Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

RODRIGO HERNANDEZ HERNANDEZ
Coordinador Grupo de Calidad

SANDRA INÉS ROZO BOLAÑOS
Coordinadora Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

LIZ ADRIANA MORENO MORENO
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

Libertad y Orden

EQUIPO UT UNIVERSIDAD CES – GESAWORLD S.A

LUIS F GIACOMETTI ROJAS
Director Regional Gesaworld SA – Director Estratégico del proyecto UT Universidad CES – Gesaworld SA

FERNANDO ACOSTA RODRÍGUEZ
Coordinador operativo del proyecto. Director de la Unidad de Extensión Universidad CES.

DAVID VIVAS CONSUELO
Director técnico del proyecto. UT Universidad CES – Gesaworld SA. Director del CIEGS Universidad Politécnica de Valencia (España)

JAIME ORDÓÑEZ MOLINA
MD, PhD.
Líder del Grupo de Investigación de Evaluación de Tecnologías en Salud. Universidad CES.

ARIEL HABED LOPEZ
Coordinador regional de proyectos. Gesaworld SA. UT Universidad CES – Gesaworld SA

Este material fue financiado con recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios.

RESEÑA DE AUTOR

JAIME EDUARDO ORDÓÑEZ MOLINA, MD, PHD

Especialista en Epidemiología. Especialista en Auditoría en Salud. Doctor en Epidemiología. Investigador y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, Medellín. Líder del grupo de investigación Evaluación de Tecnologías en Salud. Integrante de la Sala de Evaluación de Dispositivos Médicos del Instituto nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos – INVIMA. Docente de cátedra de las Universidades del Rosario, ICESI, Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, Universidad Santo Tomás sede Bogotá y Universidad Latina de Panamá. Integrante del Comité Editorial de las revistas CES Medicina, CES Odontología y CES Salud Pública

MARCO TEÓRICO

La instrucción del presente paquete está dirigida a todo el personal de la institución a nivel directivo, ejecutivo y administrativo que intervienen de forma directa en la gestión de atención del paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la temática de “Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente” sea un profesional del sector de la salud, con experiencia tanto en la gestión de servicios de salud, como en la investigación de eventos adversos. Para ampliar sobre los antecedentes de la formulación de la presente guía, usted puede ingresar en el siguiente link.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas, utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas que son fundamentales en cualquier práctica, y se desglosan en la Guía de Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan allí los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental seguir las instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

INTRODUCCIÓN

"Lo peor no es cometer un error sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"

Santiago Ramón y Cajal (1852 – 1934).
Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906.

"Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo ".

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías muy sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento, por ello, recibir atención en salud entraña cada vez más riesgos potenciales, aún cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura. El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. Ya en 1956 Moser las había llamado "las enfermedades del progreso de la medicina". En 1964, Schimmel publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En el año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU.), publicó el informe "To err is human: building a safer health system". Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. Para el 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) presentó una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el National Quality Forum. En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003 se creó el Canadian Patient Safety Institute; asimismo, el National Health Service en el Reino Unido establece un organismo específico para la temática, la National Patient Safety Agency. En el 2004, la agencia británica publicó un documento titulado "7 steps to patient safety". En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias.

Como resultado de la conferencia de la European Commission DG Health and Consumer Protection, celebrada durante el 2005, se publicó la "Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente", que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembros. En el 2006, fueron presentados -en

una edición especial del Eurobarómetro-, los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de los errores médicos en diferentes países europeos.

En el ámbito colombiano, el Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió en junio de 2008 la Política de Seguridad del Paciente, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que, la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad del paciente.

Objetivos Específicos

- Promover el conocimiento sobre la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente.
- Promover la investigación sobre la relación entre la falta de promoción de una cultura de seguridad del paciente y el bajo nivel de implementación de las prácticas de seguridad del paciente.
- Favorecer y facilitar la implementación de procesos que permitan promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente.
- Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuales no se implementan las prácticas de seguridad del paciente, de forma tal que el sistema pueda mejorarse continuamente.
- Promover la implementación de las prácticas de seguridad del paciente, facilitándola por medio de la promoción de una cultura de la seguridad.

2. DEFINICIONES

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra cultura tiene dos definiciones:

- Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico.
- Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.

Con base en lo anterior, podría afirmarse que la cultura es un conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo, a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado; es decir, la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y ésta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto no es constante.

La **seguridad del Paciente** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias.

Scott-Cawiezell y colaboradores definieron una cultura justa de la seguridad como un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico, también se utiliza el término de seguridad psicológica (Tucker y colaboradores), el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo.

Mas recientemente, Khatri y colaboradores afirman que "desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia".

3. SITUACIÓN ACTUAL

La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Según el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de EE.UU., reforzado en su reciente actualización, señala también la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación.

Los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del MPS incluyen una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura. Aún no hay datos publicados de los resultados que reportan las IPS en Colombia sobre el proceso de implementación, pero resultados recientes de una investigación hecha en el marco del Sistema Nacional de Salud Español, arrojan información de interés sobre la situación actual del clima de seguridad del paciente en los hospitales de dicho país.

Dicho estudio aplicó la encuesta mencionada en 24 hospitales, que incluía los tres niveles de atención, y fue respondida por 2.503 personas. Respecto a la calificación del clima de seguridad, en una escala de 0 a 10, la calificación media fue de siete (7), con un 25% de los casos que otorgaron una calificación por debajo de seis (6), y otro 25% por encima de ocho (8). El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. Sobre el número de eventos notificados, la gran mayoría de los encuestados, 77,8%, no notificó ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año, y el 95% contestó haber notificado menos de dos veces. Dicho instrumento cuenta con doce dominios, es decir, áreas de interés que afectan el clima de seguridad del paciente. Este tipo de divisiones permite priorizar los aspectos en que se debe trabajar con más énfasis, de tal forma que deben reforzarse aquellos dominios en los que la evaluación sea baja, sin descuidar aquellos en los que la misma ha sido alta.

Los tres dominios con las calificaciones más altas en esta evaluación fueron: Trabajo en equipo en la unidad/servicio, Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad, y Aprendizaje organizacional/mejora continua. Igualmente, los tres dominios con las calificaciones más bajas en esta encuesta fueron: Dotación del personal, Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, Percepción global de seguridad.

Estos resultados representan en términos generales el Sistema Nacional de Salud de España, y no puede hacerse inferencia de los mismos para ninguno de los hospitales que participaron en dicho estudio, ni mucho menos para aquellos que estén por fuera de dicho sistema. Como se mencionó en el numeral anterior, sobre definiciones, la cultura no es constante porque está directamente afectada por las características de las personas de cada grupo social y por el tiempo, ya que el conocimiento y su implementación no se hacen de la noche a la mañana. En este caso en particular, dichos resultados fueron diferentes dependiendo del tamaño del hospital, del servicio evaluado o del profesional que respondiera.

Por tanto, es muy importante que cada IPS evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo.

La cultura de seguridad del paciente está afectada por muchas variables y sus procesos de implementación pueden llegar a ser tan diferentes como el número de hospitales existentes.

Este documento desarrollará tres propuestas de implementación de esta cultura de seguridad, que dependiendo de las particularidades de cada IPS tendrán un mayor o un menor nivel de aplicación.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada IPS establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria.

4. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CENTRADO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los modelos innovadores de prestación de servicios, se encuentran entre los factores clave para mejorar la calidad en la atención de la salud.

Un modelo de prestación de servicios se compone por un conjunto de elementos estructurales y de procesos, incluyendo una estructura organizada para la interacción y la toma de decisiones; unos procesos que determinen el flujo del trabajo, los prestadores de servicios, el personal que cuida a los pacientes, el personal de apoyo, los pacientes y las familias, cada cual con funciones y autori-

dad claramente definidas; y, las metas que la mayor parte de las veces son descritos en términos de resultados específicos desde el punto de vista clínico, de la práctica, del servicio y del proceso. La medida en que un modelo de prestación de servicios pueda mejorar el rendimiento y la eficacia de los servicios, es decir, la calidad de atención y la seguridad del paciente, depende de su relación con la cultura organizacional y si el modelo y la cultura son conducidos por los mismos valores y objetivos.

Durante la última década, un número creciente de organizaciones, entre ellas el Instituto de Medicina de EE.UU., AHRQ, y The Joint Commission, han pedido a las organizaciones adoptar modelos de atención más centrados en los pacientes. En estos modelos, las IPS y los médicos se asocian con los pacientes y familias durante todo el curso del tratamiento, y las perspectivas de los pacientes y las familias influyen en el diseño de los procesos de atención y en la toma de decisiones organizacionales.

- **Dimensiones de la Atención Centrada en la Familia y el Paciente**

Los modelos de prestación de servicios centrados en el paciente, se han destacado en la literatura de atención en salud durante muchos años. Estos modelos se basan en la perspectiva de que los pacientes deben estar en el centro del proceso de prestación de servicios y son claramente diferentes de los modelos que hacen hincapié en la enfermedad, en el diagnóstico, en el prestador, o en los enfoques de atención centrados en el sistema. En los últimos años, el término “atención centrada en el paciente” se ha ampliado a la “atención centrada en el paciente y la familia”, destacándose el papel que desempeñan las familias en el cuidado de los pacientes y sus contribuciones a su salud en general y bienestar.

Las definiciones para atención centrada en el paciente, y atención centrada en el paciente y la familia, van desde descripciones simples hasta marcos multidimensionales. Una definición simple describe la atención centrada en el paciente, como la comprensión del paciente como un ser humano único. Otras definiciones lo describen como un estilo de consulta en la que el médico utiliza el conocimiento del paciente para guiar la interacción, y ver la enfermedad a través de los ojos del propio paciente.

A principios del decenio de 1990, el Picker/Commonwealth Program for Patient Centered Care, publicó un importante estudio en el que, se examinaron las necesidades y preocupaciones de los pacientes a través de grupos focales y encuestas, y utilizaron los resultados para identificar siete dimensiones de la atención centrada en el paciente:

- Respeto por los valores del paciente y por la expresión de sus preferencias y necesidades.
- Coordinación e integración de la atención.
- Información, comunicación y educación.
- Bienestar físico;
- Apoyo emocional y mitigación del miedo y de la ansiedad.

- Participación de familiares y amigos.
- Transición y continuidad.

El grupo añadió más tarde el acceso a una atención segura como una octava dimensión.

• Elementos Básicos de una Cultura de Calidad y Seguridad

El interés en la atención centrada en el paciente como una estrategia de seguridad, refleja una creciente conciencia entre los prestadores de servicios de salud, en asuntos como la calidad y la seguridad que afectan la prestación del servicio, incluyendo los problemas derivados de los errores, el despilfarro y el abuso o la infrautilización de diversos tratamientos y de prácticas de atención.

El despilfarro en relación con la facturación, las historias clínicas duplicadas, la mala calidad de los registros médicos, los retrasos, y la falta de acceso, entre otros, hacen parte de las brechas en la calidad y la seguridad. Asimismo, hay otros problemas que se derivan del uso excesivo de los procedimientos y de la sobreprescripción de medicamentos; mientras que otros se producen como resultado de la subutilización de terapias que ya han demostrado ser eficaces, tales como algunas vacunas, exámenes de tamizaje y medicamentos como los beta bloqueadores después del infarto de miocardio, o el acetato más fosfato de betametasona en las pacientes con amenaza de parto pretérmino para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

Según el National Quality Forum, los cinco elementos básicos para una cultura de calidad y seguridad son los siguientes:

- Compromiso con el Aprendizaje Continuo y el Rediseño de Procesos

Las organizaciones que se han comprometido a mejorar la seguridad de los pacientes están abiertas a nuevas ideas, a buscar las mejores prácticas, y trabajar continuamente para identificar y abordar las deficiencias en la calidad y la seguridad. Los líderes de estas organizaciones deben tener una propensión a escuchar a los pacientes, a las familias, y a todo el recurso humano de sus instituciones, además de tratar las quejas y reclamos que se expresan como oportunidades de mejoramiento. También deben alentar al personal y a sus directivas a evaluar y reproducir las mejores prácticas, participando en la investigación y en los esfuerzos de mejoramiento que les ayuden a identificar mejores formas de hacer las cosas.

- Sistema de Identificación, Mitigación y Evaluación de Errores

La existencia de métodos para identificar las fallas en los sistemas y en las prácticas, es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente. Los métodos que pueden utilizarse incluyen el análisis de los factores humanos, las rondas de seguridad, y las estrategias de detección y prevención tempranas. La utilización de la tecnología y de otros mecanismos para reducir la variación y los errores, es un punto crítico. Estos mecanismos incluyen guías de práctica clínica, los

sistemas de apoyo para la toma de decisiones, y las tecnologías relacionadas con la historia clínica electrónica y la sistematización de la información en línea.

o Un Proceso para Asegurar las Competencias Clínicas, Técnicas, Interpersonales y Analíticas en la Gestión de la Calidad y en la Planeación de la Atención y Desarrollo de los Pocesos

Las IPS, los médicos y todo el recurso humano, deben ser tan hábiles en las prácticas de mejoramiento de la calidad, como lo son en la planificación de la atención y en su puesta en práctica. El modelo de competencias para cada grupo debe basarse explícitamente en los valores de la organización y destacar las habilidades clínicas y técnicas requeridas, así como, los conocimientos y expectativas sobre la conducta relacionadas con el trabajo en equipo, el liderazgo, la diversidad, el respeto, la atención centrada en la familia, la confidencialidad, la calidad, el mejoramiento continuo de la gestión de procesos, y la ética.

o Una Metodología en Toda la Organización para Establecer Prioridades, Desarrollar Metas y Objetivos, Además de y Gestionar el Desempeño

Los sistemas de gestión de la información, tales como los tableros de control y los cuadros de mando, proporcionan información que permite a los líderes, a los prestadores y a todo el personal de la organización, establecer objetivos de mejoramiento y evaluar el progreso de las iniciativas puestas en marcha. Estos sistemas deben ser de doble vía, para que todos los miembros de la organización, los pacientes, las familias, y los miembros de la junta, tengan una comprensión clara de los resultados de la organización, especialmente los relacionados con la calidad y la seguridad.

o La Colaboración Interdisciplinaria y el Trabajo en Equipo como Normas

La creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario, en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas.

- **Experiencia Exitosa: Atención centrada en el paciente y la familia y Calidad y Seguridad en el Instituto de Cáncer Dana Farber (ICDF)**

El compromiso del ICDF con un modelo de atención centrado en el paciente y la familia, fue motivado por su decisión de entrar en una asociación conjunta con el Brigham and Women's Hospital (BWH) en 1995. A través de la colaboración conjunta, los servicios de hospitalización de oncología médica pasaron del ICDF al BWH, y los servicios ambulatorios de oncología médica pasaron del BWH al ICDF.

El equipo de liderazgo ejecutivo interdisciplinario del ICDF, consideró que este cambio era importante en la organización, y se comenzó a hacer importantes preguntas acerca de cómo las dos organizaciones podrían asegurar que las necesidades de los pacientes y las familias guiaran la toma de decisiones, y que los pacientes y las familias fueran el eje de la atención clínica y de los estudios. Al mismo tiempo, a varios de los pacientes que habían confiado su tratamiento y seguimiento al ICDF, se les ofreció la oportunidad de expresar sus opiniones acerca de la asociación y su impacto potencial sobre su atención médica.
En pocas palabras, querían garantías que los pacientes y las familias fueran el centro de atención, y esto fue fundamental para los procesos que se desarrollaron en esta empresa conjunta.

- **Creación de una Cultura de la Calidad y la Seguridad**

Calidad y seguridad han sido siempre las prioridades superiores en el ICDF, sin embargo, el trabajo para desarrollar una cultura de calidad y seguridad ha crecido notablemente durante la última década, simultáneamente con un aumento en el volumen de pacientes y en la actividad de ensayos clínicos.

A pesar de su larga historia y participación en algunos de los más importantes ensayos clínicos sobre agentes quimioterapéuticos (en 2009 ocupó el quinto lugar como el mejor hospital para tratamiento del cáncer en EE.UU.), a principios del decenio de 1980 el ICDF, se encontró en el ojo del huracán ante la opinión pública de su país, debido a una sobredosis de quimioterapia que recibió una periodista del Boston Globe. Esto se convirtió en una oportunidad de mejoramiento para la organización, después de lo cual, ha lanzado y liderado una serie de iniciativas centradas en el mejoramiento de los sistemas de apoyo en la administración de medicamentos.

Algunos de los programas, iniciativas e innovaciones introducidas se basan en las mejores prácticas recomendadas por otras organizaciones, mientras que otras reflejan ideas originales y de los líderes y del recurso humano del propio ICDF. Así mismo, sus líderes han introducido cambios en la estructura organizacional para asegurar una práctica clínica interdisciplinaria fuerte; al tiempo que han comprometido a la Junta Directiva en la seguridad del paciente y en que todos sus esfuerzos asistenciales estén centrados en los pacientes y sus familias.

- **La Importancia de la Asociación en la Cultura de la Seguridad**

La colaboración y la asociación entre los pacientes y sus familias, es el enfoque subyacente en la atención, el servicio, la calidad y la investigación en el ICDF, y son fundamentales en su esfuerzo de adoptar un modelo de atención centrado en la familia, así como en la implementación de una cultura de la calidad y la seguridad. El compromiso de la asociación en el ICDF se evidencia en las relaciones de colaboración que mantiene con muchas otras organizaciones de atención en salud y con su recurso humano, incluyendo la asociación clínica conjunta con el BWH., que se describió anteriormente, así como una asociación similar con el Hospital Infantil de Boston, que provee la atención en oncología pediátrica.

• Fomentar una Cultura de la Calidad y la Seguridad Centrada en el Paciente y su Familia: Compromisos que Requiere la Organización

La experiencia del ICDF pone de relieve los valores fundamentales, las estructuras y los procesos, que las organizaciones deben establecer y mantener para avanzar en un modelo de atención centrado en el paciente y la familia, adicional a una cultura de la calidad y la seguridad. Los compromisos que se requieren son los siguientes:

o Liderazgo Interdisciplinario mediante un modelo de liderazgo enfermera-médico-administrador

Muchos centros médicos académicos siguen manteniendo una estructura de dirección jerárquica. Aunque dicha estructura puede permitir que funcionen muy bien a nivel de departamentos, a menudo, complica los esfuerzos para trabajar entre distintas disciplinas y departamentos. Una estructura jerárquica también puede resultar en una planificación menos óptima y afectar negativamente la toma de decisiones en la organización; y a nivel de las unidades puede conducir a luchas de poder que comprometen la atención al paciente, la investigación y otras actividades que requieren un enfoque funcional.

Para evitar los problemas asociados con un modelo jerárquico, el ICDF puso en marcha un modelo de liderazgo colaborativo con tríadas líderes, compuestas por una enfermera, un médico y un administrador responsables de las operaciones clínicas, la toma de decisiones en la organización y en los diferentes programas. Esta colaboración y la estructura integrada, eliminan el fenómeno de tener una disciplina o departamento que tratar de evitar el cambio o de estorbar, asegurando que la labor de planificación, organización y ejecución de procesos integrados de atención al paciente se ejecuta correctamente. Sin embargo, el uso efectivo de este modelo de liderazgo no viene de forma natural o fácilmente.

Entre los métodos utilizados para facilitar este modelo y asegurar su éxito están la práctica de acuerdos de colaboración, a través del cual los miembros de la tríada resuelven colaborar entre sí, y se comprometen a trabajar a través de los desacuerdos. Los líderes también deben unir esfuerzos para desarrollar una estrategia de comunicación entre ellos mismos y su personal, decidiendo quién tomará la iniciativa en proyectos y programas concretos. Este liderazgo ejecutivo debe ser ejercido por las personas que ocupan los cargos que permiten la toma de decisiones al más alto nivel, tanto entre los médicos, como en enfermería y en la parte administrativa.

Trabajando conjuntamente, este grupo debe supervisar los procesos en la organización y es responsable de la aprobación del programa, de los recursos y de las decisiones políticas que requieren soluciones ejecutivas. La triada, también conduce diversas iniciativas de calidad y de seguridad así como los programas, que son usados para fomentar la participación del personal que debe atender a los pacientes, y asegurar que los médicos y el personal de apoyo lleven a cabo los cambios necesarios. Por ejemplo, uno de los proyectos puede centrarse en mejorar la accesibilidad de los

pacientes, donde, los tres miembros de la tríada son líderes de los proyectos y son responsables de tomar las decisiones más importantes y de conducir la labor de todo el equipo de trabajo.

o Participación del Paciente y la Familia en la Toma de Decisiones de la Organización

La asociación con los pacientes y las familias, para brindar atención directa y para planificar las estrategias, políticas e iniciativas de la organización, no es ninguna hazaña pequeña. Los principios de cooperación, la transparencia y el intercambio de información que debe guiar la interacción entre los prestadores,los pacientes y sus familias en la cabecera de la cama, se aplicarán a la toma de decisiones a nivel organizacional.

Para incluir a pacientes y familias en la toma de decisiones organizativas, los sistemas y las estructuras deben modificarse, para asegurar que los pacientes y sus familias tienen una voz en el proceso de planificación de las estrategias de la organización, y en el diseño de los cambios y mejoramientos en la atención de los pacientes y de los servicios clínicos, debe utilizarse un enfoque disciplinado para garantizar que las principales decisiones relacionadas con los servicios clínicos no se están tomando sin preguntar, si las perspectivas del paciente y su familia se beneficiarían de la planificación, ejecución y evaluación.

Para este fin, debe crearse una estructura que cumpla las funciones de un consejo consultivo del paciente y la familia, que apoye esta importante labor. Dicho consejo consultivo puede componerse de pacientes voluntarios y miembros de sus familias, que se reúnan mensualmente para organizar el trabajo de sus miembros. El trabajo adopta muchas formas diferentes e incluye la participación en los consejos, comités y equipos de trabajo institucionales; en los comités de búsqueda de ejecutivos y directivos de enfermería; y en los comités de las unidades de trabajo y en aquellos que desarrollan los programas.

Además, un miembro de este consejo consultivo debe tener asiento en los diferentes comités de la institución; especialmente aquellos relacionados con procesos de calidad y de evaluación de riesgos, así como en la Junta Directiva de la institución. Un valor agregado interesante, derivado de la participación de los pacientes y las familias en la toma de decisiones, es que estos líderes de grupo son más adecuados para garantizar la seguridad y el cumplimiento de los procesos propuestos.

o Transparencia y Apertura del Liderazgo Ejecutivo

Las organizaciones pueden fomentar la apertura y la transparencia, reuniendo con regularidad a los líderes y al personal, animándolos a compartir puntos de vista entre ellos. Para ello, pueden diseñarse diferentes tipos de procesos que fomenten la discusión entre los directivos y los empleados que representan diversos roles, disciplinas y perspectivas. La utilización de este tipo de enfoques

de cruce de opiniones produce importantes resultados, ya que permite escuchar a los otros y expresar lo que cada cual piensa, y con frecuencia produce importantes ideas nuevas.

Uno de los mecanismos utilizados para fomentar la interacción entre los líderes, los proveedores de servicios y el personal, utilizado en algunas instituciones internacionales, es un tipo de reunión conocida como Foro de la Presidencia. Durante esta sesión de 2 horas, 25 a 30 líderes y el personal, interactúan unos con otros, mediante un panel compuesto por el gerente general, el director científico, el director administrativo, jefe de enfermería, el jefe de cirugía y el jefe de hospitalización. Los participantes hacen preguntas a los miembros del panel, y el panel responde improvisadamente, una persona toma la iniciativa en la respuesta y el resto se le unen según el tema que se esté tratando.

Otro foro que fomenta la interacción entre los líderes y el personal, es un tipo de reunión en la que, la jefe de enfermería y con frecuencia una de sus más cercanas colaboradoras, se reúnen con 8 a 10 funcionarios de distintas disciplinas durante 1 hora, temprano en la mañana al inicio de la jornada laboral. La jefe, se involucra en un debate informal con los asistentes, preguntándole a cada uno por qué optaron por trabajar en esa institución, consultarles acerca de los desafíos que han encontrado, e intercambiar información sobre las prioridades e iniciativas actuales de la organización. También hay espacios de trabajo que pueden utilizarse para estos fines como las Rondas de Seguridad del Paciente, en los que la jefe de enfermería, o el coordinador médico o, director administrativo, o los tres, junto con el coordinador de calidad o de seguridad y un miembro de la Junta Directiva, van a una unidad o área de práctica e interactúan con el equipo interdisciplinario de médicos y el personal de apoyo.

o Una Cultura Justa y Equitativa y Sistemas para la Identificación y Mitigación de Errores

Para mejorar la seguridad del paciente, las organizaciones deben ser capaces de detectar y abordar rápidamente los problemas y factores que contribuyen a las fallas del sistema. Una de las maneras más eficaces para identificar estos factores, es mediante la revisión y la investigación de los errores que informa el personal. El desarrollo de una cultura en la que el personal no tenga miedo de reportar los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difíciles, debido a que en muchas organizaciones existe una tendencia persistente a responder a los errores de una manera que es la norma social, es decir, culpar a alguien.

Pasar de una cultura de la culpa, a una no punitiva que abarca la presentación de reportes y que se guía por los principios de equidad y justicia, es un trabajo difícil y exige el compromiso de los líderes en todos los niveles. También se requiere la creación de un entorno, que permita al personal “levantar la mano” para reconocer sus errores sin el temor a represalias. Informar de un evento adverso o de un incidente debería iniciar un proceso que no se centra en las fallas de los individuos, sino en la exploración y el descubrimiento de las fallas del sistema que son factores contribuyentes.

También son muy útiles el análisis de causa raíz y técnicas similares, para examinar los problemas e identificar los factores sistémicos que contribuyen a los errores. Estos procesos ayudan a apreciar el valor de reportar los eventos adversos y los incidentes con un enfoque coherente y no punitivo. Esto permite entender que, si bien de vez en cuando, los eventos adversos pueden tener responsabilidad individual, la mayoría de éstos en realidad, se producen como consecuencia de sistemas inadecuados y con fallas. La mejor manera de prevenir los errores, es el desarrollo de un clima de seguridad que aliente a todas las personas a identificar los eventos adversos e incidentes, y que promueva la discusión abierta, el aprendizaje, y la solución de problemas compartidos.

o Colaboración Interdisciplinaria Respetuosa y Eficacia del Equipo

La colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo son fundamentales para avanzar en una atención centrada en el paciente y la familia y en la seguridad del paciente. Sin embargo, ayudar a los líderes, a los prestadores y al personal general a aprender a colaborar eficazmente puede ser difícil, sobre todo cuando las tradiciones y las normas basadas en la jerarquía, todavía persisten en la organización y se cree que el poder se inicia y se mantiene en la cima.

Una industria que ofrece un modelo para ayudar a los empleados a adquirir éstas habilidades, es la industria de la aviación, que en las dos últimas décadas ha sido objeto de profundas transformaciones marcadas por la creación de políticas y el uso de enfoques de equipo, que han dado como resultado las cabinas reforzadas, y una mayor eficacia de la tripulación y de la seguridad aérea. Aunque la colaboración interdisciplinaria respetuosa, ahora es parte de la cultura de algunas instituciones hospitalarias internacionales, el mantenimiento permanente para fomentar la colaboración requiere un compromiso constante de la alta dirección.

En este ámbito, el gerente general debe tomar la iniciativa y decir a sus líderes que no deben tolerar comportamientos ni actitudes irrespetuosas, y deben involucrarse directamente en la solución de comportamientos difíciles que incluyan tanto a la alta dirección como a los proveedores y al personal general.

o Programas de Estimulación a la Excelencia en Enfermería

Los programas de reconocimiento en enfermería han demostrado resultados positivos. Entre los elementos clave que se deben considerar al otorgar un reconocimiento se encuentran los siguientes: liderazgo en la transformación, un empoderamiento estructurado, una práctica ejemplar de la enfermería profesional, nuevos conocimientos, innovaciones y mejoras; y, calidad de los resultados empíricos. Cada uno de estos elementos contiene factores que son fundamentales para desarrollar y mantener una fuerza laboral de alta calidad en enfermería. Algunos estudios han demostrado que los entornos de la práctica que incorporan estos factores están asociados con mejores resultados de los pacientes.

o Práctica Basada en la Evidencia, Efectividad Clínica y Aprendizaje Continuo

Mediante la generación de nuevo conocimiento, y el desarrollo y ensayo de nuevos enfoques de atención, las organizaciones no sólo consiguen la eficacia clínica, sino que también sientan las bases para la práctica basada en la evidencia además de, una atención de alta calidad. Las instituciones con alto reconocimiento internacional tienen un compromiso de larga data con el apoyo a la investigación, tanto en las ciencias básicas como en las clínicas, así como en la evaluación de la calidad de vida y de la eficacia de sus servicios de salud, entre otros.

Al apoyar la investigación, se está creando la base de conocimientos, necesaria para desarrollar una práctica basada en la evidencia, mejorar la calidad, y generar un cambio organizacional, al tiempo que, está ayudando a disminuir la "carga de la enfermedad"; un objetivo central en la misión de varias de estas instituciones.

o Pensamiento Sistémico, Mejoramiento de Procesos y Marco para el Mejoramiento de la Calidad Clínica

Mejorar la atención y la seguridad del paciente requiere una comprensión profunda del pensamiento sistémico, adicional a una infraestructura para la vigilancia continua de la calidad, de la gestión y del mejoramiento de procesos. El desarrollo de tales capacidades es especialmente importante en las actuales organizaciones, que se enfrentan a una presión constante para ampliar y adoptar una gama cada vez mayor de tratamientos y tecnologías.

En el anexo que acompaña a este documento se plantea un proceso paso a paso, que facilitará la implementación de este modelo.

5. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe que sobre el desastre nuclear de Chernobyl, en la antigua URSS., que preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad".

El desarrollo de la "cultura positiva de la seguridad" ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. La cultura tradicional de seguridad del paciente de "culpa y vergüenza" en las organizaciones de salud, ha sido criticada por obstruir la posibilidad de "aprender de los errores", y en gran parte, es responsable de los errores cometidos.

Por fortuna, actualmente existe un creciente reconocimiento sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud. La participación de enfermería es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son las profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que puede generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que enfermería puede contribuir de una forma singular al éxito en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente.

- **Literatura**

En la literatura biomédica se han reportado muy pocos estudios de intervención dirigidos a mejorar la seguridad del paciente, aunque ya se han hecho algunos. La mayor parte de los estudios realizados se han enfocado sobre la eficacia de los sistemas de cómputo y la historia clínica electrónica en la reducción de los eventos adversos. Otros estudios sobre el proceso de adaptación del recurso humano en los servicios de urgencias encontraron que, los eventos adversos disminuían cuando dichos equipos de trabajo recibían entrenamiento. Por último, existen varios estudios descriptivos en los que se evalúa la disminución de eventos adversos en determinados hospitales o en algunos de sus servicios.

De hecho, la mayoría de las investigaciones sobre mejoramiento de la calidad (MC) no utilizan la aleatorización o los grupos de control para comparar sus resultados. Sin embargo, los estudios controlados aleatorizados (ECA) son necesarios; un estudio reciente reveló que mientras la mayoría de los estudios de MC que se basaron en observaciones de antes y después, obtuvieron resultados positivos, tres ECA sobre MC no encontraron ningún impacto en los resultados clínicos ni evidencias de mejoramiento en el desempeño clínico de las organizaciones evaluadas. Por esta razón, se propone implementar un modelo sobre cultura de seguridad, que ha demostrado su eficacia a través de ECA.

- **Modelo Conceptual**

Se ha sugerido que con el fin de mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos, se requieren esfuerzos en tres áreas: (1) mejorar la medición y la retroalimentación para aumentar la detección de eventos adversos, y orientar las intervenciones que mejoren los sistemas y los procesos de atención; (2) herramientas para rediseñar la atención, y estrategias de cambio que le permitan a los médicos y a los equipos de apoyo identificar y prevenir los eventos adversos; y (3) un liderazgo visible que apoye los esfuerzos de mejoramiento en la seguridad del paciente.
Dado que los modelos de prueba y las intervenciones donde la reducción de los eventos adversos es la variable dependiente, plantea retos considerables, Ginsburg y colaboradores, realizaron un ECA, cuyo objetivo fue mejorar la percepción de la cultura de la seguridad del paciente; un resultado intermedio que teóricamente es un antecedente necesario para la reducción de los eventos adversos. Los beneficios que este modelo demostró en un ECA fueron: (a) una intervención educativa

centrada en la ciencia de la seguridad y en las herramientas de seguridad; y, (b) que el apoyo de la alta dirección, influencia la percepción de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente.

Este modelo se desarrolla dentro del área sombreada

- **Implementación del Modelo**

Éste es un modelo de autoformación, dirigido a todas las enfermeras profesionales de la institución, en el que es fundamental que participe la alta dirección. El modelo dura aproximadamente seis meses, con dos sesiones semanales de una hora. El cronograma se diseñó de esta forma con dos intenciones, la primera, asegurar al máximo el normal funcionamiento de los servicios de atención que deben atender las enfermeras; y segundo, aunque podrían realizarse sesiones más largas y más seguidas, lo que en realidad se espera es que ellas pongan en práctica los conceptos que se discuten durante el propio proceso de autoformación, de forma tal que éstos, puedan ir "madurando" a medida que el modelo transcurre.

Como se observa en la gráfica, el modelo está compuesto de dos partes, cada una de las cuales se desarrolla a través de un taller. El valor agregado de este modelo, es que el contenido del mismo puede cambiarse dependiendo de las necesidades y desarrollos propios de cada grupo social. Con base en esto y considerando los importantes avances que en materia de Seguridad del Paciente ha hecho el MPS, específicamente en lo relacionado con los Paquetes Instruccionales, el contenido del taller 1 se basaría en dicho material, sugiriendo el siguiente orden:

a. Aspectos generales sobre la Seguridad del Paciente (SP): Generalidades sobre la SP, Monitorización de aspectos relacionados con la SP, Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos. Semanas 1 – 3.
b. Prácticas esenciales de la Seguridad del Paciente. El orden puede ser acordado por el grupo de trabajo. Semanas 4 – 15.
c. Prácticas complementarias de la Seguridad del Paciente. Actualmente el MPS ha desarrollado

cinco prácticas complementarias, las cuales podrían aumentar en un futuro, lo que puede afectar la duración del proceso de autoformación, pues se recomiendan dos sesiones (una semana) para discutir cada práctica. Semanas 16 – 20, con opción de aumentar.

La totalidad de este material se encuentra disponible en el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud en Internet, y usted puede acceder a él, a través del siguiente link: http://www.ocsav.info/paquetes.html

La metodología recomendada es de discusiones grupales, en la que todas las integrantes deben comprometerse con la lectura del material de estudio antes de la reunión. Cada reunión debe ser liderada por una de las integrantes del grupo, cuyo liderazgo debe rotar cada semana, de forma tal que la discusión de cada documento sea liderada por la misma persona. Cuya función, consiste en hacer una introducción del documento e identificar las debilidades que puede tener la institución en la aplicación de dicho paquete. El objetivo de la discusión grupal consiste en proponer soluciones a las debilidades que identifiquen, tanto la líder de la reunión como las demás participantes.

Aunque es opcional, sería recomendable que la persona que lidera la reunión pueda aportar material adicional de interés sobre el tema que debe conducir. De ser posible, también se recomienda generar un documento con las conclusiones principales, en las que se identifiquen tanto las debilidades que puede tener la institución como las propuestas de mejoramiento hechas por las enfermeras, las cuales pueden servir como insumo a la alta dirección para la toma de decisiones.

Para facilitar el avance de este tipo de procesos, es muy importante una actitud abierta de escucha, en la que se eviten a toda costa los señalamientos personales, tanto de quienes asisten, como de aquellos que estén ausentes. La Cultura de la Seguridad está dirigida a evaluar el sistema y las fallas que éste pueda presentar para corregirlo, y no es objetivo propio juzgar o culpar a las personas. Sólo a través de la identificación de los errores será posible hacer las correcciones, pero esto significa que todos los individuos se sientan libres para expresar sus opiniones, que en principio no son ni ciertas ni falsas, sólo son opiniones; el ámbito académico que pretenden este tipo de procesos no son espacios para juzgar, sino para construir de forma conjunta.

El Taller 2 está a cargo de la alta dirección, quienes deben presentar una charla motivacional centrada en el papel del trabajo en equipo y en señalar la importancia que tienen las enfermeras, como líderes en sus servicios, en mejorar la seguridad de los pacientes. Asimismo, debe presentar datos actualizados de la institución en los que se muestre la forma en que los reportes de eventos adversos e incidentes se han utilizado para tomar acciones correctivas, haciendo un mejoramiento continuo de la seguridad del paciente. De esta forma, las enfermeras verán reflejado en los procesos de la institución, la utilidad de los reportes voluntarios. Semana 21 – 22 (puede desplazarse si aumentan las prácticas complementarias).

6. TRABAJAR EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

Todas las personas que trabajan en el área de la atención en salud, independientemente de la función que desempeñen, tienen algo en común: deben trabajar en equipo. Médicos, enfermeras, químicos farmacéuticos, bacteriólogas, técnicos y otros profesionales de la salud, deben coordinar sus actividades para que sea prioridad una atención segura y eficiente al paciente. Sin embargo, aunque casi todos los procesos de atención en salud requieren de equipos interdisciplinarios, sus miembros, rara vez entrenan juntos; y a menudo provienen de distintas disciplinas y de diversos programas educativos. Dada la naturaleza interdisciplinaria de su trabajo y de la necesidad de cooperación entre aquellos que lo realizan, es probable que el trabajo en equipo juegue un papel importante para garantizar la seguridad del paciente y evitar errores.

Los equipos cometen menos errores que los individuos, sobre todo cuando cada miembro del equipo conoce tanto sus responsabilidades así como las de los otros miembros de su equipo. Sin embargo, la simple instalación de una estructura de equipo no garantiza automáticamente que se va a trabajar de manera eficaz. El trabajo en equipo no es una consecuencia automática de la colocación de la gente en la misma habitación, sino que depende de la voluntad de cooperar para alcanzar metas comunes. En la atención en salud, las metas comunes pueden ser tan sencillas como mantener el estado de salud de un paciente y evitar cometer errores.

En respuesta a esta situación se han desarrollado múltiples programas de entrenamiento para trabajar en equipo entre profesionales de la salud, algunos de los cuales se basan en simuladores, tales como el Anesthesia Crisis Resource Management y el Team-oriented Medical Simulation, los cuales no serán objeto de presentación en este documento. Por fortuna, la mayor parte de estos programas están diseñados para realizarse en aulas de clase, cada uno de los cuales tiene sus propias particularidades. A continuación, se presentan las principales características de los diferentes programas de entrenamiento para trabajar en equipo entre profesionales de la salud.

- **MedTeams®**

El propósito principal de MedTeams es reducir los errores médicos mediante el trabajo interdisciplinario en equipo. MedTeams, fue desarrollado inicialmente por Dynamics Research Corporation (DRC) para los servicios de urgencias, bajo la premisa que, la mayor parte de los errores son producto de fallas en los sistemas. Según el plan de estudios del MedTeams, para los servicios de urgencias, cada miembro del equipo tiene un gran interés en mantener la seguridad del paciente y se espera que adopte un papel firme en romper la cadena de errores.

El programa MedTeams, define un equipo básico en los servicios de urgencias como un grupo de entre 3 a 10 (promedio = 6) profesionales del área de la salud que trabajen en turnos diferentes, y que se entrenen para usar los comportamientos específicos del trabajo en equipo coordinando su interacción clínica. Cada equipo básico, incluye al menos un médico y una enfermera. Un equipo coordinador, encargado de la asignación de nuevos pacientes a los equipos básicos y del suminis-

tro de recursos adicionales cuando sea necesario, dirige a varios equipos básicos. El entrenamiento del MedTeams se desarrolló con base en un curso diseñado a partir de un proceso de evaluación. Con base en las necesidades identificadas, el DRC identificó cinco dimensiones críticas que eran necesarias para el trabajo en equipo eficaz (Tabla 1). Luego, se identificaron 48 comportamientos específicos observables que estaban vinculados a estas dimensiones, y se construyeron escala para cada comportamiento (Behaviorally Anchored Rating Scales).

Tabla 1. Conocimientos y Habilidades Enseñadas en MedTeams®, DOM y MTM

MedTeams®	DOM	MTM
Mantenimiento de la estructura y el clima del equipo	Gestión de grupos	Conciencia de la situación
Habilidades para resolver problemas	Reconocimiento de los eventos adversos	Estrategia de operación
Ejecución de planes y gestión de la carga de trabajo	Comunicaciones	Comunicación
Habilidades de comunicación	Toma de decisiones	Autoridad de mando
Habilidades para el mejoramiento del equipo	Distribución de la carga de trabajo	Desempeño de la carga de trabajo
Conocimiento de los componentes del trabajo en equipo	Toma de información	Recursos
Conciencia de la situación		Política / regulación

DOM=Dynamic Outcomes Management (Gestión de Resultados Dinámicos).
MTM=Medical Team Management (Gestión de Grupos de Médicos).

- Gestión de Grupos de Médicos (MTM, por sus siglas en inglés)

La Fuerza Aérea de los Estados Unidos desarrolló el proceso de formación MTM en respuesta a un incidente en sus instalaciones, en el que el pobre trabajo en equipo dio lugar al deterioro neurológico de un recién nacido. Similar al MedTeams, el propósito principal del MTM, es reducir los errores médicos, en este caso, mediante la enseñanza de conceptos de factores humanos para los equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud. Un segundo objetivo es cambiar la cultura médica de los militares tradicionales que se centra en el rendimiento individual, lo cual genera barreras de comunicación.

En contraste, el MTM fomenta una cultura que valora el rendimiento del equipo y la comunicación eficaz. Su posición teórica es que esta nueva cultura facilitará el trabajo en equipo, reduciendo así los errores. El plan de estudios de MTM incluye una introducción al programa, una visión general de la seguridad del paciente y aspectos de gestión del recurso humano, con módulos específicos para siete habilidades del trabajo en equipo (Tabla 1). Los estudios de caso, las discusiones grupales y las herramientas son intercalados en el plan de estudios para reforzar la importancia de la eficacia del trabajo en equipo.

En 2001, el Director Médico de la Fuerza Aérea de los EE.UU. ordenó que todas las especialidades de alto riesgo tuviesen formación en MTM: Servicios de urgencias, quirófanos, departamentos de obstetricia, unidades de cuidados intensivos de adultos y neonatales. En febrero de 2003, más de dos mil profesionales de sus instalaciones sanitarias habían recibido formación en MTM, aunque aún no se hecho una evaluación formal sobre la eficacia de este proceso de formación.

- **Gestión de Resultados Dinámicos (DOM, por sus siglas en inglés) (Lifewings®)**

El propósito principal de DOM es aumentar la seguridad del paciente, reducir los errores médicos y mejorar la calidad de la atención en salud mediante el mejoramiento de habilidades de los alumnos en la creación de equipos, el reconocimiento de situaciones de riesgo, contrarrestar los efectos del estrés y la fatiga, la comunicación, y la toma de decisiones. DOM proporciona el entrenamiento de equipo interdisciplinario entre cirujanos, enfermeras y anestesiólogos. El programa se basa en gran medida en la formación de administración del recurso de la tripulación (crew resource management) de la industria de la aviación, y fue desarrollado por el Equipo Internacional de Formación (CTI).

CTI (http://www.cti-crm.com), recientemente cambio su nombre por DOM Lifewings® (http://www.saferpatients.com). DOM, que es muy similar a MedTeams y MTM, incluye 8 horas de clase en el aula, formación interactiva que incorpora elementos para el debate, juegos de rol, estudios de caso, modelos de comportamiento, y pruebas de conocimientos. Durante la sesión de 8 horas, dos instructores conducen a los participantes a través de estrategias para la creación de un equipo eficaz. Estas técnicas incluyen el reconocimiento de situaciones adversas, recomendaciones para la gestión de los conflictos de manera constructiva, orientación para mitigar los efectos del estrés, entrenamiento en habilidades para la toma de decisiones, y recomendaciones para proporcionar retroalimentación sobre el desempeño.

- **Formación de Equipos Interdisciplinarios en Geriatría (GITT, por sus siglas en inglés)**

El propósito principal de GITT es crear un grupo de profesionales bien capacitados que puedan aprovechar los efectos del trabajo en equipos interdisciplinarios para mejorar la atención al paciente geriátrico. Para ello, GITT ofrece capacitación para trabajar en equipos interdisciplinarios a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, químicos farmacéuticos, terapeutas y administradores. GITT, que también es muy similar a MedTeams, MTM, y DOM, incluye un día completo con un equipo de capacitación. Como ejercicio de autoevaluación, el equipo aplica el Inventario de Desarrollo de Fortalezas® para ayudar a los miembros del equipo a reconocer sus estilos interpersonales preferidos.

También utiliza la Tecnología de Firmas de Grupo®, para ayudar a cada equipo a identificar su dinámica única a través de la descripción del nivel de cohesión del equipo, liderazgo, diversidad, y otras características relevantes. Después de la autoevaluación, los miembros del equipo reciben instrucción en el aula sobre los principios del trabajo eficaz en equipo, las fases de desarrollo del equipo, gestión de conflictos, liderazgo, y

otros factores. Los datos relativos a la elaboración y aplicación del GITT son limitados, de los ocho equipos originales que participaron en GITT, todos los cuales eran de las instalaciones de tratamiento geriátrico en Rhode Island (EE.UU.), sólo tres participaron en el seguimiento; los restantes cinco equipos han dejado de existir en su configuración original por motivos de reasignaciones administrativas.

- **Corolario**

Con base en la identificación de las características de los diferentes programas de formación para trabajar en equipos en el área de la salud, se puede observar que hay más similitudes que diferencias entre ellos; lo que indicaría que el programa que se aplique debería desarrollar los conceptos que se plantean en la Tabla 1. No es posible presentar los contenidos de ninguno de los programas en este documento, porque todos se encuentran registrados y por tanto su contenido está protegido por la ley.

A pesar de esto, es bien sabido que todos estos programas se desarrollaron con base en el de administración de recursos de la tripulación (crew resource management), que desde hace más de veinte años han implementado las aerolíneas en busca de una cultura de la seguridad. Así que desarrollando los conceptos que se señalan en este documento, a través de talleres en los que se involucre el todo recurso humano de las IPS, es posible que cada institución desarrolle su propia estrategia de formación para trabajar en equipos. En este proceso de formación, siempre debe mantenerse presente que el objetivo final es evitar eventos adversos en la prestación de los servicios de salud, y por tanto, el equipo de trabajo funciona como un solo órgano, en el que todos dependen de todos.

Aunque no es posible presentar los contenidos de ninguno de los programas en este documento porque todos se encuentran registrados y por tanto su contenido está protegido por la ley, a continuación se sugieren algunos de los contenidos que pueden desarrollarse, considerando como base el programa MedTeams® que posiblemente es el que más se haya utilizado en el área de la salud:

- Mantenimiento de la estructura y el clima del equipo:
  - Cultura organizacional
  - Clima organizacional
  - Liderazgo

- Habilidades para resolver problemas:
  - Conciencia del problema, definición y recolección de datos
  - Actividades de generación de hipótesis o ideas
  - Actividades de evaluación o comprensión de las ideas

- Ejecución de planes y gestión de la carga de trabajo:
  - Dirección y gestión
  - Organización y desarrollo del talento humano
  - Condiciones de trabajo y salud

- Habilidades de comunicación:
  - Términos que identifican a la comunicación
  - Elementos de la comunicación
  - Barreras en la comunicación

- Habilidades para el mejoramiento del equipo:
  - Ciclo Deming
  - Características de los equipos eficaces de trabajo
  - El método de resolución de problemas

- Conocimiento de los componentes del trabajo en equipo
  - Formación de equipos
  - Rol del líder del equipo
  - Técnicas de trabajo en equipo
  - Ventajas del trabajo en equipo

- Conciencia situacional
  - Definiciones y modelos:
    - Modelo de Endsley
    - Jerarquía cognitiva
    - Valoración de la situación
    - Sensemarking
  - Medida de la conciencia situacional
  - Conciencia situacional de equipos

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a. Clark PG, Leinhaas MM, Filinson R. Developing and evaluating an interdisciplinary clinical team training program: lessons learned and lessons taught. Educ Gerontol 2002; 28:491.

b. Clarke S. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. J Organ Behav Manage. 1999; 20: 185-8.

c. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Saf Sci. 2000; 36: 111-36.

d. Dynamics Research Corporation. Evaluation of a teamwork intervention in labor and delivery units. Andover, (MA): Dynamics Research Corporation; 2002.

e. Dynamics Research Corporation. MedTeams: labor and delivery measures guide. Andover (MA): Dynamics Research Corporation. 2002.

f. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis.

J Adv Nurs. 2008; 63: 310-9.

g. Flin R, Yule S. Leadership for safety: industrial experience. Qual Saf Health Care. 2004; 13 Suppl 2: ii45-51.

h. Gaba DM, Howard SK, Fish KJ, et al. Simulation based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience. Simulation & Gaming; 2001; 32: 175.

i. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, editors. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1993.

j. Hewison AR. Organizational culture: a useful concept for nurse manager. J Nurs Adm. 1996; 4: 3-9.

k. International Nuclear Safety Advisory Group. Basic Safety Principles for Nuclear Power Plants. Safety Series No. 75-INSAG- 3, International Atomic Energy Agency, Vienna; 1988.

l. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. Health Care Manage Rev. 2009; 34: 312-22.

m. Kohn L, Corrigan J, Donalson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.

n. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Seguridad del Paciente. [Internet] Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx Consultado en marzo de 2010.

o. 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: 1553-81.

p. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/ Consultado en marzo de 2010.

q. Reid Ponte P, Peterson K. A patient- and family-centered care model paves the way for a culture of quality and safety. Crit Care Nurs Clin North Am. 2008; 20: 451-64.

r. Rivers RM, Swain D, Nixon WR. Using aviation safety measures to enhance patient outcomes. AORN J 2003;77: 158-62.

s. Scott-Cawiezell J, Vogelsmeier A, McKenney C, Rantz M, Hicks L, Zellmer D. Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. Nurs Forum. 2006; 41: 133-40.

t. Sims DE, Salas E, Burke SC. Is there a “big five” in teamwork? Chicago (IL): 19th annual meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology; 2004.

u. Tucker AL, Nembhard IM, Edmondson AC. Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. Manage Sci. 2007; 53: 894-907.

ANEXO

Paso a paso en la promoción de una Cultura de Seguridad del Paciente

Promocionar una cultura determinada es una tarea larga y compleja, ya que se trata de la implementación de una forma de comportamiento grupal lo cual implica afectar la estructura y los procesos de una población. En este caso, en el que se pretende promocionar una Cultura de Seguridad del Paciente, el nivel de dificultad es aun mayor, porque deben desarrollarse comportamientos y habilidades en profesionales de la salud, los cuales no hicieron parte de su proceso de formación, lo que en principio podría generar algún grado de resistencia de su parte. La pretensión de esta propuesta es facilitar una serie de herramientas que permitan implementar dicha Cultura de Seguridad del Paciente.

La nomenclatura utilizada en este anexo se hará con letras y no con números, con el fin de subrayar que no hay un orden específico en estas actividades sino que varias de ellas pueden realizarse simultáneamente, dependiendo del nivel de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, al interior de cada IPS.

A. Liderazgo interdisciplinario

Para que una política tenga alguna posibilidad de ser implementada con éxito debe contar con el apoyo de la alta dirección de la organización. Pero no es suficiente que este apoyo sólo sea nominal, mencionándolo en la estrategia de la organización pero relegando su implementación al nivel operativo sin participar activamente en la misma. Lo anterior significa que debe haber una participación real, en el campo operativo, de algunos de los integrantes de la alta dirección de la IPS. Debe crearse un grupo élite que lidere este proceso. En un grupo social, la élite es grupo minoritario, cuyas responsabilidades son mayores que las de los demás, en este caso, son los responsables de liderar este proceso.

Las características que debe tener este grupo son dos; primero, que los cargos de sus integrantes les permitan participar en diferentes comités de la IPS, de esta forma tendrán la oportunidad de discutir en los diferentes ámbitos todos los asuntos relacionados con la Cultura de Seguridad del Paciente; segundo, que sean pocos, tres integrantes es suficiente. Incluir más personas podría diluir las responsabilidades y dificultaría la realización de acuerdos. Considerando las múltiples tareas que tiene el gerente de una IPS no se recomienda que éste haga parte de este equipo.

Los cargos que se sugieren son los de las persona cuyo objeto fundamental en la institución sea el de liderar los más importantes procesos al interior de una IPS, es decir, el Director Médico, el Director Administrativo y la Coordinadora de Enfermería, o el de aquellos que lideren dichos procesos, dependiendo del organigrama de cada IPS. Trabajando juntos, este grupo se encarga de supervisar las operaciones en el nivel operativo de la institución, además es responsable de la aprobación del programa y de los recursos y de las decisiones políticas que requieren apoyo ejecutivo.

El director ejecutivo de esta tríada debe ser la persona que en la institución sea el responsable de los procesos de garantía de la calidad. Entre las funciones de este grupo de trabajo deben considerarse las de impulsar las diversas iniciativas y programas de seguridad de la institución, así como

fomentar la participación del personal encargado de atender de forma directa a los pacientes y de asegurar que todos ayuden a impulsar las prioridades sobre las que se implementen las prácticas de seguridad.

B. Participación del paciente y su familia

Debe crearse formalmente un comité consultivo del paciente y la familia, que puede componerse de pacientes voluntarios y miembros de sus familias y reunirse mensualmente para organizar el trabajo de sus miembros. Debe invitarse a aquellos pacientes y sus familiares cuyo diagnóstico al momento del egreso sea el de alguna patología crónica, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, virus de la inmunodeficiencia humana, entre otros, porque este tipo de pacientes son los que generan la mayor cantidad de consultas e ingresos hospitalarios. El objetivo de este comité es desarrollar prácticas basadas en las observaciones y experiencias de los pacientes y sus familias.

Como su nombre lo dice, a este comité se le deben realizar las consultas referentes a los procesos de atención. El director de este consejo consultivo debe ser el mismo director ejecutivo de la triada multidisciplinaria encargada de liderar el proceso de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, pues esto le permite tener asiento en los diferentes comités de la institución, especialmente aquellos relacionados con procesos de calidad así como en la Junta Directiva de la institución. Un valor agregado de que los pacientes y las familias participen en la toma de decisiones, es que este tipo de grupos son más adecuados para garantizar la seguridad y el cumplimiento de los procesos propuestos.

C. Liderazgo transparente

Este concepto se refiere a la generación de diferentes espacios que permitan la participación de todos los empleados, intercambiando sus percepciones de los diferentes procesos de atención con los de los directivos. Se proponen diferentes escenarios, los cuales pueden adaptarse a las estructuras organizacionales de cada IPS:

• Una reunión semanal de dos horas entre los directivos del hospital, incluyendo al gerente, y un grupo de entre 25 a 30 empleados. El objetivo de esta reunión es identificar los problemas que cada trabajador observa en su sitio de trabajo y que puedan afectar la seguridad del paciente, con el fin que los directivos respondan a dichas inquietudes de forma inmediata, en caso de no ser posible, el gerente debe proponer un directivo responsable de solucionar dichos problemas. Se recomienda realizar un cronograma previo de los empleados que participarán en cada una de las reuniones, con el fin que ellos puedan preparar los problemas que quieren discutir.

• Una reunión diaria de una hora de duración, antes de iniciar la jornada laboral, entre la Coordinadora de Enfermería del hospital con ocho a diez personas de un determinado servicio del hospital, los cuales pueden ser de diferentes profesiones. Esta reunión es más operativa que la anterior, y es una oportunidad para evaluar el avance de los procesos propuestos, tanto en la reunión antes

mencionada como en el grupo élite que lidera el proceso de promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, del cual hace parte la Coordinadora de Enfermería de la institución.

• Asimismo, deben aprovecharse todos los espacios laborales y académicos en los que participe el personal directamente relacionado con los procesos de atención para discutir los diferentes temas relacionados con la Seguridad del Paciente, como por ejemplo las Rondas de Seguridad.

D. Protocolo de Londres

Es fundamental la implementación de procesos que permitan identificar las causas de los eventos adversos, sin temor de ser culpados o ridiculizados. Esto último es extremadamente importante y debe ser un compromiso de la alta dirección y de todos los empleados de la institución, de lo contrario, no habrá posibilidad alguna que las personas reporten los eventos adversos. El llamado "Protocolo de Londres" es una herramienta práctica que permite analizar los eventos adversos con el fin de identificar las potenciales causas que los pudieron haber generado, de forma tal que la institución pueda tomar las medidas correctivas específicas para que no sucedan nuevamente.

Aunque se han descrito diversas herramientas que pudieran ayudar en esta tarea, el Ministerio de la Protección Social (MPS) ha escogido éste porque es muy práctico y permite identificar de una forma sencilla las causas de los diferentes eventos adversos. El esquema de análisis propuesto por el Protocolo de Londres se encuentra disponible en Internet en el Observatorio de la Calidad en la Atención en Salud del MPS. Deben aprovecharse las reuniones discutidas en el literal del liderazgo transparente para hacer conocer este mecanismo de análisis entre todos los empleados, de forma tal que ellos puedan también puedan contribuir a hacer los análisis, lo que les generaría mayor sentido de pertenencia del proceso.

E. Trato respetuoso

Históricamente, la administración del personal de la atención en salud ha tenido una estructura jerarquizada al interior de las IPS. Este tipo de estructuras dificulta la implementación de cualquier proceso cultural porque tácitamente se genera una diferencia en el trato entre las diferentes profesiones y especialidades, la cual se ha aceptado como algo culturalmente normal. Si bien es cierto que el nivel de conocimiento y entrenamiento de los individuos que hacen parte de una organización es diferente, esto no significa que su nivel de responsabilidad difiera en lo relacionado con la Seguridad del Paciente, por lo que es muy importante que la alta dirección se asegure que el trato entre los empleados sea respetuoso.

Este concepto del trato respetuoso entre todos los empleados debe hacer parte de los procesos de inducción y re-inducción del talento humano en la institución, porque dichas jerarquías pueden generar temores, en ocasiones reales y en ocasiones infundados, sobre el reporte de un evento adverso en el que se vea involucrado personal médico especializado. Asimismo, pueden utilizarse estrategias de compromiso, en el que todos los empleados firmen un documento en el que se

comprometan a tratar siempre de forma respetuosa a todos sus compañeros de trabajo. La alta dirección también debe comprometerse a no tolerar que ningún empleado sea irrespetado por algún compañero de trabajo.

F. Estímulos a enfermería

El departamento de enfermería, tanto enfermeras profesionales como auxiliares de enfermería, es el personal que comparte mayor tiempo con los pacientes y por tanto en ellas recae gran parte de la responsabilidad de la Cultura de Seguridad del Paciente. En cualquier proceso en el que se haga una exigencia mayor que a los demás, también es importante que esta tenga una compensación. Esta puede reflejarse de diferentes formas, pero las que más impacto tienen son aquellas en las que hay un reconocimiento por parte de sus colegas y sus superiores. Por esta razón, se sugiere a las IPS que creen un programa que estimule a las enfermeras a participar en el proceso de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.

Este reconocimiento puede hacerse por medio de un acto público con una regularidad determinada (anual, semestral o trimestral), en el que se premia a una o varias de las integrantes del departamento de enfermería por su activa participación en el proceso de reporte de eventos adversos. De esta forma, el personal querrá participar activamente en el proceso de reporte y las directivas evitarán las acciones punitivas. El estímulo que se genere, además del acto público, debe incluir algún tipo de documento que la persona pueda incluir en su hoja de vida como reconocimiento a su trabajo, además pueden sugerirse cosas sencillas pero significativas como un desayuno con las directivas de la institución.

G. Mejoramiento continuo con información propia

Los procesos de mejoramiento continuo deben fundamentarse en sistemas de información que le permitan a cada institución estar tomando continuamente las acciones correctivas necesarias. En principio, el personal encargado de administrar el sistema de garantía de la calidad de la institución así como los auditores internos de la misma, pueden estar haciendo las verificaciones de los indicadores con el fin de tomar las decisiones que permitan reevaluar los diferentes procesos. En la medida en que los diferentes procesos se vayan ajustando de forma continua y se empiecen a observar cambios en la Cultura de Seguridad del Paciente, este sistema también debe evolucionar.

Dicha evolución se relaciona con situaciones tales como la participación de todo el personal en los procesos de adaptación de las diferentes guías de práctica clínica (GPC) y la evaluación periódica de sus resultados clínicos, y no sólo de su adherencia. Esto también permite estar ajustando las GPC a la práctica clínica que es diferente en cada institución. Asimismo es muy importante utilizar espacios, como el mencionado en el literal de la participación del paciente y su familia, para que ellos también participen activamente en los aspectos que deben considerar las diferentes GPC, porque finalmente ellos son los beneficiarios de éstas, además al considerar su opinión, las GPC realmente estarán basadas en la evidencia.

H. Marco sistémico para el mejoramiento de la calidad

Los procesos de mejoramiento de la calidad deben considerar los cambios que constantemente tiene el entorno, de forma tal que puedan estarse adaptando a las realidades del medio y no sólo considerar los supuestos de las directivas, esto significa que deben considerarse las necesidades de los pacientes y establecer contactos con otras IPS para que puedan aprender las unas de las otras. Se sugiere la conformación de un grupo de trabajo en el que participe la triada que lidera este proceso en la organización, al que deberían unirse el responsable de implementar el sistema de garantía de la calidad de la institución así como el líder del proceso de administración de los riesgos.

Este grupo de trabajo debe encargarse de determinar las políticas de calidad y seguridad de la institución, considerando siempre la opinión del comité consultivo de los pacientes y sus familias. Asimismo deben establecer contacto con grupos de trabajo similares en otras IPS, con el fin de compartir experiencias por medio de reuniones periódicas en las que se discutan los diferentes problemas que ha tenido cada institución en la promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, así como las estrategias que han utilizado para superar tales escollos. Finalmente, en la medida de lo posible, todas las IPS debieran apuntar a generar su propio sistema para desarrollar investigaciones que les permitan establecer la efectividad clínica de sus diferentes procesos de atención.

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas, necesarias para abordar la temática acerca de las Buenas Prácticas en la Atención del Paciente, para ilustrar el proceso de la Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas. Se anexa al presente documento el archivo con las técnicas didácticas sugeridas.

El instructor también debe comprender a profundidad cómo funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje. Recuerde que, como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución y de los resultados que cada uno de ellos busca.

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Crear una Cultura de Seguridad del Paciente en todo el personal que trabaje en el hospital, con el fin de facilitar la implementación de la Política y de las Prácticas de Seguridad del Paciente, mediante un proceso continuo y participativo, que involucre tanto a la alta dirección como a la totalidad del recurso humano.

Competencias Institucionales

- Aplicar a su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre los conceptos de cultura, seguridad del paciente, cultura de seguridad y cultura de seguridad del paciente .
- Establecer la relación entre los procesos de implementación de la cultura de seguridad en el ámbito de la atención en salud con los de otras industrias de alto riesgo.
- Determinar los pasos necesarios para implementar un proceso de atención, centrado en el paciente y la familia, especialmente en los casos de enfermedades crónicas.
- Identificar la importancia preponderante de enfermería, como líder administrativa de los servicios, en el proceso de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Reconocer los principales elementos de un programa de entrenamiento para trabajar en equipos multidisciplinarios en el área de la salud.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Cultura de la Seguridad del Paciente, que debe hacer parte de la Cultura Organizacional de cada institución.

- Seguridad como una de las características en las que se fundamenta el SOGCS, y cómo se afectan los pacientes cuando hay ausencia de ésta.
- Atención centrada en la familia y el paciente, como mecanismo de facilitación del tratamiento en las patologías crónicas, aumentando tanto la seguridad como la satisfacción del paciente.
- Educación continua y compromiso de la alta dirección, con el fin de servir, mantener procesos dirigidos a generar una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Formación del recurso humano para trabajar en equipos multidisciplinarios como estrategia para aumentar la Seguridad del Paciente.

De Procesos

- Proceso de atención, centrado en la familia y el paciente para el manejo de patologías crónicas.
- Círculo de la calidad como técnica de mejoramiento continuo, en los procesos de atención en salud.
- Formación continua en Prácticas de Seguridad del Paciente, dirigida al personal de enfermería, como eje armonizador de la Cultura de Seguridad.
- Entrenamiento en gestión del recurso humano para trabajos de alto riesgo, con el fin de desenvolverse adecuadamente en equipos de trabajo.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo (Figura 1).

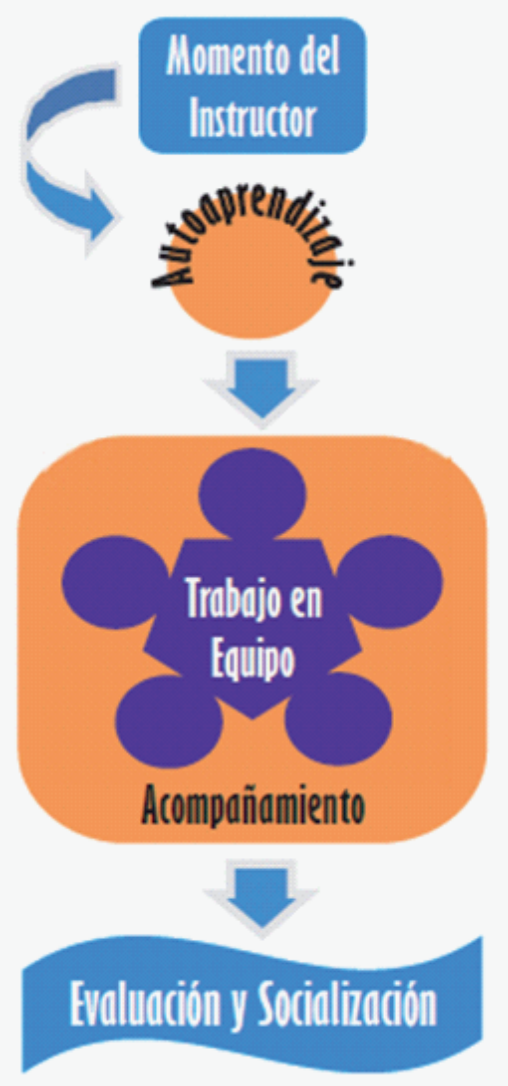

Figura 1. Mapa Conceptual que Muestra los Ambientes de Aprendizaje y su Secuencia Lógica.

A continuación, se procederá a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.

MOMENTO DEL INSTRUCTOR

Es el momento de la clase, durante el cual se desarrollará aproximadamente el 35% del tiempo destinado para el paquete instruccional y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor. El instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre la

Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, entregando el material de lectura (Marco Teórico) para su estudio y profundización con su respectiva bibliografía; asimismo, se sugiere que el abordaje de esta temática se oriente en las siguientes fases:

Motivación

En esta fase, el formador o capacitador busca: generar motivación, crear expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación del grupo; instaurar la reunión, informando a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo; precisar una agenda, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Contexto

Una estrategia para facilitar el proceso de aprendizaje es ubicar a los participantes en un contexto de las problemáticas de su entorno o de su interés; esta participación puede estimularse desarrollando preguntas que permitan:
- Identificar experiencias de los alumnos sobre este aspecto.
- Generar un diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematizar y explorar necesidades y expectativas.
- Precisar los objetivos del aprendizaje.

Tanto en la Motivación como en la Ubicación, el instructor puede valerse de la asignación de roles, tales como el del paciente, el médico, el familiar del paciente, la enfermera o el gerente de la IPS, entre otros, para promocionar la participación activa de los alumnos.

Adquisición

En esta fase, el instructor procura que el participante interprete la información que está recibiendo, para ser clasificada y organizada, según su nivel, desarrollo y comprensión. Es el momento en que el instructor, valiéndose de la información contenida en el paquete instruccional “Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente”, expone al alumno todo el Marco Teórico, para lo cual como instructor:

- Explica los procedimientos, las teorías y los hechos que soportan el problema en estudio.
- Expone un planteamiento interdisciplinario, utilizando diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traduce la información según el nivel de educación de cada alumno y utilice su lenguaje.
- Apoya en la experiencia previa de los alumnos y la ejemplifíca con base en su realidad.
- Prefiere preguntas polémicas en vez de afirmaciones categóricas.

Auto-aprendizaje

Este momento transcurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que los alumnos se apropian de los conocimientos impartidos. En este caso particular, el instructor debe:

- Entregar al estudiante la "Guía del Alumno" sobre "Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente" y explicar el desarrollo de este documento.
- Invitar a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo facilita los mecanismos de aprendizaje. Este momento de la formación se constituye en eje fundamental para desarrollar una propuesta pedagógica que contribuya a la formación de aprendizajes significativos, y por lo tanto al que mayor intensidad horaria se le asigna. Se sugiere realizar actividades en grupos que cubran por lo menos el 50% total de la formación. Durante este momento se privilegiará la implementación de estrategias didácticas pertinentes para lograr los objetivos de formación del paquete instruccional.

Para este caso particular sobre "Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente", se recomienda desarrollar como estrategia de trabajo, la denominada estudio de casos. El instructor desarrollará este momento de la siguiente manera:

Organización

- Explica mediante un ejemplo el significado y el diseño de la técnica Estudio de Casos. Un grupo estudia analítica y exhaustivamente un "caso" con todos los detalles para extraer conclusiones. Esta técnica permite analizar amplia y detalladamente una situación problema.
- Organiza a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención del paciente.
- Formula con precisión la situación o problema relacionado; debe relatarse detalladamente y entregarse el caso que debe ser analizado. Asignando un secretario relator de las soluciones grupales y definir un tiempo prudencial para su discusión; además debe atender las inquietudes que le presenten.
- Divide todo el grupo en subgrupos, para que éstos conozcan de una situación problema, la analicen, discutan y puedan presentar soluciones diferentes de acuerdo con sus conocimientos y experiencias.
- Una vez se ha discutido en cada equipo el problema y su solución se procede a la socialización ante la plenaria frente a la toma de decisiones, producto de la reflexión y el análisis; debe concederse un tiempo prudencial para la revisión de cada decisión grupal. Permitir que cada equipo exprese libremente las dificultades de la implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente y las ventajas que tendría hacerlo.

- Invitar a que el grupo plenario participe, opine y argumente en torno a las soluciones presentadas por los diferentes subgrupos; permitir e incentivar una participación profunda y de reflexión.

Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el Trabajo en Equipo, pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica, durante el cual debe:

- Orientar al estudiante (funcionario) en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo individual, especialmente en el desarrollo del caso entregado, teniendo como referencia las actividades descritas en la Guía de Sesión Educativa.
- Asumir las funciones de tutor en lo referente a la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación y tiene que ver con el cierre de esta, en ella el instructor debe:

- Reunir a los estudiantes en sesión plenaria y proponer la explicación de las conclusiones grupales; el grupo debe tratar de ponerse de acuerdo sobre la mejor solución.
- Proponer la creación de mesas de trabajo que promuevan la implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Invitar a los alumnos a desarrollar la autoevaluación que se presente en la Guía del Alumno.
- Clausurar la sesión.

Agenda propuesta "Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente"

AMBIENTE / MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	**85**
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	**120**
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	**35**
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Autoevaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	**240**

Ambientes de Aprendizaje

- Aula-taller.
- Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del MPS.
- Entorno laboral.
- Marco teórico Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Guía del Alumno.
- Estudio de caso, plenarias.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos sobre Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Explican y entienden las principales consecuencias por la falta de implementación de una cultura de seguridad del paciente.
- Identifican los factores contributivos que predisponen a la falta de implementación de una cultura de seguridad del paciente, y comprenden cuáles decisiones administrativas y procesos organizacionales permiten que esto continúe sucediendo.
- Proponen mecanismos de control, basados en los factores contributivos y en las buenas prácticas para implementar una cultura de seguridad del paciente. El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la Guía de Aprendizaje.

GUÍA DEL ALUMNO

La siguiente guía tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción del paquete. Para alcanzar los objetivos, es imperativo que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas y participe conjuntamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas. Finalmente, es vital comprender que el impacto que puede llegar a tener este paquete dependiendo de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general, están instruidos en el desarrollo de Buenas Prácticas de Atención en Salud, en este caso, prácticas para la Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.

1. INTRODUCCIÓN

Modalidad de formación presencial y guiada, con actividades extra clase.

Competencias Específicas a Desarrollar

- Identificar algunos elementos básicos del proceso de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre los conceptos de cultura, seguridad del paciente, cultura de seguridad y cultura de seguridad del paciente.
- Establecer la relación entre los procesos de implementación de la cultura de seguridad en el ámbito de la atención en salud con los de otras industrias de alto riesgo.
- Determinar los pasos necesarios para implementar un proceso de atención centrado en el paciente y la familia, especialmente en los casos de enfermedades crónicas.
- Identificar la importancia preponderante de enfermería como líder administrativa de los servicios, en el proceso de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Reconocer los principales elementos de un programa de entrenamiento para trabajar en equipos multidisciplinarios en el área de la salud.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Cultura de la Seguridad del Paciente, enfoque que debe hacer parte de la Cultura Organizacional de cada institución.
- Seguridad como una de las características en las que se fundamenta el SOGCS, y cómo se afectan los pacientes cuando hay ausencia de ésta.
- Atención centrada en la familia y el paciente, como mecanismo de facilitación del tratamiento en las patologías crónicas, aumentando tanto la seguridad como la satisfacción del paciente.
- Educación continua y compromiso de la alta dirección, con el fin de servir mantener procesos dirigidos a generar una Cultura de Seguridad del Paciente.
- Formación del recurso humano para trabajar en equipos multidisciplinarios como estrategia para aumentar la Seguridad del Paciente.

De Procesos

- Proceso de atención centrado en la familia y el paciente para el manejo de patologías crónicas.
- Círculo de la calidad como técnica de mejoramiento continuo, en los procesos de atención en salud.
- Formación continua en Prácticas de Seguridad del Paciente, dirigida al personal de enfermería como eje armonizador de la Cultura de Seguridad.
- Entrenamiento en gestión del recurso humano para trabajos de alto riesgo, con el fin de desenvolverse adecuadamente en equipos de trabajo.

4. INTRODUCCIÓN

Es muy importante el acompañamiento durante el progreso del curso. La experiencia del aprendizaje permite un desarrollo de capacidades y competencias de conocimientos sobre la seguridad en el proceso de promoción de la cultura de seguridad del paciente, facilitando la implementación de prácticas más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además brinda los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su desempeño diario. De esta forma se contribuirá a mejorar la seguridad en lo relacionado con la promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, a la seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diversas estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno

La atención en salud es un trabajo de alto riesgo en el que, por la misma naturaleza humana pueden cometerse errores, pero así como no es posible dejar de prestar el servicio, también estamos en la obligación de ofrecer las máximas garantías a los pacientes. Pero implementar políticas o prácticas de atención, no es sencillo si no existe una Cultura de Seguridad del Paciente, en la que todo el recurso humano de los hospitales se sienta incluido y sea participe, convirtiéndola en parte cotidiana del trabajo.

Implementar un proceso cultural no es difícil, pero es dispendioso, requiere tiempo y convicción por parte del grupo social que asume dicha cultura. La cultura es la forma en que un grupo social hace las cosas y por tanto se identifica a través de ella, y es gracias a los procesos culturales que se pueden implementar todos los demás procesos organizativos.

En el caso de la Seguridad del Paciente, la cultura tiene varias características: no debe ser punitiva para que todos se sientan en libertad de participar, debe tener compromiso de la alta dirección para establecer la utilidad del reporte voluntario, debe tener procesos de formación constante para que haga parte de la cotidianidad de la institución; debe ser transparente y con canales de información de doble vía para que todos tengan información; debe centrarse en el paciente como objetivo final del proceso de atención y por tanto éste y su familia deben participar activamente en su construcción.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector de la salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para poder dar respuesta a los continuos cambios y demandas, sociales y en materia de salud. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y sistemas de administración del riesgo, y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren un mejoramiento en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad.

La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población. Al finalizar el desarrollo de las actividades propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio, esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje. Durante el desarrollo de esta guía, se le recomienda participar permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma propuesto.

Solicite la asesoría y acompañamiento del instructor encargado, interactúe con sus compañeros del curso y, de ser posible, con funcionarios del Ministerio de la Protección Social, esta acción le

permitirá obtener una mayor fundamentación para identificar la Política de Seguridad del Paciente y las actividades necesarias para cumplir el proceso de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Finalmente, se le recomienda participar en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

USTED ES QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

5. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación se presentan una serie de actividades mediante las cuales se contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a la promoción de acciones correctivas y preventivas al respecto; de su empeño y atención dependen los resultados de la presente instrucción.

Actividades de Aprendizaje

- Participar activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del instructor.
- Intervenir en el estudio de caso propuesto por el instructor, relacionado con la Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Participar en el debate dirigido o discusión del estudio de caso.
- Identificar cuáles son las acciones inseguras que se presentan en su institución, relacionadas con la falta de promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Identificar qué factores contributivos están asociados con las acciones antes mencionadas.
- Indagar y profundizar sobre el tema, revisando la bibliografía específica del tema (ver Marco Teórico).
- Proponer el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevengan la falta de promoción de la cultura de seguridad del paciente.

6. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo en general, verificar si se han alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente; a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

¿Identifica la fundamentación teórica de la promoción de la cultura de seguridad del paciente?

¿Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen a la falta de promoción de la cultura de seguridad del paciente?

¿Señala los factores contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras antes mencionadas?

¿Determina claramente las ventajas de los diferentes procesos de promoción de una cultura de seguridad del paciente, tales como la implementación de un proceso de atención centrado en el paciente y la familia en el caso de patologías crónicas, la importancia de un proceso de formación de enfermería como eje de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente y la necesidad de formación específica para trabajar en grupos multidisciplinarios?

El instructor definirá si su desempeño en el desarrollo de la presente guía, es el adecuado a través de la observación, mediante un proceso que utilizará para estos efectos. Específicamente se trata del desarrollo de un caso o de un juego de roles. Finalmente, se espera que dentro de su institución se genere una Cultura de Seguridad del Paciente que facilite la implementación de las diferentes Prácticas de Seguridad.

7. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula-taller.
- Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del MPS.
- Entorno laboral.
- Marco Teórico Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Guía del Alumno.
- Estudio de caso, plenarias.