

ESTRATEGIAS PARA QUE LOS MÉDICOS SE COMPROMETAN CON LOS PLANES DE CALIDAD Y SEGURIDAD INSTITUCIONALES*

Dr. Fabián Vítolo
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ Muchos hospitales y centros de salud de la Argentina y de todo el mundo se encuentran actualmente realizando denodados esfuerzos para aumentar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes bajo su cuidado. Durante las últimas dos décadas se han acumulado suficientes evidencias científicas respecto a cuáles son las mejores prácticas para lograr objetivos muy definidos en ambos campos. Sin embargo, sólo unos pocos hospitales de avanzada pueden demostrar la adherencia y compromiso de sus médicos, muchos de ellos contratados y que trabajan en distintas instituciones, con la agenda de calidad organizacional. Por eso, la pregunta central de quienes tienen la responsabilidad de llevar adelante estos programas es: ¿Cómo podemos hacer para alinear a los médicos y aumentar su participación en actividades de calidad y seguridad que la organización considera prioritarias? Para contestar a esta pregunta deben considerarse las siguientes realidades:

- El principal foco profesional y económico de los médicos es su propia práctica (la calidad de la atención que brindan en forma personal y la economía de su propio microsistema profesional—que puede incluir a sus ayudantes o miembros de su equipo-). Muchas veces, lo que es prioritario para los médicos no se encuentra en línea con los desafíos de calidad que enfrentan las organizaciones en las que

trabajan. En el mejor de los casos, los médicos disponen de muy poco tiempo para prestar atención a la agenda de calidad de la institución. En el peor, las relaciones pueden tensarse porque la agenda económica y de calidad de los médicos parece estar en conflicto con los intereses de los centros en los cuales trabajan. Veamos este ejemplo: la administración y la dirección médica de un sanatorio deseaban estandarizar las prótesis de cadera a implantar, para obtener mejores precios y para minimizar variaciones costosas y peligrosas en el proceso de prescripción de prótesis.

Un traumatólogo de la institución respondió: “¿Qué?. Recién ahora me empiezo a sentir realmente cómodo y seguro con la prótesis que estoy utilizando, estoy obteniendo grandes resultados y es muy eficiente para mí. Ahora la dirección quiere que me tome el tiempo para aprender sobre una prótesis totalmente nueva? Eso es peligroso para mis pacientes... cómo pueden considerar que eso es mejorar la calidad?”

- Un hecho crítico a considerar dentro de la realidad de los establecimientos de salud es que poco sucede sin que exista una prescripción médica. Casi todas las acciones vinculadas a la atención se originan en las

* Basado en el documento “Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda” del Institute for Healthcare Improvement. Innovation Series 2007

decisiones y recomendaciones de los médicos asistenciales, quienes tienen una autonomía técnica, científica y legal mucho más amplia que la de cualquier otro actor del sistema de salud. Por ello, cualquier cambio en la forma de brindar la atención requiere la aceptación de los médicos, ya sea como individuos o como cuerpo profesional.

- La acérrima defensa de la autonomía tiene sus raíces en la propia cultura profesional de los médicos, quienes se han formado en un fuerte sentido de responsabilidad individual por la calidad de la atención que brindan. Este elemento cultural pone a los médicos en conflicto con uno de los principios básicos de la teoría de la mejora continua: la visión sistémica sobre la calidad y la seguridad. También lleva naturalmente a una cultura de la culpa. A los médicos se les enseña que si se esfuerzan trabajando y estudiando lo suficiente no cometerán errores. Esto los lleva a la creer que cuando ocurre un error es porque alguien (médico generalmente), no trabajó ni estudió con la debida aplicación. Ambos efectos (la falta de perspectiva sistémica y la tendencia a culpar a individuos cuando las cosas salen mal) surgen de la misma creencia básica en la responsabilidad personal.

Pese al fuerte enraizamiento de esta realidad y a la importancia que tiene que los médicos asistenciales se comprometan con los objetivos de calidad y seguridad de las instituciones en donde trabajan, son muy pocos los hospitales que han podido articular un plan efectivo para mejorar la participación de sus médicos. Si bien la solución a este problema es multifactorial, resulta oportuno brindar un marco sobre el cual trabajar para que los líderes hospitalarios puedan diseñar un plan que aumente la participación de los médicos en sus programas de calidad y seguridad. Son muchas las instituciones a nivel mundial pioneras en este sentido de las que se puede aprender. De ellas sabemos que el camino hacia una mayor y mejor colaboración de los médicos no es fácil, y si bien todavía se discuten las mejores estrategias para lograrlo, cada vez queda más claro cuáles son las

cosas que las autoridades de los hospitales, clínicas y sanatorios no deberían hacer si quieren tener éxito. A continuación, algunas ideas.

1. Descubra un propósito común

Esto requiere que los administradores y responsables de la calidad institucional modifiquen un poco su forma de pensar. La pregunta habitual -“¿Cómo involucrar a los médicos en nuestra agenda de calidad y seguridad?”- debería reformularse: -“¿Cómo puede el hospital involucrarse en la agenda de calidad de los médicos?”-. Esta pregunta obliga a los administradores a reconocer que los médicos también están interesados en la calidad, y en particular, en dos atributos de la misma: la evolución de los pacientes y la optimización del tiempo (los médicos son muy sensibles a lo que consideran pérdida de tiempo). Curiosamente, estas dos preocupaciones de los médicos -buenos resultados y tiempo- no son variables independientes, sino que se encuentran fuertemente relacionadas.

La falta de tiempo para hacer bien su trabajo es una de las principales causas del descontento médico. Las instituciones pueden ayudar modificando la forma de hacer algunas cosas y mejorando el flujo de los procesos de trabajo, reduciendo la carga de tareas que roban tiempo de atención. Hoy en día, el trabajo hospitalario incluye muchas actividades que “roban” gran parte del tiempo de los profesionales: la documentación cada vez más minuciosa, la búsqueda de resultados de estudios, esperas por turnos mal programados, participación en comités hospitalarios, etc. Estas tareas se suman a las demandas que los médicos experimentan en sus consultorios: justificación de estudios o tratamientos ante las obras sociales, codificación de los diagnósticos, certificados laborales, renovación de recetas en pacientes crónicos, etc. Todas estas actividades pueden potencialmente restar tiempo a los aspectos más importantes de la relación con sus pacientes. Por ello, todo lo que se haga a nivel institucional para reducir la burocracia y la pérdida de tiempo será valorado y visto como un objetivo deseable. Pocas cosas pueden llegar a ser más significativas para un médico que un

gerente que se le acerca y le dice “Uno de los objetivos centrales de nuestro plan de calidad consiste en eliminar aquellas tareas que hacen perder el tiempo a todos, de forma tal que usted y su equipo puedan tener más tiempo para hacer las cosas importantes que realmente influyen sobre la evolución de los pacientes”.

Un primer paso esencial para encontrar un propósito común entre la administración y los médicos es ser absolutamente realista acerca de la cultura de la organización y del punto desde el cual se desea incorporar a los médicos en este tipo de actividades. Si los médicos guardan rencores de antiguas tensiones y batallas, es muy probable que lleven las cicatrices de estos conflictos y sean reacios a cualquier nueva iniciativa, incluyendo la calidad.

Por otra parte, diferentes profesionales del hospital o sanatorio pueden ver el mismo tema desde perspectivas muy distintas. Hoy conviven en una institución de salud médicos en relación de dependencia o contratados con una gran carga horaria (generalmente en unidades cerradas y guardias), médicos que pertenecen a la cartilla de una obra social o prepago que interna en esa institución, médicos que la tienen como una opción más de internación dentro de tantas y médicos que internan en forma preferente, etc. Las percepciones de cada uno de estos grupos de médicos respecto a su posición en la institución y el papel que les cabe en los planes de calidad y seguridad pueden ser muy diferentes.

La dificultad para avanzar en calidad y seguridad de los pacientes desde un punto de partida inicial hacia un mayor nivel de compromiso de los médicos depende de un complejo conjunto de factores. Algunos de ellos son estructurales, como la forma de relacionarse de los médicos con la institución (abierta o cerrada) y otros son históricos, como la memoria y los efectos residuales de relaciones conflictivas en el pasado. Pero el factor más importante es la cultura, entendida como el conjunto de creencias, normas y valores —explícitos o implícitos— que forman la base de los patrones de conducta del staff médico. La

comprensión de la cultura existente es crítica para poder imponer una nueva. Sin embargo, es preciso destacar que no todo el personal del hospital, sanatorio o clínica tiene una cultura única. Más bien, se presentan en los mismos múltiples “microculturas”, correspondiendo a distintos departamentos, grupos médicos, subespecialidades, etc. Para ilustrar, ¿qué patrón de conducta esperaría encontrar si desde un departamento de calidad médica se decide estandarizar la profilaxis antitrombótica? ¿Responderían con el mismo patrón de conducta los distintos departamentos, grupos médicos y servicios? ¿Cuáles son las creencias que apoyan estos distintos tipos de conducta?. Sí los líderes de la institución no tienen una cabal comprensión de los valores y creencias que subyacen detrás de los comportamientos, es poco probable que logren aumentar la participación de los médicos en los programas de calidad.

Para desarrollar un plan consistente para aumentar la participación de los médicos en los planes de calidad y seguridad no resulta necesario definir todos y cada uno de los aspectos que definen la cultura y la microcultura de la organización, pero resulta importante evaluar aquellos aspectos que predeciblemente entorpecerán o reforzarán la participación. Sólo cuando están todas las cartas sobre la mesa, incluidos aspectos vinculados a la remuneración para trabajar en calidad, se podrá avanzar en discusiones profundas acerca de los cambios de cultura necesarios para alcanzar objetivos comunes en el futuro.

2. Redefina valores y creencias

Para lograr una participación activa de los médicos en la agenda de calidad organizacional deben producirse dos cambios culturales mayores, que obligan a reformular valores y creencias profundamente arraigadas. En primer lugar, los administradores (sobre todo los de instituciones abiertas), necesitan dejar de considerar a los médicos como clientes y empezar a tratarlos como socios en la provisión del servicio de salud. Segundo, los médicos deben dejar de ver sus responsabilidades de atención estrictamente

acotadas al paciente que tienen en frente, y comenzar a sentirse responsables del desempeño de la institución como un sistema. Ninguno de estos cambios es sencillo.

Muchos sanatorios y clínicas han considerado históricamente a los médicos como clientes. Esto queda claramente demostrado en las acciones que se toman (o no se toman) cuando los administradores se ven en la disyuntiva de forzar una normativa (ej: proceso de consentimiento informado, obligación de chequeo de seguridad prequirúrgico, etc.), que contraría el parecer de un cirujano que es una fuente importante de admisiones e ingresos para la institución. Algunos hospitales de avanzada han redefinido la relación entre los médicos y la institución, considerándose como socios en la atención del único “cliente”, que es el paciente. Este cambio en los puntos de vista de uno y de otro parece ser el denominador común de muchas organizaciones que han conseguido un compromiso total de los médicos con los planes de calidad y seguridad institucionales. Algunas de las características de este nuevo tipo de relación son:

- Se invita a los médicos a liderar y a asociarse con los administradores para trabajar seriamente para mejorar el sistema.
- La información, los recursos y la responsabilidad son compartidas abiertamente entre los administradores y los médicos.
- Toda nueva incorporación médica es advertida de “cuál es el trato” y se le pide que no se incorpore a la organización si no quiere una real sociedad en beneficio de los pacientes.
- Hay un sistema para permitir a los médicos que no participen en casos excepcionales y se utiliza cuando es necesario.

El otro cambio cultural mayor debe provenir desde los fundamentos mismos de la profesión médica. Los médicos se encuentran imbuidos de un profundo sentido de responsabilidad personal por las evoluciones de sus pacientes –sus propios

pacientes- y por la porción de la atención del paciente en las cuales comprometen sus decisiones y acciones. Este valor profesional, que es la base del fuerte apego de los médicos a la autonomía individual (“Si soy personalmente responsable, entonces tengo que tener completo control y autonomía en las decisiones sobre la atención”), se contrapone a la idea central de la mejora continua de la calidad. Ésta considera que la mayoría de las evoluciones de calidad dependen de los atributos del sistema más que de los atributos individuales de un prestador. Por eso, cualquier progreso que quiera hacerse en este sentido deberá comenzar por un cierto grado de renunciamiento a su autonomía individual permitiendo, un mayor control profesional y asumiendo que existe un campo entero de la ciencia – la ciencia de los sistemas- del cual saben muy poco.

Para conseguir que los médicos se consideren también responsables profesionalmente del sistema en el cual trabajan, los líderes institucionales deben estimular prácticas que estimulen esta visión sistémica considerándose también responsables: *“Como líder de este sistema de atención, comparto la responsabilidad por las evoluciones de todos los pacientes en el sistema, independientemente si estuve o no participando directamente en la atención”*

Algunas sugerencias para estimular a los médicos a adoptar una visión más sistémica son:

- Comience las reuniones de comité con una historia específica acerca de algún daño serio ocasionado recientemente a un paciente en el hospital, junto con un análisis de los problemas sistémicos que contribuyeron al evento (traspaso de información, trabajo en equipo, procesos mal diseñados, etc.)
- Reúna anualmente a los jefes de servicio y hágales una evaluación detallada y honesta del desempeño del sistema y de la interacción entre las distintas partes del mismo.
- Amplíe las discusiones en los ateneos de morbimortalidad, yendo de ¿Cuál fue el error

del médico? a ¿En qué le fallamos al paciente como sistema y qué podemos hacer para reducir este riesgo en el futuro?

- Utilice las reuniones médicas para exponer variaciones interesantes en prácticas comunes entre distintos profesionales y demuestre los efectos que estas variaciones tienen en el sistema de atención.
- Presente a todo el personal los resultados y principales indicadores de calidad, más allá de que no competan específicamente al área (ej: tasas de infección de sitio quirúrgico a cardiólogos y no sólo a cirujanos y tiempo desde el ingreso por dolor torácico a guardia hasta la angioplastia a los cirujanos y no sólo a los cardiólogos)

3. Segmente el plan

Resulta utópico hablar de “mejora general” o de “compromiso general de los médicos con la calidad”. Tanto la mejora como el compromiso tienen lugar a un nivel muy fino, con cambios específicos en los procesos y diseños de trabajo, para el caso de las mejoras, y con médicos individuales, en el caso del compromiso. Por eso, una de las ideas más prácticas para desarrollar un plan que aumente el compromiso de los médicos en actividades de calidad y seguridad consiste en segmentar el plan: identificar roles específicos a llevar a cabo por los médicos, y desarrollar un detallado plan que los prepare para cumplirlos.

La primera tarea a realizar para segmentar el plan consiste en analizar qué es lo que la institución está tratando de lograr. Los hospitales, sanatorios y clínicas son organizaciones complejas que generalmente se encuentran trabajando en decenas de iniciativas al mismo tiempo. El compromiso de los médicos referentes es crítico para alguna de estas iniciativas (ej: utilización de guías clínicas, documentación médica, control de infecciones, seguridad quirúrgica, etc.) y menos importante para otras (ej. selección de proveedores no vinculados a las prestaciones). La administración y los responsables de la calidad institucional deberán entonces definir como

primer paso en qué actividades específicas deberán involucrar a los médicos.

La segunda tarea a cumplir para segmentar el plan requiere de un análisis del propio plan de calidad y seguridad que se pretende implementar y contestarse las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los proyectos e iniciativas que requieren de un mayor compromiso de los médicos?
2. ¿Cuáles son los roles que queremos que desempeñen los médicos en cada iniciativa?
3. ¿Qué médicos son candidatos para cada uno de los roles definidos?
4. ¿Cuál es nuestro plan para equipar y apoyar a cada uno de estos médicos en su rol?

1. Cuáles son los proyectos e iniciativas que requieren de un mayor compromiso de los médicos?

El campo de la calidad y la seguridad de los pacientes es muy amplio, y no todos los proyectos requieren de un gran liderazgo y compromiso de los médicos. Como regla general, cualquier proyecto que apunte directamente al manejo clínico de los pacientes requerirá de mayor liderazgo, input y apoyo del staff médico (Ej: control de infecciones, utilización de guías, etc.) . Por otra parte, otras iniciativas requieren mucho menos compromiso directo que para proyectos clínicos (Ej: la mejora de la supervisión del personal de enfermería o la reducción del tiempo de espera de distintos procesos). En otras palabras, si un proyecto requerirá que los médicos cambien las indicaciones que escriben, cumplan con nuevas normas y procedimientos o alteren el flujo de trabajo diario, el grado de compromiso necesario para el éxito será mayor.

2. ¿Cuáles son los roles que queremos que desempeñen los médicos en cada iniciativa?

Para muchos proyectos, es importante que al menos uno de los médicos asuma el papel de lo que en la literatura sajona de seguridad del paciente se conoce como “champion” (“campeón”). Dentro de

un mismo proyecto, también es importante que los “líderes estructurales” como jefes de servicio y directores médicos asuman otros importantes roles. Para algunas iniciativas, se requiere de un “líder de proyecto”, un papel que es distinto del de campeón y del de los líderes estructurales. Por otra parte, la mayoría de los proyectos clínicos requieren que algunos médicos implementen las recomendaciones en sus prácticas, transformándolos en “adoptadores”. Finalmente, en toda iniciativa se debe identificar a los “escépticos”, aquellos médicos que solicitan evidencias muy sólidas antes de realizar cualquier cambio en su práctica y que se especializan en encontrar defectos en las mejoras propuestas. Para construir un plan segmentado para la participación de los profesionales, es importante comprender un poco más cada uno de estos roles.

- **Campeón:** Un campeón fuerte puede marcar la diferencia en muchos proyectos clínicos. La prueba crucial para el campeón sobreviene en cualquier punto en el cual la nueva iniciativa es desafiada - generalmente por otro médico- Ej: *“El cambio que se propone no está basado sobre una evidencia científica sólida. Deberíamos continuar con nuestro método actual. Es demasiado peligroso y no voy a participar de esto”*. Para que el proyecto avance, un campeón podría responder a este cuestionamiento de muy distintas formas, pero hay dos actitudes de respuesta que un verdadero campeón jamás utilizará: el silencio o el ataque ofensivo al individuo que objetó la iniciativa. Esto nos lleva a la identificación de dos atributos claves que debe tener un campeón: coraje y habilidades interpersonales.

Ciertamente, otros atributos también son altamente deseables en un campeón. Los campeones efectivos suelen ser médicos muy respetados, que idealmente tienen experiencia en la especialidad que se ve afectada por la iniciativa bajo consideración. Un buen campeón tiene gravitación profesional, no siendo absolutamente necesario que tenga gravitación organizacional

(ej: un campeón no necesita ser un líder estructural, y en algunos casos, su participación como jefe de servicio o director puede disminuir su credibilidad como campeón). Pero ninguna característica es más importante que el coraje para hablar cuando el proyecto está a punto de ser paralizado por la objeción de un médico y la habilidad social para que su voz sea escuchada. Por ejemplo, una repuesta útil y con coraje a la objeción mencionada en el párrafo anterior podría ser: *“Comprendo que te sientas así, la evidencia no es perfecta. Pero nunca lo es, no? Pero las mentes más brillantes de nuestra especialidad, nuestra sociedad y el CDC han recomendado el cambio que queremos implementar. No creo que vayamos a reinventar la rueda en nuestro servicio, y creo que deberíamos adoptar estas recomendaciones. Seguro, cualquier cambio implica riesgos. Pero tenemos suficiente evidencia del daño que podemos ocasionar a los pacientes con nuestro actual abordaje. ¿Cuál es el riesgo mayor?”* Ése es el trabajo de un campeón.

- **Líder de proyecto:** El rol del mismo consiste en juntar al equipo que conduce el proyecto, encabezar las múltiples reuniones necesarias, organizar y ejecutar el plan. Estas y otras actividades consumen mucho tiempo y requieren de habilidades administrativas y de gerenciamiento que no son muy comunes en los médicos asistenciales. Por ello, no es absolutamente imprescindible que este papel lo desempeñe un médico en todas las instancias, aún tratándose de un proyecto clínico.

Por esta razón, si bien es importante simbólicamente tener identificado como líder del proyecto a un médico, muchas organizaciones identifican también a un co-líder que hace mucho del trabajo administrativo (ej: coordinar las reuniones), permitiendo que el médico líder del proyecto utilice su tiempo en forma más eficiente. Aún con esta fuente de apoyo administrativo, los

médicos líderes de proyecto deberían como mínimo ser hábiles comunicadores, que puedan manejar reuniones y explicar las razones para apoyar el proyecto en términos creíbles que fomente la participación de los médicos.

- **Líderes estructurales:** En la mayoría de los casos, los líderes estructurales ya se encuentran en funciones y la pregunta no es “¿Quién es el mejor líder estructural para llevar adelante esta iniciativa?!” sino, “¿Cuál debería ser la participación de los actuales líderes estructurales para alcanzar los objetivos del proyecto? Cuando las iniciativas de calidad requieren la adopción de nuevas políticas o inversiones, el organigrama institucional cobra relevancia (Directorio, director médico y administrativo, jefes de servicio, etc.). Después de todo, se requiere de la aprobación de estas personas para modificar cualquier norma o política formal de la organización y siempre deben considerarse las consecuencias políticas de cualquier cambio. El plan para comprometer a los líderes estructurales es muy distinto a lo que se requiere para apoyar a los campeones o para entrenar y equipar a los líderes de proyecto.

- **Adoptadores:** Toda iniciativa necesita de médicos que “comprendan la idea”. Los “adoptadores” son aquellos médicos que toman la posta inicial por otros, analizando la evidencia que podría beneficiar a sus pacientes y a su propia práctica y aplican el nuevo método en su trabajo. Un plan inteligente de reclutamiento debería estratificar a los médicos en “adoptadores tempranos”, “mayoría temprana”, “mayoría tardía” y “adoptadores tardíos” y fortalecería las estrategias para que los “adoptadores tempranos” allanen el camino para una aplicación de la iniciativa a mayor escala. El plan también deberá tener en cuenta otros aspectos que van más allá de las características individuales de los médicos. Un buen plan reflejará también la naturaleza de cada cambio propuesto (ej: si es fácil de implementar, cuan

riesgoso parece ser, etc.) como así también otros factores que pueden influir sobre la atracción de los médicos a la innovación.

- **Escépticos:** La principal forma de pensar de los médicos es por “lógica negativa”. Cada día, paciente tras paciente, su trabajo es pensar “¿Qué es lo que está mal en lo que estoy viendo?”. Suelen ser muy buenos y obtener grandes resultados con esta forma de pensar (algo de lo que los pacientes deben estar agradecidos), y suelen caer en este modo de razonamiento cuando son confrontados con nuevas ideas. Algunos médicos son especialmente hábiles para encontrar defectos en cambios propuestos, y resulta sabio que los responsables del proyecto los escuchen atentamente. La mayoría de las veces son excesivamente negativos y renuentes al cambio por el cambio mismo, pero otras veces, tienen razón. Su input puede ser muy necesario para realizar correcciones y evitar que saboteen continuamente la iniciativa.

3. ¿Qué médicos son candidatos para cada uno de los roles definidos?

Para que el plan de “reclutamiento” de los médicos sea efectivo, se deberá analizar la lista de posibles candidatos dentro del staff activo y, luego de separar de la misma a los que no se ven afectados por la iniciativa, se deberá trabajar según el Principio de Pareto (también conocido como la regla del 80/20), que generalmente aplica a todas las instituciones de salud: sólo un pequeño número de profesionales (20%), realiza la mayoría de las prestaciones (80%).

De esta nueva lista más acotada, los responsables del plan deberán identificar los mejores candidatos a priori para los distintos roles descriptos (campeón, líder de proyecto, adoptador temprano, etc.). Para definir la participación de estos médicos, la mejor estrategia es tener una conversación cara a cara con cada uno de ellos, en la cual se describa el proyecto, el beneficio que esto implica para los pacientes, el impacto en el trabajo de todos los días y finalmente cuál sería su potencial rol en la

iniciativa. Cuando se está describiendo el proyecto, debe prestarse atención al lenguaje corporal del profesional. Si sus ojos se encienden, habrá identificado a un campeón o a un líder de proyecto. Si el médico comienza a jugar con su celular, debería pasar a otro candidato de la lista. Este sin duda no es un método perfecto para identificar a los mejores candidatos para cubrir los distintos roles, pero es una forma práctica, rápida y razonablemente efectiva. Debe tenerse en cuenta que los médicos que no aparecen entusiasmados no son necesariamente malos candidatos para otros proyectos futuros. Más bien pueden existir otros factores que les impidan mostrarse muy apasionados por ese proyecto en particular en ese momento en particular.

Y esto nos lleva a analizar cuáles pueden ser las motivaciones de los médicos para acompañar los proyectos institucionales. No se les puede pedir a los profesionales que utilicen su creatividad e innovación para mejorar la seguridad y la atención de los pacientes o que contribuyan al diseño de un mejor sistema de salud si otras de sus necesidades más básicas se encuentran insatisfechas (adecuado descanso y clima de trabajo, buena remuneración, seguridad laboral, sentido de pertenencia, etc.). Cualquiera que quiera conseguir una mayor participación de los médicos en actividades de calidad deberá resolver primero los principales problemas que éstos enfrentan.

4. ¿Cuál es nuestro plan para equipar y apoyar a cada uno de estos médicos en su rol?

Finalmente, una vez que los responsables del plan de calidad han identificado cuáles son las iniciativas que requieren del compromiso de los médicos, los roles a cumplir y los individuos que cumplirán dichos roles, se debe tener un plan para apoyarlos efectivamente. Si bien este plan de apoyo necesariamente variará según la organización, iniciativa o grupo de médicos de que se trate, algunas preguntas son comunes a cualquier situación.

- ¿Cómo podemos hacer más efectivo el tiempo que nos dedica este profesional?

- ¿Cuáles son los datos más oportunos y creíbles para presentarles a los médicos?
- ¿Qué capacitación se le debe dar a este médico para que sea efectivo en su rol?
- ¿Qué sistema de comunicación será necesario para mantener a todos los participantes informados y generar confianza en la iniciativa?

4. Utilice métodos de mejora que estimulen la participación

Algunos abordajes y proyectos de mejora pueden ser muy atractivos para los médicos porque se encuentran en línea con su forma natural de pensar, su curiosidad y su deseo de aprender. Otros, en cambio pueden resultar absolutamente contraproducentes y desalentar su compromiso, sobre todo cuando son vistos como medidas burocráticas diseñadas por “médicos de escritorio”, alejados de las realidades del día a día. Por eso, los responsables de los planes de calidad y seguridad institucionales deben utilizar métodos que estimulen la participación y adherencia de los médicos. A continuación, algunas sugerencias.

a) Estandarice sólo lo que se puede estandarizar, y no más.

Las autoridades de los hospitales y sanatorios suelen quejarse de que “nuestros médicos no aceptan ninguna estandarización de las prácticas”. Pero cuando se analiza qué es lo que las instituciones pretenden que los médicos cumplan, se observará que muchas veces se les pide que sigan protocolos extremadamente detallados, con árboles de decisión que cubren prácticamente todos los aspectos de la atención de pacientes y patologías complejas. Las normas que intentan estandarizar demasiado y que son muy complicadas son legítimamente resistidas por los médicos como “recetas de cocina” no aplicables la mayoría de las circunstancias.

Resulta mucho más estimulante solicitarles a los médicos que comiencen por el otro lado del espectro. En vez de querer protocolizar todos los aspectos de un determinado cuadro, se los puede

invitar a que estandaricen formas de trabajo sobre prácticas comunes y muy puntuales, como “forma de comenzar con heparina” o “iniciar las intervenciones estándar ante infecciones del sitio quirúrgico”. Es mucho más difícil, y probablemente no valga la pena en esta etapa, estandarizar la indicación de heparina (a qué pacientes sí y a quienes no) o protocolizar qué casos deben ser operados.

Cuando se discute acerca de qué es lo que conviene estandarizar, los especialistas concuerdan en que se debería comenzar con prácticas muy simples y locales sobre las cuales hay consenso de los médicos claves de que se puede protocolizar, ej. “Protocolo estándar para iniciar la administración de heparina en la unidad de Stroke si se decide iniciar con esta droga.”

El indicador a medir y la forma de comunicarlo también debe ser atractiva para el médico asistencial, focalizándose en lo que más les interesa (mejor evolución de los pacientes, menos pérdida de tiempo, etc.) y no tanto en aspectos tales como “reducción de costos” o “disminución del tiempo de internación”.

Pero no resulta suficiente decidir “qué” es lo que se va a estandarizar. Las organizaciones exitosas han aprendido a estandarizar muchos otros aspectos de procesos de atención críticos tales como “quién”, “cuándo”, “dónde” y “cómo”. La estandarización de “qué” requiere de la comprensión de la evidencia científica. La estandarización de quién, cuándo, dónde y cómo requiere de un profundo conocimiento del sistema de funcionamiento de la institución en el día a día.

La “vieja” y la “nueva” forma de estandarizar se pueden contrastar de la siguiente manera:

Vieja Forma:

- Luego de meses de reuniones, los expertos diseñan un exhaustivo protocolo basado en la evidencia científica, focalizado en el “qué” de la estandarización.
- Este protocolo es considerado por los expertos como un producto terminado

(después de todo, llevó meses de discusión...)

- Se desalienta cualquier cambio subsecuente en la norma.
- La estrategia para lograr su cumplimiento es capacitar, esperar un fuerte trabajo, vigilar y reportar a los incumplidores
- Las autoridades no discuten la fiabilidad del proceso de estandarización.

Nueva Forma:

- Se estandariza cómo, qué, dónde, quién y cuándo.
- El “qué” está basado en evidencia científica.
- El “cómo” no necesita evidencia científica pero sí el conocimiento de la dinámica de trabajo del servicio o de la institución.
- Se invierte muy poco tiempo de expertos en el protocolo inicial
- Los protocolos iniciales son probados en una escala muy pequeña
- Se requieren y se estimulan cambios en el protocolo inicial
- Se estudian los defectos y se rediseña el protocolo.

Esta nueva forma de estandarización resulta mucho más atractiva para los médicos asistenciales y debería formar parte de cualquier plan que pretenda aumentar el compromiso de los médicos en este tipo de tareas.

Uno de los efectos más poderosos de esta nueva forma de estandarización, radica en la rápida prueba del cambio propuesto. Cuando los médicos advierten que no se les está bajando un enlatado, sino que se quieren probar varias ideas, tienden a aferrarse menos a sus propias costumbres y a ser más abiertos a otras. En definitiva, al tratarse de pruebas, saben que sólo podrán progresar aquellas que demuestren una utilidad en el trabajo de todos los días.

b) Tenga sensibilidad en la forma de presentar los datos

Cuando a los médicos asistenciales se les presentan indicadores de desempeño en temas de calidad y seguridad, los mismos suelen ser discutidos: “los

datos no son correctos, no están debidamente ajustados, no son relevantes para la evolución de mis pacientes” etc. Detrás de esta crítica, subyace el reconocimiento intuitivo por parte de los médicos de que los indicadores de calidad y seguridad no reflejan atributos de desempeño individual sino atributos del sistema.

La discusión puede subir de tono cuando se generan datos con el propósito de compararse con otros o para medir el desempeño individual en vez de generar datos para mejorar internamente. Por eso, cuando se van a presentar datos, se sugieren las siguientes prácticas:

- Realizar los reportes de forma tal que reflejen atributos del sistema y no de performance individual o por servicio. Por ejemplo, si se va a presentar el nivel de adherencia a las normas para evitar infecciones del sitio quirúrgico, es prudente referirse a toda la institución y no a las distintas especialidades y cirujanos (más allá de necesariamente contar con dicha información). Una vez que todo el sistema tiene una adherencia del 95% o más, recién se debería poner el foco en aquellos pocos médicos que parecen desviarse demasiado del estándar. (Nota: si la evaluación cultural de su Institución indica que los médicos y los administradores son capaces de utilizar los datos individuales de los médicos para aprender y no para juzgar, entonces es posible utilizar estos indicadores de desempeño individual para acelerar las mejoras antes de que el sistema alcance el 95% de fiabilidad. Pero la capacidad de aprender y no juzgar a partir de datos individuales no es muy común en la mayoría de las instituciones de salud).
- Los informes de calidad deberían enmarcarse en referencia a un ideal teórico y no referenciarse tanto a los resultados comparativos con otras instituciones. En la medida de lo posible, cuando se van a presentar datos a médicos asistenciales se deben remover los denominadores. Por ejemplo, en vez de reportar sólo “Infecciones de vías centrales por 1.000 días paciente”

simplemente muestre un gráfico con “Número de infecciones de vías centrales por mes” o bien “Número de días desde la última infección de vía central”. Sus datos serán más oportunos y menos “abstractos” y estimulará mucho más la participación de los médicos. Más importante aún, evitará caer en la complacencia por el hecho de que sus tasas son mejores que el promedio de las instituciones que reportan al programa VIHDA del Ministerio de Salud.

c) Haga que la nueva idea sea fácil de probar

Los médicos suelen considerar que los cambios que se proponen son peligrosos. Su lógica es la siguiente: “Lo que hacemos ahora no puede estar mal, de lo contrario no estaríamos haciéndolo, ¿no?” Cualquier cambio tiene el potencial de hacer que las cosas empeoren. Por eso, necesitamos estar absolutamente convencidos de que el cambio va en la dirección correcta antes de realizarlo”. Se debatirá entonces hasta el infinito sobre los méritos de una investigación o un artículo, sin abocarse mucho a intentar proyectos que podrían mejorar el sistema. Esto los lleva a una verdadera “parálisis por análisis” que es aquella que se produce por la necesidad de determinar cuál es la mejor idea, antes de probar con ninguna idea.

El mejor antídoto para salir de este callejón sin salida es lograr que los médicos comprendan que probar una idea no es lo mismo que obligar a que todos tengan que hacer por el resto de los tiempos las cosas de esa forma. Se trata siempre al principio de un experimento limitado en el tiempo y a pequeña escala. Por ejemplo: “¿Que tal si tres de los que habitualmente colocamos vías centrales probamos esta nueva idea de los “bundles” (paquetes de medidas para prevenir infecciones) y los medimos por todo o nada durante este trimestre?. Vamos a llevar un registro de cada procedimiento y luego informaremos de la experiencia... si nos demora más o no, si las enfermeras tiene el entrenamiento y el equipo para dar apoyo, etc. Presentaremos los resultados en ateneo y realizaremos las sugerencias para cualquier mejora. Si vemos que es aplicable y con buenos resultados, extenderíamos la norma.”

Este tipo de abordaje ha probado ser exitoso una y otra vez, en casi todo tipo de proyectos de mejora. No garantiza el éxito, pero hace más probable que una gran mayoría de los médicos le den a la nueva idea una oportunidad, en vez de debatir eternamente cambios sin probarlos en el mundo real y pretender su implementación masiva por el resto de los tiempos.

d) Trate de que lo correcto sea fácil de hacer

Cuando se prueban cambios en pequeña escala, no resulta suficiente determinar si el mismo se asocia con mejores resultados, cualquiera sea el indicador a medir (mejores evoluciones, menos daños, etc.). Cuando la colaboración de los médicos es indispensable, es de vital importancia que las pruebas incluyan un análisis de la “implementabilidad” de la medida a adoptar. “¿Requiere la nueva forma de hacer las cosas más tiempo y esfuerzo del médico o de las enfermeras que la vieja forma?”. Si la respuesta a esta pregunta es “Sí, hacerlo de esta nueva forma es bastante más pesado”, se deberán realizar entonces nuevas pruebas a pequeña escala para encontrar la forma de que lo que se estima correcto (lo nuevo), sea más fácil de hacer que lo que aparece como incorrecto (lo viejo) . El impacto de los cambios propuestos sobre el tiempo de los profesionales suele ser subestimado, y por eso no sorprende que el personal reaccione negativamente a medidas que consumen aún más el poco tiempo del que disponen.

5. Demuestre coraje

Cuando se habla de calidad, las autoridades de las instituciones médicas suelen enviar señales contradictorias al personal. Si bien se declama el compromiso con la misma, cuando un miembro prominente del staff médico ignora sistemáticamente las normas y procedimientos establecidos por la Dirección Médica, nadie toma acciones. Un ejemplo de esto puede darse con el llenado de las historias clínicas, un problema crónico en la mayoría de hospitales, clínicas y sanatorios. Se sabe que uno de los requisitos básicos que se les pide a los médicos es que realicen las historias en tiempo y forma, que un

paciente no pueda ingresar a quirófano si no hay registro en su historia de los antecedentes y del examen físico, que se deba completar la epicrisis, etc. Sin embargo, repetidamente se mira para otro lado cuando quien incumple la norma es un médico importante, que además genera ingresos para la institución. La lectura que suelen hacer los responsables del plan de calidad, los “campeones” y muchos de los miembros menos jerarquizados del personal que conocen las deficiencias de las historias es: *“Las autoridades no son realmente serias cuando hablan de calidad. Si no podemos ejecutar por falta de apoyo la norma que tenemos actualmente para algo tan sencillo como garantizar que en las historias figuren los antecedentes y el examen físico, ¿cómo podemos pretender que nos respalden en normas de seguridad más complejas como el listado de verificación de seguridad quirúrgica o el paquete de medidas para evitar infecciones de vías centrales?”*. Sin duda, estas incertidumbres hace que los responsables del plan de calidad y los médicos embarcados en proyectos de mejora se sientan muy vulnerables cuando plantean políticas que saben que generarán resistencia.

Por eso, ningún plan que pretenda que los médicos se involucren con la calidad podrá funcionar sin agallas y sin que aquellos que trabajan en estos planes cuenten con el respaldo del directorio. Y este respaldo debe ser demostrado en los hechos, dentro los cuales el más importante es que la ley sea pareja para todos y que todos, no importando sus pergaminos, deban cumplirla o exponerse a sanciones.

Cuando una institución intenta producir el cambio cultural necesario para trabajar en calidad, el coraje de los responsables del plan es muy importante, sobre todo cuando no son líderes estructurales. El “Silencio Organizacional” –la renuencia a confrontar problemas que deben abordados- tiene un efecto tóxico sobre los planes de calidad. Se han descripto distintas versiones de este tipo de silencios. La “censura cultural” ocurre cuando se reconocen eventos adversos o problemas pero que son tapados como “variaciones médicas esperables”. Similarmente, la

“dejadez por consenso” se da cuando quienes tienen que tomar decisiones tácitamente ignoran los problemas que se descubren para mantener una apariencia superficial de unidad de propósito y armonía.

Los médicos no aceptan fácilmente las críticas sobre su desempeño. Más aún, muchos problemas de calidad apuntan a conductas de médicos que trabajan todos los días en la institución. Se requiere entonces coraje para abordarlos. La buena noticia es que las investigaciones sugieren que una vez que una persona deja de conformarse y ofrece un punto de vista alternativo, los otros comienzan a seguirlo.

6. Si quiere que los médicos se comprometan, conozca cómo piensan

El abordaje de los médicos a los asuntos no es el mismo que el de los hombres de negocios. Ni siquiera es similar al de otros profesionales. Sus mecanismos de interpretación, procesamiento y respuesta ante los datos que se les presentan se encuentran determinados por su formación y por lo que hacen en sus vidas profesionales. Su tendencia generalmente es conservadora y poco abierta a cambios. Por lo tanto, para lograr que se involucren en proyectos de calidad que los administradores consideran importantes, se debe conocer cómo piensan y actúan. Las siguientes observaciones son relevantes:

- El foco del médico es el paciente. La ampliación de este foco a un contexto más amplio que considere los objetivos de la institución dependerá de la forma en la cual se le presentan los datos que movilizan los cambios de calidad deseados.
- Los médicos tienen un alto sentido de responsabilidad individual por el destino de los pacientes que atienden. Tienen que tomar decisiones que afectan la vida y la muerte de las personas. Son además conscientes de su vulnerabilidad y de las consecuencias que pueden tener estas decisiones. Deben actuar basándose en información imperfecta en circunstancias complejas. La mayoría de los médicos, no importando los años de práctica, puede mencionar

el nombre de cada uno de los pacientes que ellos creen que fueron dañados o que murieron por sus acciones. Para hacer lo que hacen deben correr riesgos todos los días. Por esta razón, suelen sentir que su trabajo es moralmente superior y no se identifican con aquellos que no comprenden esta poderosa realidad. Como resultado de esto, cuando se les brinda información o se les solicita que hagan algo, lo primero que tienen en cuenta es quién es el que los está abordando. Independientemente del valor de la evidencia que se les acerca, no la considerarán si viene de alguien que no ha compartido esta experiencia de la medicina asistencial. Más aún, tampoco ven a todos los colegas como iguales en este punto y darán mayor credibilidad a quien haya vivido experiencias muy cercanas. La credibilidad de la información dependerá entonces de la experiencia y la especialidad de quien se la acerca.

- Los médicos tienden a sobreestimar su riesgo a juicios por mala praxis (en tres veces según el riesgo real, según distintos estudios). Por eso, ponderarán cualquier acción potencial con el impacto que la misma pueda tener sobre su riesgo de mala praxis. Es mejor abordar este tema directamente más allá de la iniciativa bajo consideración. La industria del juicio hace que los médicos vivan con cierto nivel de paranoia, que determinará su respuesta a los cambios propuestos. Estarán siempre muy preocupados por el impacto que estos cambios puedan tener sobre su exposición médico-legal, además del que puedan tener sobre su tiempo.
- Los médicos tienen un alto sentido de colegiación. Durante su formación, los profesionales de la salud aprenden a compartir su capital intelectual unos con otros. El consultor es llamado para dar su visión acerca de la mejor forma de tratamiento de un caso y puede llegar incluso a participar de la atención, pero lo mínimo que se le pide es que comparta su experiencia y opinión con los colegas. Por eso, si bien los médicos son ferozmente individualistas en el manejo de sus pacientes (en parte por su alto sentido de responsabilidad), podrá apelarse a esta tradición de opinión colegiada para apoyar iniciativas de calidad.

- Si bien en la práctica los médicos son grandes empíricos –creen más en lo que han visto y experimentado por sí mismos que en datos recogidos más formalmente- tienden a verse a sí mismos como basados estrictamente en la ciencia. Consecuentemente, la evidencia científica que consideran creíble influirá sobre su forma de pensar.

- Los médicos están entrenados para desconfiar de datos interpretados por otros. Es siempre mejor brindarle además los datos “crudos” sobre los cuales se apoya dicha interpretación, aún cuando no dispongan de tiempo real para poder evaluarlos. El aporte de los datos duros los ayudará a creer en el valor de la propuesta. Su ocultamiento puede ser problemático.

- Los médicos son muy respetuosos del “debido proceso”, entendido como la serie de pasos que deben darse para salvaguardar sus derechos cuando se cuestiona su competencia o su calidad profesional. Como consecuencia de esto, las iniciativas de calidad con consecuencias potencialmente negativas para un médico deberán tener este concepto en cuenta. Por ejemplo, un Gerente de Administración, que estaba analizando los malos resultados y las deficiencias de calidad de un cirujano en particular, preguntó privadamente a cada otro médico del servicio: “¿Dejaría que este cirujano lo opere a usted o a algún miembro de su familia?”. La respuesta unánime fue un rotundo “¡NO!”. Pero cuando el administrador actuó basándose en esta información y restringió la autorización del cirujano para realizar determinado tipo de cirugías, el staff profesional reaccionó con una gran conmoción: “¿Dónde está el debido proceso?”, fue la pregunta en cuestión.

- Los médicos tienden a desconfiar de cualquier medida que se les acerca medianamente desarrollada, aún cuando se les pida que la adapten a su gusto. Son todavía más reacios a aceptar programas totalmente enlatados que se les bajan desde la Dirección. Por eso resulta fundamental involucrarlos desde el principio en cualquier medida que pueda tener efecto sobre sus acciones de todos los días. Esta participación debe ser

visible. No todos los médicos deben ser involucrados en todas las etapas, pero si no se sabe que médicos han formado parte del proceso desde el inicio, los profesionales tenderán a rechazar cualquier propuesta que se les presente.

Dada esta realidad, y como la credibilidad de los médicos dependerá más de la persona que baje el mensaje que del mensaje mismo, resulta importante planear quién y cómo se iniciará el proceso tendiente a involucrar a los profesionales en medidas de calidad y seguridad: quién invita a participar, quién reporta los progresos y cómo se transmite el proyecto, sobre todo es sus etapas iniciales (a medida que se genera confianza esto es menos crítico). Cuando se comunica el proyecto, también es importante elegir las palabras cuidadosamente. Términos como “Responsabilidad” y “Reportes de Desempeño”, pueden ser malinterpretados.

No se podrá avanzar en ningún plan si no se logra generar confianza entre las dos partes de esta sociedad (administradores y médicos). Y esta confianza se gana con el tiempo, “haciendo lo que se dice y diciendo lo que se hace” en forma consistente a lo largo del camino. La comunicación debe ser abierta, frecuente y honesta, aún cuando los temas a tratar sean difíciles y muy sensibles.

Los administradores deben valorar el tiempo del médico con su tiempo. Cuando a médicos asistenciales se les pide colaboración con la institución y deben distraer tiempo de su vida profesional para atender a distintos proyectos de la organización, los administradores deben asistir a las reuniones de calidad y responder a los requisitos que de allí surgen. De manera similar, si se les solicita a los médicos que participen de actividades de calidad, se deberá apoyar esta participación designando personal administrativo de soporte (ej: fotocopias, llevar las minutas, tipear, etc.)

Conclusión

Las instituciones de salud se encuentran cada vez más obligadas a demostrar una atención segura y de alta calidad. Por otra parte, los médicos

comienzan a darse cuenta de que su desempeño puede ser medido y comparado con otros. Esto representa una oportunidad para generar alianzas entre los administradores y el cuerpo profesional. Muchas instituciones están realizando progresos sin una significativa participación de los médicos. Sin embargo, la calidad óptima sólo podrá ser alcanzada cuando los corazones y las mentes de los médicos se alineen con los administradores detrás un objetivo común. ■ <<<