

El trabajo en equipo y la seguridad del paciente.

Teamwork and patient safety.

Losardo, Ricardo J¹; Ingratta, Adriana V^{1,2}; Albanese, Eduardo F^{1,2}; Ramírez, Claudia N^{1,2}.

¹Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires, Argentina;

²Consejo Académico de la Facultad de Medicina, USAL.

Correspondencia: Dr. Ricardo J. Losardo

Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar / Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4159-7969>

LOSARDO, R.J.; INGRATTA, A.V.; ALBANESE, E.F. & RAMÍREZ, C.N. Teamwork and patient safety.

Pren. Méd. Argent., 110(1):8-12, 2024.

ABSTRACT

This article relates teamwork to patient safety and the importance of teaching it in university courses. This arises due to the growing complexity of the health system, which presents greater possibilities of error. In this way, teamwork appears as a fundamental tool for professional practice. Technological advancement led to a cultural transformation and the horizontalization of the organizational structure, although the figure of the leader continues to be important so as not to lose the traditional humanistic approach. University education must address this problem from the moment the student enters until he or she graduates to improve decision-making and provide security.

Keywords: patient safety, medical error, medical education, organizational management, health team.

“Primum non nocere” Hipócrates.

INTRODUCCIÓN:

El concepto de que un equipo de salud debe “trabajar en equipo” parece una perogrullada. Sin embargo, la realidad cotidiana lo desafía en más de una oportunidad. Dicho trabajo grupal tiene como principal objetivo ser más eficiente y resultar apto para prevenir, diagnosticar, brindar la terapéutica correcta y garantizar el seguimiento.

Con la creciente complejidad del sistema de salud, el desafío de sus organizaciones es cada día mayor. El equipo, es decir, los recursos humanos destinados a resolver los problemas del paciente quedan más expuestos por su natural vulnerabilidad y están más propensos a los involuntarios descuidos. Cuando el “equipo de trabajo” se forma y se consolida, logra un mejor impacto en la seguridad del paciente.

Problemas actuales.

La atención del paciente se ha hecho más compleja y con posibilidades crecientes de error, como resultado de las siguientes situaciones:

La *mayor especialización de la medicina* debido a la fragmentación de los conocimientos dificulta la atención integral del paciente.

La *escasez de algunos recursos humanos*, a veces muy específicos, que deben ser suplidos por otros, que corresponden a otras disciplinas o profesiones que tienen alguna similitud, pero sin la debida incumbencia específica.

Muchas horas laborales del equipo de salud, como guardias de 24 horas que, si son intensas y agotadoras, afectan el accionar de los profesionales y repercuten en la seguridad del paciente.

Grandes centros de salud tendrán mayores posibilidades de falla de coordinación entre las numerosas áreas que intervienen.

La *mayor sobrevida de la población* gracias a los avances médicos, instala una mayor incidencia de enfermedades crónicas y su existencia simultánea.

Las incumbencias cruzadas, de cada integrante del equipo y su responsabilidad frente a la legislación local ocasiona interferencias en las acciones profesionales.

El desafío de lograr equipos operativos.

Para suplir los problemas señalados, se conforman los equipos, con el propósito de lograr una “atención multidisciplinaria”. Entonces, la complejidad de los conocimientos médicos y de las estructuras organizacionales, constituyen el primer desafío.

Armar equipos de atención interdisciplinaria del paciente que funcionen con eficiencia es algo cada vez más complejo. Esta necesidad, presente en estos tiempos, debe ser señalada en las aulas de las distintas carreras de los profesionales de la salud y enseñada con distintas estrategias. Los alumnos y docentes deben comprender que los tiempos, así como el escenario donde participarán han cambiado y requerirán estas nuevas herramientas para su correcto ejercicio profesional.

Formar un equipo de salud resulta difícil en la práctica cotidiana, porque no solo lo integran médicos de distintas especialidades, sino individuos de distintas profesiones de la salud (odontólogos, kinesiólogos o terapeutas físicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos, psicólogos, nutricionistas, obstétricas, trabajadores sociales, etc.). Es indudable que cada disciplina y/o profesión tiene responsabilidades, así como roles distintos pero un solo objetivo: la integración de los conocimientos. La interacción y comunicación entre sus miembros permite el buen funcionamiento del grupo. En definitiva, es incluir, crecer y sumar.

¿Cómo lograr equipos operativos?

Un equipo operativo tiene que estar formado por integrantes bien preparados. Se les debe enseñar practicando actividades y capacitándolos.

La *simulación clínica* es útil y clave como proceso educativo para la formación del futuro profesional de grado o postgrado en pos de la cultura de seguridad del paciente. Permite la capacitación continua de los mismos, así como del manejo del error en equipos y el desarrollo de habilidades comunicacionales. Se realiza en ambientes controlados, en el marco de una situación lo más similar a la real, que se puede repetir, así como complejizar en forma creciente. Utiliza una práctica reflexiva y deliberativa guiada (o *debriefing*), también entendida como una conversación de las acciones sucedidas en el escenario clínico con diversos modelos como el buen juicio.

Según el objetivo educativo propuesto y el tema, la capacitación de destreza, el manejo de error en una situación determinada, las mejoras de procesos, etc. se realiza la programación.

Para ello se tienen en cuenta los diversos ámbitos y una clasificación por zonas:

Zona 0: El alumno recibe *feedback* automático. Se usan plataformas virtuales, realidad virtual, programas de simulación en el ordenador, etc.

Zona 1: Desarrollo de destrezas clínicas. Se entrenan técnicas y procedimientos. El instructor orienta y da *feedback* al alumno.

Zona 2: Los alumnos participan en escenarios donde el paciente se deteriora o complejiza.

Zona 3: Se entrena el desarrollo en equipo, factores humanos, CRM (*Customer Relationship Management*; en castellano: gestión de relación con el cliente). También cuenta con *debriefing* de las simulaciones que lleva a aplicar a entornos reales de atención al paciente.

Zona 4: Utilización del *debriefing* en la práctica clínica real. Puede permitir el desarrollo de sistemas de aprendizaje longitudinal en hospitales universitarios y no docentes.

Su abordaje no es exclusivo para las situaciones de emergencias o urgencias, sino también para la práctica clínica del consultorio, del internista, del quirófano, etc. Apuntala el razonamiento clínico como un modelo experiencial, y al humanismo. La utilidad de la simulación clínica además favorece la reducción del estrés del profesional, resguardando también los derechos de los enfermos. Lo que conlleva a una adecuada introspección de los errores, sin perjudicar al paciente.

Recordemos que la simulación clínica en sus estándares busca:

- a) Establecer un ambiente psicológicamente más seguro para garantizar que los estudiantes se sientan cómodos de expresar sus pensamientos sin sentimientos incómodos o con temor por las consecuencias negativas.
- b) Incorporar actividades que ayuden a establecer un ambiente de integridad, confianza y respeto.
- c) Discutir el procedimiento para crear una atmósfera de máxima confidencialidad y profesionalismo.
- d) Prevenir el comportamiento defensivo y apoyar las intervenciones de riesgo con el res-

paldo del conocimiento y los desempeños de identidad profesional.

Por otra parte, **la comunicación entre sus integrantes debe ser clara y oportuna**. Todos deben entender la dinámica de equipo. Por ello, deben realizarse reuniones informativas y de reflexión entre sus miembros. La asignación de tareas evita la duplicación de los esfuerzos improductivos.

De esta manera **actividades y comunicación son los dos pilares fundamentales**. El tercer pilar es **establecer una estructura jerárquica** con un líder y que tenga el consenso de todos. El **líder** facilita, supervisa y coordina las tareas y además maneja los conflictos del equipo.

Con estos tres pilares se puede lograr un equipo eficiente, que gestione positivamente, que supere desafíos y barreras y pueda resolver problemas. Cuando el equipo advierte esta potencialidad, se afianza, crece y así comienza una etapa de consolidación de su estructura y funciones.

Formación y desarrollo de un equipo.

Todo equipo que se inicia debe pasar por varias etapas en su formación y desarrollo. No siempre se sortean con éxito, hay equipos que sobreviven a cada una de estas etapas y otros que no.

Los integrantes de un equipo que se inicia pueden tener experiencias profesionales (conocimientos, habilidades y destrezas) y de vida desiguales, pero con las enseñanzas teóricas y prácticas se van nivelando. El aprendizaje y su asimilación es fundamental. También se debe destacar que, cada uno de ellos, pueden provenir de sectores socioculturales distintos, con diferentes experiencias de vida.

El momento de armar un equipo es apasionante. A medida que crece y se desarrolla, el espíritu de grupo se fortalece y se consolida. Cuando se presentan los primeros objetivos, que deben ser simples, y ellos se logran, el grupo adquiere idoneidad.

La cultura de equipo como estrategia.

Las instituciones de salud, como el hospital o las clínicas, engloban muchos universos: desde el empresarial hasta el asistencial, el cientí-

fico y el educativo. De todas las empresas son las más complejas para administrar.

La estructura organizacional en los sistemas de salud se ha “horizontalizado” pero la presencia de un líder es necesaria pues además controla el equipo. Otro tema importante es considerar las responsabilidades de cada uno de los integrantes ante la ley.

La tecnología ha igualado las prácticas asistencial y educativa que siempre están presentes en las instituciones de salud. Estas prácticas involucran al médico y al paciente, así como también al profesor y al alumno. Sólo algunos médicos y profesores por su personalidad son respetados por su “jerarquía”, manteniendo un escalón superior, por su experiencia y conocimiento. El avance tecnológico actual llevó a una rápida transformación cultural en este ámbito.

Sin embargo, *el desafío es no perder el tradicional enfoque humanístico que tienen las profesiones de la salud*, así como inspirar el cambio y construir entornos con excelentes condiciones para los procesos de atención del paciente.

En este contexto, los profesionales no deben perder el entusiasmo ni el espíritu para renovarse y perfeccionarse. Las empresas que estimulan estas acciones lo hacen a través de las estructuras de conducción. Los liderazgos en estas estructuras son ahora más flexibles, participativos y más atentos a los cambios.

La verdadera cultura de equipo donde participan distintos perfiles y talentos se logra con tres características: trabajo silencioso, fortaleza frente a las adversidades y humildad frente al éxito. En definitiva, se habla de valorar el esfuerzo, la disciplina y el mérito para que la atención tenga calidad y eficiencia.

Cambio de paradigma en la enseñanza universitaria.

El perfil del egresado de las carreras de la salud ha cambiado con el tiempo, y tuvo que adaptarse a la sociedad actual, que es mucho más compleja que la de hace tan solo algunas décadas atrás. Por otra parte, actualmente, es raro que un paciente sea atendido por un solo profesional de la salud como lo era antes.

Antes la idea del egresado era la de un profesional que debía resolver todo por sí solo, en un marco ficticio de omnipotencia. Inclusive

actualmente los pacientes creen que el médico todo lo puede y todo lo sabe. La *atención individualista* ha sido reemplazada por la *atención pluralista* o compartida.

En la Facultad de Medicina de la USAL, la enseñanza de la seguridad del paciente en la carrera de medicina se extiende en todos los años de cursada, como una “actividad curricular integradora” de todas las materias de cada año y con un esquema que permite la integración de contenidos del tema entre los distintos años. Incluyendo, entre otras prácticas, las actividades en el área de Simulación clínica, desde su primer a quinto año, tanto en zona 1 como zona 3. En el sexto año de la carrera se intensifican las mismas, donde las competencias blandas como comunicación, liderazgo y equipo de salud alcanzan mayor protagonismo, así como las competencias técnicas desarrolladas en diferentes estrategias en zonas 0 a 3.

Los temas que se desarrollan se extienden hasta considerar las conductas adecuadas, el factor de las relaciones humanas como determinante para la seguridad de los pacientes, el desarrollo y aprendizaje de la importancia del trabajo interdisciplinario y el trabajo en equipo, como base fundamental para una atención sanitaria de calidad y segura.

Del mismo modo, en la Escuela de Ciencias de la Salud, se incorporó hace años la asignatura “Equipo de salud”, que cruza todos los años académicos y se cursa en forma interdisciplinaria (interprofesional) en las 8 carreras e incorpora entre otros, los tópicos de seguridad del paciente.

En nuestros días, se incorpora en la cursada de todas las carreras universitarias de los profesionales de la salud, la idea de que es necesario trabajar en equipo, de una manera responsable, con compromiso; coordinando tareas y roles que cada integrante debe cumplir eficientemente.

Por eso, debe enseñarse desde el primer y hasta el último día de los años que dura la carrera, este cambio de paradigma, de cómo debe actuar dicho profesional de la salud. Los estudiantes deben entender la importancia y los beneficios de trabajar en equipo. Esto mejora la toma de decisiones y les brinda seguridad a todos: al paciente, a ellos y al sistema al cual pertenecen.

Diferencias del trabajo individual y en equipo: un estudio realizado en la USAL.

Se realizó un estudio en la cátedra de anatomía con los alumnos del primer año de la carrera de medicina de la Universidad del Salvador (USAL) con la doble finalidad de aportar datos estadísticos sobre las ventajas del trabajo en equipo y al mismo tiempo que éste sea promovido y entrenado, ya desde el primer año en las carreras del área de la salud.

Se evaluaron a los alumnos durante los trabajos prácticos con pruebas de múltiple opción en tres etapas: la primera individual y las dos siguientes en equipo, la segunda en grupos de tres alumnos y en la tercera de seis. En cada etapa se determinó el porcentaje de respuestas erróneas y se calculó su significación estadística.

El trabajo en equipo disminuye las respuestas erróneas en forma estadísticamente significativa en las etapas segunda y tercera.

En la seguridad del paciente es importante vencer el escollo de creer que consultar es subestimar su capacidad y conocimiento; y también es importante que el trabajo en equipo sea promovido y entrenado ya desde el primer año de una carrera del área de la salud.

CONCLUSIÓN.

En la atención asistencial intervienen básicamente tres elementos: el **paciente**, los **recursos humanos** dedicados a la atención, y la **estructura organizativa**. Cuando uno de ellos falla, todo el sistema de salud falla.

En cuanto a los recursos humanos es necesario su organización en equipos, con el fin de disminuir la posibilidad de errores y lograr una mayor seguridad en la atención del paciente. El grupo tiene que ser eficiente y para ello debe tener las siguientes características: coordinado, interdependiente y dinámico. Además, contar con un líder que favorezca las interacciones y permita al equipo conseguir sus logros.

La noción y el concepto del “trabajo en equipo” conviene que sea impartido desde el inicio de la carrera y continuar durante todo el período de formación, hasta su finalización. Este es un reciente paradigma que sugerimos incluir

paulatinamente en todos los programas de la educación universitaria.

El trabajo de equipo eficiente permite minimizar los eventos adversos originados en la actual atención del paciente. En definitiva, reduce los errores médicos y mejora la seguridad del paciente, tanto a nivel curativo como preventivo.

Declaraciones.

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ninguna clase, que el trabajo ha sido aprobado por el comité de ética responsable en el lugar de trabajo y no declaran medios de financiación del trabajo realizado. El artículo fue remitido con el consentimiento de todos los autores para su evaluación y publicación.

Declarations.

The authors declare that they have no conflicts of interest, that the work has been approved by the ethics committee responsible in the workplace, and do not declare means of financing of the work carried out. The article was sent with the consent of all authors for their evaluation and publication.

REFERENCIAS.

1. Albanese, A.; Albanese, E.; Gómez, M.G.; Ingratta, A.; Merlo, A.B.; Gómez, E.E.; Miño, J. & Aboy, M.: Importancia de evitar el error en el equipo de salud. Concientización de su importancia desde el primer año de la Carrera de Medicina. Instituto universitario de seguridad y calidad USAL. Anuario de investigación USAL, 2016, Nº 3: 167-168.
2. Borgarello, M.E. & Losardo, R.J.: Prevención del estrés y burn-out del equipo de salud: el nexo con la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2021; 134 (4): 4-8.
3. Guía Curricular sobre seguridad del paciente. Edición multiprofesional, OMS, traducción al español USAL, Instituto de calidad y Seguridad en Ciencias de la Salud. Buenos Aires, 2012.
4. Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM. <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards>
5. Losardo, R.J.; Piantoni, G.; Mercau, C.; Buzzi, A.; Falasco, S. & Reilly, J: Día mundial de la seguridad del paciente: 17 de septiembre. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2021; 134 (4): 32-36.
6. Martínez, J.C.: Educando futuros líderes en Seguridad del Paciente. Lanzamiento de la Guía multiprofesional en Seguridad del Paciente OMS. Ediciones USAL, Buenos Aires, 2014.
7. Martínez, J.C.; Albanese, E.; Montarce, O.; Albanese, A. & Cerviño, O.: Proyecto pedagógico. La enseñanza de la seguridad y calidad en la asistencia médica y disciplinas aliadas en la Escuela de Medicina. La Prensa Médica Argentina 2010; 97 (1): 52-5.
8. OPS/OMS: Manual de organización y procedimientos hospitalarios. PROAH-SA. Primera edición, 1990.
9. Pérez-Cortes, F.; Conte-Grand, V.; Merlo, A.; Gómez, M.; Ingratta, A. & Albanese, A.: Trabajo individual y en equipo. Diferencias en el número de respuestas erróneas en las evaluaciones con el método de múltiple opción con doble grilla. Importancia en la formación sobre seguridad del paciente. Conferencia Argentina de Educación Médica (CAEM) AFACIMERA. 27, 28 y 29 de octubre, 2014, Ciudad de Buenos Aires.
10. Rodríguez-Herrera, R. & Losardo, R.J.: Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2018; 131 (4): 25-30.
11. Rodríguez-Herrera, R.; Losardo, R.J. & Binignat, O.: La anatomía humana como disciplina indispensable en la seguridad de los pacientes. International Journal of Morphology, 2019; 37 (1): 241-250.
12. Rodríguez-Herrera, R.; Mora, E.V.; Gómez-Alpizar, L.; Rizo-Azméquita, J.N.; Yamaguchi-Díaz, L.P.; Placencia, F.; Herrera-Castro, K.V. & Losardo, R.J.: Recomendaciones sanitarias a los centros de salud para la seguridad del paciente en

- la pandemia por COVID-19. Herramienta educativa subvalorada. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 2020; 7 (1): 14-19.
13. Rodríguez-Herrera, R.; Mora, E.V.; Gómez-Alpízar, L.; Rizo-Azméquita, J.N.; Yamaguchi-Díaz, L.P.; Placencia, F.; Herrera-Castro, K.V. & Losardo, R.J.: Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes. Una propuesta de clasificación enfocada en la gestión organizacional. *Boletín CONAMED*, 2019; 4 (22): 29-33.
 14. Rodríguez-Herrera, R.; Mora, E.V.; Rizo-Azméquita, J.N.; Losardo, R.J.; Gómez-Alpízar, L.; Yamaguchi-Díaz, L.P.; Herrera-Castro, K.V. & Placencia, F.: Seguridad del paciente: tema indispensable para la formación en el pregrado y el posgrado. *Revista Fundación LAMB AC*, 2019; 1 (5): 14-20.
 15. Roussin, C. J. & Winstock, P.: SimZones, una innovación organizativa para programas y centros de simulación. *Academic Medicine*, 2017. 92 (8): 1114-1120.

LOSARDO, R.J.; INGRATTA, A.V.; ALBANESE, E.F. & RAMÍREZ, C.N. El trabajo en equipo y la seguridad del paciente. *Pren. Méd. Argent.*, 110(1):8-12, 2024.

RESUMEN

En este artículo se relaciona el trabajo en equipo con la seguridad del paciente y la importancia de su enseñanza en las carreras universitarias. Esto surge ante la creciente complejidad del sistema de salud que presenta mayores posibilidades de error. De esta manera aparece el trabajo en equipo como una herramienta fundamental para el ejercicio profesional. El avance tecnológico llevó a una transformación cultural y a la horizontalización de la estructura organizacional, aunque la figura del líder sigue resultando de importancia para no perder el tradicional enfoque humanístico. La enseñanza universitaria debe tratar este problema desde que el estudiante ingresa hasta que egresa para mejorar las tomas de decisiones y brindar seguridad.

Palabras clave: seguridad del paciente, error médico, educación médica, gestión organizacional, equipo de salud.

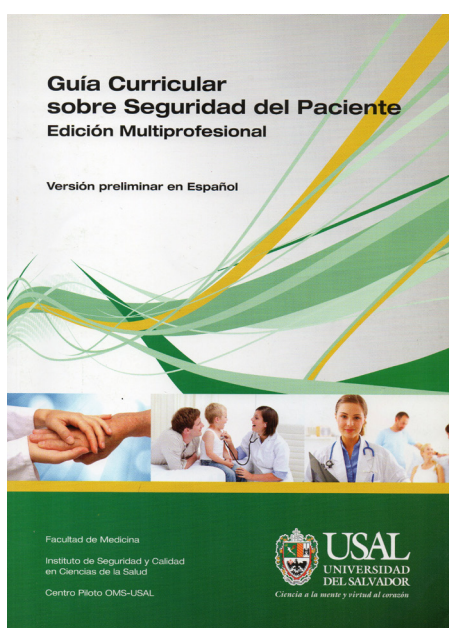


Figura 1: Tapa de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente.



Figura 2: Divulgación de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente.