

## EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA ASISTENCIA PEDIATRICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Licenciadas Laura Selvatici\*, Virginia Schejter\*\*

Colaboradoras: Julia Cegatti, Paulette de Raco, Florencia Ugo, Malena Jesiotr.

Consultoría de Psicología Institucional

### RESUMEN

Este artículo desarrolla la segunda parte de las conclusiones del trabajo de investigación "El trabajo interdisciplinario en la asistencia pediátrica de alta complejidad", realizados entre los años 2004-5. La metodología implementada fue la de estudio de caso con un carácter exploratorio y descriptivo. Se realizó con un diseño holístico donde se conjugaron diferentes técnicas cualitativas para lograr una validación convergente de fuentes primarias (entrevistas, observaciones, grupos focales) y secundarias de información (archivos instituciones y bibliografía sobre Administración Sanitaria). El objetivo general fue contribuir al diseño de modelos de organización hospitalaria que favorezcan la interdisciplina. Para ello se estudiaron dos grupos de profesionales, aquellos que intercambian asistemáticamente y los que lo hacen de modo sistemático. Ambos parten de un diagnóstico semejante sobre los problemas para el intercambio, pero el grupo que trabaja interdisciplinariamente en programas ha encontrado modos de resolverlos o intenta hacerlo. La investigación identificó como facilitadores de la interdisciplina determinadas condiciones institucionales, perfil de los profesionales y modalidades de vínculo. El análisis del material permitió caracterizar los diversos aportes del trabajo conjunto con respecto a los pacientes, a los profesionales, al hospital y al conocimiento científico y permitió construir indicadores de la existencia de trabajo interdisciplinario. Se concluyó que el mandato institucional es indispensable pero no es suficiente para la concreción de un trabajo interdisciplinario. Este proceso se construye a partir de los desafíos que plantea la complejidad de la práctica, de la experiencia del compartir y de la confrontación de distintos modelos posibles de trabajo.

**Palabras clave:** interdisciplina, metodología, pediatría.

Medicina Infantil 2007; XIV: 222 - 230.

### ABSTRACT

*This article develops the second part of the conclusions of the investigation: "The interdisciplinary work in tertiary care pediatric assistance", performed between 2004 and 2005. Methodology consisted of exploratory and descriptive case study. A holistic design was employed. Different qualitative techniques were used to achieve a convergent validation of primary sources (interviews, observations, focal groups) and secondary sources of information (institutional archives and Health Care Administration bibliography). The general aim was to contribute to design institutional organization models that favor interdiscipline. Two professional groups were studied: Those who exchange information asistematically, and those who do it systematically. They both start from a similar diagnosis about the problems for interchange, but the group who work interdisciplinarily inside programmes has found or tries to find ways to resolve the problems. This investigation identified certain institutional conditions, professional profiles and relationship modalities as interdiscipline enhancers. The analysis of these data permitted to identify the different contributions of conjoint work in relation with patients, professionals, institutions and scientific knowledge. It also permitted to build up indicators to detect the existence of interdisciplinary work. We concluded that the institutional mandate is necessary but not enough to carry out a true interdisciplinary work. This process is built starting at the complex defies of practice, the shared experience and the confrontation of different possible models of work.*

**Key words:** interdiscipline, methodology, pediatric.

Medicina Infantil 2007; XIV: 222 - 230.

### INTRODUCCION

Este artículo desarrolla la segunda parte de las conclusiones del trabajo de investigación "El trabajo interdisciplinario en la Asistencia Pediátrica de Alta Complejidad" del que su primera parte ha sido ya publicada<sup>1</sup> y cuyo objetivo general fue contribuir al diseño de modelos de organización hospitalaria que favorezcan la interdisciplina.

\* Becaria de investigación de Psicología Institucional, beca otorgada por la Fundación del Hospital de Pediatría Garrahan 2004-2005.

\*\* Coordinadora del equipo de Psicología Institucional del Hospital de Pediatría Garrahan. Directora de los proyectos de investigación: "El trabajo interdisciplinario en la asistencia pediátrica de alta complejidad", Programación UBACyT 2001-2002 y beca de la Fundación Garrahan 2004-2005.

Recibido: 02-07-07 — Aceptado: 03-08-07

Correspondencia: Laura Selvatici.

Combate de los Pozos 1881, (CP 1245) Ciudad de Buenos Aires.

En este artículo se presentará el proceso de institucionalización del trabajo interdisciplinario en el Hospital Garrahan, la diversidad de formas en que los profesionales constituyen equipos y van organizando su trabajo asistencial, las dificultades que encuentran en el camino, las estrategias que implementan para poder superarlas, las cuestiones que facilitan el trabajo conjunto y lo que conciben como logros y aportes del trabajo interdisciplinario.

Por otro lado, la investigación posibilitó una producción no prevista: la construcción de indicadores de la presencia del trabajo interdisciplinario.

## METODOLOGIA

La metodología utilizada y las hipótesis de la investigación han sido previamente publicados<sup>1</sup>.

## RESULTADOS

### 1. La interdisciplina y la organización hospitalaria

Se identificaron diferentes definiciones del trabajo interdisciplinario en documentos sobre el Hospital Garrahan y en textos sobre Administración Sanitaria referidos a éste<sup>2,3</sup>.

El ideal del trabajo interdisciplinario estaba presente desde el nacimiento del proyecto de un hospital de referencia nacional en 1969<sup>4</sup>.

Es importante remarcar que en este se confió la responsabilidad del trabajo interdisciplinario al clínico, quién fue imaginado como el garante de la integración de un equipo interdisciplinario y de una mirada global del paciente.

Los dispositivos previstos en la estructura organizacional para la interdisciplina fueron:

- Una organización matricial con doble dependencia: técnica y geográfica, que tomaría cuerpo en una organización por proyectos a partir de una lógica de cuidados progresivos (graduación de los cuidados requeridos por el paciente). Esta permite un mejor aprovechamiento de los recursos (camas indiferenciadas en salas polivalentes).
- Definición de programas por nivel de complejidad en Internación (Neonatología, UCI, Cuidados Intermedios y moderados - CIM) y en Ambulatorio (consultorios de bajo y de mediano riesgo).
- Nuevas funciones: en los roles de conducción principios de administración sanitaria y en lo asistencial la coordinación a cargo de clínicos de las salas de internación polivalentes, de los consultorios de mediano y bajo riesgo, de emergencia y de los hospitales de día.

La organización matricial respondió a la necesidad de mantener la unidad a pesar de la presencia de dos lógicas organizativas en tensión.

En el caso del Hospital Garrahan coexisten dos lógicas: una lógica de áreas geográficas y otra disciplinar o especializada. Estas dos lógicas se condicen con lugares distintos en la matriz del organigrama del Hospital, la que está diseñada dependiendo de la Dirección Asociada de Atención Pediátrica. De la misma dependen dos grupos: en las columnas los coordinadores de las áreas geográficas y en las filas los Jefes de las especialidades.

La lógica de áreas geográficas polivalentes coordinadas por clínicos (excepto el Centro Quirúrgico), pone el énfasis en la organización de espacios que favorezcan el encuentro de los profesionales, con el objetivo de procurar una mirada integral del paciente. Esta lógica llevada hasta sus últimas consecuencias tendió a depositar la responsabilidad en los clínicos, que interconsultan a los especialistas sin que se logre constituir un equipo asistencial interdisciplinario en cada área.

La lógica disciplinar o especializada, se centra en la patología y se asocia a la organización por servicios. El conocimiento técnico especializado es el criterio con el que se organizan los espacios. Esta lógica llevada a su extremo implica una tendencia a pensar al especialista como responsable del paciente en función de una división del saber y una profundización del conocimiento de cada enfermedad.

Tanto la institución como los propios profesionales a lo largo del tiempo se fueron organizando para el intercambio interdisciplinario en la práctica asistencial<sup>5</sup>. Se plasmaron varios proyectos:

- Programas de Consultorios Externos Interdisciplinarios por patología.
- Internación preferencial por patología.
- Cuidados Especiales Postquirúrgicos.
- Ateneos Interdisciplinarios.
- Programas especiales: Trasplantes, TAIS (Tratamiento Ambulatorio de Infecciones severas).
- Surge la figura de "Coordinador" de CIM. En el momento de la creación del hospital no se había definido este rol y en consecuencia tampoco se había concursado.

Se observa un cambio generacional paulatino donde los profesionales comienzan a replantearse el propio lugar y las fronteras entre especialidades.

En este sentido muchos profesionales se descubren partícipes de un proceso de cambio cultural.

En los programas estudiados se observó que una de las formas en que los equipos han incorporado ambas lógicas, ha sido definiendo una coordinación compartida del trabajo asistencial

a cargo de dos médicos: uno de la especialidad principal y un clínico. De este modo el garante de la mirada integral es el equipo interdisciplinario y no exclusivamente el médico clínico.

Esta tensión entre las dos lógicas también se juega en la definición de quien debe ser el médico de cabecera del paciente.

En los programas estudiados se observó que en algunos equipos los pacientes tenían como referente dos médicos de cabecera: un clínico pediatra y un especialista. Los pediatras ejercen este rol respaldados por el trabajo conjunto sistemático con un especialista con el que cuentan de manera cercana\* .

## 2. Evolución histórica de la creación de equipos interdisciplinarios

Según las estadísticas del Hospital fue el año 2000 el año el que registró la existencia de la mayor cantidad de equipos multidisciplinarios, contabilizando un total de 16 equipos. Luego de esta fecha la curva marca un descenso que permanece (Figura 1).

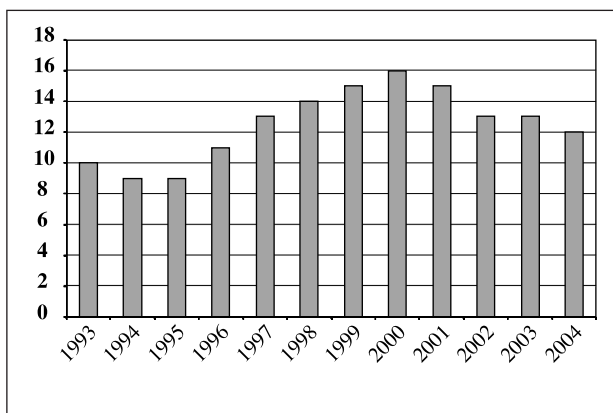


Figura 1: Cantidad de equipos interdisciplinarios registrados por año.

De los 12 equipos registrados en el 2004, 7 datan de antes del 93, uno del 94, otro del 96, dos del 97, uno del 2000 y otro fue creado durante ese año (Tabla 1).

Durante el período 1993-2004 8 equipos no permanecieron más de 2 años. Al observar las estadísticas hospitalarias se percibe que algunos equipos surgieron y se desarmaron reiteradamente.

Uno de los equipos surgió en 1997 dedicado a una patología en lactantes y a partir del 2002

\* Estas observaciones reafirman los resultados planteados en Schejter y otros, "El clínico pediatra en la alta complejidad. Un trabajo de campo", Arch Arg Ped, 2004 102(6): 451-460.

TABLA 1: EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS.

- Patología esofágica
- Hipertensión arterial
- Prequirúrgico
- Control de síntomas paliativos
- Tórax quirúrgico
- Mielomeningocele
- Megacolon
- Dosplasia esquelética
- Cardiopatías congénitas
- Displasia broncopulmonar
- EPOC
- Patología colónica inflamatoria crónica
- Trasplante hepático
- Litiasis
- Base de cráneo
- Clínica post-tratamiento

amplía la atención a todas las edades, lo que parece estar relacionado con el crecimiento de la población asistida.

El equipo que mayor cantidad de pacientes asiste es el de estudios prequirúrgicos (3712 en el 2000), le sigue el de EPOC con prácticamente la cuarta parte de pacientes y luego patología esofágica.

## 3. Dificultades para el trabajo interdisciplinario y estrategias para afrontarlas

Los dos grupos estudiados, tanto los que intercambian asistemáticamente como los que lo hacen de modo sistemático, muestran un diagnóstico semejante sobre los problemas para el intercambio entre profesionales; sin embargo el grupo que trabaja interdisciplinariamente ha encontrado estrategias para resolverlos o intenta hacerlo. (Tabla 2)

En ambos grupos se compararon las representaciones sobre las dificultades a partir de las siguientes categorías: objetivos, roles y liderazgo, espacio, tiempo (disponibilidad para reunirse, continuidad del programa y permanencia de los profesionales) y modos de intercambio (manejo de la información, diferencias en el lenguaje, en los criterios, en la valoración y en la formación requerida de los interlocutores).

### Estrategias utilizadas por profesionales que intercambian en forma asistemática

Algunas de las estrategias utilizadas para promover el intercambio, cuando éste se realiza asistemáticamente son:

Fomentar las relaciones interpersonales informales ya existentes.

Diversidad de estrategias elaboradas por los clínicos para estimular la presencia de los especialistas en la sala: motivar el interés de los mismos en el caso, aprovechar la visita a un pacien-

**TABLA 2: DIFICULTADES PARA EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO Y ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLAS.**

Categorías	Dificultades para el trabajo interdisciplinario enunciadas por los profesionales entrevistados	Estrategias para afrontar las dificultades para el intercambio que han encontrado los equipos estudiados
<b>Objetivos</b>	- Ausencia de objetivos compartidos	- Definición de las preocupaciones y de preguntas compartidas que los constituyen como grupo: cómo mejorar el trabajo asistencial incorporando tratamientos o recursos técnicos, psicológicos y sociales novedosos.
	- Ausencia de ideales compartidos	- Surgimiento de ideas compartidas a través de la producción científica y de la cohesión ante la mirada de terceros (pares de la institución, autoridades y colegas extranjeros)
	- Desinterés o subvalorización de la patología	- Realizar pequeños ateneos bibliográficos que promuevan el interés en la patología.
	- Escaso interés en el trabajo interdisciplinario	- Compartir espacios donde se descubren intereses compatibles más allá de las diferencias.
<b>Roles y Liderazgo</b>	- Dificultad en la delimitación de incumbencias profesionales entre algunos de los roles: imprecisión o rigidez en los criterios para la distribución de responsabilidades y la toma de decisiones.	- Asunción de roles diferenciados y reconocimiento de esas funciones por parte del resto de los integrantes del equipo.
	- Ausencia de un claro liderazgo - Ausencia de definición de un médico de cabecera	- Constitución de equipos co-coordinados por profesionales de las distintas especialidades principales
	- Disputas por sostener la autonomía de decisión, el protagonismo con respecto al paciente, la individualización del prestigio profesional, los espacios disciplinares - El tener que asumir individualmente decisiones tomadas colectivamente.	- Invención grupal de dispositivos compartidos novedosos (algunos incorporados incluso por los familiares): ateneos, pases, jornadas, presentación de trabajos, talleres, folletos explicativos, historias clínicas circulantes que llevan los padres, planillas de registros.
<b>Uso del Espacio</b>	- Dificultad para establecer un lugar de reunión.	- Creación de un espacio compartido
	- Amplias distancias geográficas	- La cercanía física de especialidades que se consultan frecuentemente posibilita la creación de otros momentos de intercambio - Internación preferencial
	- Ausencia de integración en el área ambulatoria entre consultorios de distintas especialidades	- Creación de consultorios interdisciplinarios.
<b>Uso del Tiempo</b>	- Ausencia de tiempo para reunirse  - Creencia de que tomar decisiones conjuntas aumenta el trabajo.  - Imposibilidad de sostener la continuidad de los intercambios  - Profesionales temporarios o ausencia de interlocutores de algunos servicios	- Inversión de tiempo en encuentros sistemáticos y programación de los mismos: organización asistencial de consultorios según patologías o según la gravedad presentada por el paciente.  - Reconocimiento de la existencia de un aprendizaje derivado con la constitución de un equipo, que facilita el trabajo.  - Inversión de esfuerzo en la continuidad del programa: participación de profesionales que se han jubilado, invención de dispositivos novedosos y armado de una red de intercambios de diversa amplitud.  - Permanencia de los profesionales que concurren al encuentro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de un núcleo central de profesionales que sostienen los encuentros y especialidades y disciplinas con un rol periférico. Los integrantes del núcleo central reglan en forma conjunta el modo en que se organizan</li> <li>• Sostener un espacio sistemático de intercambio entre las disciplinas nucleares y generar un compromiso más informal de atención en el día con el resto de las disciplinas.</li> </ul>

<b>Uso del Tiempo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud activa de insistencia de los integrantes del equipo hasta conseguir interesar a alguien del servicio faltante.</li> <li>- Suplir la falencia con el resto de los integrantes del equipo</li> <li>- Armado de una red profesional extrahospitalaria.</li> </ul>
<b>Modos de intercambio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad en el manejo de la información: no utilización de la historia clínica como herramienta para la toma de decisiones, reemplazándose por las “consultas de pasillo”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización de la información: creación de registros compartidos, además del uso de la historia clínica única.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desorganización de la demanda asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferenciación de los días de consultorio: según gravedad, la edad, la respuesta al tratamiento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias en el lenguaje. Uso del lenguaje en forma críptica como modo de restricción del ingreso al territorio del conocimiento de la propia disciplina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión en el debate de la heterogeneidad de las miradas que conforman el equipo: especialidades, disciplinas y saberes no disciplinares. Visibilización de la lógica con la que se está pensando. Incorporación del no saber. Realizar preguntas cuando no se entiende.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias en los criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento debido a miradas segmentadas del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debate y negociación: incorporación y complejización de los niveles de análisis</li> <li>- La existencia de otros programas que nuclean a los mismos profesionales fomenta la discusión de otros pacientes compartidos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distinta resolución frente a las respuestas contradictorias entre los estudios y el diagnóstico humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reevaluación de la corrección del diagnóstico planteado por otro profesional.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias en los niveles de formación requerida a los interlocutores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento del equipo a todos sus participantes.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad en la derivación intrahospitalaria e interhospitalaria de los pacientes ante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• el desconocimiento del resto del hospital y de la comunidad científica de una nueva práctica.</li> <li>• la ausencia de modelos de práctica profesional interdisciplinaria y de formación en la misma.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Estrategias intrahospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de un sello en la historia clínica que dice “Consultorio X”</li> <li>- Auto-presentación como integrante del “Consultorio X”</li> <li>- Designación formal en las estadísticas del hospital</li> <li>- Presentación de trabajos en las jornadas del hospital</li> </ul> <p>Estrategias extrahospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación de profesionales de otros hospitales que rotan por el programa.</li> <li>- Replica del modelo de atención en otra ciudad para conformar una red de profesionales.</li> <li>- Publicación de los criterios de seguimiento (protocolo y experiencias) en revista científica para informar a profesionales que no tienen experiencia, así evitar traslados innecesarios o mala praxis y facilitar el tratamiento de aquellos que no pueden viajar.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entender la discusión como un problema personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transformación de las peleas en debates mediante la capacidad de ciertos integrantes de negociar o de distender el clima al recurrir al sentido del humor, a la ironía, a gestos sociales de cortesía y a la diplomacia.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias en los ritmos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia a otros ritmos de respuesta</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de respuesta a los mensajes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de encuentros cara a cara</li> </ul>	
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de personal administrativo que avise del encuentro a los demás profesionales</li> <li>- Falta de tecnología necesaria para la presentación de los casos (mostrar imágenes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización de jornadas de intercambio profesional que promuevan la donación de recursos o subsidios y que a su vez generen contactos entre los profesionales más jóvenes, condición que facilitará futuros intercambios.</li> </ul>

te para preguntarle por otro, compartir otros espacios profesionales, buscar carriles de diálogo a través de vínculos informales.

En la mayoría de estos casos el interlocutor es tratado como no perteneciente al propio grupo y las relaciones de confianza que se configuran son más débiles que aquellos que se generan en los intercambios sistemáticos.

#### 4. Motivos de la constitución de equipos

La complejidad de la práctica motiva la constitución de equipos asistenciales interdisciplinarios programados e intercambios sistemáticos puntuales para:

- Optimizar el trabajo conjunto de distintos especialistas en la asistencia de enfermedades crónicas o complejas, a través de espacios de intercambio sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, unificación de los criterios y normatización de las actividades.
- Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones difíciles y dar contención a los profesionales que asisten pacientes complejos.
- Organizar la numerosa demanda asistencial por medio de la creación de los consultorios de distintas disciplinas en un mismo día.
- Tener mayor contacto con el paciente.
- Posibilitar una mirada global sobre los pacientes.
- Implementar y difundir una nueva técnica quirúrgica o un nuevo procedimiento que disminuye el riesgo de morbilidad.
- Participar de programas multicéntricos.
- Prever situaciones y estrategias.
- Tener una mejor evaluación del producto de su trabajo.

#### 5. Facilitadores y Aportes

La indagación ha posibilitado convalidar lo postulado desde la Psicología Institucional en el proyecto de esta investigación acerca de cuáles eran las condiciones facilitadoras para el trabajo conjunto y, además, ha permitido enriquecer el perfil de los profesionales que participan del mismo.

En el proyecto de investigación se planteaba que en nuestra experiencia las condiciones que favorecen el trabajo interdisciplinario son:

- Encuentros programados y tiempo para la coordinación de las intervenciones.
- Un liderazgo funcional o claramente reconocido por el equipo, que genere las condiciones para unificar la lectura del problema y relaciones de cooperación entorno a un objetivo. Que defina con claridad la distribución de responsabilidades<sup>1</sup>. Intereses compartidos que generen cohesión.
- Flexibilidad en la delimitación de territorios.

Plasticidad en la definición de la hegemonía de una disciplina o especialidad en función del problema y del momento del tratamiento (roles de médico de cabecera, de referente o coordinador del tratamiento).

- Percepción del aporte de diversas perspectivas como enriquecimiento para el paciente y para el desarrollo científico.
- Percepción del trabajo interdisciplinario como posibilitador de aprendizajes.
- Percepción del producto del trabajo como logro compartido. La sistematización del saber producido en conceptualizaciones de mayor nivel de abstracción, que enriquecen la práctica y permiten la transmisión. La evaluación de los resultados de la tarea compartida y el ajuste consecuente de la misma.

#### 5.a Facilitadores planteados por los participantes en equipos de trabajo

La investigación ha posibilitado caracterizar una diversidad de condiciones que facilitan el trabajo interdisciplinario desde la perspectiva de los profesionales que participan en equipos: el perfil personal y profesional de las personas que participan del trabajo interdisciplinario, el vínculo interpersonal que lo fomenta y las condiciones institucionales que lo promueven.

##### *Perfil personal que facilita el trabajo interdisciplinario*

Las características personales de los profesionales que facilitan la conformación de un equipo son:

- Interés por trabajar juntos con otros profesionales ante un determinado problema.
- Valorización de la experiencia de compartir a pesar de las dificultades.
- Sentido del humor y capacidad de disfrutar del trabajo.
- Compromiso con la tarea y la organización de la misma.
- Reconocimiento de las limitaciones de los demás e incluso de las propias.
- Capacidad de reconocer equivocaciones y de flexibilizar la propia posición.
- Posesión de una formación actualizada, seria y solvente y, a la vez, capacidad de seguir aprendiendo.
- Actitud de aceptación del otro: reconocimiento del aporte de otras disciplinas, apertura mental y tolerancia ante lo distinto, capacidad de escuchar a otros, de aceptar el disenso, de dialogar y de negociar, curiosidad por el saber del otro y empatía.
- Constancia y tolerancia frente a la imposibilidad de observar los resultados en forma inmediata.

### *Vínculo interpersonal que facilita el trabajo interdisciplinario*

Centrado en la confianza mutua y en el respeto del saber profesional. Requiere continuidad en el tiempo.

### *Condiciones institucionales*

Nombramientos de profesionales para la constitución de equipos interdisciplinarios y posibilidad de especialización y dedicación suficiente a los equipos interdisciplinarios.

Tiempos de reflexión conjunta y un espacio compartido de trabajo programado: asistencia organizada por patología, continuidad de lo programado y permanencia de los profesionales.

Objetivos claros y compartidos.

Personas de referencia, capaces de elaborar síntesis del debate.

Elección adecuada de los profesionales que conforman el equipo.

Cercanía física de los servicios.

## **5.b Aportes planteados por los equipos**

### ***Aportes al profesional***

#### *Responsabilidad compartida*

El trabajo interdisciplinario evita la toma de decisiones en soledad y tranquiliza, ya que la participación de otros profesionales en la evaluación del paciente genera una responsabilidad grupal. Diversos actores definen esta sensación como respaldo, contención, confort y afirman que genera las condiciones para aprender a delegar. De todas formas, los entrevistados consideran que según su rol, los distintos integrantes del equipo tienen diferente grado de responsabilidad.

#### *Control cruzado*

Se realiza un control mutuo que facilita una mayor vigilancia sobre los propios actos, aumenta la validez científica del tratamiento y mejora la calidad asistencial.

Para algunos de los cirujanos el trabajo en equipo equivale a una "auditoría", ya que se balancea el interés de éstos en operar con la disponibilidad de los clínicos a contener, auditar y apuntalar el trabajo. Posibilita realizar un seguimiento conjunto de pacientes que de otro modo no tendrían este tipo de controles.

El esfuerzo de trabajar interdisciplinariamente es valorizado porque como contrapartida de cierta pérdida de autonomía, facilita la apertura de líneas de acción diferentes, incide en el reconocimiento científico nacional e internacional de sus miembros y les permite utilizar nuevas técnicas quirúrgicas o tratamientos.

Además mediante el trabajo interdisciplinario el equipo genera mecanismos propios de autoevaluación acerca del funcionamiento del Programa.

### *Aprendizaje*

Conviven dos concepciones sobre el aprendizaje derivado del trabajo interdisciplinario:

- Una concepción centrada en el beneficio para cada profesional individualmente, para la propia posición profesional o la propia disciplina, que resalta la posibilidad de aprender de otras cuestiones que escapan al conocimiento de su especialidad.
- Otra concepción considera el aporte del trabajo interdisciplinario a una construcción conjunta de conocimientos: se descubre y se aprende con el otro, el control mutuo de los sesgos de cada disciplina mejora las decisiones.

Los profesionales plantearon que en el trabajo interdisciplinario se aprende sobre la especialidad del otro, sobre la propia especialidad, sobre la patología y sobre los pacientes. El contacto real con el paciente y la interacción con otros profesionales promueve el desarrollo de una "medicina basada en la experiencia", modalidad de aprendizaje distinta a la de la lectura bibliográfica.

Además, promueve la actualización, estimula a leer y a buscar nueva bibliografía para nuevos interrogantes, permite escuchar acerca de patologías desconocidas e informarse sobre tratamientos novedosos dada la imposibilidad de leer la totalidad de la producción científica y, por encima de todo, posibilita conceptualizar las experiencias.

### *Visión Integral*

Posibilita una comprensión global del paciente (aspectos relacionados con la patología y con la vida cotidiana del niño: escolaridad, vida familiar, vida social) y una visión integral del curso del tratamiento (participación e información continua de la evolución del paciente durante distintos momentos del proceso asistencial).

### *Disfrutar del trabajo*

El trabajo interdisciplinario facilita las relaciones entre los profesionales y genera condiciones que hacen que el clima laboral sea más agradable e, incluso, divertido. Favorece un cambio de actitud hacia el trabajo e incluso entre los miembros del equipo.

### *Promueve la reflexión*

Posibilita detener el vértigo de la tarea asistencial para poder reflexionar.

Posibilita pensar líneas de acción diferentes.

Permite ordenar el trabajo y dar forma a una línea de pensamiento sobre el problema.

### *Prestigio*

Posibilita la publicación de artículos desde una mirada inter o multidisciplinaria, perspectiva en la que son escasos los casos bien documentados.

Favorece el reconocimiento profesional y, en algunos casos, genera un beneficio laboral derivado del mismo.

#### *Construcción de una nueva identidad profesional*

El trabajo en equipo y el reconocimiento de necesitarse y enriquecerse mutuamente construyen relaciones de colaboración que aminoran los vínculos de competencia. Al poner en juego una redefinición de los límites de la intervención de cada profesional pone en cuestión también la identidad profesional.

En el seno del trabajo interdisciplinario surgen nuevas identidades producto del descubrimiento de espacios profesionales inexistentes previamente o de la identificación con valores de otras profesiones. Como ejemplo, se han observado:

- enfermeras que investigan y presentan trabajos en congresos médicos;
- una clínica pediatra que se autodefine como médica de cabecera de alta complejidad;
- una clínica pediatra que va a ateneos y congresos internacionales de cirugía.

Estas nuevas identidades sostienen la proyección de la propia carrera profesional entorno a una patología, junto a un futuro como equipo.

#### **Aportes al paciente**

El trabajo interdisciplinario mejora la asistencia al:

- brindar la mejor alternativa terapéutica posible para ese momento. En algunos equipos esto posibilitó la disminución de la morbilidad infantil y/o el aumento de la sobrevivencia de los pacientes con el consiguiente crecimiento de los mismos;
- obtener mejores resultados en pacientes cuando el éxito de un procedimiento no depende sólo de una disciplina;
- reorganizar la asistencia, de este modo evita que el paciente tenga que recorrer varias veces muchos consultorios, le ofrece una fuente unificada de información. Incluso, en algunos casos, ha posibilitado el tratamiento ambulatorio de pacientes crónicos complejos;
- favorecer una relación más estrecha con los pacientes, con mayor diálogo y conocimiento mutuo. Esto redundará en una percepción del aumento del apoyo y contención al paciente y la familia, que posibilita un mejor procesamiento de las decisiones difíciles y una mayor adherencia al tratamiento.

#### **Aportes al hospital**

Crea criterios de atención interdisciplinarios del hospital.

Desarrolla y refuerza un modelo de organiza-

ción que se gestó en el hospital y que le otorga prestigio frente a la sociedad y a la comunidad médica.

Permite economizar recursos al evitar internaciones de pacientes crónicos.

Construye un hospital que responde a los requerimientos de los pacientes al contenerlos.

#### **Aportes al conocimiento científico**

Surgen nuevos modos de diagnosticar y tratar a los pacientes.

Se estimula la producción de las distintas disciplinas o especialidades del programa al sistematizar el conocimiento y transferirlo a través de producciones escritas.

Se generan preguntas más específicas sobre la caracterización de la patología y las terapéuticas y aumenta el interés por profundizar en su estudio.

Se promueve la investigación clínica, gracias a la posibilidad de seguimiento y sistematización en una base de datos conjunta.

La producción científica permite una evaluación del trabajo asistencial: remarca la información faltante necesaria para la asistencia y muestra la información disponible que no es considerada; información que en algunos casos podría cuestionar la propia práctica.

Se construye una nueva modalidad de atención que se trasmite a los jóvenes profesionales.

#### **6. Posibles indicadores de la existencia de trabajo interdisciplinario**

El análisis del material permitió esbozar algunos posibles indicadores de la existencia de trabajo interdisciplinario:

- Existencia de un feedback entre los profesionales: la perspectiva de otros profesionales sobre la evolución de un paciente permite autoevaluar la pertinencia de la indicación dada. Esto es especialmente importante para aquellos profesionales que no participan en el seguimiento del paciente, para los que la única forma de saber los efectos de las decisiones adoptadas es a partir de la devolución de sus colegas.
- Planteo conjunto de los problemas: se redefinen y se acuerdan las distintas concepciones sobre el núcleo problemático a tratar y se construyen nuevas preguntas.
- Producción de conocimiento: a partir de investigaciones interdisciplinarias se puede mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y generar un espacio de aprendizaje para todos. La producción científica es otra instancia de autoevaluación.
- Relativización de la propia mirada a partir de la de otros integrantes del equipo.



- Promoción de una mirada integradora que permite enriquecer el pensamiento y satisfacer la necesidad psicológica de dar sentido al propio quehacer.
- Reconocimiento de la posibilidad de disfrutar del trabajo al percibir que los aportes pueden ser valorados y reconocidos, por sí mismo y por los otros, como parte de un proyecto y no como una acción aislada.
- Fomento de la contención al delegar las tareas que uno no puede desarrollar, al compartir responsabilidades ante decisiones difíciles y al existir un control cruzado de los sesgos de cada óptica.

## CONCLUSIONES

La investigación posibilitó entender que el mandato institucional es indispensable pero no es suficiente para concretar la construcción de un trabajo interdisciplinario.

Esta construcción lleva un tiempo prolongado, en el que los frutos se ven a lo largo del tiempo. Por lo tanto, requiere constancia y tolerancia frente a la imposibilidad de observar los resultados en forma inmediata.

El proceso se construye a partir de los desafíos que plantea la complejidad de la práctica, de la experiencia del compartir y de la confrontación de distintos modelos posibles de trabajo.

Para los grupos que encararon la tarea de organizar el trabajo interdisciplinario, este fue considerado en sí mismo un valor, lo que posibilitó disponer de energía en la creación y sostenimiento de los equipos a pesar de los obstáculos.

Al comparar los propios criterios con los de otros, se suelen producir rupturas de los modos establecidos de pensar y una construcción de nuevos consensos, esquemas conceptuales y códigos comunes. Así se transforman los modos de concebir la asistencia y se descubren facetas no conocidas de esta, se reconocen diferentes formas de representarse el objeto de sus prácticas y las limitaciones de la propia disciplina.

Por otro lado, el trabajo interdisciplinario requiere no sólo de la transformación de las formas de pensamiento instituidas sino también de los modos de organización. Todos los profesionales entrevistados partieron de un diagnóstico semejante sobre los problemas para el intercambio, pero los grupos que trabajan en programas o intercambian sistemáticamente encontraron modos de resolverlos o intentaron hacerlo.

Los encuentros sistemáticos (prequirúrgicos, ateneos de la especialidad u otros tipos de intercambio más estable de discusión de pacientes) posibilitaron transformar la actividad en experiencia generalizable. Los profesionales aprendieron de los

otros un conocimiento disciplinario ya existente, y con otros produjeron nuevo conocimiento interdisciplinario. De este modo encontraron también un nuevo reconocimiento institucional.

El trabajo interdisciplinario sistemático favoreció también la formulación de preguntas que, en muchos casos, motivaron proyectos de investigación clínica interdisciplinaria.

La investigación convalidó lo postulado desde la Psicología Institucional en el proyecto acerca de cuáles eran las condiciones facilitadoras para el trabajo conjunto y, además, permitió enriquecer la definición del perfil profesional.

Las interacciones repetidas entre profesionales de diferente formación facilitaron la producción de una relación de confianza, valoración mutua y credibilidad en los criterios de los otros.

A partir del trabajo en común creció y se desarrolló la disposición inicial de los miembros del equipo a valorar el trabajo de las otras disciplinas y a delimitar más ajustadamente las posibilidades de cada integrante del equipo.

El tipo de vínculo interpersonal que se estableció ayudó a conformar una determinada subjetividad ya que ofreció referentes identificatorios, favoreció el sentimiento de pertenencia a un conjunto y la participación en ideales comunes. Esta retroalimentación positiva fue acompañada de una sensación de gratificación y de estar transitando un camino novedoso.

En el trabajo interdisciplinario prolongado se constituyó una nueva identidad disciplinar, de fronteras porosas.

## REFERENCIAS

1. Selvatici, Laura y Schejter, Virginia. "El trabajo interdisciplinario en la asistencia pediátrica de alta complejidad" *Medicina Infantil*, 2007; XIV: 21-32.
2. Waisburg, Héctor "Clínicas Interdisciplinarias" *Supp 10º Aniversario del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*. *Medicina Infantil*, 1997; 2: 52-54.
3. Dal Bó, Luis Alberto. "Organización de los Servicios Médicos". En *Administración de Servicios de Salud*. O'Donnell J.C. Tomo I. Editorial Docencia, Buenos Aires. 1995.
4. Consejo de Administración y Direcciones. *Supp 10º Aniversario del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*. *Medicina Infantil*, 1997; 2: 5-7.
5. Schejter, V; Greco, C; Halac, A; Álvarez, P; Finkelstein, L y Selvatici, L. "La interdisciplina en un hospital de alta complejidad" en *IX Jornadas de Investigación en Psicología*, Universidad de Buenos Aires, 2002.

## LECTURA RECOMENDADA

- Arce, Hugo. "Naturaleza de los hospitales: Tres generaciones" en *Medicina y Sociedad*. 1985. N° 5 Vol. 8: 156-173.
- Kotter, Schlesinger and Sathe: *Organization. Text, cases and reading on the management design and change*. Homewood, Ill: Richard Irwin, 1979, Págs. 233-253.
- Morin, Edgar. "Introducción al pensamiento complejo". Ed. Gedisa. Barcelona. 2000.
- Saltalamacchia, Homero. "Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa". Tomo 3. [www.saltalamacchia.webcindario.com](http://www.saltalamacchia.webcindario.com).
- Schejter y otros: "El clínico pediatra en la alta complejidad. Un trabajo de campo", *Arch Arg Ped*, 2004 102(6): 451-460, Buenos Aires.