

Lo conocido sobre el tema

- La dinámica de los equipos de atención primaria se caracteriza por un clima organizacional específico.
- La eficiencia y la calidad asistencial dependen de las relaciones interprofesionales y el tipo de liderazgo.

Qué aporta este estudio

- El clima emocional en los equipos analizados tiene en valores medios.
- Los aspectos que mejorar son el liderazgo integrador y la ilusión hacia el proyecto común de trabajo.
- La base de un buen clima emocional está en un modelo asistencial colaborativo entre diferentes profesionales de atención primaria.

Bibliografía

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- De Pablo R. La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *SEMERGEN*. 2005;31:214–22.
- Borrell F. Cómo trabajar en equipo y relacionarse eficazmente con jefes y compañeros. Barcelona: Gestión 2000; 1996.
- Grau A, Suñer R, García MM. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el *burnout* y el clima emocional. *Cal Asistencial*. 2005;20:370–6.
- Jubete MT, Lacalle M, Riesgo R, Cortés JA, Mateo C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Aten Primaria*. 2005;36:112–4.
- Salanova M, Agut S, Peiró JM. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *J Appl Psychol*. 2005;90:1217–27.
- Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit*. 2005;19:127–34.
- Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijo Cobo J, Rodríguez Baló A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003;32:288–95.
- Delgado Sánchez A, Bellón Saameno JA, Martínez-Canavate López-Montes MT, Luna del Castillo JD, López Fernández LA, Lardelli Claret P. Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Aten Primaria*. 2006;37:489–97.
- Yoder D. Organizational climate and emotional intelligence: An appreciative inquiry into a “leaderful” community college. *Community College Journal of Research and Practice*. 2005;18:45–62.
- Zammuner VI, Galli C. Wellbeing: causes and consequences of emotion regulation in work settings. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:355–64.
- Borrell y Carrió F. Comunicar bien para dirigir mejor. Barcelona: Gestión 2000; 1996.
- García MV. Métodos y diseños de investigación científica: ciencias humanas, sociales y de la salud. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2002.
- Zabalegui A. Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. *Enferm Clin*. 2002;12:74–9.
- Robichaud AL. Healing and feeling: the clinical ontology of emotion. *Bioethics*. 2003;17:59–68.
- Borrell, Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC*. 2007;14:133–41.
- Maestro I. Relaciones interprofesionales ¿problemas éticos o problemas técnicos? *Psicooncología*. 2004;1:283–6.
- Wiles R, Robison J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *J Adv Nurs*. 1994;20:324–30.
- Elston S, Holloway I. The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *J Interprof Care*. 2001;15:19–27.
- Cabré V, Castillo JA. Las tensiones inherentes al ejercicio profesional. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*. 2003;23:48–59.
- Martin DR, O’Brien JL, Heyworth JA, Meyer NR. Point counterpoint: the function of contradictions on an interdisciplinary health care team. *Qual Health Res*. 2008;18:369–79.
- Arcangelo V, Fitzgerald M, Carroll D, Plumb JD. Collaborative care between nurse practitioners and primary care physicians. *Prim Care*. 1996;23:103–13.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.007

COMENTARIO EDITORIAL

Equipos de salud: ¿problema o solución?

Health teams: a problem or solution?

F. Borrell Carrió

Médico de Familia, EAP La Gavarra, ICS, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

La tarea de un médico de familia es esencialmente individual: mantener una relación de confianza con sus

pacientes, examinar sus problemas y proponer actuaciones. El paciente valora a «su» médico, desea ser visto por «su» médico y se lamenta cuando no le atiende «su» médico. ¿Puede extrañarnos que muchos países desarrollados

Correo electrónico: 12902fbc@comb.es

entiendan la medicina de familia como un negocio entre paciente y médico, y excluyan dicha relación del ámbito de intervención del Estado?

Nuestro sistema sanitario, empero, evoluciona desde una Seguridad Social que sitúa la idea de equipo de salud en el epicentro de la actividad sanitaria y, por consiguiente, la Administración no renuncia a intervenir. Ello conlleva ventajas y desventajas. En el campo de las desventajas, algunos autores han señalado las perversiones que tienen unos equipos teledirigidos «desde arriba», donde el médico pierde el liderazgo e instrumentos para organizar un trabajo centrado en la clínica. Los equipos, desde esta óptica, favorecen una falta de compromiso con los pacientes, y son caldo de cultivo para justificar la vagancia y la mediocridad como «mal de muchos». Pero, ¿es esa la visión que tienen los profesionales?

Sabemos que los profesionales valoran el clima emocional de los equipos en los que trabajan. Hass et al¹ (2000) encontraron que la percepción de salud del profesional, así como la satisfacción con su lugar de trabajo (además de otras variables), influía en la satisfacción del paciente. Campbell et al² (2001), por su parte, encontraron que la satisfacción del paciente se relacionaba con el clima laboral, entre otras variables. Entre nosotros, Palacio et al^{3,4} (2003) también encontraron que los pacientes se percataban y valoraban los aspectos organizativos de los equipos. Las encuestas de Calidad de Vida Profesional (que introdujera S. García en Costa de Ponent en 1990) ya situaban al equipo como factor clave. Esta encuesta, que posteriormente ha sido aplicada por el CatSalut (QVP-35), muestra cada año que se realiza la importancia que los profesionales conceden al soporte emocional del equipo. M. Sans y J. Gené (2008) han modelizado los resultados de los equipos de APS y encontraron tres factores explicativos independientes: la relación asistencial, la calidad científico-técnica y la coordinación del propio equipo. El soporte recibido por el resto de los compañeros ha sido el componente más importante que han detectado en este último factor⁵. Nosotros, por nuestra parte, hemos verificado con 10 años de intervalo que, cuando un profesional comete un error clínico, suele encontrar apoyo comentando sus dificultades con los colegas del equipo^{6,7}. En conclusión: el modelo de médico de familia que trabaja solo en su consulta parece abrumadoramente superado, aunque subsisten problemas graves e ignoramos lo que habría ocurrido si el Sistema Nacional de Salud hubiera evolucionado desde el modelo de consultas médicas particulares.

El trabajo de March Cerdá JC et al⁸ revela algunos de estos problemas graves a los que aludíamos. Los autores encuentran diferencias en el clima emocional de 2 de los 8 equipos analizados. En general describen el clima emocional como respetuoso con la labor de los demás compañeros, pero los profesionales «no se sienten parte de las decisiones», y apenas hay «ilusión hacia el trabajo compartido». Influye en todo ello un liderazgo calificado como «no integrador». ¿A qué puede deberse?

En el sector público es bien conocido que los cargos directivos experimentan un recambio notable, y quienes han realizado las tareas de dirección no suelen repetir. Ello supone el acceso a esta responsabilidad de jóvenes interinos que aterrizan en equipos con liderazgos naturales muy fuertes, interinos que se sienten deudores de sus jefes, pero muy limitados en el ejercicio del propio liderazgo. Más que liderazgo, realizan una gestión de la rutina diaria. Sería

interesante conocer el porqué de tanto rechazo, y qué debería ofrecerse para suscitar vocaciones directivas entre los profesionales senior. Las administraciones sanitarias han carecido de una política y una estrategia en el área de recursos humanos. La lógica del sistema es que la maquinaria funcione y sea lo menos deficitaria posible.

Pero un equipo es y se hace sobre todo por las persona que lo integran, con sus proyectos, sus fortalezas y también sus debilidades. Resulta sintomático el tipo de preguntas que realiza un médico que tiene que escoger plaza en algún centro de salud. Suele preguntar por la edad media del equipo, presencia de turnos deslizantes, atención continuada y actividades formativas, entre otros aspectos. Los profesionales jóvenes buscan ambiente joven, y creen que un equipo envejecido es un equipo esclerosado. La presencia de estudiantes o residentes, y un calendario de actividades formativas también les proporciona cierta idea de si se trata de un equipo con proyecto. O aún mejor: proyectos.

Los proyectos son algo así como el latido cardíaco de los equipos. El clima emocional de un equipo no puede —ni suele— construirse sobre una amistad previa. Es más, se equivocan quienes ponen como condición para formar un buen equipo la existencia previa de dicha amistad. Porque el clima emocional se renueva cada día a partir de la acción común, y en ello es protagonista la capacidad de ilusionarse por un proyecto. No hay amistad que resista la vagancia o los malos modos. Por ello resulta más importante el respeto que la amistad, pues la amistad puede fluctuar, pero el respeto debe ser el «suelo» sobre el que rueda un equipo. Respeto y proyectos son puntales sobre los que construir un equipo.

Pero no basta con liderazgo, proyectos y respeto. Aun así, poco va a funcionar un equipo si no hay compromiso. Veamos este concepto del que tan poco hay escrito.

Los profesionales de un equipo tienen que tener la impresión de que dan más de lo que reciben⁹. Puede pensarse que ello a la larga es inasumible, que llegará un punto en que un profesional exigirá cierto «retorno» a su entrega y generosidad. Es cierto, así ocurre, y es justo entonces cuando aflora el compromiso. Para decirlo con la máxima claridad: todo equipo precisa de un grupo de personas que pase lo que pase estén dispuestas a tirar del carro. Son las personas que «sacan las castañas del fuego» y solucionan una consulta cuando el profesional responsable no se ha presentado a trabajar, que hacen aquel domicilio que alguien se olvidó de hacer, etc. Pero claro, estas personas no pueden ser siempre las mismas, y su sacrificio tiene que tener algún tipo de recompensa, de lo contrario el equipo literalmente cruje y a veces se rompe, o más frecuentemente se crea un círculo emocional egoísta. El círculo egoísta consiste en: a más retos «los de siempre» tratan de reflotar al equipo, creándose una camarilla de «buenos» profesionales contra una «mayoría silenciosa» o claramente «desaparecida en combate». En este punto el clima de equipo es de «buenos contra malos» o de «elegidos para la gloria» contra «sálvese quien pueda», «yo no salgo de mi consulta» y «de todo eso tiene la culpa la administración».

Sería ingenuo pensar que el compromiso es un valor que surge en los equipos por la bondad de las personas. Más bien ocurre que los equipos que ya funcionan tienen cierto capital de compromiso para momentos de crisis, pero si la

crisis es muy profunda o repetitiva, este compromiso se agota. Alguien tiene que ser el primero en apostar por el equipo, hacer lo que los demás inicialmente no están dispuestos a hacer, y hacerlo concediendo a los demás la posibilidad de liderar proyectos y obtener el reconocimiento de sus méritos. Cuando los equipos conceden un lugar a cada uno de sus miembros, y permiten a cada uno la expresión de sus capacidades, se empieza a generar compromiso, este tipo de compromiso «de fondo» que se extiende a más personas del mismo equipo.

Los equipos con compromiso e ilusión dibujan un círculo exactamente opuesto al que veíamos más arriba. En lugar de precipitarse en el «sálvese quien pueda», crean un círculo cohesivo: se buscan proyectos y arrimar el hombro es más una oportunidad que una carga, entre otras razones porque los profesionales reciben como mínimo el aplauso por sus méritos. Cada profesional tiene la oportunidad de ser valorado en lo que vale, y se evitan dinámicas de «cabeza de turco» o «camarillas de elegidos para la gloria». En el mejor de los escenarios hay competencia por asumir costes, y la empresa sabe premiar el esfuerzo mediante el complemento retributivo variable y/o la carrera profesional. Porque, seamos realistas, un sistema de retribución que sancione el esfuerzo es otro puntal para afianzar voluntades. No hay mejor fórmula para que un equipo funcione que hacer coincidir los intereses egoístas de cada persona con los intereses generales del grupo.

Puntos clave

- El Sistema Nacional de Salud ha situado a los equipos de profesionales en el centro de sus políticas de recursos humanos.
- Sin embargo, carece —a escala nacional y autonómica— de políticas y estrategias para apoyar liderazgos integradores en el nivel más cercano al profesional de la salud.
- Es un gran error pensar que un equipo sólo funciona si existe amistad entre sus componentes.
- Respeto y consideración hacia cada profesional, existencia de proyectos y liderazgo integrador son puntales para el desarrollo de un equipo.
- Es síntoma de salud de un equipo que las personas tengan la impresión de dar más de lo que reciben.

- Círculo egoísta: a más retos, «los de siempre» tratan de reflotar al equipo, creándose una camarilla de «buenos» profesionales contra una «mayoría silenciosa» o claramente «desaparecida en combate».
- Círculo cohesivo: arrimar el hombro es más una oportunidad que una carga, entre otras razones porque los profesionales reciben como mínimo el aplauso por sus méritos, y en el mejor, una retribución monetaria ajustada a esfuerzo y méritos.
- El capital del fondo de un equipo es el compromiso de sus miembros, el cual nunca surge porque dichas personas sean «buenos y bondadosos profesionales», sino porque se ha sabido crear un juego social en el que a cada uno de ellos le importa verse valorado positivamente y ganarse un prestigio.
- La mejor estrategia para un equipo es saber hacer confluir intereses personales con los del grupo.

Bibliografía

1. Hass JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with the patient satisfaction?. *J Gen Intern Med.* 2000;15:122–8.
2. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ.* 2001;323:784–7.
3. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria.* 2003;31:307–14.
4. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria.* 2003;32:135–43.
5. Sans M. Les dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària de salut [tesis doctoral]. Barcelona: UB; 2008.
6. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, Leon M. Errors clínics percebuts pel metge de capçalera. *Salut Catalunya.* 1996;10:22–5.
7. Borrell F, Paez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínics y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2006;38:25–32.
8. March Cerdá JC, Oviedo-Joekes E, Romero Vallecillos M, Prieto Rodríguez MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria.* 2008;41.
9. Borrell F. *Cómo trabajar en equipo.* Barcelona: Gestión; 2000.