Establecer un procedimiento para la resolución de conflictos.(6)(12) El compromiso de la administración puede demostrarse estableciendo una política de “tolerancia 0” para conductas abusivas, negativas e irrespetuosas, provengan de donde provengan. Una norma escrita de este tipo refleja la cultura de la organización y brinda mayor seguridad para plantear estos problemas, ya que todos saben cuál es el procedimiento a seguir. Por ejemplo, en algunos hospitales es el Director Médico el responsable de aconsejar a un médico

que ha tenido una conducta y quien procede a una sanción disciplinaria si el hecho se repite; en otros se recurre a un mediador, etc.

- Estimular recorridas interdisciplinarias, con la participación de médicos, enfermeras y otros profesionales que intervienen en la atención.(6)(12) Este tipo de recorridas comienza a ser cada vez más habitual en escenarios como terapia intensiva, trauma, oncología y rehabilitación. Durante las mismas comienzan a utilizarse lentamente herramientas de comunicación estructurada, para que la información sea transmitida siguiendo un orden establecido. Tal es la técnica SBAR (Situation-Background, Assessment and Recommendation) que traducido significa: situación, antecedentes, evaluación y recomendaciones. La inclusión de la "R" de recomendaciones invita a participar y favorece el clima de colaboración. Lamentablemente, este tipo de actividad que se realiza tan bien en unidades cerradas es difícil de mantener en piso: los médicos y las enfermeras entran y salen según las necesidades del momento, los kinesiólogos pueden estar ocupados en otras unidades al momento de la recorrida, los pacientes pueden haber ido a realizarse estudios, etc. También resulta muy dificultoso establecerlas cuando la mayoría de los médicos son externos, ajenos al staff, algo que se ve en instituciones con regímenes abiertos, donde el médico que interna se transforma también en una especie de "cliente" de la clínica o sanatorio. Para que estas recorridas interdisciplinarias sean realmente efectivas estos médicos deben dejar de verse como tales y considerarse "socios" en los esfuerzos de la institución por mejorar la comunicación.

Otras estrategias competen más específicamente al personal y a la profesión de enfermería como tal:

- Disminuir la brecha de conocimientos que aún existe entre distintas enfermeras. Para adquirir mayor relevancia y comenzar a interactuar en una mejor posición con los médicos, las enfermeras necesitan que se les otorgue mayor

poder. Y este mayor poder se consigue mediante el conocimiento y la preparación académica en su terreno. Una de las principales barreras que los médicos manifiestan para establecer una relación más igualitaria y colaborativa es la percepción de una baja competencia. Sólo con la seguridad y confianza que da el conocimiento, las enfermeras podrán abordar a los médicos en una forma más colegial y focalizada a la resolución de problemas, no importando el mal carácter que los médicos pueda tener. Todas las enfermeras tienen la responsabilidad de desarrollar, mantener e incrementar su capacitación clínica y técnica sin abandonar la actitud humanitaria que ha caracterizado desde siempre a su profesión.

- Desarrollar y dar a conocer a los médicos los protocolos de sus distintas intervenciones (ej: protocolos para la seguridad de la medicación, de caídas de pacientes, de identificación, etc.). Muchos médicos desconocen la enorme carga de tareas que desarrolla enfermería. La difusión de las mismas ayudan a delimitar terrenos y a jerarquizar la actividad, base de una mejor comunicación.

Por otra parte, los médicos deberían tener en cuenta los siguientes consejos para mejorar su relación con las enfermeras:(1)

- Asegúrese de conocer los nombres de todas las enfermeras del servicio, y preséntese al personal nuevo; participe en el proceso de orientación de las nuevas enfermeras.

- Busque oportunidades para encontrarse con las enfermeras. Destine un poco de su tiempo para conversar informalmente en el office de enfermería, enterándose de los temas del día.

- Familiarícese acerca de la evolución de las actividades y técnicas de la enfermería y sobre sus actuales roles y responsabilidades.

- ¿Alguna vez consideró la posibilidad de pasar algo de tiempo con el turno noche?

- Asegúrese de que sus decisiones clínicas sean bien comprendidas.

- No pida a una enfermera que lo ayude a llevar a cabo una tarea sin preguntarle primero si puede hacerlo en ese momento.

- Si observa signos de descontento, particularmente con alguna decisión que haya tomado, no deje de abordar la situación pensando que el problema desaparecerá: esté preparado para ser cuestionado y para realizar cambios en su juicio clínico cuando sea apropiado.

- Cuando delega, no presuma que las enfermeras están para hacer cosas muy menores o que están menos ocupadas que usted. Puede llevar más tiempo explicar lo que quiere hacer que hacerlo usted mismo. Algunas tareas, como buscar historias clínicas en archivo o entregar interconsultas pueden ser llevadas a cabo por personal administrativo.

- Estimule a las enfermeras para que den su punto de vista. Enfatique el trabajo en equipo y refiérase a sí mismo como un miembro más.

- Esté preparado para dar una mano en situaciones de crisis: esto puede involucrar por ejemplo la participación activa para controlar un paciente agresivo o con excitación psicomotriz.

- Haga saber con antelación a las enfermeras cuando no va a estar disponible.

- Reconozca y felicite públicamente a las enfermeras cuando han actuado bien.

- Esté preparado para apoyar a las enfermeras cuando han tomado decisiones y ejercido su juicio clínico en su ausencia, aún cuando tenga reservas o cuando estas decisiones han tenido consecuencias negativas. Revise estas decisiones en forma honesta y abierta en circunstancias que no incomoden al personal.

- Intente participar dentro de sus posibilidades de recorridas conjuntas con enfermería.

Conclusión

La seguridad de los pacientes y la calidad en la atención médica demandan mayor autonomía clínica del personal de enfermería y que los enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud trabajen en forma más colegiada y colaborativa. Y esto no debe hacerse para atender a las necesidades de las enfermeras sino porque es lo correcto. Los estudios demuestran que cuanto menos jerárquica es la relación mejores son los resultados, ya se midan éstos en términos de morbimortalidad, como en tiempo de internación, costos y satisfacción con el trabajo.

Si bien algunos médicos desean con nostalgia mantener el esquema jerárquico tradicional y se resisten a los cambios que están ocurriendo, las fuerzas que movilizan este cambio son inexorables y universales.

El viejo juego en donde el médico estaba arriba y la enfermera abajo ejercía sobre estas últimas un efecto anti-intelectual poco estimulante, con la resultante insatisfacción sobre su rol profesional y su relación con los otros actores de la atención de los pacientes. Esto también llevó a una pérdida del prestigio de la actividad de enfermería que influyó e influye en la actual carencia de enfermeras en todo el mundo. La comunicación más abierta y plana entre médicos y enfermeras capacitadas permite aprovechar las habilidades intelectuales y observacionales de estas últimas, mejorando su satisfacción con el trabajo y contribuyendo mejor a la atención del paciente. Los pacientes dependen de los conocimientos de estos dos grupos de profesionales para su seguridad, y la misma se encuentra expuesta cuando hay conflictos no resueltos en su relación.

Como vimos, esta nueva forma de relación más colegiada tiene implicancias muy positivas, pero también algunas negativas que merecen ser consideradas. Muchos médicos y enfermeras pueden no sentirse cómodos en esta nueva situación. El modelo jerárquico ofrecía una mayor seguridad en el sentido de que cada uno conocía el lugar que ocupaba y quién asumía toda la

responsabilidad. También existe la posibilidad de que una comunicación más franca pueda degenerar en franca competencia que disminuya la confianza del paciente y amenace la calidad de la atención. Las inevitables disputas sobre espacios de poder deben ser manejadas constructivamente, teniendo siempre en mente los mejores intereses del paciente.

Esta nueva forma de relación requiere de paciencia, persistencia y confianza. Sólo así podrán derribarse las barreras establecidas por tanto tiempo, pero el esfuerzo vale la pena y tanto médicos como enfermeras se encuentran obligados a iniciar el proceso. ■ <<<

Bibliografía

1. Fagin L.; Garelick A. The doctor-nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment* (2004). Vol 10. 277-286
2. Stein LI. The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 16:699-703
3. Stein LI, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, Feb 22, 1990.
4. ACAMI. Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas. XIV Congreso Argentino de Salud, Mar del Plata. 15 de septiembre de 2011.
5. Clough J. Collaboration between physicians and nurses: essential to patient safety. *FORUM (CRICO/Risk Management Foundation)*. Vol 26. N°2. May 2008.
6. Schmalemborg C, Kramer M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse* 2009; 29:74-83
7. Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage: study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Exec* 2002; 28(6) 8:11
8. Sirota T. Nursing 2008 nurse/physician relationships: survey report- *Nursing* 2008; 38(7)28-31
9. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31(3): 956-959
10. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167(10): 1310-1315
11. UNIVERSIA. Argentina: una enfermera cada cuatro médicos. Reportaje publicado el 9 de diciembre de 2004 en *Universia.com*, la mayor red de universidades de habla hispana y portuguesa. <http://noticias.universia.com.ar/en-portada/noticia/2004/12/09/373347/argentina-enfermera-cada-cuatro-medicos.html> Accedido 15 de junio 2012
12. Sirota T .Nurse/physician relationships. Improving or not? *Nursing* 2007, Volume 37, N°1
13. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *AJN*. 102(6): 26-34, June 2002.
14. Porter S. A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing* 16 (6): 728-735, June 1991
15. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel events Statistics (2004) www.jcaho.org