



ATRIBUCIÓN DE ERRORES EN EL CUIDADO DE LA SALUD ATTRIBUTION OF ERRORS IN HEALTHCARE

En el cuidado de la salud, un porcentaje significativo de los errores puede atribuirse a fallas en la comunicación y a la falta de un trabajo en equipo eficaz (1). La Joint Commission ha identificado las fallas en la comunicación como la causa primaria del 70% de los eventos centinelas entre los años 1995 y 2003 (2). Las fallas en la comunicación y en el trabajo en equipo se clasifican como factores contribuyentes claves en la generación de incidentes que comprometen la seguridad de los pacientes (3-5). Aunque los trabajadores de la salud generalmente trabajan en equipo para coordinar y manejar el cuidado de los pacientes, por lo común no están bien entrenados en las destrezas genéricas o no técnicas que subyacen a las técnicas. Entre dichas destrezas se encuentran la comunicación, la visualización del entorno, la toma de decisiones y el trabajo en equipo (6). La deficiencia en las destrezas no técnicas, tales como la comunicación y el trabajo en equipo, puede conducir a incidentes que comprometen la seguridad de los pacientes y a errores médicos (2, 10-12). Como corolario de lo anterior se ha citado la eficacia de la comunicación y del trabajo en equipo como factor esencial para lograr alta confiabilidad y crear una "cultura de la seguridad" que apuntale la asertividad del cuidado de los pacientes (1). La cohesión del equipo puede verse amenazada por numerosos factores, tales como el trasfondo educativo específico de cada disciplina (7), la formación de equipos ad hoc cuyos miembros se cambian (por ejemplo, los equipos de la sala de cirugía y de Código) (8), el enfoque del cuidado de la salud "en forma de silo" (9) y las jerarquías en las culturas profesionales que inciden sobre la seguridad del cuidado de los pacientes (8). Así pues, como se indicó, es importante comprender y manejar las herramientas que mejoran la comunicación y el trabajo en equipo, a fin de contribuir a una cultura de seguridad de los pacientes.

Comunicación

Hay dos enfoques que definen la comunicación: el de la ingeniería de la información y el de la construcción social. El enfoque de la ingeniería de la información define la comunicación como la transmisión lineal de mensajes a través de un conducto (13). Por consiguiente, la comunicación efectiva es la transmisión precisa e ininterrumpida de información que lleve a la comprensión (14, 15), de tal manera que los receptores decodifiquen los mensajes enviados. Las principales barreras para la comunicación efectiva son el ruido físico y el ruido psicológico en el sistema. Este modelo trata la comunicación como un proceso definido que ocurre en un contexto social ya establecido; sin embargo, limita la capacidad de apreciar dinámicas sociales poderosas.

El enfoque de la construcción social hace énfasis en cómo la comunicación en equipo puede crear el contexto dinámico en que la gente trabaja. Este enfoque sostiene que la comunicación, más que un simple conducto neutro, es el proceso social primario mediante el cual se construye un mundo común pleno de significación (16). Desde esta perspectiva, los esfuerzos para mejorar la transmisión de la información son limitados, puesto que no abordan la manera en que los patrones de la comunicación crean y sostienen la autodefinición de un equipo de trabajo. Por ende, la comunicación del equipo involucra tanto la transmisión como la construcción social de la realidad, lo cual comprende los marcos explícitos e implícitos que el equipo desarrolla acerca de las metas, funciones y conductas adecuadas. En el equipo de trabajo, la comunicación efectiva puede crear una "fuerza centrípeta" (17) que congregue a los miembros mediante la construcción de una visualización del contexto compartida (18), y así también mediante la profundización de la capacidad de actuar de cada miembro teniendo en su mente la perspectiva de los demás (19).

Correspondencia: Dr. Guillermo Ortiz, correo electrónico: ortiz_guillermo@hotmail.com

Recibido: 01/11/2013. Aceptado: 16/12/2013.

Equipo de trabajo

Las características más importantes de un equipo de trabajo son las siguientes:

1) Consta de dos o más individuos.

2) Cada individuo tiene una función o tarea específica por realizar e interactúa y/o se coordina con otros miembros a fin de alcanzar una meta o un resultado común.

3) Toma decisiones.

4) Encarna destrezas y conocimientos especializados, sometidos con frecuencia a elevadas cargas de trabajo.

5) Muestra dependencia mutua en lo concerniente al flujo de trabajo, a la acción colectiva y a las metas.

6) Forma parte de un sistema organizacional mayor (20-27).

En general, los equipos de trabajo están "organizados jerárquicamente y a veces dispersos geográficamente; deben integrar y sintetizar, y necesitan coordinarse y cooperar a medida que las exigencias de la tarea cambian a lo largo de un episodio de su desempeño, a fin de cumplir con su misión" (28). Algunos ejemplos de equipos de trabajo que caben en esta definición en el ramo de la salud son los de emergencias médicas, los de cuidados intensivos, los de sala de partos y los quirúrgicos.

Esta definición de equipo de trabajo es, por naturaleza, interdisciplinaria. Aunque frecuentemente se emplea el término "interdisciplinario" como sinónimo de "multidisciplinario", existen diferencias importantes. Un equipo interdisciplinario integra los enfoques de diferentes disciplinas y se basa en procesos de comunicación colaborativos más que en un modelo de comunicación compartida (30, 31). Un equipo multidisciplinario utiliza las destrezas y la experiencia de diferentes disciplinas sin integrar los enfoques (29, 30). Cada disciplina trabaja dentro de parámetros específicos de cada una a fin de alcanzar metas concretas de la profesión, las cuales pueden ser comunicadas de manera directa o indirecta al resto del equipo (31). Un enfoque de equipo transdisciplinario valora y comparte los conocimientos y destrezas de los miembros del equipo, y traspasa los límites tradicionales de la disciplina en la evaluación y planificación de servicios (30). Para permitir que se desdibujen los límites entre las disciplinas es necesario que se desvaloricen las cuestiones territoriales, lo cual se logra con elementos de entrenamiento cruzado y flexibilidad en el cumplimiento de las tareas (31).

La naturaleza de los procesos del equipo de trabajo (multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario) es una consideración importante en la implementación y eficacia de los programas de entrenamiento de estos equipos. Habitualmente, los equipos de trabajo en el ramo de la salud se caracterizan como "interdisciplinarios colaborativos" (32). El primer término alude a la integración de dos o más culturas profesionales que operan de manera transdisciplinaria (33), mientras que el segundo comprende los conceptos de compartir, compañerismo, interdependencia, poder y proceso.

Trabajo en equipo

A fin de alcanzar la meta común, los miembros del equipo deben comprometerse tanto con el trabajo de las tareas (taskwork) como con los procesos del trabajo en equipo (teamwork). El trabajo de la tarea es el componente del desempeño de cada individuo, independientemente de la interacción con otros miembros del equipo (28). El trabajo en equipo es el componente interdependiente del desempeño, y es necesario para coordinar eficazmente el desempeño de múltiples miembros del equipo (28). El desempeño del equipo es un proceso multinivel que se desarrolla a medida que los miembros se involucran en el trabajo de las tareas y en el trabajo en equipo. Este último puede alojarse conceptualmente en el desempeño del equipo como un "conjunto de cogniciones, actitudes y conductas interrelacionadas que contribuyen a los procesos

dinámicos de desempeño" (28). Finalmente, la eficacia del equipo representa una evaluación de los resultados del desempeño del mismo con relación a algún conjunto de criterios (26). Así, las definiciones de desempeño y eficacia en el nivel de equipo comprenden las actividades en que el equipo se ha involucrado para cumplir una tarea y una valoración de los resultados de dicha actividad (28).

Guillermo Ortiz, MD.

Director posgrado de Medicina Interna y Neumología, Universidad El Bosque.
Director de Cuidado Crítico, Hospital Santa Clara.
Director Instituto de Simulación Clínica (INSIMED).

Bibliografía

1. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 (Suppl. 1): i85-90.
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Oak Brook, Ill.: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2004 (30).
3. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003;133(6):614-21.
4. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. 2004;79(2):186-94.
5. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *The MedTeams Research Consortium. Ann Emerg Med*. 1999; 34(3): 373-83.
6. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*. 2002; 37(6):1553-81.
7. Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Serv Res*. 2006; 41(4 Pt 2):1576-98.
8. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009; 53(2):143-51.
9. Mann S, Marcus R, Sachs BP. Lessons from the cockpit: how team training can reduce error. *L&D. Contemp Ob Gyn*. 2006; 51(1): 34-6, 39-42, 45.
10. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007; 204(4): 533-40.
11. Hoyer DL, Kung HC, Smith BL. Deaths: preliminary data for 2003. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2005.
12. Wolff AM, Bourke J. Reducing medical errors: a practical guide. *Med J Aust*. 2000;173:247-51.
13. Axley S. Managerial and organizational communication in terms of the conduit metaphor. *Acad Manag Rev*. 1984; 9(3): 428-37.
14. Feldman M, March J. Information as signal and symbol. *Admin Sci Quart*. 1981; 26(2): 171-86.
15. Stohl C, Redding WC. Messages and message exchange processes. In: Jablin F, Putnam L, Roberts K, Porter L, editors. *The handbook of organizational communication*. Beverly Hills (CA): Sage; 1987. p. 451-502.
16. Craig R. Pragmatism in the field of communication theory. *Commun Theor*. 2007;17(2):125-45.
17. Eisenberg EM. The social construction of healthcare teams. In: Nemeth C, editor. *Improving health care team communication: building on lessons from aviation and aerospace*. Hampshire (UK): Ashgate Publishing; 2008. p. 9-22.
18. Senge P. *The fifth discipline*. New York: Free Press; 1990.
19. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. 2nd. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
20. Dyer JL. Team research and training: a state of the art review. In: Muckler FA, editor. *Human factors review*. Santa Monica (CA): Human Factors and Ergonomics Society; 1984. p. 285-323.
21. Guzzo RA, Shea GP. Group performance and inter-group relations in organizations. In: Dunnette MD, Hough LM, editors. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1992. p. 269-313.
22. Salas E, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, editors. *Teams: their training and performance*. Norwood (NJ): Ablex; 1992. p. 3-29.
23. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein G, Orasanu J, Calderwood R, editors. *Decision making in action: models and methods*. Norwood (NJ): Ablex; 1993. p. 327-45.
24. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E, et al. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA, Salas E, Associates, editors. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass; 1995. p. 333-80.
25. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, editors. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah (NJ): Erlbaum; 1997. p. 3-16.
26. Hackman JR. The design of work teams. In: Lorsch JW, editor. *Handbook of organizational behavior*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1987. p. 315-42.
27. Kozlowski SW, Bell BS. Work groups and teams in organizations. In: Borman WC, Ilgen DR, Klimoski RJ, editors. *Handbook of psychology: industrial and organizational psychology*. Hoboken (NJ): Wiley; 2003. p. 333-75.
28. Salas E, Cooke NJ, Rosen MA. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. *Hum Factors*. 2008; 50(3): 540-7.
29. Jessup RL. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Aust Health Rev*. 2007; 31(3): 330-1.
30. Garner H. *Teamwork models and experience in education*. Boston: Allyn and Bacon; 1995.
31. Hoeman S. *Rehabilitation nursing: process and application*. St. Louis (MO): Mosby YearBook; 1996.
32. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodríguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 19 (Suppl 1):116-31.
33. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev*. 2008; 24 (Suppl 1): S106-9.