

Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?

Dra. Ana Evelyn Karina Rando Huluk*

Unidad Docente Asistencial Centro Nacional Hepato-Bilio-Pancreático.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Resumen

El trabajo en equipo multidisciplinario aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones. Sin embargo, la implementación del trabajo médico en equipos es compleja y parecería ser una utopía principalmente en países con escasos recursos dedicados a la salud. A pesar de los esfuerzos por cambiar el paradigma de la asistencia médica, este aún se basa en la adquisición de conocimientos individuales más que en la interacción colectiva. El desarrollo de las habilidades necesarias para trabajar en equipo no forma parte del programa curricular en medicina en nuestro país. En este artículo, nos hemos apoyado en literatura indexada (PUBMED-MEDLINE Y LATININDEX) para explicar los pilares y las ventajas del trabajo en equipo. Nuestro objetivo es generar conciencia para iniciar el difícil camino hacia esa forma de trabajo en Uruguay.

Palabras clave: GRUPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA
CAPACITACIÓN

Key words: PATIENT CARE TEAM
INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION
TRAINING

* Médico Anestesióloga. Ex Profesora Agregada de Anestesiología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Coordinadora de Anestesia de la Unidad Bi-Institucional de Trasplante Hepático. Docente de la Unidad Docente Asistencial Centro Nacional Hepato-Bilio-Pancreático, Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA), Investigador Grado 1 de la ANII.
Correo electrónico: karina.rando@gmail.com, aRando@dnsfaa.gub.uy
Recibido 9/11/15
Aceptado 29/1/16

“La utopía está en el horizonte y entonces si yo ando diez pasos la utopía se aleja diez pasos, y si yo ando veinte pasos la utopía se coloca veinte pasos más allá; por mucho que yo camine nunca, nunca la alcanzaré. Entonces, ¿para qué sirve la utopía? Para eso, para caminar”.

Fernando Birri

Introducción y objetivo

Trabajar en equipo aún parece una utopía en la medicina nacional. La jerarquización del trabajo en equipo en profesiones de riesgo como la aeronáutica, las fuerzas armadas y más recientemente la carrera espacial es bien conocida^(1,2). Su desarrollo se basó en el interés por aumentar la seguridad de quienes practican dichas profesiones y de la población a la que afectan en caso de incidentes o accidentes. Dichas disciplinas constituyeron la punta de lanza del desarrollo de las técnicas de entrenamiento para el trabajo en equipo en medicina^(2,4). Durante mucho tiempo el logro de la excelencia académica individual fue considerado el principal objetivo de los galenos. Este paradigma del “excelente médico” se basa en una concepción individualista y paternalista de la medicina, en la cual se asume que los pacientes (como miembros pasivos de la relación con el médico) serán mejor asistidos cuanto más experto y erudito sea el profesional. Desde hace más de 15 años el estudio de los factores que afectan la seguridad del paciente llevó a incluir en la mira de los expertos y los administradores de salud otra variable: la interrelación entre los diferentes médicos y técnicos involucrados en la asistencia^(5,6). La seguridad de los pacientes no solo requiere de la disponibilidad de recursos materiales, infraestructura y atención profesional experta sino también de la capacidad de trabajo interdisciplinario y de las habilidades no técnicas para trabajar en equipo⁽⁷⁾. Algunos autores incluso destacan la necesidad de integración del enfermo al equipo y jerarquizan el rol que tiene en cuanto a la comunicación y la toma de decisiones. Entre 3% y 16% de los pacientes hospitalizados fallecen o sufren secuelas graves y más del 50% de ellas son prevenibles y se relacionan con errores en la asistencia⁽⁸⁾. Los estudios refieren que entre 25% y 75% de los errores médicos se relacionan con problemas en la comunicación entre los integrantes del equipo⁽⁹⁾. El interés en este tema creció de forma exponencial en el mundo y el número de publicaciones registradas en PUBMED-MEDLINE pasó desde menos de 20 por año en el 2000 a 100 por año en el 2013⁽⁵⁾. En Estados Unidos se reportaron 98.000 muertes relacionadas a errores médicos en el año 2000, cons-

tituyendo la octava causa de muerte en ese año^(6,8). El Departamento de Defensa (DoD) y la Agencia para Investigación en Salud y Calidad (AHRQ) de Estados Unidos desarrollaron un modelo de programa para integrar el trabajo en equipo a la práctica médica: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPSTM)^(3,10).

Los equipos cometen menos errores que los individuos. Esto se da cuando cada miembro del equipo conoce su responsabilidad y la de los demás integrantes. Los principios de entrenamiento para los equipos de trabajo en la aeronáutica se aplican a la medicina: liderazgo, monitorización de la situación, comportamientos de respaldo, adaptabilidad, priorización de los objetivos del equipo, coincidencia de modelos mentales del funcionamiento del grupo, confianza mutua y comunicación estrecha^(11,12). La idea de crear equipos médicos estables está implícita en la formación de centros de referencia para la asistencia médica especializada⁽¹³⁾. Si bien el Sindicato Médico del Uruguay comenzó a promover la creación de centros nacionales de referencia, la existencia de grupos estables de trabajo sigue siendo poco común en nuestro país. Más aún, el entrenamiento formal de los equipos multidisciplinarios es un “debe” de la educación médica universitaria y la transformación del trabajo médico individual en trabajo de equipo parece una utopía. El objetivo de este trabajo es concientizar a los médicos, administradores de salud y autoridades académicas nacionales de los beneficios y las dificultades para trabajar en equipo.

Desarrollo del tema

Grupo y equipo. Un grupo es la interacción de dos o más individuos para lograr metas comunes. Los grupos pueden funcionar como equipos o simplemente reunirse físicamente o laboralmente para un fin específico y ocasional. Un equipo es un grupo que trabaja con patrones específicos inherentes al trabajo en equipo. Los equipos de trabajo, a diferencia de los grupos, priorizan los objetivos comunes (del paciente y del equipo) sobre los objetivos individuales. En medicina, las metas son aumentar la seguridad del enfermo y mejorar la calidad de la asistencia^(4,11,14).

Trabajo en equipo. Este concepto es complejo y se define en términos de comportamientos, conocimientos y actitudes que hacen posible el desempeño interdependiente de los miembros del equipo. En este caso el grupo no es solamente la consecuencia de colocar individuos a trabajar juntos, ni siquiera de manera permanente. Es el trabajo conjunto de dicho grupo que posee las capacidades especiales de cooperación, coordinación y comunicación. *Entrenamiento del equipo.* Las actividades del equipo se basan en el compromiso de compartir conoci-

Tabla 1. Estrategias institucionales de entrenamiento para equipos médicos.

mientos, habilidades y actitudes más que en la permanencia de ejercicio diario en el mismo lugar físico. Los programas de entrenamiento de equipos no incluyen el desarrollo de las habilidades académicas de las especialidades médicas. La instrucción para los equipos se basa en tres pilares: contenidos, herramientas y métodos, que en su conjunto forman una estrategia institucional de instrucción. Los contenidos incluyen conocimientos, habilidades y actitudes que favorecen el desarrollo de las competencias necesarias para el trabajo grupal. Las herramientas son necesarias, por un lado, para realizar el análisis de las tareas del equipo, y, por otro, para medir los logros en cuanto al desempeño del trabajo grupal. Algunos ejemplos de herramientas desarrolladas para medir las competencias de los equipos son las siguientes: Team Dimensions Rating Form (TDRF), Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) (tabla 1). Los métodos pueden ser talleres de educación, educación basada en la práctica, clases magistrales y se utilizan para transmitir los contenidos e implementar las herramientas de evaluación (tabla 1).

Los conceptos de trabajo individual, grupal y en equipo no son excluyentes, sino incluyentes y es necesario perfeccionar cada uno de estos niveles para llegar a la excelencia en la asistencia médica (figura 1).

Conocimientos, habilidades y actitudes inherentes al trabajo en equipo

En el 2005, Salas y Arizeta describen en detalle las competencias inherentes al correcto trabajo en equipo. De ellas derivarán los indicadores para evaluar su performance^(1,15). Varios autores consideran que el correcto desempeño de los equipos se basa en los siguientes pilares^(1,16-18):

1. **Liderazgo.** Es la habilidad de dirigir y coordinar las actividades de otros miembros del equipo. Los roles del líder son incentivar el desarrollo de las capacidades personales, de las habilidades que favorezcan el trabajo en equipo, la planificación, la organización y la generación de un ámbito agradable de trabajo. Esos roles se logran mediante comportamientos prácticos y medibles: preparación de los encuentros multidisciplinares, organización de reuniones de devolución (*feedback*), mediación en la solución de problemas interpersonales y operacionales del grupo, establecimiento de los roles de cada integrante del grupo y sincronización de las contribuciones individuales de los miembros.
2. **Comunicación.** La estrecha comunicación entre miembros implica el seguimiento de la información entregada para asegurarse de que fue recibida correctamente. Requiere que el receptor tenga una acti-

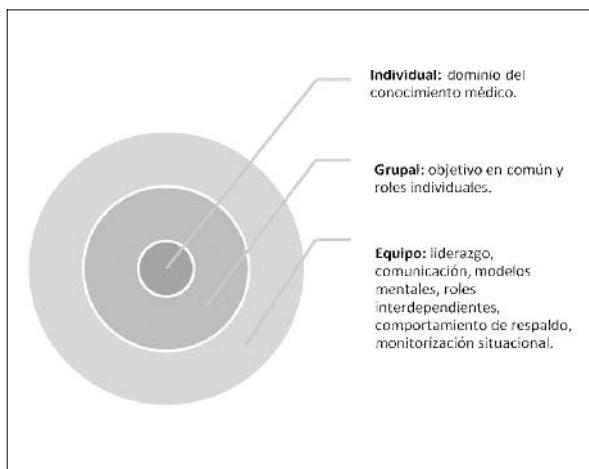


Figura 1. Diferentes niveles de trabajo médico y algunos de sus atributos.

tud activa respecto a la información recibida y confirme que fue comprendida correctamente.

3. **Monitorización situacional.** Es la capacidad de captar y entender el medio laboral (físico y psicológico) para ejecutar las tareas y las estrategias dirigidas a una adecuada monitorización de la interacción del equipo. Esto se manifiesta con conductas como el reconocimiento de fallas en las acciones de otros miembros que pongan en riesgo al paciente o el éxito del procedimiento. Si esto sucede es necesario que los integrantes del equipo tengan una actitud de *feedback* para corregir ese error con respeto y sin culpabilizar. El objetivo de la monitorización cruzada o situacional puede ser considerado en cierta medida una faceta de los comportamientos de respaldo⁽¹⁸⁾.
4. **Comportamientos de respaldo mutuo.** Es la capacidad de anticiparse a las necesidades de otros miembros del equipo mediante el conocimiento preciso de los roles de los integrantes y de los conocimientos de los procedimientos a realizar. Este comportamiento de respaldo también se refiere a la capacidad de distribuir las tareas en los momentos de mayor sobrecarga laboral para disminuir la presión sobre los miembros más exigidos. La capacidad de identificar la presencia de un problema y la habilidad para redistribuir el trabajo son esenciales para que este comportamiento de respaldo funcione. Esta competencia debe estar presente en todos los miembros del equipo y se relaciona a la solidaridad y a la capacidad de priorizar los beneficios generales y del paciente sobre los propios⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Implica necesariamente que los miembros se adapten a nuevas situaciones por lo que está muy relacionada con lo que es, para otros autores, un pilar más del comportamiento de equipo: la adaptabilidad.

Tabla 2. Indicadores del desempeño de los equipos de trabajo.

Indicador de :	
Liderazgo	Discusión de eventos críticos Anticipación a los resultados Desarrollar planes de contingencia en situaciones de crisis Apoyo en la resolución de conflictos Delegación específica en miembros del equipo Incentivar un ambiente de trabajo agradable
Comunicación	Verbalización de los cambios de planes Oportunidad de preguntar, aclarar y confirmar Compartir información durante el pre y el intraoperatorio Pausas aclaratorias Ateneos de planificación Reuniones clínicas de morbilidad y mortalidad
Soporte mutuo	Devolución constructiva acerca de los acontecimientos Capacidad de asignación de recursos Métodos de resolución de conflictos Manejo de la sobrecarga laboral Conocimiento de los roles de los compañeros
Monitorización situacional	Monitorización cruzada entre miembros del equipo Chequeo del estado del paciente Chequeo del estado de los integrantes del equipo Chequeo del estado de la situación ambiental Número de personas circulando para la asistencia al personal médico

5. **Adaptabilidad.** Es la capacidad de ajustar las estrategias de trabajo en base a la información recibida instantáneamente del medio. Para ello los miembros serán capaces de adoptar conductas compensatorias como reubicación de roles o recursos. Además podrán identificar oportunidades para mejorar e innovar las prácticas rutinarias⁽¹⁸⁾. Para adaptar las estrategias, conductas o roles es necesario que el miembro del equipo reconozca las desviaciones en el curso esperado de los acontecimientos. La adaptabili-

dad es crucial en los escenarios médicos complejos en los que se pueden presentar cambios inesperados de forma frecuente. Cada integrante debe comprender las necesidades y las habilidades de sus compañeros y saber cómo compensar las desviaciones inesperadas de los acontecimientos. En los grupos de trabajo oncológicos esto puede evidenciarse cuando la evolución de la enfermedad es tal que el paciente cambia sus decisiones respecto a los cuidados deseados⁽¹⁶⁾. En ese caso el equipo médico y de enfermería debe cambiar su comportamiento y adaptarse a esa nueva situación, para lo cual la comunicación es una condición indispensable⁽²¹⁾. Los cambios de roles entre especialistas o personal no médico es crucial, por ejemplo cuando se pasa de tratamientos pretendidamente curativos a tratamientos paliativos. Otro escenario cambiante, pero muy diferente, es la sala de operaciones en la que complicaciones inesperadas pueden desviar el foco de riesgo del paciente desde lo quirúrgico a lo anestésico o incluso a lo logístico.

6. Modelos mentales de funcionamiento. Surgen del entrenamiento focalizado en el equipo. Los integrantes actúan teniendo en cuenta el comportamiento de sus compañeros y prestando especial atención a las interacciones del grupo. Para ello deben conocer la estructura organizacional del equipo⁽²²⁾ y las tareas y roles de sí mismos y de los demás⁽²³⁾. Ello permite que cada integrante identifique rápidamente cambios en el equipo o en las capacidades y por consiguiente adapte sus estrategias de trabajo.
7. Orientación en el equipo. Es un componente actitudinal. Implica considerar las preferencias de los miembros del equipo y sus habilidades para colocarlos (orientarlos) en una posición dentro del equipo. Los miembros de los equipos médicos suelen pensar que sus acciones son independientes, sin embargo eso no es así y la coordinación de las mismas es indispensable.

La confianza

El correcto funcionamiento de los equipos solo puede desarrollarse en un ámbito de confianza mutua, sobre todo en aquellos escenarios médicos en los que se presentan situaciones inesperadas o de emergencia. Cada integrante sabe que todos desempeñarán su tarea de la mejor manera posible protegiendo los intereses del grupo por encima de los propios. La confianza es difícil de lograr, pero cuando es genuina, genera un microclima de respeto y de libertad en el cual los integrantes de diferentes disciplinas pueden expresar sus opiniones con la certeza de que serán escuchadas. La agresión hacia algún miembro del equipo debido a la emisión de opi-

niones diferentes genera de inmediato la destrucción del clima de confianza necesario para llegar al más alto nivel de trabajo en equipo. Si eso sucede es porque hay fallas en uno o más roles del líder.

Evaluación del desempeño de los equipos de trabajo

Se realiza a través de indicadores que evalúan los conocimientos, las habilidades y las actitudes inherentes al trabajo en equipo (tabla 2). Hay indicadores comunes a los diferentes escenarios médicos y también los hay específicos para ciertos lugares de trabajo, como es el block quirúrgico⁽²⁴⁾. Con esos indicadores se confeccionan escalas que cuantifican variables constituyendo herramientas para la realización de auditorías y trabajos de investigación. En la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de dichas herramientas.

Estrategias para el entrenamiento de equipos médicos

El entrenamiento de los grupos para que trabajen como equipos de alto rendimiento requiere de estrategias institucionales dirigidas a mejorar las habilidades no técnicas de los miembros del equipo⁽²⁵⁾. Ello mejora el desempeño de los cuidadores y la seguridad de los pacientes^(5,10). La implementación de programas de entrenamientos y de estrategias de cambio en la práctica médica es lenta y compleja pues implica el compromiso de los niveles estatal, institucional y personal de asistencia, y requiere un cambio cultural en concepción de la medicina. La implementación en Estados Unidos del programa TeamSTEPPS™ con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes mediante la mejora del desempeño de los equipos médicos tomó tres años de planificación: desde enero del 2003 hasta noviembre de 2006⁽¹⁰⁾. El uso de simuladores para entrenar a médicos y técnicos de disciplinas diferentes es una forma muy utilizada en los escenarios de medicina crítica y anestésico-quirúrgica. El entrenamiento basado en simuladores incrementa el desempeño de los equipos mediante la mejora individual de las capacidades de liderazgo, comunicación y manejo de situaciones de riesgo. La principal ventaja del entrenamiento basado en simuladores es que se minimizan las curvas de aprendizaje y los riesgos para el paciente. En el escenario de simulación, los entrenadores pueden realizar la devolución detallada, individual o colectiva del trabajo con profesionalismo y sin el estrés que supone una crisis médica real⁽²⁶⁾. Sin embargo, la documentación visual de los errores expone a los integrantes del equipo a sus propias debilidades. La culpa, la vergüenza, el orgullo, y sobre todo la soberbia, son sentimientos difíciles de manejar por parte de los médicos expertos que no tienen la cultura de trabajar como "compañeros". El manejo de estas actitudes humanas debe realizarse con la ayuda y dirección de



Figura 2. Comportamientos disruptivos y dificultades para la implementación del trabajo en equipo.

psicólogos y profesionales expertos, entrenados en entrenar equipos.

Comportamientos disruptivos y obstáculos para el trabajo en equipo

1. El multiempleo se contrapone al concepto de “alta dedicación” y evita la generación de “sensación de pertenencia” institucional. Es evidente que ambas cosas atentan contra el trabajo en equipo. Si los profesionales cumplieran su carga horaria laboral enteramente en una institución, la posibilidad de integrar de manera estable un grupo de trabajo y de recibir entrenamiento para trabajar en equipo es mayor que si dichas horas las distribuyen en tres, cuatro o cinco instituciones diferentes. La incentiación de cargos de alta dedicación favorece la creación de centros nacionales de referencia y de grupos estables de profesionales, siendo este el primer eslabón en la cadena de cambios que llevará a la creación de equipos de trabajo en medicina.
2. La fatiga es un elemento determinante de la falta de rendimiento en los trabajos de exigencia. El principal problema en medicina es la falta de aceptación de que es un elemento de riesgo para el desempeño del médico y del equipo⁽²⁷⁾. En la encuesta realizada por J. Bryan Sexton en el año 2000, se entrevistaron 30.000 pilotos de 40 líneas aéreas de 25 países, 851 médicos de sala de operaciones (anestelistas y cirujanos) y 182 médicos intensivistas con el objetivo de evaluar la conciencia de la influencia del estrés y la fatiga sobre su trabajo. Los resultados sorprenden: el 64% de los pilotos afirman que el cansancio afecta su rendimiento y solamente el 38% de los anestelistas, el 23% de los intensivistas y el 18% de los cirujanos opinan que su rendimiento se ve afectado cuando están fatigados⁽²⁷⁾. ¿Qué hay detrás de los médicos que se consideran “superpoderosos”? Es necesario realizar un diagnóstico preciso por parte de psicólogos y terapeutas para luego comenzar a trabajar sobre la conciencia individual y colectiva de los cuidadores y prestadores de salud.
3. La minimización de las opiniones de los miembros menos experimentados. En la encuesta descrita previamente el 97% de los pilotos consideran que los miembros en entrenamiento pueden cuestionar y opinar respecto a las acciones de los pilotos de experiencia. En medicina este concepto es compartido por la mayoría de los intensivistas y anestelistas (98% y 84%, respectivamente) pero no es aceptado por la mitad de los cirujanos encuestados (55%)⁽²⁷⁾. La consideración explícita de que los médicos sin experiencia no tienen derecho siquiera a opinar impide todo trabajo de grupo, mucho menos de equipo.
4. La excesiva relevancia de los rangos académicos y el frecuente desconocimiento de la excelencia en médicos que no son docentes universitarios. Estas son condiciones que, si se dan, dificultan los comportamientos de cooperación y favorecen los conflictos, el abuso emocional, la violencia laboral y el abuso de poder. Todas ellas son situaciones extremas que además de ser incompatibles con el trabajo en equipo^(11,28) producen un impacto devastador en la calidad de la asistencia médica y en la calidad de vida del

cuidador. La falta de monitorización psicológica del trabajo médico individual y en equipo es un déficit nacional que podría identificar precozmente estas conductas extremadamente nocivas para el individuo y la sociedad. Algunos de estos factores disruptivos se muestran en la figura 2.

Es posible que exista un denominador común detrás de las cuatro conductas disruptivas expuestas: el ego. Está demostrado que la toma de decisiones en equipos de cirugía compleja, como cirugía cardíaca pediátrica, debe realizarse dejando a un lado los egos de los miembros del equipo pues ello mejora el desempeño del grupo y los resultados⁽²⁹⁾. El entrenamiento y la conformación de equipos médicos de trabajo es un complejo problema de salud pública que debe ser abordado desde diferentes niveles organizacionales (personal, institucional y político) y con un encare multimodal (psicológico, técnico y cultural).

Ventajas del trabajo en equipo en medicina y estado del arte en Uruguay

La implementación de programas de entrenamiento para trabajar en equipos interdisciplinarios en medicina mejora considerablemente la calidad y cantidad de instancias de corroboración (pausas de verificación) durante los procedimientos en sala de operaciones. También mejora la comunicación, favorece la puesta en práctica de los comportamientos de respaldo mutuo, mejora la percepción del equipo respecto a la seguridad del paciente y aumenta la confianza entre los compañeros de trabajo⁽³⁾. La sola mejora en la comunicación (como medida del desempeño del equipo) mejora los resultados quirúrgicos, disminuyendo las complicaciones y la mortalidad⁽²⁴⁾. En Uruguay, médicos, personal de enfermería, químicos farmacéuticos, técnicos y otros cuidadores coordinan sus acciones para ofrecer una asistencia de calidad y segura a los pacientes ocupando roles individuales específicos. Sin embargo, el cuidado del paciente requiere además del trabajo grupal organizado y entrenado. En nuestro país es muy raro o inexistente el entrenamiento de grupos de médicos para trabajar profesionalmente en equipo. El primer paso: la consolidación del grupo. Aquellos grupos asistenciales que tienen el privilegio de trabajar de forma estable son los que están más cerca de iniciar el camino hacia “trabajar en equipo”. A pesar de que cada vez hay más grupos estables de trabajo, ninguno recibe entrenamiento formal o institucionalizado para desarrollar habilidades no técnicas de trabajo en equipo. En el 2010 la autora y colaboradores publicaron un trabajo descriptivo en el cual se evaluó el resultado de la implementación de medidas tendientes a favorecer el trabajo de grupo en las cirugías

hepáticas mayores en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas de Uruguay. Si bien no se realizó entrenamiento para trabajar en equipo, se realizaron sistemáticamente durante cuatro años medidas tendientes a consolidar el grupo de trabajo: la permanencia estable de los mismos médicos (cirujanos, anestésista) y técnicos (ayudante de anestesia e instrumentista), la discusión sistemática de los pacientes en una reunión clínica semanal obligatoria multidisciplinaria, la realización de protocolos escritos de manejo intraoperatorio y la realización periódica de actividades sociales para fortalecer las relaciones interpersonales y la comunicación. Los resultados fueron los siguientes: la cantidad de pacientes transfundidos y el volumen de hematocomponentes transfundidos por paciente disminuyeron significativamente, la internación en terapia intensiva descendió de 80% a 20%, la técnica analgésica se perfeccionó pasando de 0% a 60% de colocación de catéteres epidurales dorsales con excelentes resultados y sin complicaciones⁽³⁰⁾.

El entrenamiento técnico. Un factor que dificulta que los grupos consolidados trabajen en equipo es la disparidad frecuente en la adquisición de las habilidades técnicas, que muchas veces son en instituciones o incluso países diferentes. Esto genera disparidades técnicas que pueden ser difíciles de manejar, en parte por algunas de las conductas disruptivas que mencionamos anteriormente. La homogenización del conocimiento es deseable para conformar grupos que deseen trabajar como equipos. *El entrenamiento no técnico.* Luego de consolidar grupos de trabajo estables con conocimientos técnicos homogéneos se podrá iniciar en nuestro país el entrenamiento no técnico indispensable para el buen desempeño de los equipos. No hemos encontrado en la bibliografía revisada ningún artículo que describa indicadores de funcionamiento de los equipos médicos en Uruguay, por lo que existe un largo camino para recorrer en esa dirección.

Conclusión

La atención médica en equipos multidisciplinarios es una necesidad de los pacientes, los actores del sistema de salud, las instituciones y las autoridades. Dicha necesidad se fundamenta en el deber de disminuir el error médico, cuidar a los pacientes y cuidar a los cuidadores de salud. El trabajo en equipo aumenta la seguridad de los pacientes, mejora la performance de los trabajadores y optimiza los costos en salud. Es indispensable un cambio cultural y político para iniciar planes de entrenamiento de equipos médicos que permitan la transformación del paradigma del “médico experto” hacia el “equipo experto”. Si bien eso parece hoy una utopía en

Uruguay, este trabajo intenta dar un paso más hacia ese horizonte.

Abstract

Multidisciplinary teamwork increases patient safety; minimizes doctors' mistakes, improves satisfaction and performance of the health team and it probably avoids expenses arising from malpractice and complications. However, implementing medical work in teams is complex and seems to be a utopia, especially in countries with poor health resources. Despite efforts geared to changing the medical healthcare services paradigm, the latter is still grounded on the acquisition of individual knowledge rather than on collective interaction. Developing the skills needed to work in teams is not part of the medical students' syllabi in our country. This article has found evidence on the advantages of team work in indexed literature (PUBMED-MEDLINE Y LATININDEX). We aim to raise awareness on this issue so that this form of work is adopted in Uruguay.

"Utopia lies in the horizon, so If I take 10 steps forward it will move 10 steps forward as well; and if I take 20 steps, so it will. No matter how much I move forward, I will never get to it. So, what purpose does utopia serve? Precisely that one. It makes me walk.

Resumo

O trabalho em equipes multidisciplinares aumenta a segurança dos pacientes, minimiza os erros médicos, melhora a satisfação e o rendimento do pessoal de saúde e possivelmente evita gastos gerados por mala práxis e complicações. No entanto, a implementação do trabalho médico em equipes é complexa e parece uma utopia principalmente em países com escassos recursos dedicados a saúde. Apesar dos esforços para mudar o paradigma da assistência médica, esta continua sendo realizada baseada na aquisição de conhecimentos individuais mais que na interação coletiva. O desenvolvimento das habilidades necessárias para trabalhar em equipe não forma parte do programa curricular em medicina no nosso país. Neste artigo, utilizamos como base a literatura indexada (PubMed, MEDLINE y Latindex) para explicar os pilares e as vantagens do trabalho em equipe. Nosso objetivo é gerar consciência para iniciar o difícil caminho que conduz a essa forma de trabalho no Uruguai.

Bibliografía

1. **Salas E, Burke CS, Bowers CA, Wilson KA.** Team training in the skies: does crew resource management (CRM) training work? *Hum Factors* 2001; 43(4):641-74.
2. **Flin R, Maran N.** Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(Suppl 1):i80-4.
3. **Weaver SJ, Rosen MA, DiazGranados D, Lazzara EH, Lyons R, Salas E, et al.** Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36(3):133-42.
4. **West P, Sculli G, Fore A, Okam N, Dunlap C, Neily J, et al.** Improving patient safety and optimizing nursing teamwork using crew resource management techniques. *J Nurs Adm* 2012; 42(1):15-20.
5. **Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA.** Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* 2014; 23(5):359-72.
6. **Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A.** Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf* 2016; 25(2):92-9.
7. **Rutherford JS, Flin R, Irwin A.** The non-technical skills used by anaesthetic technicians in critical incidents reported to the Australian Incident Monitoring System between 2002 and 2008. *Anaesth Intensive Care* 2015; 43(4):512-7.
8. **Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al.** Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):261-71.
9. **Manser T, Harrison TK, Gaba DM, Howard SK.** Coordination patterns related to high clinical performance in a simulated anesthetic crisis. *Anesth Analg* 2009; 108(5):1606-15.
10. **King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al.** TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. En: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, eds. *Advances in Patient Safety: new directions and alternative approaches* (Vol. 3: performance and tools). Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>. [Consulta: 2015].
11. **Weller J, Boyd M, Cumin D.** Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014; 90(1061):149-54.
12. **Weller JM, Torrie J, Boyd M, Frengley R, Garden A, Ng WL, et al.** Improving team information sharing with a structured call-out in anaesthetic emergencies: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth* 2014; 112(6):1042-9.
13. **Rando K, Niemann CU, Taura P, Klinck J.** Optimizing cost-effectiveness in perioperative care for liver transplantation: a model for low- to medium-income countries. *Liver Transpl* 2011; 17(11):1247-78.
14. **Leykum LK, Lanham HJ, Provost SM, McDaniel RR, Pugh J.** Improving outcomes of hospitalized patients: the Physician Relationships, Improvising, and Sensemaking intervention protocol. *Implement Sci* 2014; 9:171.
15. **Aritzeta A, Balluerka N.** Cooperation, competition and goal interdependence in work teams: a multilevel approach. *Psicothema* 2006; 18(4):757-65.

16. **McComb S, Hebdon M.** Enhancing patient outcomes in healthcare systems through multidisciplinary teamwork. *Clin J Oncol Nurs* 2013; 17(6):669-72.
17. **Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maître F, Vu NV, et al.** Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *PLoS One* 2014; 9(4):e96160.
18. **Leasure EL, Jones RR, Meade LB, Sanger MI, Thomas KG, Tilden VP, et al.** There is no "i" in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice. *Acad Med* 2013; 88(5): 585-92.
19. **Hindmarsh J, Pilnick A.** The Tacit Order of Teamwork: collaboration and embodied conduct in anesthesia. *Sociol Q* 2002; 43(2):139-64.
20. **Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL.** Translating teamwork behaviours from aviation to healthcare: development of behavioural markers for neonatal resuscitation. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(Suppl 1):i57-64.
21. **Gramling R, Gajary-Coots E, Stanek S, Dougoud N, Pyke H, Thomas M, et al.** Design of, and enrollment in, the palliative care communication research initiative: a direct-observation cohort study. *BMC Palliat Care* 2015; 14:40.
22. **Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, Salas E, Cannon-Bowers JA.** The influence of shared mental models on team process and performance. *J Appl Psychol* 2000; 85(2):273-83.
23. **Silva P, Garganta J, Araújo D, Davids K, Aguiar P.** Shared knowledge or shared affordances? Insights from an ecological dynamics approach to team coordination in sports. *Sports Med* 2013; 43(9):765-72.
24. **Healey AN, Undre S, Vincent CA.** Developing observational measures of performance in surgical teams. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(Suppl 1):i33-40.
25. **Rutherford JS, Flin R, Mitchell L.** Non-technical skills of anaesthetic assistants in the perioperative period: a literature review. *Br J Anaesth* 2012; 109(1):27-31.
26. **Sorensen A, Poehlman J, Bollenbacher J, Riggan S, Davis S, Miller K, et al.** Training for teamwork through in situ simulations. *BMJ Innov* 2015; 1(3):144.
27. **Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL.** Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320(7237):745-9.
28. **Nicksa GA, Anderson C, Fidler R, Stewart L.** Innovative approach using interprofessional simulation to educate surgical residents in technical and nontechnical skills in high-risk clinical scenarios. *JAMA Surg* 2015; 150(3):201-7.
29. **Jacobs JP, Wernovsky G, Cooper DS, Karl TR.** Principles of shared decision-making within teams. *Cardiol Young* 2015; 25(8):1631-6.
30. **Rando K, Harguindeguy M, Leites A, Ettlin A, González S, Scalone P, et al.** Indicadores de calidad en cirugía hepática: influencia del trabajo en equipo multidisciplinario y del "efecto centro". *Acta Gastroenterol Latinoam* 2010; 40(1):10-21.