

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA DEL PERSONAL MÉDICO COMO ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SECTOR SALUD

ASSERTIVE COMMUNICATION BY MEDICAL STAFF AS A STRATEGY TO STRENGTHEN PATIENT SAFETY IN THE HEALTH SECTOR

Tirza María Caballero

Docente · Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Resumen

Objetivo: Analizar los efectos de la comunicación asertiva del personal médico como estrategia para fortalecer la seguridad del paciente en el sector salud.

Método: Se desarrolló una revisión documental de enfoque cualitativo, descriptivo y reflexivo. Se consultaron publicaciones científicas, revisiones de literatura, guías de práctica clínica y documentos normativos en bases y repositorios como PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar y fuentes institucionales. El análisis consideró comunicación interprofesional, eventos adversos, herramientas estructuradas de comunicación y formación del personal de salud.

Resultados: La evidencia revisada señala que las fallas de comunicación durante trasposos, remisiones, transferencias y coordinación interdisciplinaria pueden comprometer la seguridad del paciente y favorecer eventos adversos. Se identificaron barreras técnicas, culturales y jerárquicas, así como herramientas de comunicación estructurada -entre ellas SBAR, TeamSTEPPS®, Call-Out y Check-Back- orientadas a estandarizar la información, fortalecer el trabajo en equipo y mejorar la respuesta ante situaciones clínicas complejas.

Conclusión: La comunicación asertiva constituye una competencia relevante para la gestión del riesgo clínico y la seguridad del paciente. Su fortalecimiento requiere formación sistemática, liderazgo organizacional, mecanismos de retroalimentación y estrategias institucionales que integren a los distintos profesionales del sistema de salud.

Palabras clave: gestión del riesgo clínico; comunicación asertiva; seguridad del paciente; comunicación interprofesional; gestión de calidad en salud.

Abstract

Objective: To analyze the effects of assertive communication by medical staff as a strategy to strengthen patient safety in the health sector.

Method: A qualitative, descriptive, and reflective documentary review was conducted. Scientific publications, literature reviews, clinical practice guidelines, and regulatory documents were consulted in databases and repositories such as PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar, and institutional sources. The analysis considered interprofessional communication, adverse events, structured communication tools, and healthcare staff training.

Results: The reviewed evidence indicates that communication failures during handoffs, referrals, transfers, and interdisciplinary coordination may compromise patient safety and contribute to adverse events. Technical, cultural, and hierarchical barriers were identified, together with structured communication tools - including SBAR, TeamSTEPPS®, Call-Out, and Check-Back- aimed at standardizing information, strengthening teamwork, and improving responses to complex clinical situations.

Conclusion: Assertive communication is a relevant competency for clinical risk management and patient safety. Strengthening it requires systematic training, organizational leadership, feedback mechanisms, and institutional strategies that involve the different professionals within the health system.

Keywords: clinical risk management; assertive communication; patient safety; interprofessional communication; healthcare quality management.

Introducción

La comunicación asertiva constituye una habilidad relevante en los entornos laborales por su relación con la adaptabilidad, la resolución de problemas y la coordinación entre personas. En el sector salud adquiere una importancia particular, especialmente en el nivel asistencial, donde la atención del paciente depende de la interacción permanente entre profesionales, servicios y niveles de complejidad.

La literatura revisada vincula una parte de los eventos adversos en hospitales y redes de salud con problemas de comunicación entre los profesionales responsables de la atención (Achury Saldaña et al., 2016). En este contexto, fortalecer la comunicación no implica únicamente mejorar el intercambio interpersonal, sino también favorecer la continuidad del cuidado, la coordinación de equipos y la identificación oportuna de situaciones que pueden comprometer la seguridad del paciente.

Desde la perspectiva de la gestión del riesgo clínico, la comunicación asertiva permite articular observaciones, advertencias y decisiones entre integrantes del equipo, superar barreras administrativas y facilitar la resolución conjunta de problemas. La construcción de ambientes seguros para expresar preocupaciones clínicas resulta especialmente relevante cuando existen diferencias jerárquicas o cuando participan múltiples disciplinas.

La comunicación entre niveles profesionales distintos puede verse afectada por lenguajes técnicos, formas de autoridad y temores a expresar desacuerdos. En estas circunstancias, una advertencia clínica puede perderse o comunicarse de manera incompleta, lo que dificulta la toma de decisiones y la respuesta coordinada del equipo. El fortalecimiento de la comunicación asertiva busca precisamente reducir estas barreras y favorecer un intercambio oportuno, respetuoso y orientado al cuidado.

El presente Working Paper analiza la comunicación asertiva del personal médico como estrategia para fortalecer la seguridad del paciente. El abordaje considera las barreras comunicacionales que pueden surgir en la práctica asistencial, las herramientas estructuradas utilizadas para mejorar la transmisión de información, el papel de la comunicación en la prevención de eventos adversos y los retos formativos y organizacionales asociados con su implementación.

Metodología

Diseño y enfoque

Se desarrolló una investigación documental de enfoque cualitativo, descriptivo y reflexivo. La revisión se orientó al análisis de la comunicación asertiva en contextos de prestación de servicios de salud y seguridad del paciente, con especial interés en la comunicación interprofesional y en su relación con posibles eventos adversos.

El análisis combinó una lectura cualitativa con una perspectiva crítica, buscando relacionar las características de la comunicación asertiva con la coordinación clínica, la continuidad de la atención y la reducción de errores asociados con el intercambio de información.

La selección documental se orientó a fuentes pertinentes para la seguridad del paciente y la prestación de servicios. Se excluyeron documentos incompletos, materiales sin respaldo científico-técnico y trabajos centrados exclusivamente en la comunicación médico-paciente cuando no incorporaban la dimensión interprofesional. Esta delimitación permitió concentrar la revisión en el intercambio de información entre profesionales, equipos y servicios.

Fuentes y criterios de selección

Se consultaron PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar y repositorios institucionales. El manuscrito fuente establece como criterio de inclusión publicaciones entre 2016 y 2026, en español, inglés y portugués, junto con artículos científicos, revisiones de literatura, guías de práctica clínica y documentos normativos. También se priorizaron estudios relacionados con contextos médico-quirúrgicos, herramientas de comunicación estructurada y experiencias latinoamericanas o locales.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión empleados en la revisión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicaciones científicas disponibles en español, portugués o inglés.	Documentos incompletos o con información parcial.
Publicaciones comprendidas en el periodo definido por el estudio.	Publicaciones centradas únicamente en la comunicación con el paciente sin incluir la dimensión interprofesional.
Artículos científicos, revisiones de literatura, guías de práctica clínica o compilados normativos.	Fuentes periodísticas o no científicas sin revisión de pares.
Estudios sobre el ecosistema de salud o contextos médico-quirúrgicos.	Fuentes con respaldo científico-técnico insuficiente.
Estudios con marcos conceptuales o herramientas estructuradas de comunicación: SBAR, TeamSTEPPS®, pase de visita o transferencia de pacientes.	Textos sin interpretación teórica sobre comunicación.
Investigaciones latinoamericanas o locales útiles para contrastar la información.	

Nota. Elaboración propia con base en el manuscrito fuente.

Resultados y discusión

Fallas en la comunicación como causa de eventos adversos

Las fuentes revisadas coinciden en que las fallas de comunicación pueden contribuir a eventos adversos evitables, particularmente durante el traspaso de turno, la remisión o transferencia de pacientes entre servicios y la comunicación de hallazgos clínicos. Las interrupciones, la ausencia de herramientas estandarizadas y la falta de órdenes claras pueden aumentar el riesgo para el paciente y afectar la continuidad de la atención (Montserrat, 2017).

Las barreras comunicacionales pueden ser de naturaleza técnica, cultural o jerárquica. Las relaciones asimétricas de poder pueden limitar la posibilidad de expresar preocupaciones, formular desacuerdos clínicos o solicitar aclaraciones, lo que reduce la retroalimentación abierta dentro del equipo (Ardila & Hernández, 2025). En escenarios de alta complejidad, estas dificultades pueden afectar la coordinación y la seguridad del paciente.

La comunicación entre profesionales con posiciones jerárquicas diferentes constituye un punto especialmente sensible. Cuando un integrante del equipo evita manifestar una preocupación por temor, vergüenza o por la percepción de una posición subordinada, disminuyen las posibilidades de corrección temprana y se debilita la construcción colectiva de decisiones. Esta situación puede trasladarse a la práctica clínica y convertirse en una condición de riesgo para la prestación del servicio.

En un acto quirúrgico, por ejemplo, una falla de comunicación puede comprometer la seguridad del paciente y la credibilidad del sistema. El problema puede intensificarse cuando existen múltiples órdenes, interrupciones frecuentes o información dispersa entre profesionales y servicios (González Cabarcas & De la Hoz Doria, 2023).

SBAR y TeamSTEPPS® para el mejoramiento de la comunicación asertiva

Una vez identificadas las principales barreras de la comunicación interprofesional, el manuscrito revisa herramientas orientadas a estructurar el intercambio de información. Entre ellas se encuentra SBAR, acrónimo de Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación. Su utilidad radica en organizar la información clínica de manera estandarizada, especialmente durante trasposos, remisiones y comunicación entre profesionales (Benitez & Jimenez, 2023; Rivadeneira Balseca, 2024).

Tabla 2

Componentes de la metodología SBAR

Factor	Aplicación
S - Situación	Identificar el problema de comunicación o la situación clínica que requiere atención.
B - Antecedentes	Presentar el contexto de la situación y los antecedentes médicos relevantes.
A - Evaluación	Exponer la valoración profesional de la situación y los elementos que requieren análisis.
R - Recomendación	Proponer acciones concretas, recomendaciones o pasos a seguir.

Nota. Adaptado de Benitez & Jimenez (2023).

Otra estrategia descrita es TeamSTEPPS®, programa orientado al fortalecimiento del trabajo en equipo y la seguridad del paciente. Su enfoque integra comunicación, liderazgo, monitoreo mutuo y apoyo entre pares, por lo que su alcance trasciende una técnica puntual de transmisión de información y se extiende hacia la dinámica de equipos complejos (Arrogante et al., 2023; Shi et al., 2024).

A diferencia de una herramienta centrada en un momento específico de comunicación, TeamSTEPPS® propone una lógica de entrenamiento y coordinación continua. El liderazgo, la vigilancia compartida de la situación y el apoyo entre integrantes del equipo buscan generar condiciones en las que la información relevante pueda circular con menor fricción y las alertas clínicas sean reconocidas de manera oportuna.

La aplicación de estas metodologías requiere entrenamiento, seguimiento y adaptación a las características de cada institución. La literatura incluida en el manuscrito muestra experiencias en hospitales y unidades de alta complejidad en las que la estandarización de la comunicación favorece la coordinación, aunque su implementación puede encontrar resistencia al cambio y requerir tiempo para consolidarse.

Tabla 3

Comparación entre la metodología SBAR y el programa TeamSTEPPS®

Criterio	SBAR	TeamSTEPPS®
Concepto	Metodología para presentar información clínica de forma estructurada y estandarizada.	Programa integral para fortalecer el trabajo en equipo y la seguridad del paciente.
Componentes principales	Situación, antecedentes, evaluación y recomendación.	Liderazgo, monitoreo mutuo, apoyo entre pares y comunicación.
Alcance	Comunicación específica entre profesionales o durante transiciones de cuidado.	Equipos y redes de trabajo con un enfoque amplio de coordinación.
Momentos de uso	Trasposos, remisiones, requerimientos clínicos y comunicación de situaciones concretas.	Entrenamiento continuo del equipo e implementación institucional de herramientas de seguridad.

Nota. Elaboración propia con base en el manuscrito fuente.

Abordaje de la comunicación efectiva

En los servicios de salud, la comunicación efectiva exige comprender y conciliar múltiples perspectivas profesionales. Las diferencias de lenguaje técnico, jerarquía, responsabilidades y formas de interpretar los problemas pueden dificultar el diagnóstico, el tratamiento y el monitoreo de los pacientes. La literatura revisada señala que los equipos que mantienen una comunicación clara y sostenida pueden fortalecer la coordinación y los indicadores relacionados con la seguridad del paciente (Bustos Viviescas et al., 2025).

La formación universitaria y la educación continua constituyen un componente importante. El manuscrito destaca la necesidad de incorporar habilidades comunicacionales en los procesos formativos de profesionales de la salud, de manera que el aprendizaje técnico se acompañe de competencias para el trabajo interdisciplinario y la comunicación en escenarios como quirófanos, urgencias y unidades de cuidado (Concepcion et al., 2012).

El desarrollo de estas competencias resulta relevante porque el profesional, una vez incorporado al servicio, debe interactuar con otras disciplinas, niveles administrativos y equipos de apoyo. Cuando la formación privilegia de manera casi exclusiva los contenidos técnico-profesionales, el tránsito hacia escenarios de trabajo colaborativo puede resultar más complejo y limitar la capacidad para comunicar ideas, resolver discrepancias y coordinar decisiones asistenciales.

Prevención de eventos adversos y gestión del riesgo a través de la comunicación

Desde un enfoque preventivo, la comunicación asertiva forma parte de la gestión del riesgo porque facilita la expresión de preocupaciones, la identificación de errores potenciales y la verificación de la información antes de ejecutar decisiones clínicas. Dentro de las herramientas revisadas se encuentran Call-Out y Check-Back, utilizadas para difundir información relevante al equipo y confirmar que el mensaje fue recibido y comprendido (Abd El-Shafy et al., 2018).

Tabla 4

Comparación entre Call-Out y Check-Back en sistemas de salud

Criterio	Call-Out	Check-Back
Concepto	Estrategia para comunicar información relevante de forma clara y simultánea al equipo tratante.	Estrategia de confirmación en la que el receptor repite la información recibida y solicita validación al emisor.
Propósito	Garantizar que el equipo reciba la misma información en el momento oportuno.	Verificar la exactitud del mensaje y reducir errores de interpretación.
Flujo de comunicación	Un emisor comunica la información al equipo.	Interacción de doble vía entre emisor y receptor para confirmar el contenido.

Nota. Adaptado de Abd El-Shafy et al. (2018).

La comunicación también resulta relevante una vez ocurrido un evento adverso. En estos escenarios se requiere coordinación entre profesionales y una interacción clara con pacientes y familiares para mantener el orden del proceso, reducir riesgos adicionales y preservar la confianza en la atención. Por ello, las habilidades comunicativas deben incluir la capacidad de abordar situaciones complejas y comunicar resultados o acontecimientos negativos de manera responsable.

Desde la gestión preventiva, estas herramientas pueden incorporarse a protocolos de trabajo, pases de turno, traslados, procedimientos quirúrgicos y situaciones de urgencia. Su valor no depende únicamente de conocer la técnica, sino de que la organización establezca momentos, responsabilidades y mecanismos de seguimiento que favorezcan su uso consistente en la práctica cotidiana.

Retos en la formación de comunicación asertiva en el personal médico

La incorporación sostenida de habilidades comunicacionales enfrenta retos que el manuscrito agrupa en dimensiones estructurales, formativas y organizacionales:

- Retos estructurales: las altas cargas laborales pueden reducir el tiempo disponible para la formación y el trabajo colaborativo; también pueden existir limitaciones tecnológicas o técnicas para implementar herramientas de comunicación estructurada (Bottinelli et al., 2013).
- Factores de formación: los programas académicos pueden presentar una incorporación limitada de módulos o cátedras orientadas a la comunicación interdisciplinaria en escenarios clínicos de alta complejidad (Concepcion et al., 2012).
- Factores organizacionales: la ausencia de liderazgos que promuevan un ambiente seguro para expresar ideas, dudas o desacuerdos, así como la falta de sistemas de retroalimentación, puede limitar el desarrollo de una cultura comunicacional efectiva (De Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009).

Estas dimensiones muestran que la comunicación asertiva no depende únicamente de habilidades individuales. Su consolidación requiere condiciones organizacionales que permitan entrenar, practicar, evaluar y retroalimentar la comunicación entre los distintos integrantes del equipo de salud.

Conclusiones

La comunicación asertiva constituye una estrategia relevante para la gestión clínica y la seguridad del paciente. Una comunicación clara entre profesionales y entre el equipo de salud y el paciente puede contribuir a prevenir eventos adversos, facilitar la resolución de problemas y fortalecer la calidad y confiabilidad de los servicios.

Las herramientas estructuradas revisadas -SBAR, TeamSTEPPS®, Call-Out y Check-Back- ofrecen mecanismos para ordenar la información, verificar su comprensión y fortalecer el trabajo interdisciplinario. Su utilidad depende, sin embargo, de procesos de implementación, entrenamiento y seguimiento adaptados al contexto institucional.

Las instituciones educativas, los hospitales y los responsables de la gestión en salud deberían fortalecer la formación continua en comunicación, liderazgo y retroalimentación. Esta preparación no debe limitarse al personal médico, sino involucrar a los diferentes profesionales que participan en la atención, debido al carácter interdisciplinario de la prestación de servicios de salud.

La comunicación asertiva debe entenderse, por tanto, como una competencia clínica y organizacional que requiere práctica, evaluación y apoyo institucional. Su incorporación a procesos formativos y a estrategias de mejora de la calidad puede contribuir a una atención más coordinada, a una mayor capacidad para identificar riesgos y a una cultura de seguridad centrada en el paciente.

Referencias

- Abd El-Shafy, I., Delgado, J., Akerman, M., Bullaro, F., Christopherson, N. A., & Prince, J. M. (2018). Closed-loop communication improves task completion in pediatric trauma resuscitation. *Journal of Surgical Education*, 75(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025>
- Achury Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Zarate Grajales, R., Vargas Tolosa, R., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 15(42), 324-340.
- Amaya-Arias, A. C., Jaimes, F., & García-Valencia, J. (2025). Teamwork and burnout among healthcare workers from a public hospital in Colombia. *Biomédica*, 45(1), 64-79. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7240>
- Ardila, E., & Hernández, C. A. (2025). La importancia de la comunicación en salud. *Biomédica*, 45(3), 325-327. <https://doi.org/10.7705/biomedica.8102>
- Arrogante, Ó., Raurell-Torredà, M., Zaragoza-García, I., Sánchez-Chillón, F. J., Aliberch-Raurell, A. M., Amaya-Arias, A., & Rojo-Rojo, A. (2023). Programa de entrenamiento basado en TeamSTEPPS® mediante simulación clínica en profesionales de cuidados intensivos: un estudio con metodología mixta. *Enfermería Intensiva*, 34(3), 126-137. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.10.002>
- Benítez, M. E. C., & Jiménez, E. I. A. (2023). Application of the SBAR-SAER technique by the nursing professional. *Minerva*, 4(12), 21-28. <https://doi.org/10.47460/minerva.v4i12.133>
- Bottinelli, M. M., Díaz, F., Remesar, S., & Nabergoi, M. (2013). Tensiones y desafíos en las relaciones entre salud y comunicación. *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*.
- Bustos Viviescas, B. J., García-Yerena, C. E., & Romero Cuestas, C. A. (2025). Relevancia de la comunicación organizacional en el ámbito de la salud pública y laboral. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 28(2), 53-57. <https://dx.doi.org/10.12961/apr.2025.28.02.05>
- Concepcion, J. F. T., León, M. I., Cortés, M. C., López, G. B., Villar, N. M., & Palacio, J. V. L. (2012). Las habilidades comunicativas en las carreras de las Ciencias de la Salud. *Medisur*, 10(2), 72-78. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180023438011.pdf>
- De Dios Lorente, J. A., & Jiménez Arias, M. E. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*, 13(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000100010&script=sci_arttext&tlng=en
- González Cabarcas, A. D. J., & De la Hoz Doria, J. D. (2023). Comunicación asertiva para la seguridad del paciente en quirófano. <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/28745>
- Gutiérrez Blanco, V. (2016). El papel de la comunicación de riesgo ante emergencias de salud pública. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 97-104. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3397>
- Montserrat, D. (2017). Estudio de incidentes y eventos adversos en la atención ambulatoria en países de América Latina [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <https://dspace.umh.es/handle/11000/5148>
- Rivadeneira Balseca, D. C. (2024). Interpretación de la efectividad de la herramienta SBAR en la transferencia segura de pacientes quirúrgicos [Tesis de maestría]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17551>
- Shi, Y., Miao, S., Fu, Y., Sun, C., Wang, H., & Zhai, X. (2024). TeamSTEPPS improves patient safety. *BMJ Open Quality*, 13(2), e002669. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002669>