

# Comunicación Efectiva y Trabajo en Equipo en Instituciones de Salud

Dr. Fabián Vítolo  
NOBLE Cía de Seguros

Curso Virtual de Seguridad del Paciente y Atención Centrada en la Persona. Clínica El Castaño 2020  
Módulo 4. 12 de septiembre 2020



# La atención de la salud es una actividad compleja

- 6000 drogas
- 4000 procedimientos médicos
- Más de 120 especialidades y subespecialidades
- Presiones de tiempo (foco en la producción)
- Grandes diferencias en la capacidad, el conocimiento y la experiencia de los profesionales
- Jerarquías rígidas
- Localizaciones muy diversas
- Deslinde de responsabilidades poco claras

# La atención de la salud como un sistema complejo

- Ni el sistema ni su ambiente externo es ni será alguna vez constante
- La incertidumbre y lo paradójico son inherentes al sistema
- No lineales. Pequeñas alteraciones-grandes efectos
- Las relaciones entre las partes son más importantes que las partes mismas
- Los individuos dentro del sistema son interdependientes y deben tomar decisiones
- La sobre-especificación genera más problemas que soluciones

## ¿Qué es un equipo?

Dos o más personas que interactúan dinámicamente, de manera interdependiente, y adaptativa, hacia una meta valorada y común, que tienen roles específicos y funciones, y una membresía de tiempo limitada

**Los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás.**

***Salas E & Cannon-Bowers JA, 2000***



## Equipos de alto rendimiento

- Comparten modelos mentales
- Tienen roles y responsabilidades claras
- Tienen una visión clara, valorada y compartida
- Optimizan recursos
- Se comprometen a una disciplina de feedback regular
- Desarrollan un sentimiento colectivo de confianza
- Crean mecanismos para cooperar y coordinar
- Administran y optimizan los resultados del rendimiento

*Salas et al, 20014*

# Fórmula 1 vs Transición asistencial

	<b>Fórmula 1</b>	<b>Pase quirófano/UTI</b>
<b>Liderazgo</b>	Claro: “Lollipop”	No claro quién está a cargo
<b>Secuencia de tareas</b>	Claro ritmo y orden	Inconsistente. No secuencial
<b>Asignación de tareas</b>	Definidas	Informal y errática
<b>Disciplina y compostura</b>	Comunicación verbal mínima durante la parada	Comunicación no estructurada. Simultáneas
<b>Checklists</b>	Establecido en la cultura	Ninguna
<b>Entrenamiento equipo</b>	Abordaje fanático	Entrenamiento individual



**La precondition necesaria para trabajar en equipo es disfrutar de lo que se hace, encontrarle un significado y respetarse**

# Conductas Disruptivas

## Definición



**Conductas de profesionales de la salud que intimidan a otras personas que trabajan en la organización hasta el punto de comprometer la calidad y seguridad**

**Conductas o actitudes que socavan la cultura de seguridad**

*Joint Commission, 2012*

### **Estándar JCAHO (Sección Liderazgo y Dirección):**

- Código de conducta escrito que define conductas aceptables y o inapropiadas
- Proceso para manejar las conductas disruptivas o inapropiadas

# Las conductas disruptivas son peligrosas

Joint Commission Sentinel Event Alert

N° 40 9 Julio 2008



**Las conductas hostiles o intimidatorias entre profesionales del equipo de salud van mucho más allá de situaciones incómodas...Son una verdadera amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de atención**

**Son conductas no profesionales y no deben ser toleradas**



Clínica El Castaño

## Conductas Disruptivas Manifiestas - Ejemplos



- Lenguaje ofensivo, insultante, peyorativo o abusivo
- Humillar a alguien frente a otros
- Intimidación y amenazas
- Ataques de ira, romper o lanzar objetos
- Bromas sobre raza, religión, orientación sexual
- Negarse a ayudar a otros
- Negativa a cumplir estándares de práctica
- Bullying
- Descalificación de la actuación de colegas
- Violencia física

## Conductas disruptivas manifiestas y encubiertas (Leape, 2012)

1. Conducta disruptiva manifiesta
2. Tratamiento humillante y degradante a enfermeras, residentes y estudiantes
3. Conducta pasivo-agresiva
4. Falta de respeto pasiva
5. Tratamiento displicente a los pacientes
6. Falta de respeto sistémicas

# Profesionales disruptivos vs. Conductas disruptivas

## Profesional Disruptivo

- La conducta es una ocurrencia frecuente
- La conducta es la típica respuesta del profesional
- El profesional no reconoce la naturaleza inaceptable de su conducta

## Episodios disruptivos

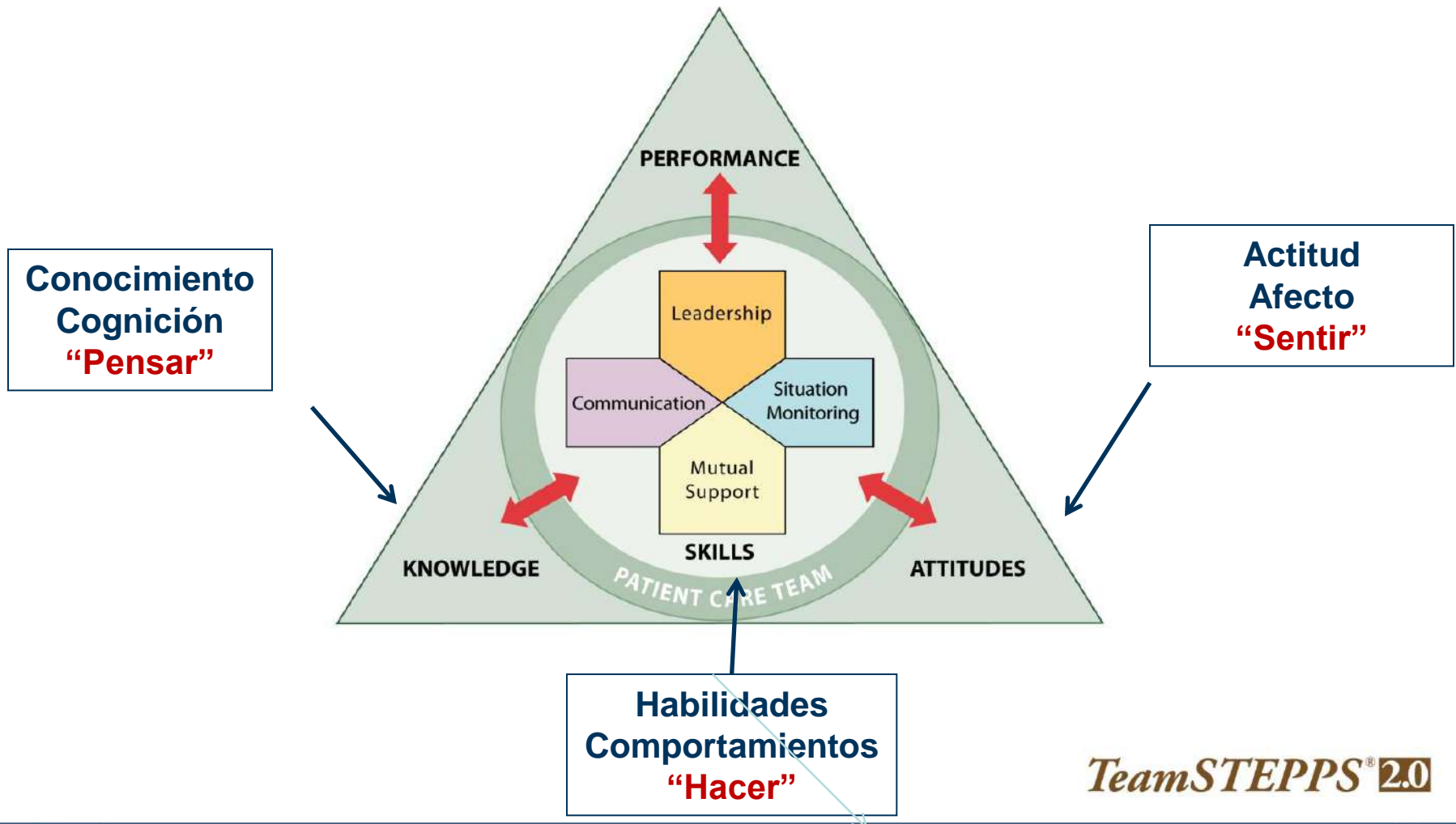
- La conducta es una ocurrencia infrecuente
- La conducta no se condice con el carácter habitual del profesional
- El profesional reconoce y asume la responsabilidad por su conducta inaceptable

Veltman L, 2005. American Society for Healthcare Risk Management, 2005

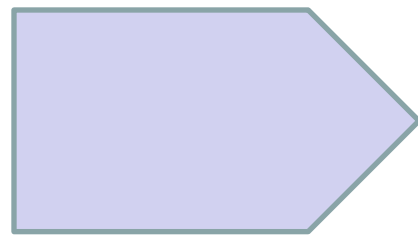
# Conductas disruptivas. Efectos

- Disminuyen la moral
- Favorecen la ocurrencia de errores
- Entorpecen la comunicación
- Afectan el trabajo en equipo
- Dificultan los esfuerzos en seguridad del paciente
- Menor satisfacción de los pacientes

# ¿De qué depende el rendimiento de un equipo?

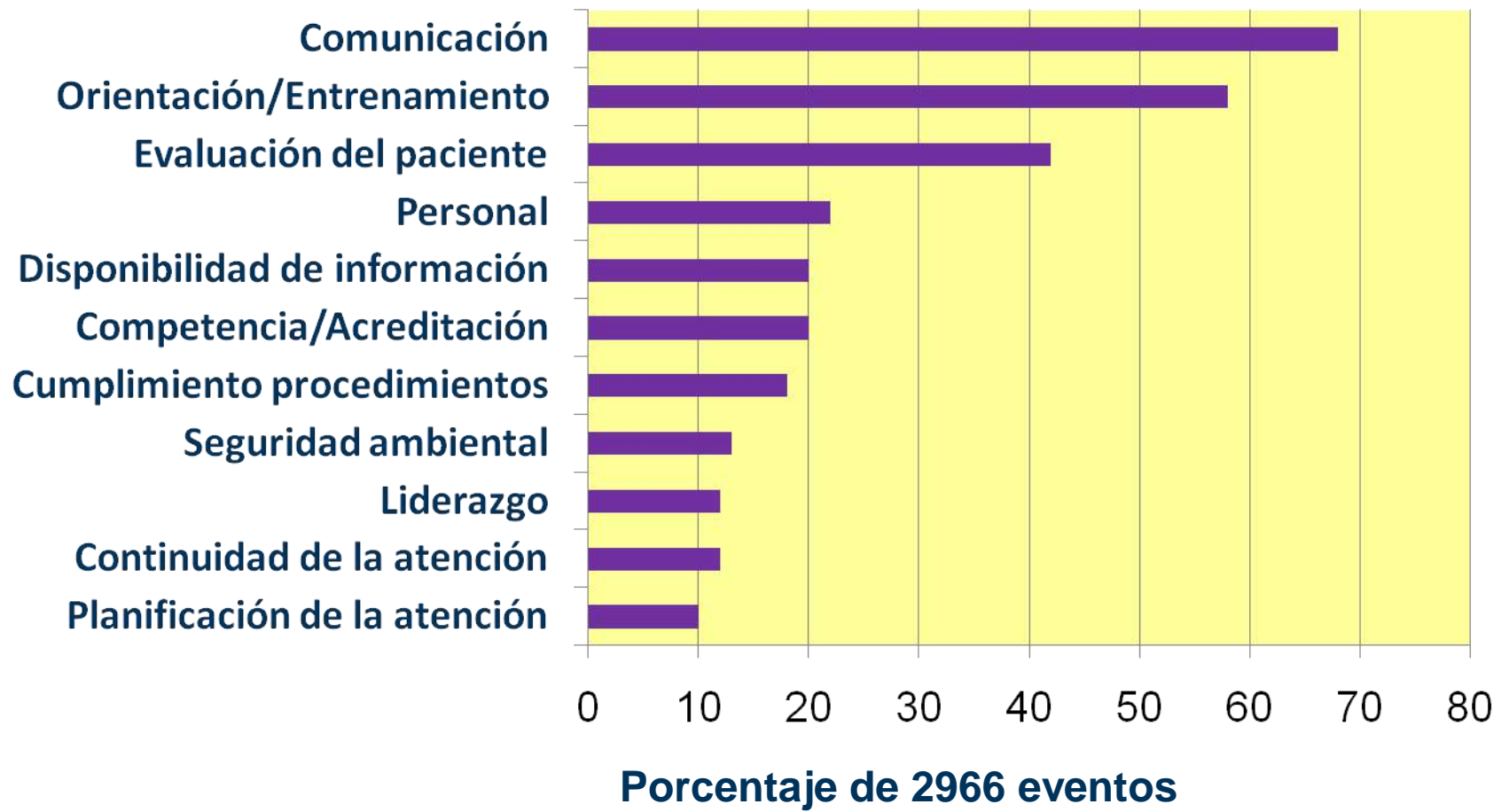




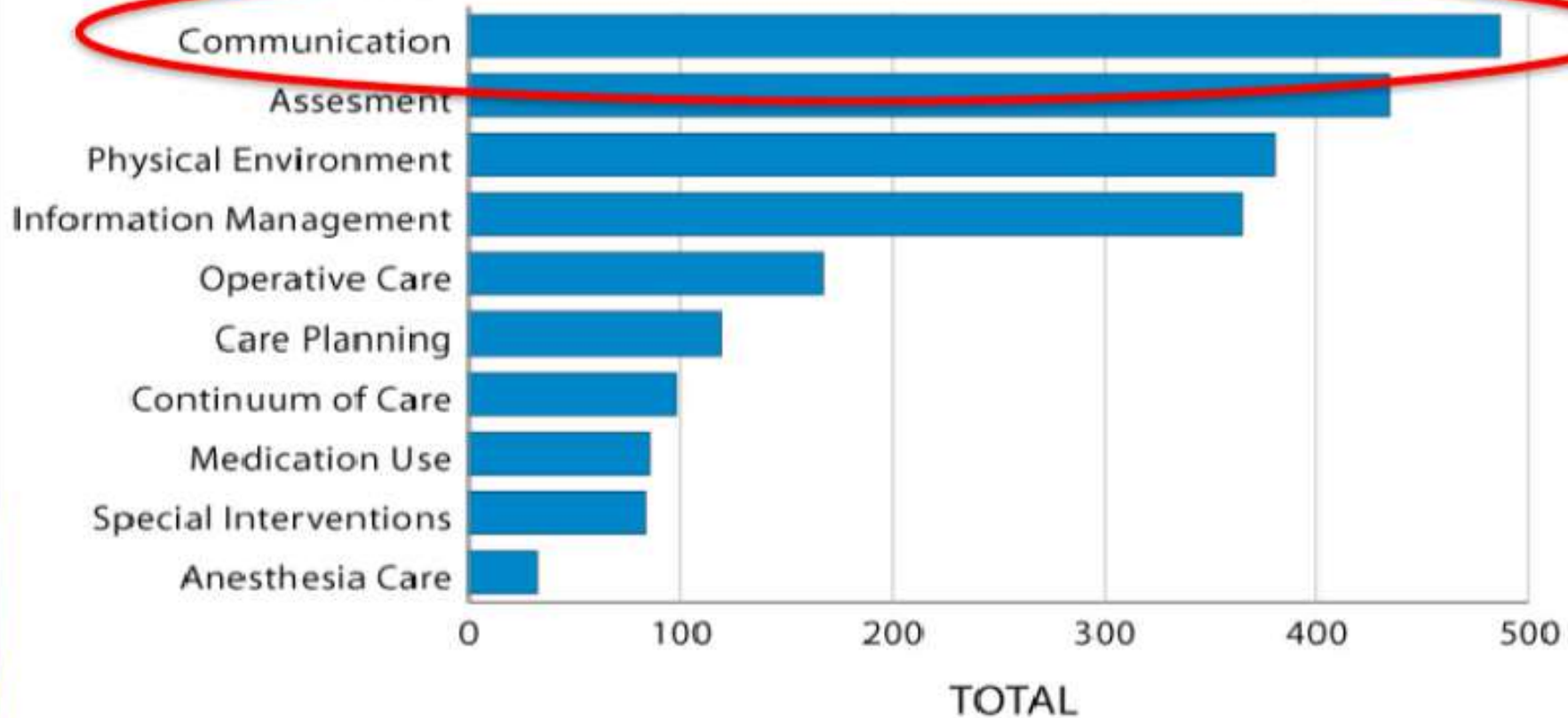


# Comunicación

# Causas raíces de eventos adversos Joint Commission (Todas las categorías: 1995-2004)



# Root Causes of Sentinel Events



**Joint Commission. (2011). Sentinel Event Statistics Data - Root Causes by Event Type (2004 - Third Quarter 2011)**

# Metas internacionales de Seguridad del Paciente

**Meta 1:**  
Identificación del paciente



**Meta 2:**  
Comunicación Efectiva



**Meta 3:**  
Manejo medicamentos de alto riesgo



**Meta 4:**  
Cirugía segura. Verificación  
paciente, sitio y procedimiento



**Meta 5:**  
Reducir IACS



**Meta 6:**  
Prevención de caídas del paciente



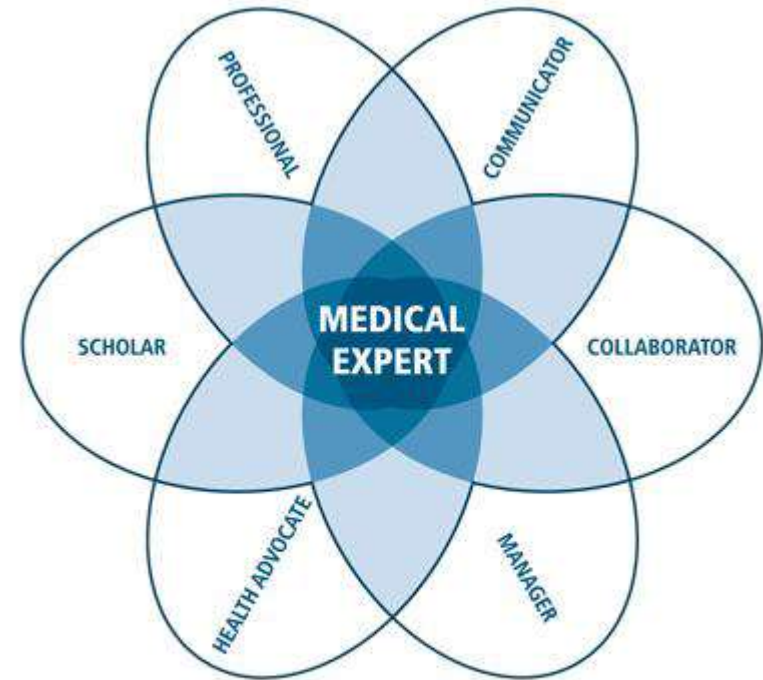
# Competencias Médicas Básicas en el Siglo XXI



Accreditation Council for  
Graduate Medical Education

## “Six Core Competencies”

1. Atención a los pacientes
2. Conocimientos médicos
3. Aprendizaje basado en la práctica
4. **Habilidades interpersonales y de comunicación**
5. Profesionalismo
6. Práctica basada en sistemas

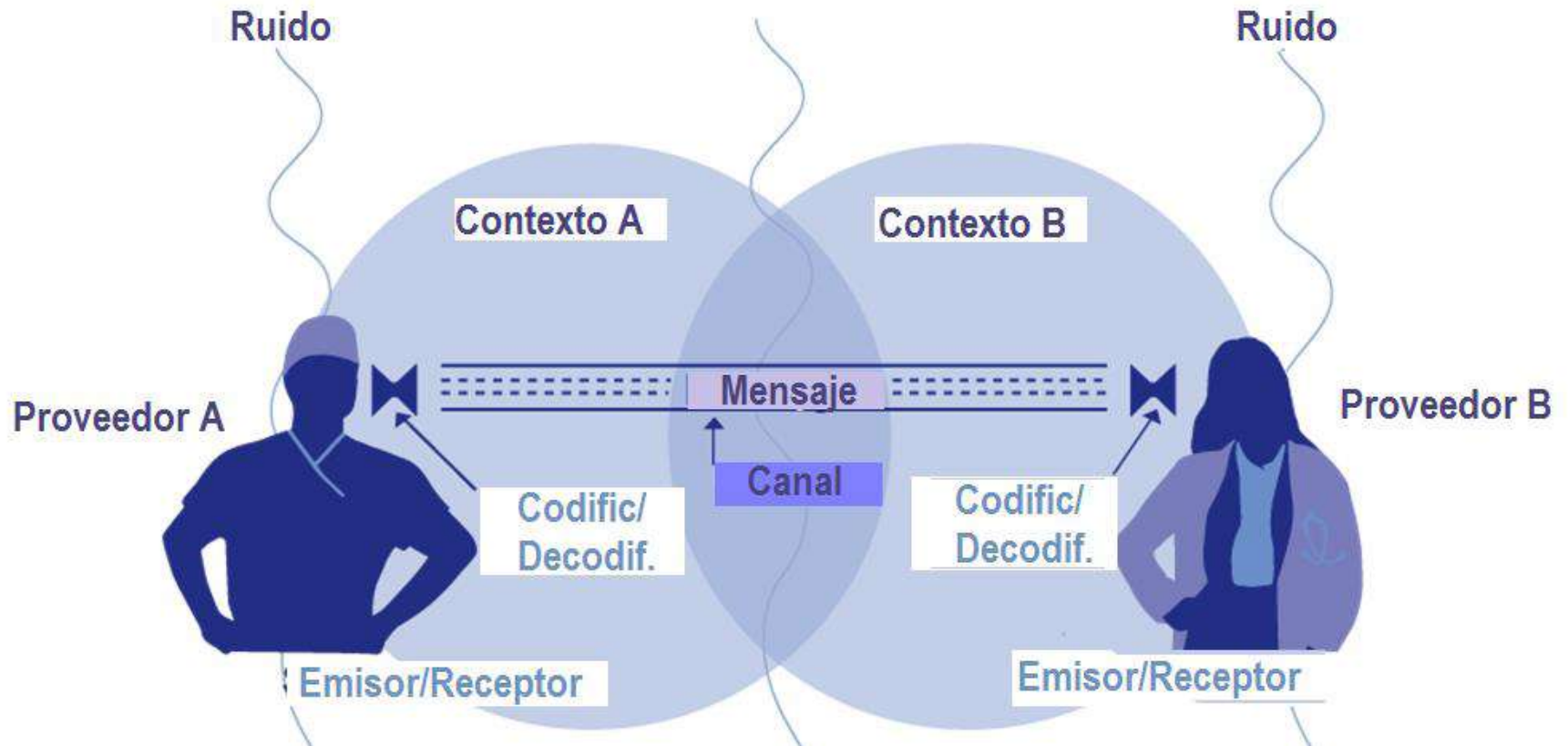


ROYAL COLLEGE  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

CANMEDS



# El ABC de la Comunicación



# Comunicación Efectiva

- Cuando el emisor y el receptor entienden y comparten el mensaje de la misma manera.
- Cuando la información es transmitida a la persona correcta ,en la forma correcta y en el momento correcto.
- Cuando genera una visión compartida y entendible de la información a través de toda la organización , fomenta la cooperación, colaboración y trabajo en equipo, promoviendo la discusión de temas , el aprendizaje desde los errores y utiliza distintas técnicas de comunicación estructurada.

*Joint Commission Setting the Stage for effective Communication*



# Cuatro componentes claves de la comunicación efectiva

Completa

Clara

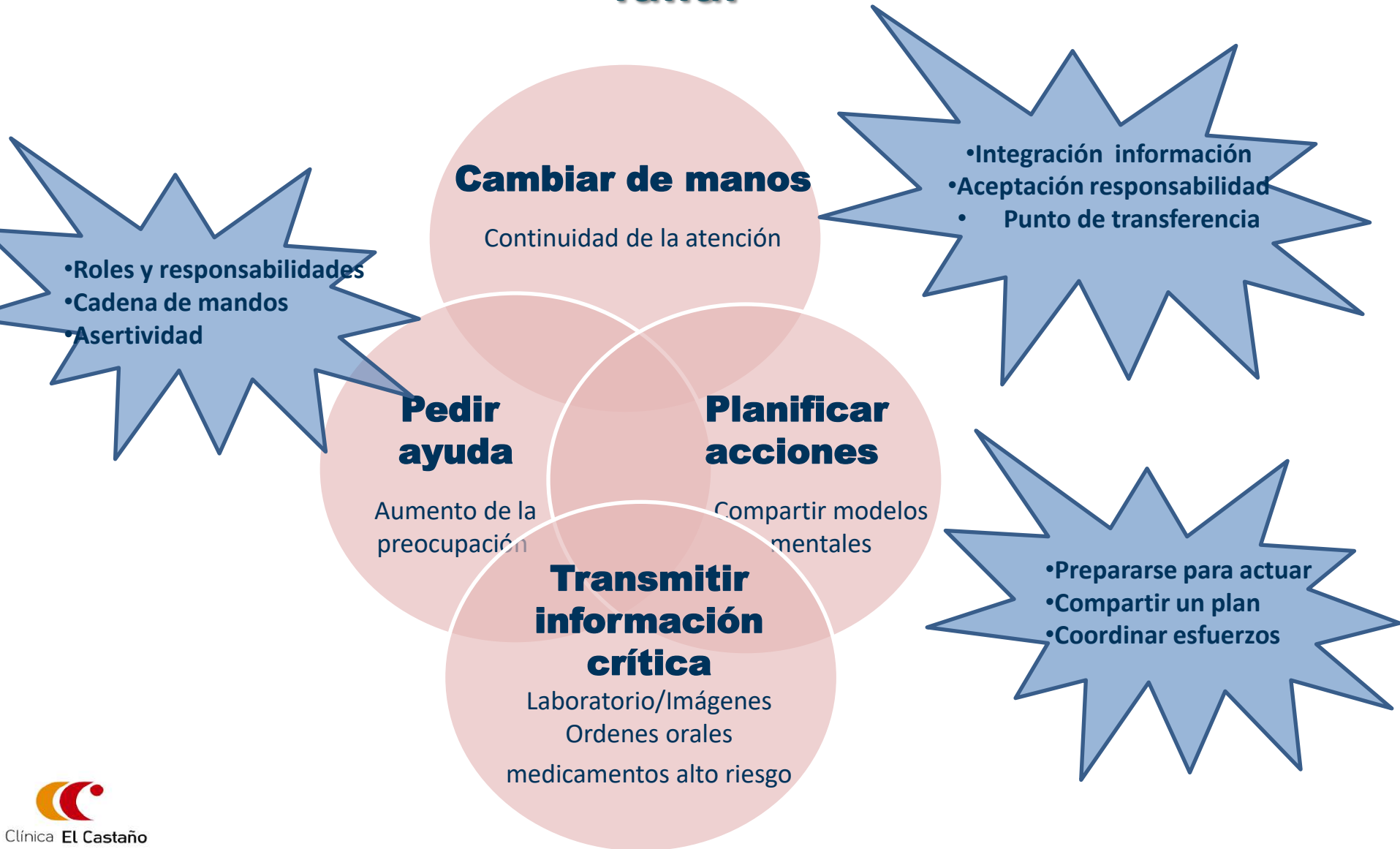
Concisa

Oportuna





# Puntos clave donde la comunicación no puede fallar



# Comunicación Estructurada entre el Personal de Salud

- SBAR o SAER (**S**ituación, **A**ntecedentes , **E**valuación , **R**ecomendación)
- I-PASS ( **I**dentificación severidad-**P**aciente-**A**cciones-**S**ituaciones-**S**íntesis)
- Recorridas multidisciplinares (Hoja de objetivos diarios)
- Resúmenes de Información (Antes y Después)
- Check Lists
- Read Back (Escritura y repetición de indicaciones)
- Repeat Back (Repetición )
- Lenguaje Común (Código Azul PCR)





Exposición en la Plaza Fco Matías Dellachiesa, Htal Británico de Buenos Aires

 <b>EVITAMIENTO DE CONTACTO RESPIRATORIO (PARTELES)</b>	 <b>PREVENCIÓN PARA EL ALTA</b>	 <b>CUIDADO ESPECIAL</b>	 <b>PRECAUCIONES DE CONTACTO</b> <small>Alto y bajo contacto</small>
 <b>EVITAMIENTO RESPIRATORIO (PARTÍCULAS)</b>	 <b>RESTRICCIÓN VERBAL</b>	 <b>AYUDA</b>	
 <b>PRECAUCIONES PARA RESPIRACIONES</b>	 <b>DIETA ESPECIAL</b>	 <b>ALERGIA</b>	
 <b>BALANCE HÍDRICO Y ENERGÍA</b>	 <b>POSICIÓN DE POSICIÓN</b>		



# Comunicación efectiva



**Órdenes verbales y telefónicas (indicaciones)**

**E** escucho y escribo  
**R** repito  
**C** confirmo

**Información de Resultados críticos**

**Lista de resultados diagnósticos críticos + E-R-C**

**Traspaso de responsabilidad asistencial**

Entre áreas y turnos  
**ISBAR**  
**I-PASS**

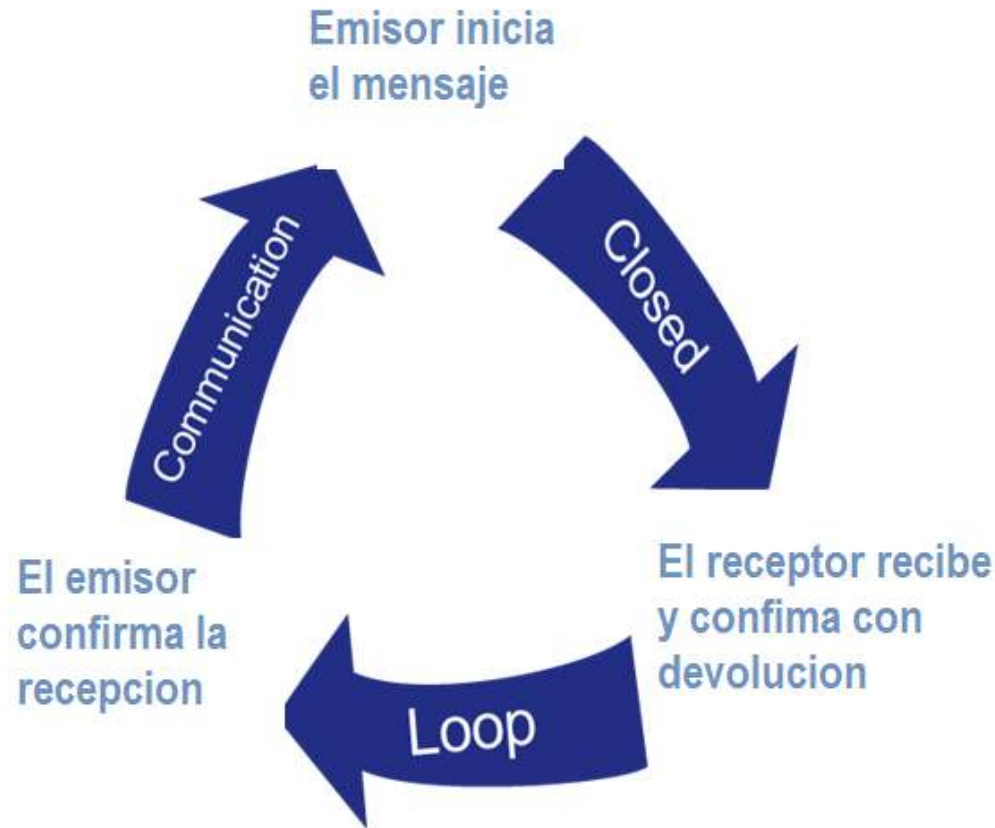


# ***“Read back”* como herramienta de comunicación de resultados críticos**

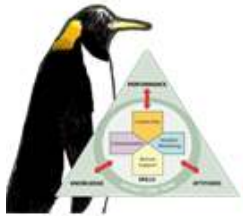
El *“read back”* es una herramienta de comunicación en la que el receptor se compromete a escribir lo que transmite el emisor para realizar la verificación en el cierre de la comunicación.



# Check Back. Cerrando el Círculo



*As seen in TeamSTEPPS®*



# Pases de pacientes

## ¿Cuál es el problema?

“Cuando los pacientes son vistos por múltiples prestadores en distintos ámbitos, ninguno de los cuales tiene acceso a una información completa, **es más fácil que algo salga mal** que cuando la salud está mejor coordinada ”

Solet, D et al. Lost in transition: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient hand-offs.

*Acad Med* 2005;80 (12) 1094-1099 :



# Pases de pacientes

## ¿De qué estamos hablando?

# NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

### GOAL 1 IMPROVE THE ACCURACY OF PATIENT IDENTIFICATION.

- Use at least two patient identifiers when providing care, treatment, and services.
- Eliminate transcription errors related to patient misidentification.

### GOAL 2 IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF COMMUNICATION AMONG CAREGIVERS.

- Report critical results of tests and diagnostic procedures on a timely basis.

### GOAL 3 IMPROVE THE SAFETY OF USING MEDICATIONS.

- Label all medications, medication containers, and other solutions on and off the sterile field in preoperative and other procedural settings.
- Reduce the likelihood of patient harm associated with the use of anticoagulant therapy.
- Maintain and if necessary, accurately patient medication information.

### GOAL 7 REDUCE THE RISK OF HEALTHCARE- ASSOCIATED INFECTIONS.

- Comply with all the current Centers for Disease Control and Prevention (CDC) hand hygiene guidelines on the current World Health Organization (WHO) hand hygiene guidelines.
- Implement evidence-based practices to prevent health care-associated infections due to indwelling central venous catheters in acute care hospitals.

- Implement evidence-based practices to prevent central line-associated bloodstream infections.
- Implement evidence-based practices for preventing surgical site infections.

- Implement evidence-based practices to prevent catheter-associated urinary tract infections (CAUTI).

### GOAL 15 IDENTIFY SAFETY RISKS INHERENT IN PATIENTS

- Identify patients at risk for suicide.

### UNIVERSAL PROTOCOL FOR PREVENTING WRONG SITE, WRONG PROCEDURE, AND WRONG PERSON SURGERY

- Conduct a preprocedure verification process.
- Mark the procedure site.
- A time-out is performed before the procedure.



Es la transferencia y aceptación de la responsabilidad en el cuidado del paciente lograda mediante una comunicación efectiva.

Es un proceso en tiempo real consistente en pasar información específica del paciente de un prestador a otro o de un equipo de atención a otro, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente

Joint Commission National Patient Safety Goal N°2.  
Improve staff communication :





# Comunicación durante el traspaso de pacientes

## Información relevante puede perderse:

- De un prestador a otro de la misma institución
- De la guardia a piso/quirófano/consultorios
- De quirófano a recuperación anestésica
- De recuperación anestésica a piso/domicilio/UTI
- De un turno a otro
- De un servicio a otro
- De una institución a otra
- De laboratorio a prestador
- Etc. Etc. Etc.



# Inadecuados pases de pacientes “Teléfono descompuesto”

¿Cuánta de la información provista en el primer pase se retiene en el último en un fin de semana típico, con cinco cambios de guardia?

- Si no hay registro escrito 2,5%
- Si se toman notas 85,5%
- Si se usa una proforma 99%

*Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier D  
. An experimental comparison of handover methods.  
Ann R. Coll Surg Engl 2007; 89: 289-300*

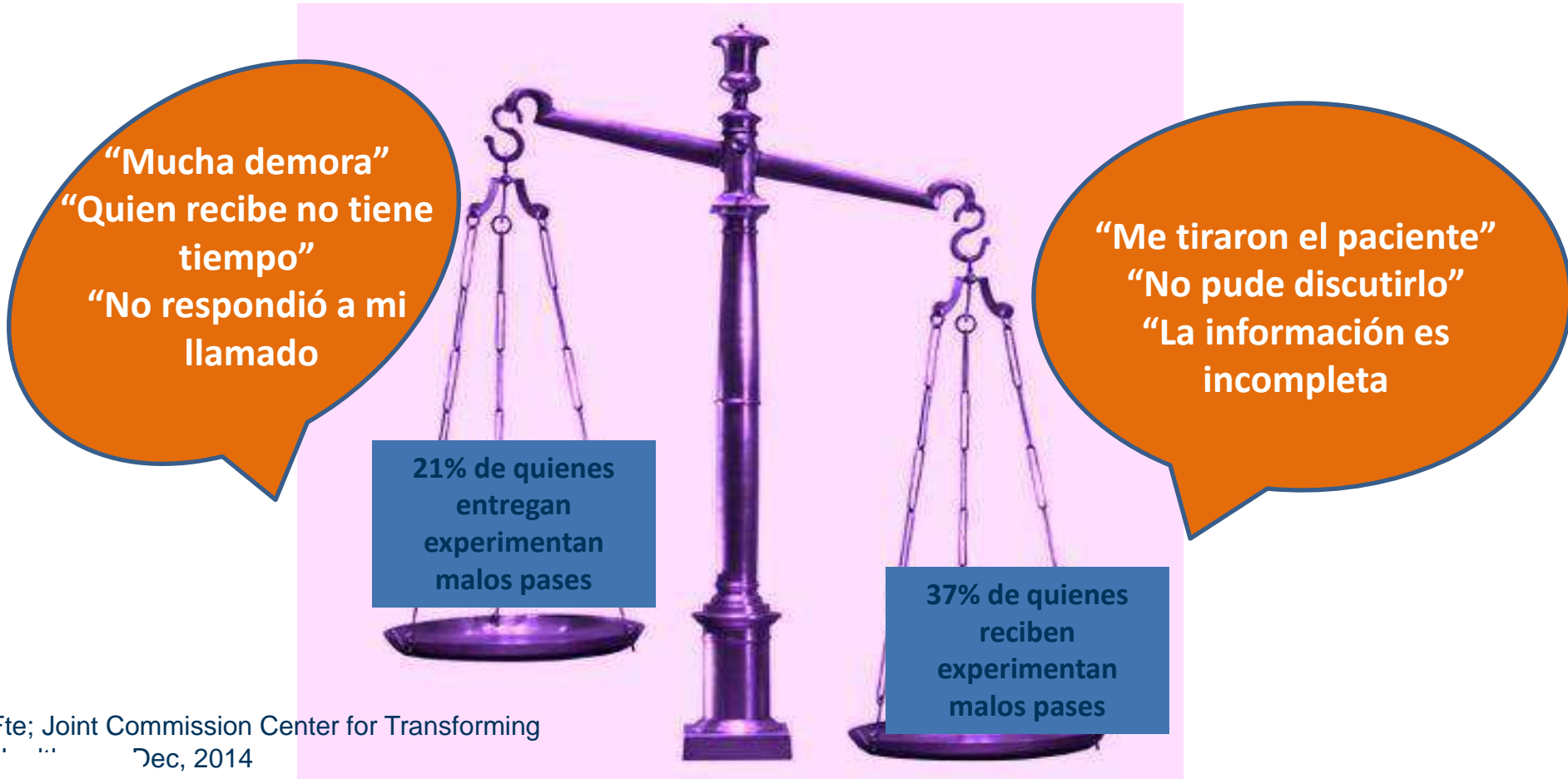


# Causas de pases defectuosos

- La cultura no promueve pases exitosos (no se trabaja en equipo, conductas disruptivas)
- Método de comunicación inefectivos (informal, falta de estandarización)
- Quien entrega brinda información imprecisa o defectuosa
- Quien recibe tiene prioridades que compiten y le impiden focalizarse en el paciente que se entrega



# Desbalance de expectativas entre quien entrega y quien recibe



Fte; Joint Commission Center for Transforming  
Dec, 2014

# Inadecuados pases de pacientes

## Consecuencias

- Eventos adversos
- Retraso de tratamientos
- Tratamientos inapropiados
- Omisiones de atención
- Prolongación de la estadía hospitalaria
- Aumento de los costos
- Ineficiencias. Trabajo duplicado



# Pases de pacientes e interconsultas

## Realidades

- Muchos intercambios de información no son cara a cara, disponiéndose sólo de lo que se habla por teléfono o lo que se escribe
- La persona a quien se llama sólo responderá a lo que usted diga y puede tener limitaciones de tiempo o de capacidad para atender a sus preocupaciones
- Puede no existir una relación establecida entre quien llama pidiendo ayuda y quien es requerido.
- La persona que toma el llamado puede no estar en posición de escuchar atentamente, tomar notas o prestar total atención cuando se responde por primera vez



# Los pases de mala calidad causan fallas en la comunicación

- Los profesionales sobreestiman la efectividad de la comunicación durante los pases
  - La pieza más importante de información **no se comunica en el 60% de las veces**
  - Al llamar luego al emisor, éste creyó que había brindado la información



- Pese a la falta de consenso sobre el contenido y el formato de pases, en general se opina que son de buena calidad

# ¿Qué es la técnica SBAR?

- SBAR es un método estructurado desarrollado para comunicar información crítica que requiere de una atención o acción inmediata
- SBAR mejora la comunicación, permite una escalada efectiva del problema y aumenta la seguridad
- Su uso está bien establecido en muchos ámbitos, incluyendo fuerzas armadas y aviación
- SBAR tiene 4 pasos:

**S**ituation (Situación)

**B**ackground (Antecedentes)

**A**ssessment (Evaluación)

**R**ecommendation (Recomendación)





# Plantilla SBAR

**S Situación:** ¿Cuál es la situación por la que llama?

- Identifquese usted
- Identifique su unidad, el paciente y la habitación
- Describa brevemente el problea; qué es; cuándo ocurrió o comenzó; cuán severo

**B Background** La información pertinente relacionada a la situación

- Diagnóstico de ingreso y fecha
- Lista de medicamentos; alergias, soluc. IV
- Signos vitales actualizados
- Últimos resultados de laboratorios (día y hora) y resultados de estudios previos
- Otra info clínica relevante

**A Assessment (Evaluación)** ¿Cómo evalúa el enfermero/medico general la situación?

**R Recomendación:** ¿Cuál es la recomendación del enfermero o qué es lo que quiere?

- Notificar una internación
- El paciente tiene que ser visto ahora
- Cambio de indicaciones

## SBAR: De esto....



*“Hola, lo llamo de internación por una paciente de la habitación 225. Está internada desde el lunes por una neumonía. La familia está preocupada porque no está respirando bien y quiere que un médico la evalúe”*



## SBAR: A esto....

*Le habla Laura Márquez, enfermera del 2do. Piso de internación. Lo llamo porque la Sra. María Gómez, de la habitación 225 comenzó de golpe con dificultad respiratoria. Su saturación de oxígeno bajó a 88 sin máscara, su FR es de 24 por minuto, su FC es 110 y su TA 85/50*

*La Sra. Gómez es una mujer de 69 años, que fue internada hace tres días por el Dr. Pérez de la guardia de los lunes. Se le colocó antibióticos IV y hasta ahora estab evolucionando bien. Su condición era buena y lleva una vida independiente*

*“Sus signos vitales se mantuvieron estables desde su ingreso pero se deterioraron rapidamente. También se queja de dolor de pecho y parece haber sangre en el esputo. Chequeé y veo que no está recibiendo profilaxis de TEP”*

*“¿Quiere que le vaya tramitando una Rx de Tórax y gases en sangre? Me gustaría que viniera a evaluarlo inmediatamente ”*

# ¿Por qué utilizar la técnica SBAR?

- Reduce las barreras para una comunicación efectiva entre diferentes disciplinas y niveles de personal
- Genera un modelo mental acerca de cómo debe transferirse un paciente, de las situaciones que deben escalar y de cómo intercambiar información crítica
- Es un ayuda memoria; fácil de recordar. Estimula a quien debe consultar a prepararse para la comunicación
- Reduce la incidencia de comunicaciones perdidas



# Usos y ámbitos de SBAR

- Pacientes internados o ambulatorios
- Comunicaciones urgentes y no urgentes
- Conversaciones en persona o en teléfono
  - Particularmente útil en comunicaciones enfermera-médico
  - También en interconsultas médico-médico especialista
- Conversaciones entre pares Ej: Pases de guardia
- Conversaciones con auxiliares Ej: Con terapeutas respiratorios, con kinesiólogos, etc.
- Entre ambulancias de urgencias y guardia de hospital



# Mejores entregas. Cuidado más seguro.

Hacemos que sea fácil implementar mejores prácticas basadas en evidencia para mejorar sus entregas.

El Instituto I-PASS tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente a través de la reducción de las fallas de comunicación durante las entregas del paciente

SOLICITAR CONSULTA

# Mnemotécnica I-PASS

## **I**mportancia de la enfermedad

Estable, en observación, inestable

## **P**aciente (resumen)

Situación resumida; acontecimientos que condujeron a la admisión; curso hospitalario; plan

## **A**cciones (lista)

Lista de tareas, tiempo y responsabilidad

## **S**ituaciones & planes de contingencia

Saber qué está pasando, cuál es el plan si..

## **S**íntesis del receptor

El receptor resume lo importante, hace preguntas y repite las acciones importantes



# I-PASS traspaso escrito

## Información del paciente

Hab. #	Nombre	HC #	Servicio	Fecha	Edad/ sexo	Fecha ingreso	Diag ing.	Peso

<b>I</b>	Importancia de la enfermedad:      estable      -      de cuidado      -      inestable
----------	---

<b>P</b>	<b>Paciente (Resumen)</b>          
----------	---

<b>A</b>	<b>Acciones (Lista)</b>     
----------	--

<b>Lista de medicación</b>          
--

<b>S</b>	<b>Situaciones y planes de contingencia</b>  
----------	---

<b>S</b>	<b>Síntesis del receptor</b>          
----------	--

<b>Items opcionales</b>          
---



# Experiencia Piloto Servicio de Pediatría Sanatorio Mater Dei (2017, Buenos Aires)

**Comparando las evaluaciones pre intervención (n =141) con las post intervención (n= 163) concluimos lo siguiente:**

- Se logró disminuir las interrupciones y distracciones durante el pase de un 41 a 15%.
- Se informó la severidad del paciente (I) de 49,6 a 86%.
- Dentro del resumen del paciente (P), por ejemplo, se mencionaron los antecedentes personales en el 79% de los casos contra un 53,54% previos.
- Aumentaron el traspaso de conductas a realizar y los responsables de las mismas (A) en más de un 20%
- Se logró trazar un plan de contingencia (S) de 49,67 a 75%
- La síntesis de receptor (S) aumento de 29,67% a 70%.



### What is a hand-off?

A hand-off is a transfer of care responsibility achieved through communication. It is a real-time passing of patient-specific information from one caregiver to another team of caregivers to and the purpose of ensuring the continuity and safety of the patient's care.

8. Usar HCE y otras tecnologías

08 patient portals, telehealth) to enhance hand-offs between senders and receivers — don't rely on them on their own.

01 Determine the critical information that needs to be communicated face-to-face and in writing. Communicate everything needed to ensure safe care for the patient in a timely fashion.

1. Determinar que información se va a pasar

7. Debería incluir a todo el equipo de trabajo, incluso el paciente y su familia

Remember not to rely only on patients or family members to communicate vital information on their own to receivers.

2. Estandarizar el método

02 Standardize tools and methods used to communicate to receivers. These can be forms, templates, checklists, protocols, and mnemonics such as I-PASS (stands for Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency plans, and Synthesis by receiver).

6. Zona libre de interrupciones

When conducting hand-offs or sign-outs, do them face-to-face in a designated location that is free from non-emergency interruptions, such as a "zone of silence."

5. Asegurar una información mínima:

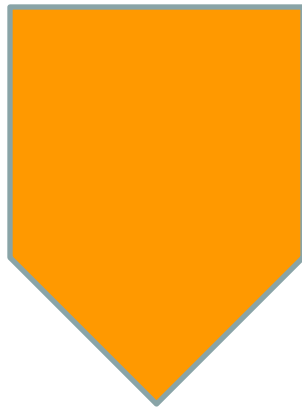
- Persona contacto
- Importancia de la enfermedad
- Resumen del paciente
- Lista de acciones
- Planes de contingencia
- Alergias
- DNR
- Medicaciones
- Laboratorios significativos
- Signos vitales

3. No sólo escrito, tb verbal

Don't rely solely on electronic or paper communications to hand-off to patient. If face-to-face communication is not possible, communicate via phone or video conference. This saves time and opens up questions.

4. Combinar la información de las distintas fuentes

What is the standard? Provision of Care standard



# Liderazgo

# Lideres Efectivos

- Definen, asignan, comparten, monitorean, y modifican un plan
- Revisan el rendimiento del equipo
- Establecen "reglas de compromiso"
- Administran y asignan recursos de manera efectiva
- Proveen feedback sobre las responsabilidades asignadas y el progreso a la meta
- Facilitan el intercambio de información
- Incentivan que los miembros del equipo se ayuden mutuamente
- Facilita la resolución de conflicto
- Es un modelo de trabajo en equipo eficaz

*Team*STEPPS<sup>®</sup> 2.0



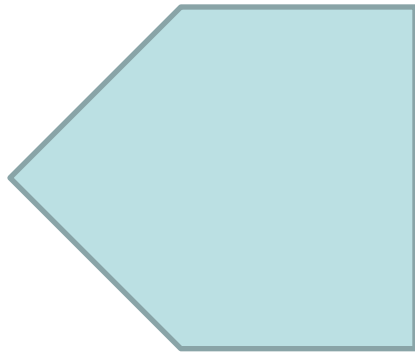
# Tipos de Liderazgo

## Designados

La persona asignada a liderar y organizar un equipo, establecer metas claras, y facilitar una comunicación abierta y trabajo en equipo entre los miembros.

## Situacional

Cualquier miembro del equipo que tiene las habilidades para manejar la situación



# Conciencia de Situación

## Conciencia de Situación es...

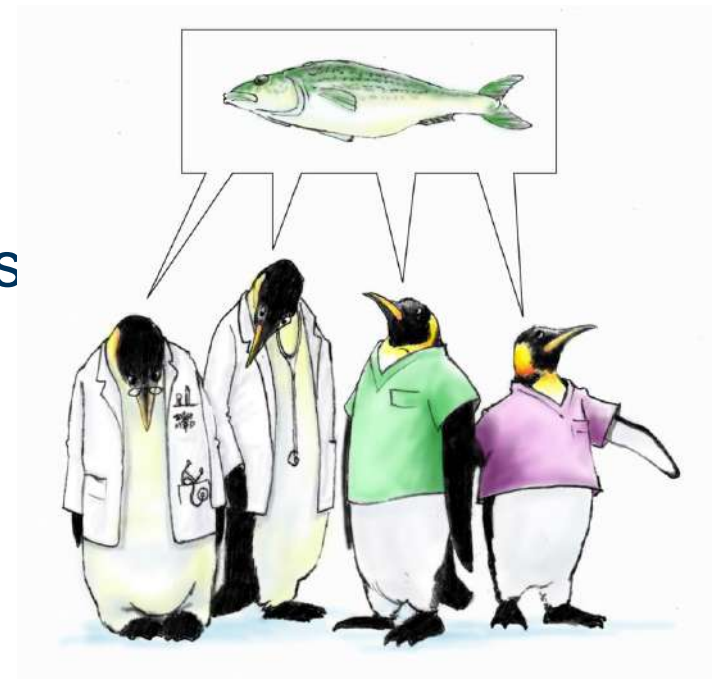
**Saber las condiciones actuales que afectan el trabajo propio**

Incluye saber:

- El estado del paciente
- El estado de los miembros del equipo
- Las condiciones ambientales
- El progreso actual hacia la meta

## Modelo mental compartido

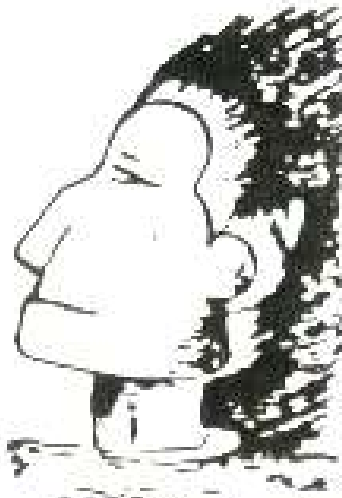
La percepción de, comprender o conocer sobre una situación o proceso que es compartido entre los miembros del equipo a través de la comunicación



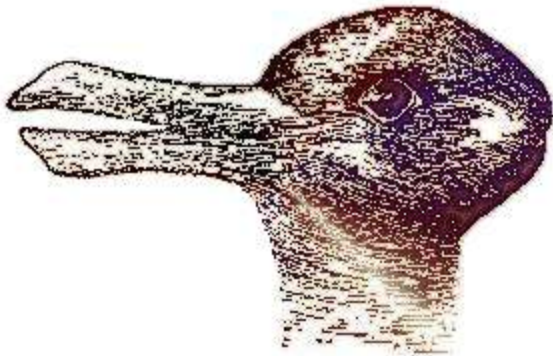
*Team*STEPPS<sup>®</sup> 2.0



## ¿Qué ven?



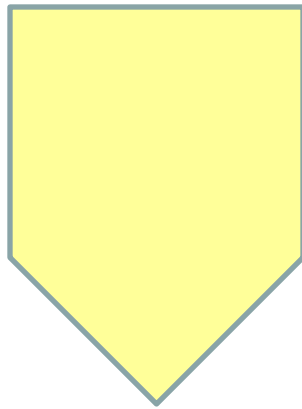
[virtual-palace.com](http://virtual-palace.com)





## Cómo los modelos mentales compartidos ayudan a los equipos

- Llevan a una comprensión mutua de la situación
- Llevan a una comunicación más efectiva
- Permiten comportamientos de apoyo
- Ayuda a asegurar la comprensión de los roles de cada uno y cómo se interrelacionan
- Permite una mejor predicción y anticipación de las necesidades del equipo
- Crea un esfuerzo y propuesta común



# Apoyo mutuo

## Apoyo mutuo

- Asistirse mutuamente
- Proveer y recibir feedback
- Ejercer conductas asertivas y protectoras, cuando la seguridad del paciente se ve comprometida

## Ayuda en las tareas

Los miembros del equipo generan un ambiente en donde se espera que la asistencia sea **buscada** y **ofrecida** activamente como un método para reducir la ocurrencia del error



TeamSTEPPS<sup>®</sup> 2.0

## Feedback

“Feedback es el dar, buscar y recibir información relacionada con el rendimiento de los miembros del equipo”

*(Dickinson and McIntyre 1997)*

# Tipos de Feedback

## Formal

- Retrospectivo y en general, agendado con anticipación
- Tiene una cualidad evaluadora
- Ejemplos: discusiones colaborativas, conferencias, revisiones de rendimiento individual

## Informal

- En general, en el momento
- Se da de manera continua
- Se enfoca en el desarrollo de conocimiento y en habilidades prácticas
- Ejemplos: Huddles, debriefs



## Características de un feedback positivo

- A tiempo
- Respetuoso
- Específico
- Dirigido hacia la mejora
- Ayuda a prevenir que el mismo problema ocurra en el futuro
- Considerado

# Apoyo y afirmación

## Apela por el paciente

- Se invoca cuando las visiones de los miembros del equipo no coinciden con el que toma las decisiones

**Toma una medida correctiva de manera *firme y respetuosa***



## La declaración afirmativa

- Es respetuosa y está apoyada por la autoridad
- Evalúa preocupaciones y sugerencias
- No es agresiva y asegura que la información crítica sea considerada
- Proceso de cinco pasos:
  1. Abre la discusión
  2. Enuncia la preocupación
  3. Determina el problema—real o percibido
  4. Ofrece una solución
  5. Logra el acuerdo

## La regla del doble desafío

Se invoca cuando no se tuvo en cuenta una afirmación inicial...

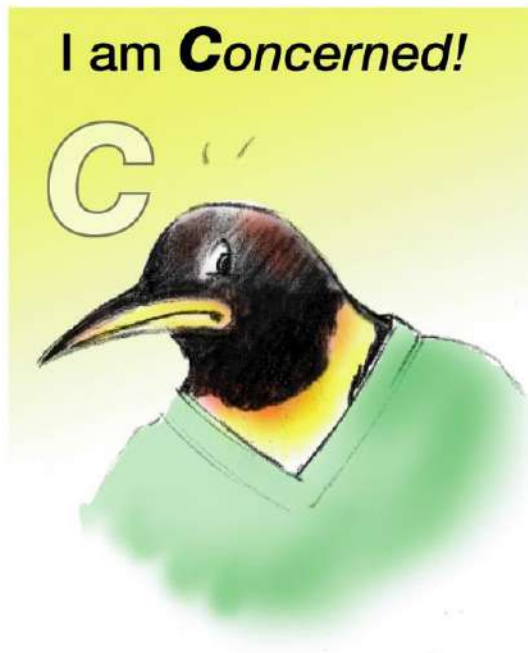
- Es su *responsabilidad* la de expresar su preocupación al menos *dos veces* para asegurar que haya sido oída
- El miembro que fue desafiado debe reconocerla
- Si el resultado aún no es aceptable
  - Tome un curso de acción más fuerte
  - Utilice un supervisor o la cadena de mando

## La regla del doble desafío

- Empodera a los miembros del equipo para “detener la línea” si se presiente o descubre una brecha en la seguridad.
- No es una acción que deba tomarse con ligereza, requiere que el proceso se detenga por completo y se resuelva el problema de seguridad



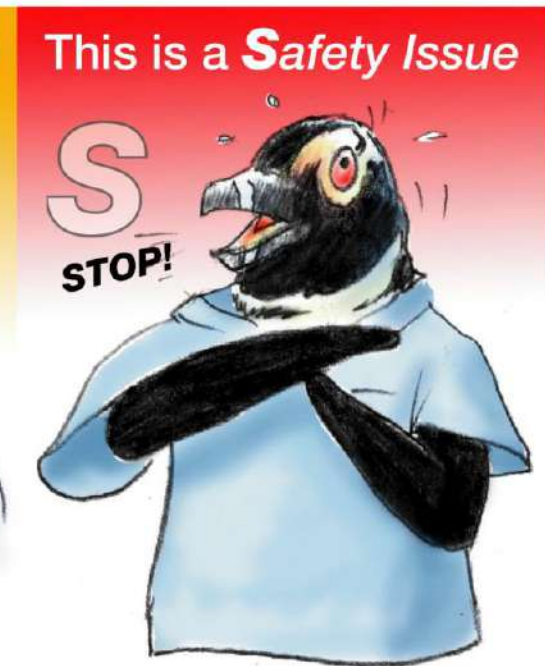
# Usar las palabras CUS, pero **sólo** cuando es apropiado



**P** Estoy reocupado



**I** Estoy ncómo



**S** Es un tema de seguridad

# Barreras para la efectividad de los equipos

## Condiciones laborales

- Falta de coordinación
- Distracciones
- Malinterpretación de señales
- Jerarquías
- Proximidad física
- Cambios de guardia



## Recursos

- Falta de tiempo
- Carga de trabajo
- Procesos
- Tecnología



## Composición del equipo

- Inconsistencia
- Falta de claridad
- Defensa
- Pensamiento convencional
- Conflictos
- Fatiga
- Complacencia
- Estilos de comunicación variados
- Personalidad

# Facilitadores para la efectividad de los equipos

## Condiciones laborales

- Coordinación adaptativa
- Información disponible
- Empoderamiento
- Ergonomía
- Estandarización de la información
- Control de las conductas disruptivas

## Recursos

- Organización del tiempo
- Adecuación de los roles
- Procesos claros
- Tecnología orientada al usuario

## Composición del equipo

- Coherencia interna
- Liderazgo
- Metas compartidas
- Comprensión de la estructura del equipo
- Apertura
- Adaptación a situaciones críticas
- .



# ¡Muchas gracias!

[www.nobleseguros.com/blog](http://www.nobleseguros.com/blog)

**fabian.vitolo@nobleseguros.com**