

00669



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Examen General de Conocimientos
Caso Práctico

**Seguridad del Paciente en Organizaciones
Hospitalarias**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración de
Sistemas de Salud**

Presenta: Odet Sarabia González

Tutor: Maestro Enrique Ruelas Barajas

México, D.F.

2005

m347309



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Rosita Sarabia, por su ejemplo de vida.

A mi hijo Santiago y a mi esposo Sergio, por su amor y apoyo incondicional.

A mi padre Omar y mis hermanos Olaf y Omar por abrir el camino hacia la excelencia.

A esta Universidad por la oportunidad de permitirme realizar la Maestría en Administración de Sistemas de Salud bajo la entrega profesional de su extraordinario cuerpo docente.

Al Dr. Enrique Ruelas Barajas por su infinita paciencia, su guía y aliento. Por compartir conmigo su invaluable experiencia. Gracias por haber sembrado en mi hace tantos años la inquietud de esta otra cara de la Medicina. Ha sido un honor poder desarrollar este tema tan apasionante bajo su dirección.

A la Secretaría de Salud especialmente a la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que me ha permitido trabajar, prepararme y adquirir experiencia en este tema de Seguridad del Paciente, rubro de suma importancia para la Calidad de los Servicios de Salud en nuestro México.

A la Maestra Ofelia Poblano Verástegui quien me ha impulsado a continuar como mujer profesionista.

A mi cuñado Edgar, a Gaby Curiel y Erika Medina por el gran apoyo que me han brindado siempre.

A Luis Graham por creer siempre en mi.

A todos ustedes les doy las gracias esperando retribuir su esfuerzo sirviendo a nuestro país para poder hacer Hospitales más Seguros, ciertamente esto es sólo la primera semilla...

Odal Sarabia González

INDICE

	Página
I. Título	3
II. Índice General	3
III. Introducción	4
IV. Presentación y descripción del caso práctico (unidad de análisis)	5
V. Marco conceptual	23
VI. Marco referencial de la empresa u organización y de su entorno	41
VII. Metodología para solucionar el caso y evaluar los resultados	42
VIII. Análisis de las opciones y elección de la más conveniente	45
IX. Conclusiones y líneas de investigación a seguir	52
X. Fuentes bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales	54
XI. Anexos	56

I. TÍTULO.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS

II. ÍNDICE GENERAL.

- I. Título
- II. Índice General
- III. Introducción
- IV. Presentación y descripción del caso práctico (unidad de análisis)
- V. Marco conceptual
- VI. Marco referencial de la empresa u organización y de su entorno
- VII. Metodología para solucionar el caso y evaluar los resultados
- VIII. Análisis de las opciones y elección de la más conveniente
- IX. Conclusiones y líneas de investigación a seguir
- X. Fuentes bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales
- XI. Anexos

III. INTRODUCCIÓN.

-Entré a quirófano para realizarme una cirugía de senos paranasales, esperando que mis dolores de cabeza debido a la sinusitis crónica que padecía, terminaran. Salí de cirugía con "complicaciones"; una terrible infección en el ojo derecho que terminó en lo que los médicos llaman endoftalmitis, misma que no pudieron controlar, perdí mi ojo.-

Situaciones como esta en la que el resultado en el proceso de atención médica no es el esperado, se presentan diariamente en todos los hospitales del mundo, debido a una simple razón: trabajamos en sistemas complejos operados por el factor humano. Los errores y las equivocaciones existen y se presentan con más frecuencia de lo que esperamos y creemos.

Reflexionando tanto en este caso como en muchos otros de menor, igual o mayor gravedad, y tomando en cuenta el actual entorno internacional en este tema, nació el proyecto de Seguridad del Paciente en la Secretaría de Salud.

El objetivo de esta investigación es desarrollar una estrategia para incrementar la Seguridad del paciente en las organizaciones hospitalarias. Todo esto para saber si es posible hacer un cambio organizacional, que genere las fuerzas endógenas necesarias para crear la necesidad de establecer transformaciones en varias secciones de las organizaciones hospitalarias, de tal manera que lleguen a centrarse en la Seguridad del Paciente, para trabajar de manera articulada bajo un pensamiento sistémico, este cambio cultural deberá tener un enfoque centrado en el paciente, motivando al personal a aprender a reconocer, compartir, diagnosticar, prevenir y resolver eventos centinela, eventos adversos, errores médicos así como quasi fallas que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Esta tesis se ha ido construyendo desde el inicio del proyecto de seguridad del paciente por parte de la Secretaría de Salud. Pretendemos dejar el testimonio de que el cambio cultural para propiciar un clima favorable para hacer hospitales más seguros, se puede generar. Tal ha sido el caso en el Estado de Morelos, en dónde llevamos un estudio piloto en el que sensibilizamos a personal de los diferentes hospitales abarcando todos los niveles jerárquicos. Se instruyó a los participantes en los conceptos más relevantes en materia de seguridad del paciente, posteriormente se aplicó un cuestionario desarrollado por el Instituto para la Mejora de la Atención de Salud de Estados Unidos (IHI), adaptado a las necesidades socio culturales de nuestro país. Seguido de esto, se impartió un curso taller en seguridad del paciente. A los seis y ocho meses de concluido el taller se evaluó nuevamente el clima de seguridad del paciente encontrando mejora estadísticamente significativa. A partir de este piloto en el Estado de Morelos, se ha continuado la sensibilización al personal de salud en otros Hospitales de a Secretaría de Salud Federal; en un futuro a corto plazo se llevará a cabo la implementación a nivel nacional.

El curso taller en seguridad del paciente está desarrollado de tal forma que favorezca el cambio organizacional. Nos hemos basado en autores como P.

Kotter y P. Senge, el primero en cuanto a cambio organizacional y el segundo en análisis de cómo están y cómo deberían de estar las organizaciones hospitalarias.

La necesidad de reflexión que lleve a la acción para contribuir al desarrollo de Hospitales más seguros por parte del personal que formamos parte del sistema de salud es inminente. · No podemos seguir tolerando lo que no debe tolerarse · (Ruelas E.).

IV. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO PRÁCTICO (UNIDAD DE ANÁLISIS).

El problema es que los sistemas del cuidado de la atención médica pueden producir daño, en este caso hablaremos particularmente de las organizaciones hospitalarias. En EEUU (7) la muerte por errores en la atención médica supera a la de SIDA y cáncer de mama, probablemente en nuestro país no esté la excepción a este problema.

¿Qué es lo que nos ha llevado a que las organizaciones hospitalarias no sean tan seguras como quisiéramos? Seguramente son varios los factores que intervienen, sin embargo es probable que la respuesta la podamos encontrar analizando a las organizaciones hospitalarias desde la perspectiva de las cinco disciplinas propuestas por Senge:

- 1- El Pensamiento Sistémico
- 2- EL Dominio Personal
- 3- Los Modelos Mentales
- 4- La Visión Compartida
- 5- El Aprendizaje en Equipo

Analizando estos conceptos encontramos que:

1.- El pensamiento sistémico es el que nos conduce a ver el todo y no solamente sus partes.

El pensamiento sistémico es un marco conceptual, un cuerpo de conocimientos y herramientas para que los patrones totales resulten más claros, y nos ayude a modificarlos(9). Muchas veces estamos inmersos en partes aisladas del sistema sin darnos cuenta que pertenecemos a un macro-sistema y que nuestros actos, tanto de acción o bien de omisión, repercuten ya sea de manera positiva o negativa en el sistema global. El tener la imagen completa nos da la pauta para desenvolvemos dentro de las organizaciones de una manera distinta, nos hacemos corresponsales de los resultados que obtiene la organización, sin limitarnos exclusivamente a nuestra área, ya que comprendemos el enlace tan complejo de todas las áreas de la organización, de la cual formamos parte.

A algunos médicos se les ha enseñado a ejercer la medicina en un sentido autoritario, están acostumbrados a decirle al paciente qué debe hacer, cuándo y cómo, qué le conviene más e inclusive en ocasiones llegan al extremo de tomar decisiones por ellos.

Por otro lado también están acostumbrados a dictar las órdenes médicas ya sea a los pacientes o bien a la enfermera. La relación con el servicio de enfermería la gran mayoría de las veces es de mando, difícilmente se aceptan sugerencias o críticas, se da por sentado que las órdenes médicas se cumplen al pie de la letra, y no se involucran en los demás eslabones del proceso de atención.

Por supuesto que el pensar en otros servicios como mantenimiento, lavandería y demás está fuera del alcance de la gran mayoría de los médicos y otros prestadores de servicio de la atención médica.

Es muy probable que en algunas Facultades y Escuelas de Medicina no se enseñe a los médicos a ubicarse dentro del sistema de salud, a ver su

complejidad y el diminuto punto que ocupa dentro de él, pero con grandes repercusiones en el mismo a raíz de su actuar.

Se enseña Anatomía, Fisiología, Bioquímica, Nosología, etc. Pero no siempre se muestra la importancia de la interrelación del médico con el resto del sistema, ni esa parte tan dolorosa para el ego del médico que es el darse cuenta que las organizaciones hospitalarias deben girar entorno al paciente y sus necesidades y no a las necesidades del médico o del servicio en el que labora.

En realidad esto no es culpa de nadie en particular, ya que desde muy temprana edad nos enseñan a analizar los problemas, a fragmentar el mundo. Al parecer esto facilita las tareas complejas, pero sin saberlo pagamos un precio enorme. Ya no vemos las consecuencias de nuestros actos; perdemos nuestra sensación intrínseca de conexión con una totalidad más vasta (9). Esto también aplica a la forma tan fragmentada que nos ha orillado la medicina "especializada" a ver a los pacientes. Por ejemplo: un paciente diabético que será sometido a cirugía oftalmológica, tendrá que seguir las indicaciones del endocrinólogo, del cardiólogo y del oftalmólogo, pero ¿en algún momento se reúnen estos tres para discutir como equipo las mejores opciones para dar una atención médica integral y segura para su paciente? ¿Tienen alguna manera segura de saber si alguno de los fármacos recetados se duplica, contrapone o hace alguna interacción con los recetados por los otros médicos? Honestamente es raro que la respuesta a estas preguntas sea afirmativa.

Nuestro pensamiento es simple, no sistémico, no sabemos ver él todo en tercera dimensión y esto hace que la realidad no se observe nítidamente. De tal forma que no nos permite comprender las múltiples interrelaciones que existen en el proceso de atención médica, nos impide considerar la gran cantidad de variables que están en juego.

En el corazón de una organización inteligente hay un cambio de perspectiva: en vez de considerar que un factor "externo" causa nuestros problemas, vemos que nuestros actos crean los problemas que experimentamos. La gente descubre continuamente cómo crea su realidad, y cómo puede modificarla (9).

De acuerdo con Senge, las organizaciones hospitalarias continuamente se enfrentan a barreras para el aprendizaje, a continuación mencionamos y ejemplificamos las seis que más comúnmente se encuentran en las organizaciones hospitalarias (9):

- 1- "Yo soy mi puesto": Cuando las personas de una organización se concentran únicamente en su puesto, no sienten mayor responsabilidad por los resultados que se generan cuando interactúan todas las partes. Más aún, cuando los resultados son decepcionantes, resulta difícil saber por qué. Sólo se puede suponer que "alguien cometió una falta".

Por ejemplo: En un hospital general del sector salud dentro de la República Mexicana, en el servicio de gineco-obstetricia, una paciente con embarazo normoevolutivo, a las 38 semanas de gestación se le realiza operación cesárea, obteniendo un producto eutrófico, sin más complicaciones, de pronto cae en paro cardiorrespiratorio, en el momento en que se pide en piso el equipo para atender el paro, se dan cuenta que no cuentan con laringoscopio en el piso para intubar a la paciente, piden uno al servicio de urgencias del hospital, cuando el laringoscopio llegó a piso la paciente ya había fallecido. Su acta de defunción indica muerte por trombo embolia pulmonar. Cuando estas situaciones se presentan lo primero que buscamos es un culpable. El servicio de gineco-obstetricia piensa que el problema fue la falta de recursos materiales. La dirección administrativa piensa que el problema es que nunca le informaron que se necesitaba un laringoscopio en piso. El servicio de enfermería piensa que el problema es que el coordinador de Gineco-obstetricia no está pendiente de las necesidades de su servicio.

Cirugía opina que el problema es que no hay un protocolo para prevención de trombo embolia pulmonar en pacientes postoperadas en el servicio de gineco-obstetricia, incluyendo a las pacientes que se les ha realizado operación cesárea. Y si seguimos preguntando a todo el personal que labora en la organización, cada uno tendrá su opinión válida, concentrados en su puesto, sin aceptar su corresponsabilidad y sin darse cuenta de la complejidad del caso, y lo peor: sin llegar la realidad del porqué se obtuvo un resultado lejos del esperado en el que se perdió una vida, se dejó un niño huérfano y un esposo viudo. Resultado que se pudo prevenir.

El no poder hacer a un lado "nuestro puesto" impide que podamos aprender de nuestros errores en las organizaciones hospitalarias, y poder dar a nuestros pacientes, quienes ciegamente nos han confiado su vida, una atención médica más segura.

2- "El enemigo externo": Todos tenemos la propensión a culpar a un factor o una persona externa cuando las cosas salen mal. Algunas organizaciones elevan esta propensión a un mandamiento: "Siempre hallarás un agente externo a quien culpar". El síndrome del "Enemigo externo" es un subproducto de "yo soy mi puesto", y de los modos asistémicos de encarar el mundo. Cuando nos concentramos sólo en nuestra posición, no vemos que nuestros actos la trascienden. Cuando estos actos tienen consecuencias que nos perjudican, incurrimos en el error de pensar que estos nuevos problemas tienen un origen externo(9).

Cuando la Secretaría de Salud ha llevado el concepto de seguridad del paciente a las organizaciones hospitalarias, o bien al gremio médico y otros prestadores de servicios médicos, uno de los problemas que constantemente ha enfrentado es precisamente la automática defensa al escuchar el tema, el no querer ver que los errores ocurren todos los días en nuestros hospitales, y una vez más, no es que sea culpa de alguien en especial, es todo el sistema el que falla, pero lo primero que muchos desean exteriorizar es -Lo que pasa

es que no hay recursos-. -Es un problema estructural no de proceso-. Buscamos al enemigo externo, no queremos responsabilizarnos por nuestros actos, no queremos ver la realidad. Por ejemplo, en algunos hospitales el almacén no permanece abierto las 24 horas del día, y se han presentado situaciones en que se ha requerido cierto tipo de material que no está disponible por ejemplo en quirófano, y en una emergencia, que se necesite pone en riesgo al paciente al no recibir la atención médica que debería, con el riesgo de ocasionarle daño y de que se presente un evento adverso. Lo común es que la justificación inmediata sea -No hubo recursos- Pero al analizar el caso, se dan cuenta que los recursos estaban, pero no pudieron disponer de ellos por un mal diseño en el proceso de atención. Y si se analizan las causas de raíz, seguramente se encontrará que no es una, sino varias causas, y que los involucrados de igual forma, no son uno sino varios.

Las personas que estamos comprometidas con la seguridad del paciente no negamos que los recursos son necesarios para una atención médica de calidad, pero no son ni el factor más importante, ni el único factor. Todos tenemos que asumir nuestro papel y nuestra responsabilidad en la organización, con una visión sistémica, ubicando el enlace con todos los que formamos parte de ella.

El "afuera" y el "adentro" suelen formar parte de un mismo sistema. Este problema de aprendizaje vuelve casi imposible detectar la influencia que podemos ejercer sobre cuestiones "internas" que superan la frontera entre nosotros y lo "externo" (9).

3- "La fijación de los hechos": Estamos condicionados para ver la vida como una serie de hechos, y creemos que para cada hecho hay una causa obvia. Necesitamos aprender a ver los patrones más amplios que subyacen a los hechos y comprender las causas de esos patrones. Hoy las primordiales amenazas para nuestra supervivencia, tanto de nuestras

organizaciones como de nuestras sociedades, no vienen de hechos repentinos sino de procesos lentos y graduales. El aprendizaje generativo, se refiere a asimilar conocimientos que permitan crear. "Aprendizaje" no significa adquirir más información, sino expandir la aptitud para producir los resultados que deseamos. Este tipo de aprendizaje no se puede sostener en una organización si el pensamiento de la gente está dominado por hechos inmediatos. Si nos concentramos en los hechos, a lo sumo podemos predecir un hecho antes de que ocurra, para tener una reacción óptima. Pero no podemos aprender a crear (9).

Por ejemplo: En el piso de pediatría en un hospital general en el interior de la República Mexicana, un paciente con síndrome de infección gastro-intestinal tratado con metronidazol y dehidroemetina con mejoría considerable, se da de pre alta. Súbitamente se informa al médico tratante que el paciente ha caído en paro cardiorrespiratorio sin respuesta. Al investigar se dan cuenta que la enfermera pasó 6.0 ml de dehidroemetina en vez de 0.6 ml. El hecho es que la enfermera cometió un error al dar el medicamento al niño a una dosis por demás elevada. Una medida derivada de un pensamiento asistémico basada en la barrera de fijación de hechos es sancionar o despedir a la enfermera. Sin embargo esto no soluciona nada, cualquier otro día otra enfermera puede cometer exactamente el mismo error. En cambio el ver los patrones más amplios que subyacen a los hechos y comprender las causas de esos patrones nos da otra perspectiva. Primero hay que hablar con la enfermera que cometió el error, ¿cuál fue su confusión? ¿No vio el punto decimal? ¿Había punto decimal? ¿Era su primer día de trabajo? ¿Hubo cambio de turno y le pidió una compañera que aplicara el medicamento verbalmente? En realidad pudieron pasar muchas cosas, el hablar no nada más con la enfermera sino con todo el equipo involucrado en el evento adverso nos permitirá empezar a ver el acontecimiento desde varios ángulos para obtener la imagen en tercera dimensión. Suponiendo que el problema fue que la orden médica escrita decía .6ml en vez de 0.6ml, de

tal forma que la enfermera no vio el punto decimal. Una organización que aprende de sus errores, acostumbrada a practicar un pensamiento sistémico verá que el patrón es que no se le da la importancia requerida al manejo de los medicamentos, y sobre todo a los de alto riesgo. Por lo tanto iniciará un cambio constructivo en el que desde ese momento por política de la organización todas las indicaciones médicas que manejen punto decimal deberán estar escritas con un cero previo al punto decimal, y cuando se trate de medicamentos de alto riesgo deberá el médico tratante cerciorarse de que la enfermera a cargo del paciente haya entendido las indicaciones. Dicha medida se extenderá a todo el personal de la organización explicando la razón por la cual será implementada y la importancia de la misma. Este es solo un ejemplo, pueden aplicarse muchas más medidas para el manejo de medicamentos de alto riesgo en varios niveles de la organización, sin embargo el objetivo es ejemplificar cómo la fijación de hechos entorpece el aprendizaje dentro de las organizaciones hospitalarias.

4- "La parábola de la rana hervida": Si ponemos una rana en una olla de agua hirviente, inmediatamente intenta salir. Pero si ponemos la rana en agua a la temperatura ambiente, y no la asustamos, se queda tranquila. Cuando la temperatura se eleva de 21 a 26 grados centígrados, la rana no hace nada, e incluso parecer pasarlo bien. A medida que la temperatura aumenta, la rana está cada vez más aturdida, y finalmente no está en condiciones de salir de la olla. Aunque nadie se lo impide, la rana se queda allí y hierve. Porque su aparato interno para detectar amenazas a la supervivencia está preparado para cambios repentinos en el medio ambiente, no para cambios lentos y graduales. Para aprender a ver procesos lentos y graduales tenemos que aminorar nuestro ritmo frenético y prestar atención no sólo a lo evidente sino a lo sutil.

Un caso doloroso que ejemplifica esta parábola es lo ocurrido en un hospital general en el interior de la República Mexicana, en el que hubo un

incremento en la mortalidad neonatal muy significativo en un periodo de un mes, al analizar las causas relacionadas con dichas muertes se encontró:

- Incremento del número de partos atendidos desde dos años previos al periodo analizado y el periodo analizado de un 35 %
- Ocupación del 99% del Hospital sin variación en el año.
- Aumento en la demanda de la atención de partos durante el mes en conflicto.
- Condiciones precarias en la comunidad que atiende dicho hospital (deficiente drenaje, agua potable, analfabetismo, rezago escolar, población no asegurada).
- El hecho de que otros hospitales cercanos a él cerraron.
- Periodo crítico ya que una gran parte del personal sale de vacaciones durante esas fechas.

Las causas de los fallecimientos encontradas fueron:

- Hipoxia Cerebral e Isquemia en 12 casos
- Prematurez y Membrana Hialina en 5 casos
- Sepsis de origen comunitario en 4 casos
- Sepsis Nosocomial en 4 casos

Al analizar los factores de riesgos que propiciaron estos resultados devastadores se encontraron:

- El nacer fuera del Hospital, factor que ocasiona un riesgo relativo de muerte 5 veces mayor.
- Falta de atención prenatal que incrementa 3 veces el riesgo relativo.
- Ruptura prematura de membranas que también incrementa el riesgo 3 veces.
- Atendida por partera que tiene un riesgo relativo 8 veces mayor.
- Prematuros que incrementa 20 veces el riesgo relativo.
- Peso al nacer menor 2.5 Kg. que incrementa el riesgo relativo 3 veces.

Tanto las causas relacionadas como las causas de los fallecimientos y los factores de riesgo mencionados anteriormente son situaciones que requieren

de un tiempo para gestarse, se van consolidando poco a poco, no de un momento a otro, pero cuando llaman nuestra atención es demasiado tarde, la situación se ha salido de control y la parábola de la rana nos ha alcanzado.

Con el pensamiento sistémico podemos adelantarnos a los acontecimientos, observando oportunamente cambios o situaciones que en ocasiones son sutiles y a pesar de lo que aparentan, representan un riesgo para la organización; de esta manera podremos poner en marcha las medidas necesarias para contener los riesgos y hacer que la organización marche sobre la línea que deseamos.

5- "La ilusión de que se aprende con la experiencia": La experiencia directa constituye un potente medio de aprendizaje. Realizamos un acto y vemos las consecuencias de ese acto, ¿Pero qué ocurre cuando ya no vemos las consecuencias de nuestros actos? ¿Qué sucede si las consecuencias primarias de nuestros actos están en el futuro distante o en una parte distante del sistema más amplio dentro del cual operamos? Cada uno de nosotros posee un "horizonte de aprendizaje" una anchura de visión en el tiempo y el espacio, dentro del cual evaluamos nuestra eficacia. Cuando nuestros actos tienen consecuencias que trascienden el horizonte de aprendizaje, se vuelve imposible aprender de la experiencia directa. El dilema de aprendizaje que afrontan las organizaciones es: se aprende mejor de la experiencia, pero nunca experimentamos directamente las consecuencias de muchas de nuestras decisiones más importantes. Las decisiones más críticas de las organizaciones tienen consecuencias en todo el sistema, y se extienden durante años o décadas(9).

La formación de los médicos y enfermeras, así como los demás profesionales de la salud es fundamental para poder contar con organizaciones hospitalarias seguras. Sin embargo el resultado de los cambios que se pueden hacer para dar un enfoque más centrado en el

paciente, en el trabajo en equipo, en donde la culpa sea sustituida por la corresponsabilidad dentro del personal de la organización, en donde se enseñe a buscar la causa raíz del problema para poder dar soluciones a largo plazo, no podrá verse a corto plazo, se necesitaran de varios años para poder ver los frutos y beneficios de este enfoque. Necesitamos darnos cuenta de que la repercusión de nuestros actos puede verse reflejada a largo plazo, podemos ver en esto una oportunidad para planear cambios constructivos y prevenir las posibles repercusiones negativas de nuestros actos y decisiones.

6- "El mito del equipo administrativo": El "equipo administrativo" es un grupo escogido de gerentes enérgicos y experimentados que representan las diversas funciones y pericias de la organización. Se supone que en conjunto discernirán los complejos problemas multifuncionales que son cruciales para la organización. La mayoría de los equipos administrativos ceden bajo presión. El equipo puede funcionar muy bien con problemas rutinarios. Pero cuando enfrenta problemas complejos que pueden ser embarazosos o amenazadores, el espíritu de equipo se desvanece. Por otro lado nuestra educación no nos capacita para admitir que no conocemos la respuesta, y la mayoría de las organizaciones refuerzan esa lección al recompensar a las personas que saben defender sus puntos de vista pero no indagar los problemas complejos. Ante la incertidumbre o la ignorancia, aprendemos a protegernos del dolor de manifestarlas. Ese proceso bloquea nuestra comprensión de aquello que nos amenaza. La consecuencia son equipos llenos de gente increíblemente apta para cerrarse al aprendizaje (9).

Aunque no es un ejemplo propiamente administrativo, podemos citar un caso clínico. Se trata de un paciente masculino de 25 años de edad con una masa tumoral en la región preauricular izquierda, de dos meses de evolución, dolorosa y de rápido crecimiento. El paciente fue visto inicialmente por un médico general

que opinó que se trataba de un tumor maligno y que consultara con un cirujano para tratarse. El paciente solicitó la opinión del ginecólogo de su esposa, quien le dijo que su problema era un "barro" y trató de exprimírselo. Al no lograr drenarlo, le dijo que el "barro" estaba "enterrado" y lo programó para cirugía como paciente externo en un hospital.

Una semana después de la cirugía el paciente acudió a consulta para retiro de puntos, y el ginecólogo le informó que tenía cáncer y lo refirió a un tratamiento de radioterapia. Los dos especialistas el radioterapeuta y el ginecólogo, explicaron al paciente que, en vista de la naturaleza maligna del tumor y su localización ya no se podía hacer nada quirúrgico y lo mejor era iniciar radioterapia.

El paciente acudió a un hospital por una segunda opinión. Se le diagnosticó tumor parotídeo izquierdo, se le realizó parotidectomía total con sacrificio del nervio facial y disección radical del cuello. El paciente sufrió la deformidad propia de la parálisis facial izquierda y de la cirugía radical del cuello, pero lleva una vida normal 8 años posteriores a la cirugía (11).

La recomendación inicial del médico general fue correcta. El paciente no confió en esa opinión y optó por consultar al ginecólogo, quien junto con el radioterapeuta, no aceptaron los límites de su especialidad y de sus conocimientos y ambos aconsejaron erróneamente al paciente. Además el ginecólogo no debió de haber operado al paciente desde un principio.

Como médicos fallaron, como equipo fallaron, invadieron terrenos fuera de su alcance.

Sin tratar de justificar a nadie, no podemos negar que la presión social que se ejerce sobre el médico es real. Desde que estamos en la escuela de medicina nuestros familiares y amigos esperan que sepamos responder a todas sus dudas relacionadas con medicina. Cuando terminamos los estudios tal pareciera que automáticamente estamos capacitados para resolver cualquier caso que se nos presente. Jamás nos libraremos de una consulta médica en una reunión social sea o no de nuestra especialidad o campo. Pero si somos honestos con nosotros mismos es imposible dominar todas las áreas, sin embargo el externar

esto nos pondrá en tela de juicio sobre nuestra capacidad como médicos. La realidad es que no estamos educados ni como médicos ni como pacientes, a aceptar que el médico es humano, tiene limitaciones y comete errores.

Es importante que dentro de las organizaciones exista apertura para aceptar que en ocasiones hasta el especialista más calificado puede tener dudas sobre el mejor tratamiento para un paciente, y no por ello deje ser el especialista más calificado ante los ojos de los demás. Debemos crear equipos de trabajo que aprendan de cada caso aportando lo mejor de cada uno y aprendiendo lo mejor de cada uno, sabiendo que todos seguimos en un proceso de aprendizaje.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PENSAMIENTO SISTÉMICO EN LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS

A) La falta de pensamiento sistémico dentro de las organizaciones hospitalarias dificulta el poder hacer consciente que los problemas de hoy en ocasiones derivan de las "soluciones" de ayer. Las soluciones que simplemente desplazan los problemas a otra parte de un sistema a menudo pasan inadvertidas porque, quienes "resolvieron" el primer problema no son los mismos que quienes heredan el nuevo. Por ejemplo, en el servicio de urgencias de un hospital general público de tercer nivel en la Capital de la República, a un niño recién nacido con atresia esofágica, se le pone en una cuna de calor radiante, en el momento de pasar visita el médico adscrito se da cuenta que el bebé está perdiendo calor, por lo que le solicita a la enfermera que lo cubra con la sábana e indica que aumente el calor de la cuna, después de tapar al niño con la sábana la enfermera regula el calor de la cuna subiéndolo como lo indica el médico. En ese momento la cuna estalla desprendiendo fragmentos incandescentes que queman la sábana que tapaba al niño. Afortunadamente el niño no sufrió ninguna quemadura, sin embargo estuvo sometido a un riesgo innecesario. Este es un ejemplo de una quasi falla en la que el problema se le presentó al equipo médico que otorga directamente la atención médica. Sin embargo investigando

el porqué de la falla de la cuna, se encuentra que la cuna en investigación lleva operando 25 años en el hospital. Por otro lado el servicio en donde se presentó el incidente, ha solicitado a la coordinación correspondiente una nueva cuna de calor radiante cada 6 meses desde hace 11 años, pero la solución al problema de proveer al servicio que solicita equipo nuevo ha sido darle mantenimiento al antiguo equipo, y efectivamente la cuna había sido sometida a mantenimiento recientemente antes de que se presentara este incidente. La solución de dar mantenimiento a la cuna que ya ha rebasado su vida media es una solución cuestionable. Por otro lado quienes toman este tipo de soluciones, la gran mayoría de las veces no se encuentran frente al paciente o al familiar del paciente cuando ocurren estos incidentes. El problema textualmente le estalló a personal del mismo sistema de atención para la salud ajeno a quien tomó la decisión.

En los sistemas humanos complejos siempre hay una manera de lograr que las cosas luzcan bien a corto plazo. El dar mantenimiento a equipo médico que ha pasado su vida media, soluciona de momento el problema de cubrir la falta de equipo de forma más rápida que hacer todo el trámite para poder conseguir equipo nuevo. La palabra clave es "finalmente". Y finalmente la cuna le estalló a un bebé que francamente ya tiene suficiente con haber nacido sin esófago y tener que someterse al cuidado y tratamiento propio de su enfermedad como para tener que lidiar ahora con riesgos de quemaduras y todo lo que ellas implican. La demora de un círculo de piezas de dominó explica por qué los problemas sistémicos son tan difíciles de reconocer. Una solución típica luce maravillosa cuando cura los síntomas. Ahora hay una mejora, o incluso el problema quizás haya desaparecido. Pueden pasar dos, tres o cuatro años hasta que regrese el problema, o surja un problema nuevo y peor. Para entonces dada la rapidez con que la mayoría de la gente cambia de trabajo, habrá otro sujeto sentado en el sillón (9). Y esto es justo lo que ha ocurrido en este hospital durante 11 años en los que han pasado varios coordinadores de ese servicio así como sus superiores y el problema no se resuelve de raíz pero

si deja latente todos los riesgos que son consecuencia de las soluciones rápidas que se han dado al problema. Si la solución fuera visible u obvia para todos, talvez ya la hubieran encontrado. La insistencia en soluciones conocidas mientras los problemas fundamentales persisten o se empeoran es un buen indicador de pensamiento asistémico. Es decir el camino fácil lleva al mismo lugar. Además la raíz de nuestras dificultades no se encuentra en adversarios malignos, sino en nosotros mismos. Hay una disparidad fundamental entre la naturaleza de la realidad de los sistemas complejos y nuestros modos predominantes de pensar sobre esa realidad. El primer paso para corregir esa disparidad consiste en abandonar la noción de que causa y efecto están próximos en el tiempo y el espacio (9). En el ejemplo anterior, alguien podría justificarse diciendo que el proveedor o el fabricante de esas cunas no hace bien su trabajo, o que la enfermera no sabe manejar el aparato. Sin embargo la raíz del problema no está ahí.

B) Por otro lado el pensamiento sistémico también enseña que los actos pequeños y bien focalizados a veces producen mejoras significativas y duraderas, si se realizan en el sitio apropiado. Los pensadores sistémicos le denominan "principio de la palanca". Para lograr esto es necesario aprender a ver "estructuras" subyacentes en vez de "hechos" (9). En el ejemplo anterior el hecho es que la cuna estalló, pero ¿Cuál es la estructura subyacente? ¿Cómo funciona el servicio de mantenimiento? ¿Cada cuánto sustituyen los equipos?, ¿Se basan en los manuales de los equipos para darles mantenimiento? ¿Quién tiene la autoridad para decidir que equipo se retira y cuál puede seguir funcionando? ¿Esta persona tiene los conocimientos necesarios para tomar esas decisiones?, ¿Quién decide cuáles equipos necesitan reguladores de voltaje? ¿Es fácil conseguir el equipo necesario para poder dar el mantenimiento al equipo? ¿El personal de mantenimiento sabe de la importancia y la responsabilidad tan grande que tiene con relación a la seguridad del paciente?. Y así debemos cuestionar a cada uno de los servicios involucrados en el

problema, articulando lo que arroje el ejercicio para poder ver el problema en forma global.

El pensamiento sistémico es una disciplina para ver totalidades en vez de partes. En las organizaciones hospitalarias necesitamos aprender a ver interrelaciones en vez de mantener un pensamiento lineal de causa efecto, también debemos ver los procesos en forma dinámica, no simples hechos. La realidad está constituida por círculos pero vemos líneas rectas. Aquí comienza nuestra limitación a tener un pensamiento sistémico. Una visión lineal siempre sugiere un solo lugar de responsabilidad. En cambio al dominar el pensamiento sistémico, abandonamos el supuesto de que debe haber un agente individual responsable. La perspectiva de la realimentación sugiere que todos comparten la responsabilidad por los problemas generados por un sistema. Sin implicar que todos los involucrados puedan ejercer igual apalancamiento para modificar el sistema (9). Si logramos tener organizaciones hospitalarias en donde el pensamiento sistémico sea el común denominador dentro de su personal, podremos entonces analizar los eventos adversos en forma global y llegar a la razón del problema para corregirlo, no debemos corregir solo los síntomas, aunque esto implique mayor tiempo y en ocasiones un mayor costo. La clave del pensamiento sistémico es la palanca: hallar el punto donde los actos y modificaciones en estructuras pueden conducir a mejoras significativas y duraderas.

El pensamiento sistémico muestra que no hay nada externo; nosotros y la causa de nuestros problemas formamos parte de un solo sistema. La cura radica en la relación con nuestro "enemigo", es decir con nosotros mismos(9).

2.- El dominio personal es la disciplina que permite aclarar y ahondar continuamente nuestra visión personal, concentrar la energía, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente. Aquí interesan ante todo las

conexiones entre aprendizaje personal y aprendizaje organizacional, los compromisos recíprocos entre individuo y organización, el espíritu especial de una empresa constituida por gente capaz de aprender (9). Para las organizaciones hospitalarias es fundamental el desarrollo del dominio personal, es necesario ver la realidad objetivamente, darse cuenta de que los errores se cometen, que cuestan no solo dinero sino también vidas, discapacidades o enfermedades. Las organizaciones hospitalarias deben aprender de sus aciertos y de sus errores para poder moverse en el sentido deseado y otorgar cada vez una mejor atención médica, una atención médica más segura.

3.- Los modelos mentales son supuestos hondamente arraigados, generalizaciones e imágenes que influyen sobre nuestro modo de comprender el mundo y actuar(9). Es necesario tener conciencia de nuestros modelos mentales y de los efectos que surten sobre nuestra conducta. La disciplina de trabajar con modelos mentales empieza por volver el espejo hacia adentro: aprender a exhumar nuestras imágenes internas del mundo, para llevarlas a la superficie y someterlas a un riguroso escrutinio . También incluye la aptitud para entablar conversaciones abiertas donde se equilibre la indagación con la persuasión, donde la gente manifieste sus pensamientos para exponerlos a la influencia de otros. En las organizaciones hospitalarias existen modelos mentales que son necesarios romper ya que entorpecen el crecimiento de los individuos y de la organización misma. En el siguiente capítulo se ampliará este tema.

4.- La construcción de una visión compartida supone aptitudes para configurar "visiones del futuro" compartidas que propicien un compromiso genuino antes que mero acatamiento. Al dominar esta disciplina, los líderes aprenden que es contraproducente tratar de imponer una visión, por sincera que sea (9). Uno de los mayores retos para los líderes de organizaciones hospitalarias sin duda es el lograr construir una visión compartida, ya que con ella, la organización está perfectamente articulada, todos trabajan desde su trinchera en pro de la visión logrando sin duda las metas establecidas.

5.- El aprendizaje en equipo comienza con el "diálogo", la capacidad de los miembros del equipo para "suspender los supuestos" e ingresar en un auténtico "pensamiento conjunto". Cuanto más aprendemos, más comprendemos nuestra ignorancia. Una organización no puede ser "excelente", en el sentido de haber alcanzado una excelencia permanente; siempre está practicando las disciplinas del aprendizaje, al borde de ser mejor o peor (9). El aprendizaje en equipo es una pieza angular para poder otorgar una atención médica más segura dentro de las organizaciones hospitalarias.

Ahora bien, cuando se presenta un problema como el ejemplo citado al inicio de este documento, de nada sirve pedir la renuncia del médico tratante.

El aplicar las cinco disciplinas mencionadas anteriormente nos da una perspectiva distinta.

El dar soluciones a problemas implica ver y analizar el problema desde su raíz, en forma global, tomando en cuenta a cada integrante involucrado en el sistema, así como las circunstancias que ayudaron a propiciar el resultado que se obtuvo. El enfocarnos únicamente a microsistemas en donde aterrizaron los errores hace que nunca podamos ver la pintura completa, estaremos lejos de comprender y poder solucionar el problema, atenderemos síntomas pero no erradicaremos el problema y los errores se seguirán cometiendo sin alcanzar el objetivo de la organización: Otorgar una atención médica con calidad, segura, en donde los riesgos se contengan, con el mayor beneficio a un costo razonable.

La pregunta a resolver es: ¿Es posible desarrollar una estrategia para iniciar un cambio de actitud en el personal de las organizaciones hospitalarias, que favorezca una mejora en la seguridad del paciente?

V. MARCO CONCEPTUAL.

Las cifras publicadas en 1999 por El Instituto de Medicina de Estados Unidos: en el libro "To err is human: building a safer health system" son alarmantes: entre 44,000 y 98,000 americanos mueren por errores médicos prevenibles cada año(7), esto pone de manifiesto la necesidad de reevaluar los sistemas de salud.

El departamento de Salud del Reino Unido en su reporte del 2000: "Una organización con memoria", estimó que ocurren eventos adversos en alrededor del 10% en las admisiones hospitalarias, cerca de 850, 000 eventos adversos al año (b).

Por otro lado no debemos olvidar las consecuencias económicas, de los eventos adversos. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Reino Unido así como en Irlanda, la hospitalización adicional a consecuencia de un evento adverso cuesta alrededor de **2,000 Millones de Libras al año**, y el pago por reclamos de litigación le cuesta al Servicio Nacional de Salud alrededor de **400 Millones de libras anuales**. De las infecciones adquiridas en los hospitales un 15% podrían evitarse, y se estima un costo cerca de los **1,000 millones de libras al año**. El costo total de eventos adversos prevenibles en Estados Unidos es entre **17,000 y 29,000 Millones de dólares (b)**. Aunado a esto está la erosión de la confianza, confidencialidad y satisfacción de los prestadores de Servicios de Salud.

Para la OMS esta situación en países en vías de desarrollo, emergentes o en transición económica, como lo es el nuestro, merece particular atención. El pobre estado de la infraestructura, equipo, la calidad de los medicamentos, falta de control de infecciones, pobre desempeño del personal por poca motivación o habilidades técnicas insuficientes, y costos de operación sub-financieros, hacen la probabilidad de eventos adversos mucho mayor que en países industrializados (b).

La OMS sugiere que en países en desarrollo, cerca del 50% del equipamiento médico es inusable o solo parte usable, lo cual aumenta el riesgo de daño sustancialmente, tanto de los pacientes como del personal de salud. Cerca del 40% de las camas de hospital están localizadas en estructuras que originalmente fueron destinadas a otro uso, es decir adaptadas para ser hospitales. Esto hace que la estructura no esté apropiadamente hecha y no tenga protección para radiación. El control de infecciones se hace extremadamente difícil de incorporar, con el resultado de estar por debajo de los estándares (b).

Existen estudios sobre el problema de eventos adversos en salud desde la década de los 50's y 60's (1). En 1987 en Australia se formó la Fundación Australiana para la Seguridad del Paciente, y en 1995 en el mismo país, se realizó un estudio llamado "Estudio sobre la calidad de la atención en el sistema de salud australiano" en el cual se observó que el 16.6 % de las admisiones hospitalarias estaban asociadas a un evento adverso. De esta manera se desarrolló e implementó el Sistema Australiano de Monitoreo de Incidentes (AIMS) (2). En 1991 se publicó el estudio de los resultados de la práctica médica de Harvard, en este estudio se reportó que un 3.7% de los pacientes hospitalizados sufrían algún tipo de daño(7).

Posteriormente en Estados Unidos ese mismo año murió una paciente por sobredosis de quimioterapia para tratamiento de cáncer de mama(7).

En 1996 La American Medical Association (AMA) dio a conocer a la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente(1).

Actualmente otros países incluyendo Canadá, Dinamarca, Suecia, Nueva Zelanda y países bajos, así como otros países miembros de la OECD están tomando en cuenta seriamente este problema(b).

En nuestro país hemos iniciado el primer sistema nacional de reporte de eventos centinela, el cual en este momento es voluntario, También hemos empezado a diseñar investigación en este tema, sin embargo aún no tenemos cifras sustanciosas que nos puedan mostrar la realidad de este problema internacional en nuestro entorno nacional. Con este entorno el compromiso de la actual administración a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es el de incrementar a través de la mejora continua y otros mecanismos, la calidad del servicio médico, así como la disminución de riesgos en el Sistema de Salud, y por ende aumentar la seguridad del paciente.

Para poder continuar con este capítulo cito una reflexión que hacen en el Departamento de Veteranos del Gobierno de EEUU (a):

“No creemos que la gente vaya a trabajar para hacer el trabajo mal o hacer errores, pero poniendo las circunstancias correctas, cualquiera de nosotros puede cometer un error. Debemos forzarnos a nosotros mismos a no ver en el pasado la respuesta fácil de -fue culpa de alguien-, y pasar a preguntarnos en equipo, el porqué se cometió un error. Pocas veces es por una sola razón; bajo este contexto, el entender las causas reales de lo que sucedió nos pone en una mejor posición para prevenir que el evento se presente nuevamente”.

La seguridad del paciente más que un concepto es un movimiento que surge a nivel mundial como un replanteamiento de la efectividad de los sistemas de salud en diferentes países.

La intención de los sistemas de salud, y particularmente de los profesionales de la salud, sin lugar a duda es el beneficio de los pacientes, sin embargo también pueden causar daño. La compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas que constituye el sistema de salud moderno puede otorgar beneficios significativos, sin embargo incluye también un inevitable riesgo de eventos adversos que muy frecuentemente pasan.

Para poder abordar este tema tan complejo definiremos:

- Organización,
- Organización al servicio del hombre y
- Organización hospitalaria

Posteriormente abordaremos el significado de la cultura dentro de una organización, qué es cambio organizacional, qué pasos se deben de seguir para poder generarlo y finalmente definiremos lo que es seguridad del paciente y hacia dónde queremos llegar.

Según cita Chiavenato (6) una **organización** es un “un sistema de actividades conscientemente coordinadas, formado por dos o más personas, cuya cooperación recíproca es esencial para la existencia de aquélla. Una organización sólo existe cuando:

- 1- Hay personas capaces de comunicarse,
- 2- Están dispuestas a actuar conjuntamente, y
- 3- Desean obtener un objetivo común.

Las organizaciones existen para que los miembros alcancen objetivos que no podrían lograr de manera aislada, debido a las limitaciones individuales. En consecuencia las organizaciones se forman para superar estas limitaciones.

En las organizaciones, la capacidad intelectual y la capacidad física no son las que impiden la consecución de muchos objetivos humanos, sino la falta de habilidad para trabajar con otras personas de manera eficaz.” (6) “Las organizaciones surgen para aprovechar la sinergia de los esfuerzos de varios individuos que trabajan en conjunto”.

Las **organizaciones al servicio del hombre**, se distinguen por el hecho de que su “materia prima” es la gente; destacan también por las transformaciones que tratan de producir en los beneficiarios (10). Hasenfeld las clasifica de acuerdo a

estos dos aspectos: *el tipo de personas que atienden* (sus beneficiarios), y *las tecnologías de transformación* (por ejemplo, los procedimientos y técnicas) que emplean para provocar cambios en las personas que atienden. De tal manera que las organizaciones cuyo objetivo principal es mantener y mejorar el bienestar de las personas que se desenvuelven adecuadamente en la sociedad ocupan un extremo del continuum. En el otro extremo, están aquéllas a las que se les asigna controlar, mejorar y curar al enfermo o la conducta desviada de personas que no funcionan adecuadamente en la sociedad.

La segunda dimensión se refiere al tipo de servicios proporcionados por la organización, o más generalmente a la naturaleza de sus tecnologías transformadoras. Estas tecnologías determinan qué hacen las organizaciones con las personas que atienden y cuál será su resultado (10). Hasenfeld distingue tres tipos de tecnologías transformadoras:

- 1- **Tecnologías de procesamiento:** Buscan transformar a los usuarios sin alterar sus atributos personales, sino otorgándoles un nivel social y una posición pública que atraigan reacciones deseables de otras unidades sociales. Esto se logra por medio de un sistema de clasificación y disposición que se usa para identificar y definir tipos de usuarios como "enfermos mentales o enfermos de cáncer".
- 2- **Tecnologías de mantenimiento:** Tratan de prevenir, mantener y retardar el deterioro del bienestar personal y de la salud de la gente sin cambiar sus atributos personales. Por ejemplo el cuidado de los severamente incapacitados, o bien una casa-hogar para el cuidado de los ancianos.
- 3- **Tecnologías de cambio:** Intentan alterar directamente los atributos personales para mejorar la situación de su beneficiario, por ejemplo un tratamiento médico.

En los hospitales se observan dos tipos de tecnologías de organizaciones predominantemente: la que procesa a la gente y la que busca cambiarla (10). Ver Tabla 1.

TABLA 1.

TIPOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES AL SERVICIO DEL HOMBRE.

TIPO DE CLIENTE	PROCESAMIENTO	MANTENIMIENTO DE LA GENTE	CAMBIO
FUNCIONAMIENTO NORMAL	TIPO I	TIPO III	TIPO V
	Admisiones en escuela superior	Seguridad Social	Escuelas Públicas
	Oficina	Asilos	YMCA
	Departamento de evaluación de créditos		
MAL FUNCIONAMIENTO	TIPO II	TIPO IV	TIPO VI
	Tribunal menores	Asistencia Pública	Hospital
	Clínica diagnóstico	Casa hogar	Centro habitacional de tratamiento

Tomado del libro Organizaciones al servicio del hombre de Yeheskel Hasenfeld 1990, Fondo de Cultura Económica.

Dentro de lo que son las características de las organizaciones al servicio del hombre, en un hospital, para generar sus respectivos productos, debe confiar en una serie de tareas específicas llevadas a cabo por gente y computadoras adiestradas o programadas con cierta habilidad. Estas tareas constituyen la tecnología de la organización. Para lograr eficacia se desarrolla un plan de división de labores que define las tareas de cada persona y la manera en que se llevarán a cabo dentro de la organización (10).

Para asegurar que varias actividades sean conducidas apropiadamente y de acuerdo con sus propósitos, cada organismo establece una estructura interna, que define la autoridad de cada persona y el mecanismo de coordinación entre ellas. La autoridad se define, de acuerdo a Simon (1976:125), como "el poder de

tomar decisiones que guían los actos de otros". Mediante la distribución de la autoridad la organización controla y coordina las actividades de sus miembros (10).

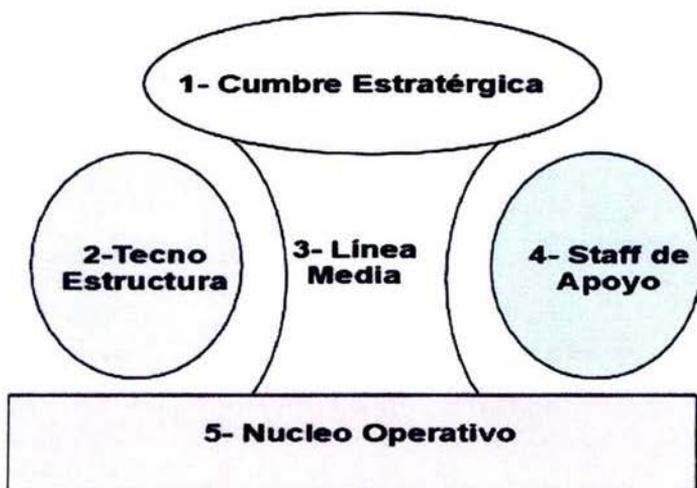
Las organizaciones al servicio del hombre desarrollan una estructura burocrática (10). De acuerdo a los tipos de estructura propuestos por Mintzberg, los hospitales entrarían en la "Burocracia Profesional", La cual se apoya en la estandarización de conocimientos y habilidades, más que en procesos. Se depende de profesionales bien entrenados para realizar las tareas operativas, se entrega poder no solo a ellos sino a quienes los seleccionan y adiestran. La estructura es muy descentralizada. Los profesionales trabajan en forma independiente. Se necesitan pocos administradores de primera línea. El personal de apoyo es grande, realizando el trabajo simple y rutinario que los profesionales no quieren hacer. Es más efectiva para organizaciones insertas en medios estables, pero complejos. La estandarización es fortaleza y debilidad a la vez. Permite a los profesionales ser efectivos y eficientes, pero crea problemas de adaptación. No es una estructura para innovar, sino para perfeccionar lo ya sabido. Si el medio es estable funciona bien (e).

Mintzberg describe 5 elementos (ver tabla 2) que se desempeñan de diferente manera en cada estructura. Estos elementos son:

- 1- Cumbre Estratégica: Miembros encargados de la responsabilidad general de la organización y los que suministran apoyo directo a la alta gerencia.

- 2- Tecno-Estructura: Aquí se desempeñan los analistas y sus miembros de apoyo que sirven a la organización afectando el trabajo de otros, se encuentran fuera de la corriente de trabajo operacional y obran para diseñar, planear, cambiar, entrenar a la gente pero no dentro de la línea de tarea.
- 3- Línea Media: Se compone de los gerentes que unen a la cumbre estratégica con el núcleo operativo, la cadena corre desde los gerentes hasta los supervisores de contacto, la organización necesita de esta línea media para coordinar y controlar. Tienen parte en la toma de decisiones aunque algunas requieren de autorización.
- 4- Staff de Apoyo: Son las unidades cuya existencia se encuentra sujeta al apoyo que pueden brindar a la organización fuera de su corriente de trabajo operacional, no deben confundir con la tecnoestructura ya que no se ocupan en la estandarización, funciona en muchos casos como micro-organizaciones suministrando servicios específicos como el consejo legal, relaciones públicas, investigación y desarrollo.
- 5- Núcleo operativo: Se compone de aquellos miembros que realizan el trabajo básico relacionado directamente con la producción de productos o servicios, son los operarios los cuales se encontrarán en distintas unidades de acuerdo a sus especializaciones.

TABLA 2.
ELEMENTOS BÁSICOS DE UNA ORGANIZACIÓN (MINTZBERG)(f).



La Estructura Burocrática Profesional, como ya se mencionó con anterioridad, deposita su confianza en la estandarización de destrezas y su asociación con la capacitación y la enseñanza, contrata especialistas para el núcleo operativo, y les otorga un considerable control sobre sus trabajos (f).

El profesional estandariza en programas sus tareas, siendo éste parte del núcleo operativo, la tecnoestructura es muy limitada, la línea media es muy estrecha lo que nos lleva a verificar escasa necesidad de ajuste mutuo o supervisión directa, la estructura representa una imagen achatada, altamente descentralizada y democrática en el núcleo operativo. Su ambiente es complejo y estable (f).

Por otro lado las organizaciones al servicio del hombre operan con tecnología indeterminada que no proporciona un conocimiento completo de cómo lograr los

resultados deseados. La carencia de una tecnología determinada que informe al personal que hacer, cuándo y cómo para obtener resultados apropiados es consecuencia de tres factores interrelacionados (10):

- 1- La gente representa sistemas extremadamente complejos, aunque sus atributos están muy interrelacionados, varían de persona a persona. De ahí que, como "materia prima" son variables e inestables.
- 2- Los conocimientos acerca de cómo funciona la gente y cómo cambiarlas son parciales e incompletos.
- 3- Muchos de los atributos que se les solicita a estas organizaciones que transformen no se pueden observar ni medir.

Otro punto importante a señalar es la naturaleza y la calidad de las relaciones personal-usuario, misma que es un determinante crítico del éxito o fracaso de las organizaciones. Cuando los pacientes, desconfían de sus médicos, es menos probable que atiendan sus avisos o sigan sus indicaciones (10).

Numerosas razones legales, éticas, ideológicas, técnicas y económicas limitan la aptitud del organismo para controlar las relaciones personal-usuario. Por lo tanto, el personal de posición inferior tiene más autonomía que la que se le podría conceder formalmente. Debido a que las tecnologías de servicio tienden a ser indeterminadas y los objetivos de la organización ambiguos, la capacidad de la organización para coordinar el trabajo de sus varias unidades es limitada (10).

Por lo tanto lo importante es comprender las interacciones de las diversas partes de la organización y no cómo funcionan por separado (6).

Podemos inferir que una **organización hospitalaria** es un conjunto organizado de personas que laboran en establecimientos sanitarios de gran capacidad, con camas para los enfermos, cuyo fin es atender a los pacientes que acudan a ella para otorgarles durante el tiempo que sea necesario su tratamiento. Asumiendo que el tratamiento que se les dé será el adecuado, esperando que el resultado de dicha atención sea el planeado para ese padecimiento en específico; sin embargo esto muchas veces no se logra debido a un enfoque equivocado ya que por mucho tiempo podría considerarse que en algunas organizaciones hospitalarias se ha trabajado bajo un sistema mecánico (característico del concepto tradicional de organización) en donde, como bien lo describe Bennis (6)

- El énfasis es exclusivamente individual,
- La relación es del tipo autoridad-obediencia,
- Existe una fuerte tendencia a delegar y a dividir la responsabilidad,
- Predomina la división del trabajo y supervisión jerárquica rígida, y
- La solución de conflictos es por medio de represión, arbitrariedad u hostilidad.

Podríamos iniciar un nuevo enfoque hacia un sistema orgánico (característico del enfoque del desarrollo organizacional) (6) en el que:

- El énfasis esté en las relaciones inter e intra grupales,
- Con confianza en los otros miembros del grupo,
- Con interdependencia y responsabilidad compartidas,
- Con participación y responsabilidad multi grupales,
- Con responsabilidad y control ampliamente compartidos,
- En donde la solución de conflictos sea mediante la negociación o la solución de problemas.

Todo esto es posible de realizar cuando se labora en organizaciones inteligentes, mismas que saben manejar las cinco disciplinas propuestas por Peter Senge: el pensamiento sistémico, el dominio personal, los modelos mentales, la visión compartida y el aprendizaje en equipo, para poder alcanzar sus metas (9). Se ahondará en estas cinco disciplinas en el próximo capítulo.

Según el Reglamento de Atención Médica de los Estados Unidos Mexicanos en su Sección tercera referente a la prestación de servicios en hospitales, en el artículo 90 menciona que los **hospitales** se clasifican, atendiendo a su grado de complejidad y capacidad resolutive en:

I.- Instituto: El establecimiento destinado principalmente a la investigación científica, asesoría, formación y desarrollo de personal para la salud. Puede prestar servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, además de

realizar actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, a personas que requieran atención de alta complejidad y tecnología;

II.- Centro Médico: Los establecimientos en conjunto para la atención de pacientes de varias especialidades, pueden desarrollar actividades de investigación científica, formación y desarrollo de personal para la salud. Presta servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, además de realizar actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, a personas que requieran atención de alta complejidad y tecnología;

III.- Hospital de Especialidades: El establecimiento para la atención de pacientes, de varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas, puede desarrollar actividades de investigación científica; formación y desarrollo de personal para la salud. Presta servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, además de realizar actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, a personas que requieran atención de alta complejidad y tecnología.

IV.- Hospital General: El establecimiento para la atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas. Puede desarrollar actividades de investigación científica, así como de formación y desarrollo de personal para la salud. Presta servicios de consulta externa, urgencias, y hospitalización, además de realizar actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación,

V.- Sanatorio: El establecimiento para la atención de pacientes de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Presta servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, además de realizar actividades de prevención y promoción de la salud,

VI.- Clínica: El establecimiento para la atención de pacientes de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Presta servicios de consulta externa, cirugía menor o cirugía mayor ambulatoria, urgencias y hospitalización, además de realizar actividades de prevención y promoción de la salud.

En un hospital, las decisiones estratégicas son tomadas por los altos directivos y los administradores del hospital. Sus políticas son ejecutadas por los directores de varias unidades, tales como los jefes de los departamentos médicos y los administradores de las unidades no médicas. Dentro de cada departamento, se establecen líneas de responsabilidad para definir y coordinar las actividades de varios miembros del personal.

Habiendo mencionado lo que es una organización, las características de las organizaciones al servicio del hombre, cómo es en general su estructura y dónde se ubican las organizaciones hospitalarias dentro de estas, es importante darnos cuenta que para lograr obtener hospitales más seguros, que vivan cotidianamente las cinco disciplinas mencionadas es necesario arraigar dentro de la "Cultura" de las organizaciones el valor de la seguridad de los pacientes.

Esto se refiere a modificar los sistemas dentro de los cuales trabajan y viven las personas. La cultura organizacional expresa un modo de vida, un sistema de creencias, expectativas y valores, una forma particular de interacción y de relación de determinada organización. La cultura organizacional influye en el clima existente en la organización (6). El cambio organizacional se refiere a alteraciones en los procesos, la ubicación de recursos, en la distribución del poder, y en la estructura interna de una organización (10).

Para lograr un cambio organizacional necesitamos de dos fuerzas:

- 1- Fuerzas exógenas, que provienen del ambiente, como nueva tecnología que es por demás común en medicina, y puede utilizarse en pro de la seguridad del paciente; cambios en los valores de la sociedad, que actualmente exige una mejor calidad de la atención médica, y sin duda, como se mencionó anteriormente, la presión internacional ante este nuevo tema de seguridad del paciente que nos obliga a incorporarnos a este cambio de enfoque centrado en el paciente.
- 2- Fuerzas endógenas, que crean la necesidad de cambiar las estructuras y el comportamiento, provienen del interior de la organización y son producto de la interacción de sus participantes y de las tensiones provocadas por la diferencia de objetivos e intereses. En este caso debemos sembrar la inquietud en los profesionales de la salud para crear la necesidad de iniciar fuerzas

endógenas que obliguen a hacer un cambio en la estructura, el diseño y el comportamiento en la atención médica. Los objetivos e intereses de las organizaciones hospitalarias deben cambiar para alinearse al enfoque centrado en el paciente.

Para Kotter (12) el cambio organizacional es posible realizarse si se siguen 8 pasos:

- 1- Infundir el sentido de premura
- 2- Crear la coalición orientadora
- 3- Desarrollar una visión y una estrategia
- 4- Comunicar la visión del cambio
- 5- Facultar a una base amplia para la acción
- 6- Generar triunfos a corto plazo
- 7- Consolidar las ganancias y generar más cambios
- 8- Arraigar los nuevos enfoques en la cultura.

Estos ocho pasos son los que utilizaremos de guía para lograr un cambio organizacional en los hospitales en los que su valor principal sea la calidad de la atención, y dentro de ella específicamente la seguridad de los pacientes. Y así llegamos finalmente al concepto de seguridad del paciente.

El término seguridad del paciente es definido por la Agencia para la Calidad y la investigación de la Salud (Agency for Healthcare Quality and Research) como:

“Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Si analizamos esta definición nos podemos dar cuenta que la seguridad del paciente depende de varios factores. Podemos empezar por la estructura, ¿Con qué damos la atención? Es decir, los recursos materiales, humanos, infraestructura. Todos ellos juegan un papel importante para poder otorgar una atención médica segura, sin embargo contrario a lo que lo que se piensa sólo representan el 35% de las causas de eventos adversos (8), por lo tanto no son los únicos factores. También están los procesos organizacionales, es decir ¿Cómo damos la atención? Cómo está diseñado cada proceso de atención médica para obtener el resultado deseado, como se entrelazan con los demás procesos dentro del hospital, desde que entra el paciente hasta que es dado de alta. Muchas veces la falta de análisis o del conocimiento mismo de los procesos no nos permite ver eslabones débiles en los que hay un riesgo inminente de ocasionar un daño al paciente, o al mismo personal de salud. Aquí cabe mencionar el factor cultural. Una organización hospitalaria que no tiene la cultura de seguridad difícilmente podrá otorgar una atención médica segura, empezando por la necesidad de aceptar que es falible, ella y todos sus miembros, desde la más alta jerarquía hasta el mismo paciente. Una organización hospitalaria que sea capaz de darse cuenta de su vulnerabilidad, podrá buscar los puntos de riesgo en el proceso de atención para fortalecerlos, e

implementar sistemas redundantes cuando así se requieran. Lo deseado es una organización que aprenda de sus errores, para no volver a ocasionarlos, que diseñe procesos en donde los riesgos se contengan, una organización en la que todos sus miembros estén dispuestos a reconocer errores, compartirlos y hacer los cambios necesarios para otorgar cada vez más una atención médica segura. Necesitamos organizaciones hospitalarias que sean capaces de generar factores endógenos que produzcan el cambio organizacional que la sociedad demanda, para obtener una visión macro sistémica ya que cada movimiento de cada individuo de la organización repercute de una u otra manera en el sistema, y debemos como individuos pertenecientes a ésta, saber cómo manejarnos e interactuar los diferentes equipos para conseguir el objetivo de la organización: Una atención médica segura, para el paciente, para los profesionales de la salud y para la Institución.

La seguridad del paciente también influye en las organizaciones; una organización hospitalaria que viva cotidianamente un clima de seguridad al proporcionar la atención médica, tendrá personal motivado, que pueda sentirse orgulloso de pertenecer a esa organización, que tenga la certeza de que en el momento de que se cometa un error, que se convierta en un evento adverso se buscará la falla en el sistema; la organización (en su totalidad) hará lo pertinente para evitar que eso ocurra nuevamente desde una visión macrosistémica, fundada en la causa raíz, y no tomará medidas paliativas que pudieran

comprometer el que el personal conserve su trabajo. El personal sabrá que cuenta con la organización tanto como la organización cuenta con él.

VI. MARCO REFERENCIAL DE LA EMPRESA U ORGANIZACIÓN Y DE SU ENTORNO.

Como una respuesta a las inquietudes en el tema de seguridad del paciente, la Secretaría de Salud Federal, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad diseñó un curso taller básico de sensibilización en seguridad del paciente.

El Estado de Morelos fue elegido para realizar el estudio piloto. Participaron 5 hospitales generales y 1 de especialidad de la Secretaría de Salud de Morelos. Dos de ellos con 30 camas, dos con 60, uno con 40 y uno con 120 camas. Abarcando los 6 hospitales de la Secretaría de Salud de Morelos. Con un total de 350 camas censables de las cuales 310 son generales y 40 de especialidad.

El estado de Morelos cuenta con:

- Una población total de 1,678,69 habitantes
- Una población No asegurada de 890,058 habitantes
- Una densidad de Población de 338.6 habitantes
- 3 Jurisdicciones Sanitarias
- 33 Municipios y
- Extensión Territorial de 4,958 Km²

Total de Recursos Humanos de 1,798 distribuidos de la siguiente manera:

- Médicos 553
- Médicos Generales 240
- Médicos Especialistas 313
- Gineco-obstetras 46
- Pediatras 60
- Cirujanos 39
- Internistas 20
- Otros 148

- Enfermeras 1,245
- Auxiliares 190
- Generales 647
- Especializadas 127
- Otras 281

De tal forma que hay 0.6 Médicos por cada 1000 habitantes, con una proporción de 43.4 médicos generales y 56.6 médicos especialistas.

Dentro del equipo de alta complejidad con el que cuenta la Secretaría de Salud de Morelos podemos citar:

- 2 Scanners Tomografía Axial Computarizada y
- 2 Equipos de Mamografía

Los establecimientos de apoyo con los que cuenta la Secretaría de Salud de Morelos son:

- Un Centro de información sobre SIDA
- Un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea
- Un Laboratorio Estatal de Salud Pública
- Cuatro Oficinas Administrativas

(g)

VII. METODOLOGÍA PARA SOLUCIONAR EL CASO Y EVALUAR LOS RESULTADOS.

Creemos que para poder iniciar un acercamiento en el tema de seguridad del paciente se debe hacer de forma firme y directa. Por esta razón comenzamos desarrollando un curso taller en seguridad del paciente para sensibilizar al personal de las unidades hospitalarias participantes. Se incluyó personal de todos los niveles jerárquicos: director del hospital, subdirector médico y administrativo, jefes de departamento de diferentes servicios, jefes de

enfermería, médicos clínicos, enfermeras, personal administrativo, de mantenimiento y de trabajo social.

El taller tuvo una duración de 12 horas, en las que se impartieron conceptos relacionados con la seguridad del paciente, así como ejemplos reales en los que la seguridad del paciente estuvo comprometida, con el fin de sensibilizarlos en el tema. También se tocó el tema de la importancia de la comunicación en seguridad del paciente y la administración por procesos, se dieron herramientas para conocer y analizar procesos, así como para la elaboración de un plan de acción.

Se realizó el estudio en dos etapas: en la primera, después de dar a conocer los conceptos básicos en SP, se aplicó el cuestionario propuesto por el Institute for Healthcare Improvement (IHI), para la evaluación del Clima de Seguridad del paciente en hospitales, adaptado a las características socio demográficas de México. Ver anexo 2

Cada cuestionario fue numerado.

El cuestionario fue anónimo.

Constó de 19 reactivos que evalúan la percepción del clima de seguridad del paciente en organizaciones hospitalarias. Cada reactivo podría tener una sola respuesta de las siguientes 6:

Totalmente en desacuerdo

Parcialmente en desacuerdo

Neutral

Parcialmente de acuerdo

Totalmente de acuerdo

No aplica

Se asignó un valor numérico a la respuesta de cada pregunta

Además el cuestionario contó con otros 14 reactivos que identifican la posición en el trabajo, experiencia en el trabajo actual, en la especialidad, en la organización, edad, sexo, facultad de origen, horario, servicio en el que trabaja, número de pacientes que atiende por semana y si identificó situaciones de riesgo potencial en el área en donde trabaja.

Se calculó la media de clima de seguridad del paciente, la calificación de clima de seguridad del paciente y el porcentaje de individuos con una percepción del clima de seguridad del paciente satisfactoria.

Las medidas obtenidas por el cuestionario fueron:

1. Calificación del Clima de Seguridad del paciente
2. Porcentaje de individuos que respondieron con un clima de seguridad satisfactorio (Calificación igual o mayor a 75)

Posterior a esto se procedió a impartir el curso taller básico en SP.

En la segunda etapa, se aplicó entre seis y ocho meses después, este cuestionario por segunda vez al mismo personal que participó en la primera etapa.

Se compararon los resultados de los cuestionarios entre la primera y segunda etapa, encontrando mejoras estadísticamente significativas. Ver tabla 3 Gráfico 1

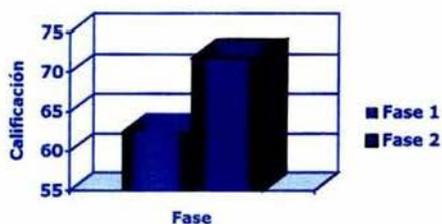
Tabla 3

Mejora en el Clima de Seguridad del Paciente	
Fase 1	Fase 2
62.61	71.89

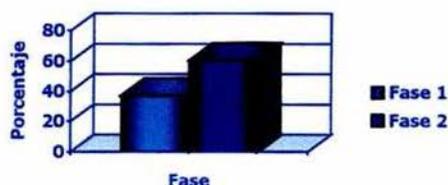
% de participantes que respondieron con un Clima de Seguridad del Paciente satisfactorio	
Fase 1	Fase 2
37.5	60.66

Grafico 1

Mejora en el Clima de Seguridad



Porcentaje de participantes que respondieron con un Clima de Seguridad del Paciente satisfactorio



Se propuso la estrategia para llevar a cabo este curso taller básico en seguridad del paciente a nivel nacional.

VIII. ANÁLISIS DE LAS OPCIONES Y ELECCIÓN DE LA MÁS CONVENIENTE.

Abordar el tema de Seguridad del paciente en organizaciones hospitalarias no es tarea fácil. Lograr un cambio cultural dentro de una organización es todo un reto.

Creemos que el iniciar con un acercamiento al director de cada unidad hospitalaria explicando la importancia del tema así como el entorno nacional e internacional, en que consiste el curso taller en sensibilización y que se espera de él, es el primer paso. El paso a seguir es llevar a cabo los 8 pasos que

propone Kotter para el cambio organizacional aplicándolos a cada organización hospitalaria participante:

1. Infundir el sentido de premura: Con datos duros en la literatura internacional y ejemplos reales en nuestro país. Este ejercicio se lleva primero en la entrevista inicial con el director de la Organización hospitalaria y posteriormente durante el curso taller en seguridad del paciente en la presentación de conceptos básicos.
2. Crear la coalición orientadora: Seleccionando a personal de todas las jerarquías dentro de la unidad hospitalaria, y abarcando todos los servicios dentro de ella, para iniciar la sensibilización en el tema. El personal seleccionado es el que participa en el curso taller en seguridad del paciente.
3. Desarrollar una visión y una estrategia: Después de que se impartió el curso taller en seguridad del paciente en el estado de Morelos, se propuso hacer algunas mejoras, dentro de ellas se encuentra la inclusión de un ejercicio en el cual, primero de manera individual y posteriormente en grupo, se analiza la visión que se tiene de la organización hospitalaria; durante el taller se trabaja para modificarla e incluir en ella el tema de seguridad del paciente como elemento fundamental. Al concluir el ejercicio se debe llegar a un consenso para tener como producto un Nueva Visión de la Unidad Hospitalaria en la cuál se van a basar para trabajar en equipo y construir un hospital más seguro. Esta nueva herramienta ha sido incluida en todos los

hospitales que han sido sensibilizados en el tema de seguridad del paciente después del estado de Morelos hasta la fecha.

4. Comunicar la visión del cambio: La comunicación de la nueva visión se hace de tres formas:

a) De forma verbal: Al término del taller el Director de la Unidad Hospitalaria comunica al personal la nueva visión.

b) De forma escrita se hace cambio de la visión anterior del hospital por la nueva visión. Se coloca esta nueva visión en lugares estratégicos que la coalición orientadora ha designado a lo largo del curso taller en seguridad del paciente.

c) Una vez que la coalición orientadora ha desarrollado la nueva visión del hospital, a través de su actuar cotidiano hacia esa nueva visión transmitirá al resto del personal hacia dónde se quiere y cómo se puede llegar a tener el hospital para el cuál trabajan.

Al igual que el punto anterior, la comunicación de la nueva visión es un ejercicio que se ha incorporado dentro de las mejoras posteriores al piloto en Morelos.

5. Facultar a una base amplia para la acción: Durante el curso taller en seguridad del paciente se instruye a los participantes en la importancia del personal facultado para la acción, de tal forma que toda la coalición orientadora está sensibilizada para poder iniciar con un cambio actitudinal desde el director hasta el operativo para poder crear un ambiente propicio en torno a la seguridad del paciente. El

motivo es la relevancia que implica el contar con personal que tenga el poder para cuidar los intereses por parte de la organización para salvaguardar la seguridad del paciente. De igual forma que los dos puntos anteriores, este tema ha sido incluido en los cursos talleres realizados posteriormente a la impartición en Morelos.

6. Generar triunfos a corto plazo: El dar pasos firmes y no detenerse o desalentarse es importante, por eso hemos incluido este punto en el curso taller en seguridad del paciente. La manera en la cual se desarrolla es a través de un ejercicio en el cual se les pide a los participantes que narren un hecho real en el cual la seguridad del paciente ha sido comprometida, seguido de esto se hace un análisis de las posibles causas que contribuyeron a que se presentara el problema. Lo interesante de este ejercicio es que al estar presente personal de toda la organización hospitalaria pueden exteriorizar sus inquietudes y comunicarse pudiendo interactuar los diferentes equipos de trabajo que en la vida cotidiana del hospital no están acostumbrados o no han tenido la oportunidad de analizar en conjunto un caso y proponer soluciones aceptando todos su corresponsabilidad en el buen o mal funcionamiento de los diferentes procesos. Posterior al análisis se lleva a cabo un plan de acción para un problema específico, que serán los primeros triunfos a corto plazo que tendrá la organización.

7. Consolidar las ganancias y generar más cambios: Al terminar el curso taller en seguridad, durante la clausura se invita al director del hospital a formalizar el compromiso contraído durante el taller para informar a la Subsecretaria de Innovación y Calidad el avance del plan (es) de acción que se generó durante el taller, en una fecha aproximada.
8. Arraigar los nuevos enfoques en la cultura: Sin duda arraigar un valor cultural no es sencillo, sin embargo es un punto medular para el éxito del cambio organizacional. A partir del taller impartido en Morelos se propuso incluir un ejercicio en cuál los participantes deberán interpretar diferentes roles de personajes ficticios sobre un caso real en el cual una paciente sufre daño debido un error en el cuidado de la atención médica. El ejercicio consiste en dividir al grupo en equipos, y estos en 2 subequipos incluyendo un representante de cada equipo. Los subequipos consisten en: familiares, staff médico. Se entregan instrucciones al subequipo de staff médico, de familiares de pacientes y al representante del equipo. En dichas instrucciones se esquematiza lo ocurrido desde el punto de vista ya sea de familiares del paciente o del staff médico. El representante del equipo tiene ambas partes y se encarga de guiar a los subequipos. Primero deben analizar por separado cuál va a ser su postura en cuanto a lo acontecido y posteriormente tendrán una entrevista entre ambos subequipos en la que el staff médico explica a los familiares lo acontecido durante la atención médica. Durante el acercamiento de ambos equipos es

interesante ver la reacción de los participantes al hacer empatía con el rol que les ha tocado seguir. Al final del ejercicio cada equipo comparte su experiencia con el resto del grupo, se les pide que hagan hincapié en las fallas que detectaron en cómo hicieron el acercamiento con el otro subequipo. Es interesante ver como a pesar de que es el mismo ejemplo el que siguen cada equipo aborda diferente el problema. La razón por la cuál se incluye este ejercicio es que a través de la empatía el enfoque ante una situación en la que ha ocurrido un evento adverso cambia; además se insiste en seguir los tres pasos básicos para la comunicación de eventos adversos a familiares:

1. Hablar con la verdad
2. Pedir una disculpa por lo acontecido (de acuerdo a la situación variará la manera en hacerlo)
3. Explicar que medidas se están tomando y se tomarán para que el hecho ocurrido no suceda nuevamente.

Este ejercicio se propuso que fuera incorporado después de la impartición de los talleres en Morelos como otra mejora siendo su finalidad fomentar el arraigo del valor cultural de la seguridad del paciente.

Además del curso taller en seguridad del paciente también se ha propuesto tomar acciones en otras líneas.

Una de ellas ha sido el desarrollo del primer Sistema Nacional de Reporte y Aprendizaje de Eventos Centinela. Este sistema como su nombre lo indica ha

sido creado para incentivar a los profesionales de la salud a reportar los eventos centinela, eventos adversos o quasi fallas, con la finalidad de que se realice un análisis de cada caso y poder aprender de los errores de tal forma que podamos prevenir el que ocurran nuevamente. El sistema incluye un formato muy similar, más completo que el utilizado en el taller en el ejercicio que se les pide a los participantes que compartan un ejemplo real en el que hayan participado o estado presentes y se haya ocasionado daño al paciente por un error en la atención médica. Se busca hacer un hábito de reporte de los eventos en el personal de salud como otra estrategia para arraigar el valor cultural de seguridad del paciente. Para poder incentivar esto el sistema de reporte y aprendizaje de eventos centinela puede ser anónimo, la información que se recaba es estrictamente confidencial, y sólo tienen acceso a ella el personal encargado de hacer el análisis de los casos y dar seguimiento a los mismos.

Otra línea ha sido apoyar al personal participante que muestre entusiasmo por el tema. La Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad mantiene la puerta abierta para brindar asesoría y apoyo en materia de seguridad del paciente a quienes así lo soliciten. Actualmente uno de los Institutos Nacionales que se han sensibilizado en el tema con el curso taller en seguridad del paciente a menos de dos meses han ya solicitado que se les dé a los residentes que ingresen este año a su hospital capacitación en el tema. De tal forma que la cadena continúe y el personal que ingrese se ponga en sincronía de hacia dónde se va dirigiendo la organización.

IX. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN A SEGUIR.

Podemos concluir lo siguiente:

- La posibilidad de causar daño a los pacientes durante el proceso de atención médica existe.
- Los reportes hechos por otros países:
 - ◆ EEUU: 44,000 y 98,000 muertes prevenibles por errores en la atención médica.
 - ◆ Australia: 17 % de las admisiones hospitalarias están asociadas a un evento adverso
 - ◆ Gran Bretaña: en alrededor del 10% en las admisiones hospitalarias ocurren eventos adversos, cerca de 850, 000 eventos adversos al año son dignos de reflexionar.
- Según las estimaciones de la OMS, países como el nuestro enfrentan problemas más graves debido a la infraestructura con la que contamos.
- Es necesario hacer una estimación del número de casos de eventos adversos presentados en nuestro país. Para tal efecto México ha sido ya incluido en la Alianza Global para la seguridad del paciente de la OMS en la cuál uno de los puntos medulares es iniciar la medición de estos en línea con los demás países involucrados (13)
- La sensibilización en el personal a través de grupos de trabajo que abarquen todos los niveles jerárquicos así como los diferentes equipos de trabajo parece ser una buena estrategia inicial para abrir el camino en materia de seguridad del paciente.
- El tomar como base los 8 pasos propuestos por Kotter para llevar a cabo un cambio organizacional parece ser de utilidad.

Dentro de las líneas a seguir se encuentran:

- *Cambio cultural efectivo*: Continuar con la sensibilización a nivel nacional. Actualmente se está desarrollando la estrategia para poder difundir este curso taller en seguridad del paciente para abarcar todos los estados inicialmente en la Secretaría de salud y posteriormente avanzar a otros sectores. A través de este taller es posible generar el cambio para que el valor cultural de seguridad del paciente quede arraigado.
- *Benchmarking con la Industria de la Aviación*. Hemos dado ya inicio a esta parte encontrando similitudes tales como:
 - ◆ Trabajamos en sistemas complejos.
 - ◆ El personal es altamente calificado. Su educación es intensiva.
 - ◆ Se presentan en ocasiones problemas inesperados en procedimientos de rutina.
 - ◆ La comunicación es de vital importancia.
 - ◆ Ambas prácticas son limitadas por el tiempo
 - ◆ Dependemos del trabajo en equipo
 - ◆ Son altamente estresantes
- *Montar el Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela*. (Ver anexo 5) Es un sistema de registro voluntario y puede ser anónimo. En él quedan datos relevantes para poder analizar eventos centinela, adversos o quasi fallas que se hallan presentado en el sistema de salud, de tal forma que el sistema pueda aprender de sus fallas y fortalecerse. Actualmente el

diseño de este sistema ha concluido. En este momento estamos por lanzarlo. El sistema consiste en 2 alternativas para el reporte. Una opción es a través de CALIDATEL 01 800 10 888 69, (actualmente en operación) en dónde todos los prestadores de servicio de salud de nuestro país pueden comunicarse el operador les preguntará los datos indispensables para hacer un análisis del caso. Se les asignará un número de reporte y se les enviará vía Internet un password para poder ingresar al sistema a través de la web y terminar el reporte de forma más profunda. La segunda posibilidad para reportar un evento será directamente en la página web de la Secretaría de Salud, en dónde aparecerá SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO Y APRENDIZAJE DE EVENTOS CENTINELA. Ahí podrá dar inicio a un reporte o bien continuar como se mencionó anteriormente el reporte de CALIDATEL.

- Identificar las *causas más frecuentes de Eventos Centinela, eventos adversos y quasi fallas*. Hemos ya iniciado este punto con información obtenida a través de los talleres en seguridad del paciente. Específicamente en uno de los ejercicios que es un cuestionario, que solicita sea narrado un evento adverso del que haya tenido conocimiento el participante. Con estos casos hemos analizado las posibles causas y los factores involucrados que contribuyeron a que se presentaran los eventos. (Anexo 5. Por otro lado también hemos iniciado investigaciones con CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico, una línea de investigación durante el año 2004 para saber de las quejas presentadas durante este período, ¿cuántas fueron eventos centinela, eventos adversos o quasi fallas? Entre otros datos.

- Emitir *recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente* en los Hospitales. También con la información vertida en los talleres en el ejercicio que se mencionó anteriormente (anexo 4) estamos trabajando para emitir recomendaciones a distintas instancias. Con CONAMED también trabajaremos recomendaciones basadas en casos específicos.
- *Investigar* la problemática dentro de nuestro país. Actualmente estamos en espera de las líneas que seguirá la OMS Organización Mundial de la Salud, para iniciar la medición en línea con los países participantes en la Alianza Global para la Seguridad del paciente. Hemos tenido acercamientos con ellos para que México sea considerado dentro de esta Alianza.
- Incrementar la *normatización*. Con la información que contamos hasta este momento, hemos concluido que deberán generarse cambios para incrementar la normatización. La finalidad es homogeneizar la atención médica para que sea más segura.

X. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS, ESTADÍSTICAS Y/O DOCUMENTALES.

1. BMJ 2002;324:1044 (27 April) How the US news media made patient safety a priority
2. Quality and Safety Health Care 2002;11:246-251 Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national patient safety surveillance system. Is this the right model?
3. Quality and Safety Health Care 2002;11:352-354
4. Medical Errors and Patient Safety. Joseph L. Halbach, M.D. Department of family medicine New York Medical college Valhalla NY August 2002 2nd edition
5. Shine K. Acad med January 2002.
6. Administración de Recursos Humanos; Chiavenato I. Quinta edición. Mc. Graw Hill pp. 2, 7, 8, 588, 589, 594
7. To Err is Human, Building a Safer Health System. Institute of Medicine 2001. pp 1,30,31,55
8. Perinatal Mortality and Quality of Care at the National Institute of Perinatology. Ana María Salinas. August 1993.
9. La Quinta Disciplina; Senge Peter M. 6^a edición. Ediciones Granica pp 15-25
10. Organizaciones al servicio del hombre. Hasenfeld Yeheskel. 1990. Fondo de Cultura Económica pp. 14-16
11. Iatrogenia en cirugía. Cervantes Jorge. Salvat 1991. pp. 1-3
12. The Heart of Change. Kotter John P. Harvard Business school press.

13. Global Alliance for patient safety WHO

14. Páginas de Internet

- a. <http://www.patientsafety.gov/NCPShb.pdf> The National Center for Patient Safety
- b. http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf World Health Organization Fifty-fifth Health assembly. Quality of care: patient safety. Report by the secretariat. WHAA 55/13
- c. http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ewha5518.pdf Fifty-fifth World Health Assembly. Quality of care: patient safety WHA 55.18
- d. <http://www.patientsafety.gov>
- e. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/DisenorganizacionaMintzberg.pdf>
- f. <http://www.evergreen1.com.ar/diseño.html>
- g. http://sinais.salud.gob.mx/Unidades_Medicas/FichaMor-2002

XI. ANEXOS

ANEXO 1 GLOSARIO

Eventos adversos:

"Incidentes desfavorables, percances terapéuticos, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos que ocurren, directamente asociados con la prestación de atención o servicios dentro de la jurisdicción de un centro médico, clínica de consulta externa u otro tipo de unidad médica. Los eventos adversos pueden resultar de actos cometidos o por su omisión".

El Centro Nacional para la Seguridad del Paciente de EEUU

Iatrogenia:

"Alteración inducida a un paciente por la actividad médica o la terapia y refleja un énfasis en el personal médico como agente causante".

S. Small

"Cuasi falla":

"El acontecimiento o la situación que podrían haber tenido como resultado un accidente, la herida o la enfermedad, pero no lo hicieron, o por casualidad o por la intervención oportuna".

El Centro Nacional para la Seguridad del Paciente de EEUU

La importancia de la quasi falla, es la enseñanza que deja sin haber causado daño, no debemos esperar a que se den las mismas circunstancias, y en otra

ocasión si causen daño; El análisis de las llamadas cuasi fallas permiten el aprendizaje de la experiencia y pueden prevenir que ocurra un acontecimiento adverso.

Causa raíz (4):

La causa raíz es la razón más fundamental por la cual un acontecimiento ha ocurrido. Los factores que contribuyen son las razones adicionales, no necesariamente la razón más básica de que un acontecimiento haya ocurrido.

El evento centinela:

“Hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo de esto. La herida grave incluye específicamente la pérdida de miembro o función. La pérdida permanente mayor de la función se refiere a que sea del tipo sensorial, motor o psicológico, o del deterioro intelectual no presente previamente, que requiere el tratamiento continuo o el cambio de estilo vida. La frase -riesgo de esto- incluye cualquier variación del proceso para lo cual una reparación llevaría una oportunidad significativa de resultados adversos graves. Los eventos centinela señalan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.

Resumiendo, el evento centinela es un hallazgo inesperado que involucra la muerte o un daño serio físico o mental, o el riesgo mismo de que esto ocurra.

La Joint Commission on accreditation of Health Care

Error:

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Es una idea o expresión no conforme a la verdad, estado del que tiene ideas equivocadas o creencias falsas o sigue una conducta reprobable.

María Moliner

La Ingeniería de Factores Humano:

Es una disciplina que usa conceptos y métodos para entender y construir sistemas que son más eficientes, confortables y seguros (3.

Hospital:

"Establecimiento sanitario de gran capacidad, con camas para que los enfermos puedan permanecer ingresados el tiempo que necesiten durante su tratamiento"

María Moliner

Organización:

Es un "un sistema de actividades conscientemente coordinadas, formado por dos o más personas, cuya cooperación recíproca es esencial para la existencia de aquélla.

Idalberto Chiavenato

Seguridad del paciente:

"Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos".

Agencia para la Calidad y la investigación de la Salud (Agency for Healthcare Quality and Research)

ANEXO 2

**Cuestionario para
Evaluación del Clima de
Seguridad del Paciente**

Nº Estudio:			
FECHA:	día	mes	año

El propósito de este cuestionario es investigar el clima hospitalario con relación a lo que es seguridad del paciente.

Esta información es confidencial. Por favor no ponga su nombre.

Para contestar estas preguntas le sugerimos tener presentes las siguientes definiciones:

SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Agency for Healthcare Quality
and Research

EVENTOS ADVERSOS

Incidentes desfavorables, percances terapéuticos, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos que ocurren directamente asociados con la prestación de atención.

National Center for Patient
Safety

Conteste los siguientes puntos con respecto a su servicio específico o área clínica en la que trabaje.

Escoja su opinión usando la siguiente escala:	Totalmente Desacuerdo	Parcialmente Desacuerdo	Neutral	Parcialmente De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
1.- Si alguien se equivoca en este Hospital es fácil aprender de ese error.						
2.- En el momento en que alguien identifica un error en el hospital se analizan las causas para prevenir un error futuro.						
3.- Los Directivos en mi Hospital me escuchan y se ocupan por mis preocupaciones relacionadas a Seguridad del Paciente.						
4.- Los jefes médicos y de enfermería en mi servicio me escuchan y se ocupan de mis preocupaciones.						
5.- El liderazgo en nuestro Hospital nos está llevando a ser una Institución Centrada en la Seguridad del Paciente.						
6.- Mis sugerencias acerca de la Seguridad del Paciente serán tomadas en cuenta si lo expreso a la administración.						
7.- Para la administración y dirección de Hospital está primero la Seguridad del Paciente a la productividad (sacar la chamba).						
8.- Si cometo un error en mi servicio mis colegas me estimulan a que lo reporte.						
9.- Sé a quien dirigirme en caso de un problema de Seguridad del Paciente.						
10.- Recibo retroalimentación adecuada acerca de mi desempeño.						
11.- Me sentiría Seguro al ser tratado como paciente en este Hospital.						
12.- Si se modifica un procedimiento (en quirófano, banco de sangre, laboratorio, Rx Etc.) se instruye al personal antes de hacer el cambio.						
13.- El personal en esta área clínica está dispuesto a						
13.1 Reconocer errores						
13.2 Reportar errores						
13.3 Corregir errores						
14.1.- Los Médicos						
14.2.- Enfermeras						
14.3.- Directivos						
Están abiertos a tomar el liderazgo en Seguridad del Paciente						
15.- Esta Institución está haciendo mas por Seguridad del Paciente (prevenir y no ocasionar daño a los pacientes) ahora que hace 1 año.						
16.- Creo que la mayoría de los Eventos Adversos (incidentes desfavorables ocasionados a los pacientes) ocurren como resultado de Múltiples fallas en el sistema y no son atribuibles a la acción de un individuo.						
17.- Hay lineamientos, reglas o guías específicos para cada procedimiento						
18.- El personal frecuentemente rompe las reglas o guías que son establecidas para esta área clínica.						
19.- La Seguridad del paciente es constantemente reforzada como prioridad en esta área clínica.						

20- Posición en el trabajo (solo marque uno)

<input type="checkbox"/>	Médico con funciones administrativas y en contacto directo con pacientes
<input type="checkbox"/>	Médico con funciones administrativas sin contacto directo con pacientes
<input type="checkbox"/>	Médico clínico en contacto directo con pacientes
<input type="checkbox"/>	Enfermera
<input type="checkbox"/>	Jefa de Enfermería
<input type="checkbox"/>	Administrativo en contacto directo con pacientes
<input type="checkbox"/>	Administrativo sin contacto directo con pacientes
<input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál? <input type="text"/>

21- Experiencia en el trabajo actual (solo marque uno)

<input type="checkbox"/>	Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>	6-12 meses	<input type="checkbox"/>	1-2 años
<input type="checkbox"/>	3-7 años	<input type="checkbox"/>	8-12 años	<input type="checkbox"/>	13-20 años
<input type="checkbox"/>	21-30	<input type="checkbox"/>	31 años o más		

22- Experiencia en la Especialidad (solo marque uno)

<input type="checkbox"/>	Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>	6-12 meses	<input type="checkbox"/>	1-2 años
<input type="checkbox"/>	3-7 años	<input type="checkbox"/>	8-12 años	<input type="checkbox"/>	13-20 años
<input type="checkbox"/>	21-30	<input type="checkbox"/>	31 años o más		

23- Experiencia en la organización (solo marque uno)

<input type="checkbox"/>	Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>	6-12 meses	<input type="checkbox"/>	1-2 años
<input type="checkbox"/>	3-7 años	<input type="checkbox"/>	8-12 años	<input type="checkbox"/>	13-20 años
<input type="checkbox"/>	21-30	<input type="checkbox"/>	31 años o más		

24- Edad	<input type="text"/>	años	25- Sexo:	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
26- Facultad de Origen	<input type="text"/>							

27- Trabaja en otra Institución	Sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
28- Tiene práctica privada	Sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

29- ¿Cuál es su horario de trabajo en esta Institución?

L Ma Mi J V S D De _____ a _____ Hrs.

32- Por favor marque el Servicio y localización de su unidad.

33- ¿Cuántos pacientes atiende aproximadamente por semana en su unidad de trabajo?

34- Identificó situaciones de riesgo potencial en el área en donde trabaja.

Sí No

35- ¿Cuáles?

GRACIAS POR LLENAR EL CUESTIONARIO. APRECIAMOS SU PARTICIPACIÓN Y SU TIEMPO.

ANEXO 3
EJERCICIO 1ª



EJERCICIO UNO A
PARA ELABORAR EN CASA
GUÍA PARA LA DESCRIPCIÓN DE UN CASO EN EL CUAL LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE SE HAYA VISTO COMPROMETIDA

	DESCRIPCIÓN
1. Fecha en que ocurrió el evento adverso	
2. Servicio en el que ocurrió el evento adverso	
3. Turno (matutino, vespertino, nocturno, días festivos, fines de semana etc.)	
4. Edad del paciente	
5. Sexo del paciente	
6. Diagnóstico de Ingreso	
7. Diagnóstico de egreso	
8. El paciente y sus familiares estaban al pendiente de su padecimiento y tratamiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Evento adverso que se presentó. Nombre el evento adverso que ocurrió y describa cómo se presentó, quiénes estaban presentes, todo el entorno y bajo que circunstancias se presentó el caso	



ESTRATEGIA NACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
CURSO TALLER EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL.



10. Posibles causas, procedimientos o instrucciones que propiciaron que se presentara el evento adverso	1) 2) 3) 4)
11. De las causas anteriores ¿cuáles pudieron haberse evitado o controlado?	1) 2) 3) 4)
11 b. Del listado de la pregunta 10 cuáles instrumentos podrían ser implementados.	
12. ¿Cómo se maneja la comunicación con el paciente y su familiar respecto al evento adverso ocurrido? ¿Qué se les dijo? ¿Cómo lo tomaron el paciente y sus familiares?	
13. ¿Se tomó alguna medida dentro del servicio o del hospital para evitar que se presentara un evento adverso igual o similar? En caso afirmativo ¿Cuál?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si respondió si, ¿Cuál?



ESTRATEGIA NACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
CURSO TALLER EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL.



caso ante usted ¿qué haría diferente?	
15. ¿Con qué frecuencia cree Ud. que este caso pueda volverse a presentar? : a. Varias veces en un año b. Varias veces entre uno y dos años c. Existe la posibilidad de que ocurra entre dos y 5 años d. Poco probable que ocurra en los próximos 2 a 5 años	
16. Los daños ocasionados al paciente por este evento adverso: a. Ocasionaron o pudieron ocasionar muerte o pérdida permanente mayor de funciones b. Causaron un alto grado de insatisfacción. Hubo disminución permanente de las funciones corporales c. La falla puede superarse con modificaciones en los procesos o en los productos, pero hay una pérdida mínima en la función. d. La falla no es percibida por el paciente o familiar, y no afectará el resultado del servicio o producto.	
17. ¿ Desea agregar algo más?	<hr/> <hr/>

Para entregar

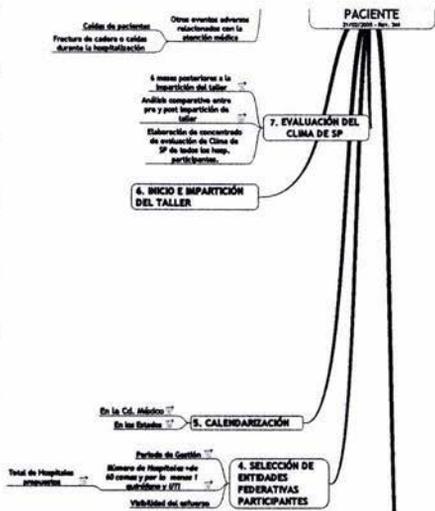


**EJERCICIO UNO A
SEGUNDA PARTE
PARA ELABORAR EN EQUIPO
FORMATO PARA MEDICIÓN DE RIESGOS EN CASOS EN QUE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HAYA VISTO COMPROMETIDA
MODIFICADO DEL FMEA DE VA**

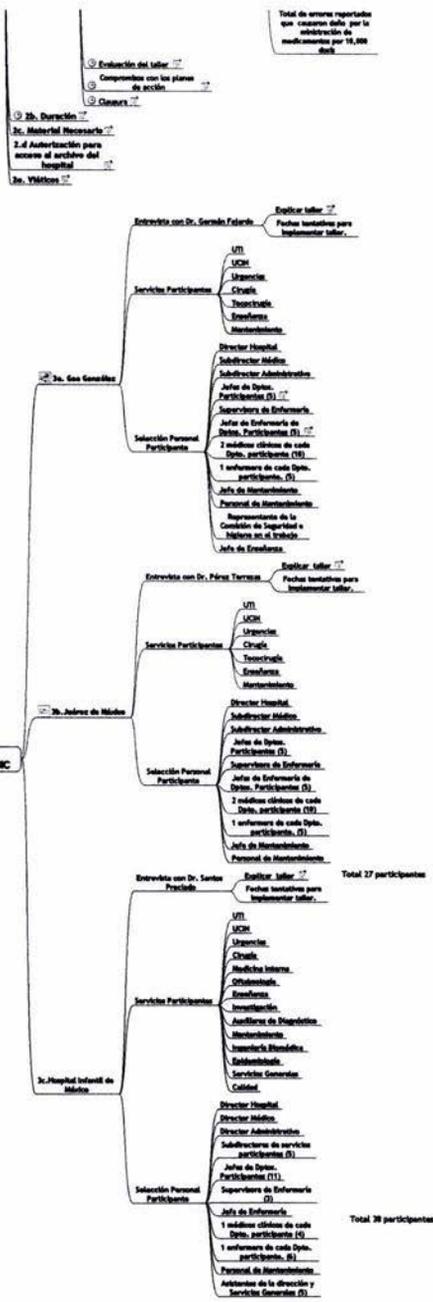
INSTRUCCIONES:

- 1- El grupo se dividirá por equipos de acuerdo a los siguientes servicios: UTI, UCIN, URGENCIAS, CIRUGÍA Y TOCOCIRUGÍA, según los ejemplos que traigan del ejercicio anterior y el área en la que laboren. (5min.)
- 2- Nombren un representante de su equipo. (2min)
- 3- Representante del equipo:
 - ✦ Pida que cada miembro de su equipo lea el ejemplo 1 A que realizó el día anterior en casa. (13min.)
 - ✦ Pida que entre todos midan la severidad y la probabilidad de que este evento se presente nuevamente de acuerdo al formato que muestra en la parte inferior de esta hoja (tabla), apoyándose en las tablas de la siguiente hoja. (10min.)
 - ✦ Guíe a su equipo a seleccionar el caso de mayor relevancia entre los casos presentados por los diferentes integrantes del equipo(5min)
 - ✦ De acuerdo al formato mostrado en la parte inferior de esta hoja, anote en el rotafolio la severidad y probabilidad de que se presente el evento adverso seleccionado por el equipo en el Hospital en el que labora. (5min.)
 - ✦ Comparta con el resto del grupo esta información cuando se le solicite.(2 min.)
 - ✦ Haga entrega de los ejercicios de cada uno de sus compañeros de equipo (1 A y 1 A segunda parte) al responsable del taller. (5min.)

Evento Adverso Presentado:		SEVERIDAD			
		Catastrófico	Mayor	Moderado	Menor
Probabilidad	Frecuente				
	Ocasional				
	Poco común				
	Remota				



3. SELECCIÓN HOSPITALES BSC





**EJERCICIO UNO A
SEGUNDA PARTE**

Para entregar

**PARA ELABORAR EN EQUIPO
GUÍA PARA MEDICIÓN DE RIESGOS EN CASOS EN QUE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HAYA VISTO COMPROMETIDA**

Evento Adverso Presentado:		SEVERIDAD			
		Catastrófico	Mayor	Moderado	Menor
Probabilidad	Frecuente	16	12	8	4
	Ocasional	12	9	6	3
	Poco común	8	6	4	2
	Remota	4	3	2	1

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE EVENTO

CATASTRÓFICO	Escala FMEA de 10 o más puntos. La falla puede ocasionar muerte o pérdida permanente mayor de funciones
EVENTO MAYOR	Escala FMEA de 7 a 9 puntos La falla causa un alto grado de insatisfacción. Disminución permanente de las funciones corporales
EVENTO MODERADO	Escala FMEA de 4 a 6 puntos. La falla puede superarse con modificaciones en los procesos o en los productos, pero hay una pérdida mínima en la función
EVENTO MENOR	Escala FMEA de 1 a 3 puntos. La falla no es percibida por el paciente o familiar, y no afectará el resultado del servicio o producto.

ESCALA DE PROBABILIDAD

FRECUENTE	Puede ocurrir inmediatamente o en un periodo corto (varias veces en un año)
OCASIONAL	Puede ocurrir (varias veces en uno o dos años)
POCO COMÚN	Existe la posibilidad de que ocurra en 2 a 5 años
REMOTA	Poco probable que ocurra (en a 5 años)

ANEXO 4
SISTEMA NACIONAL DE REPORTE Y APRENDIZAJE DE EVENTOS
CENTINELA

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación | **Iniciar Reporte de Evento Centinela** | Continuar un Reporte Inicial en CALDATEL

Este sitio se visualiza mejor en resolución de 800 x 600 píxeles

Tu Participación es Importante para Mejorar Nuestro Sistema de Salud

Toda información que vieras en este reporte es estrictamente confidencial y el público no tiene acceso a ella, se busca con esto depurar el sistema de atención a la salud y no el señalar a las personas.

¿Cuál es el objetivo de este sistema de registro y aprendizaje de evento centinela?
 El objetivo es mejorar los puntos vulnerables de nuestro sistema de salud para poder satisfacerlo, prevenir de fallas o errores que se hayan presentado.

¿Qué es un evento centinela?
 Es un hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo de que esto ocurra.

¿Qué son eventos adversos?
 Son incidentes desfavorables, prevenibles o no prevenibles, físicos o psicológicos o otros eventos adversos que ocurren inesperadamente asociados con la prestación de la atención.

¿Qué es una quasi falla?
 Es el momento cuando se le olvidó que podrían haberse evitado un accidente, la herida o la enfermedad, pero no lo hicieron, ni por negligencia ni por la intervención oportuna.

¿Qué es un error?
 La falta de una acción planeada, de ser completada dentro de un tiempo o el uso de un plano erróneo para alcanzar un fin.

Joint Commission on Accreditation
 National Center for Patient Safety
 National Center for Patient Safety

Documento sin título Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás | Búsqueda | Favoritos

Dirección **F:\act_01022005\index.html** Ir | Vinculos | Norton AntiVirus | Asistente de Web

Para ayudar a probar su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación | **Iniciar Reporte de Evento Centinela** | Continuar un Reporte Inicial en CALDATEL

REGISTRO DE EVENTO CENTINELA

FOLIO:

FAVOR DE NO UTILIZAR ABREVIATURAS

A1- PREFIERE EL ANONIMATO SI NO

NOMBRE DEL REPORTANTE

AP- APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (P)

Inicio | TESIS 3... | 01:46 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección F:\act_01022005\index.html Ir Vínculos Norton AntiVirus Asistente de Web

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación Iniciar Reporte de Evento Centinela Continuar un Reporte Iniciado en CALIDATEL

A5- ¿CUAL ES EL CARGO QUE OCUPA EN LA INSTITUCIÓN?

1) MÉDICO

ESPECIALIDAD FUNCIÓN

2) RESIDENTE

3) INTERNO DE PREGRADO

4) LIC. EN ENFERMERÍA

5) AUXILIAR DE ENFERMERÍA

6) ENFERMERA ESPECIALISTA ESPECIALIDAD

7) SUPERVISORA DE ENFERMERÍA

8) JEFE DE ENFERMERÍA

Inicio TESIS 3... MindIt... 2 Micr... act_01... ES 04:48 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección F:\act_01022005\index.html Ir Vínculos Norton AntiVirus Asistente de Web

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación Iniciar Reporte de Evento Centinela Continuar un Reporte Iniciado en CALIDATEL

C6- ANOTAR LOS DATOS QUE RECUERDE DE LA FECHA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO

DÍA MES AÑO SE DESCINCA

C7- TIPO EN EL QUE OCURRIÓ EL EVENTO * ESPECIFIQUE CUALES

C8- HORA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO

C4- EL EVENTO OCURRIÓ SE PRODUJO EN LA SECCIÓN DE: PEDIÁTRICA ADULTOS

C5- SERVICIO EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO * CUAL

Inicio TESIS 3... MindIt... 2 Micr... act_01... ES 04:50 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección: F:\act_01022005\index.html

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte Iniciado en CALDATEL

ES- LOCALIZACIÓN DEL EVENTO: [] LOCALIDAD: []

ES- MARQUE LA ESPECIALIDAD (ES) INVOLUCRADAS CON EL EVENTO REPORTADO

ESPECIALIDAD MÉDICA

ANESTESIOLOGÍA <input type="checkbox"/>	CARDIOLOGÍA <input type="checkbox"/>	DERMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGÍA <input type="checkbox"/>	GASTROENTEROLOGÍA <input type="checkbox"/>
GENÉTICA <input type="checkbox"/>	GERIATRÍA <input type="checkbox"/>	HEMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	INFECTOLOGÍA <input type="checkbox"/>	INMUNOLOGÍA Y/O ALERGIAS <input type="checkbox"/>
MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/>	MEDICINA INTERNA <input type="checkbox"/>	MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/>	NEFROLOGÍA <input type="checkbox"/>	NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/>
ODONTOLOGÍA <input type="checkbox"/>	OPHTALMOLOGÍA <input type="checkbox"/>	ONCOLOGÍA <input type="checkbox"/>	OTORRINOLARINGOLOGÍA <input type="checkbox"/>	PEDIATRÍA <input type="checkbox"/>
REUMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/>	UROLOGÍA <input type="checkbox"/>		

GINECO OBSTETRICIA

Inicio

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección: F:\act_01022005\index.html Actualizar

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte Iniciado en CALDATEL

ES- NARRACIÓN DEL EVENTO, FAVOR DE MENCIONAR:

- CÓMO SE PRESENTÓ EL EVENTO
- QUIÉNES ESTABAN PRESENTES
- QUE DAÑO(S) SE LE OCASIONÓ (A) LOS AL PACIENTE
- CÓMO SE GERENCIÓ CUENTA
- CUÁL FUE LE PERCEPCION POR PARTE DEL PERSONAL
- DESEA ADICIONAR OTRO COMENTARIO

Inicio

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección F:\act_01022005\index.html Búsqueda Ir Vínculos Norton AntiVirus Asistente de Web

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte Iniciado en CALIDATEL

C12.- DESDE SU PUNTO DE VISTA, ¿CÓMO FUERON LAS POSIBLES CAUSAS, PROCEDIMIENTOS O INSTRUCCIONES QUE PROPICIARON QUE SE PRESENTARA ESTE EVENTO?

1) SE PUDO EVITAR SI NO

2) SE PUDO EVITAR SI NO

3) SE PUDO EVITAR SI NO

4) SE PUDO EVITAR SI NO

5) SE PUDO EVITAR SI NO

C13.- ¿QUÉ ACCIONES PODRÍAN SER IMPLEMENTADAS PARA QUE NO VUELVA A OCURRIR ESTE EVENTO ADVERSO?

1)

2)

MPC

Inicio 2 Trac... TESIS 3... MindMa... 2 Mar... act_01... ES 04:52 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección F:\act_01022005\index.html Búsqueda Ir Vínculos Norton AntiVirus Asistente de Web

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte Iniciado en CALIDATEL

C14.- ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FACTORES AMBIENTALES CONTRIBUYÓ A QUE SE PRESENTARA ESTE EVENTO?

Puede seleccionar más de una opción

1) ILUMINACIÓN 2) TEMPERATURA 3) NIVEL DE RUIDO 4) DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO 5) NINGUNO

C15.- ¿FUE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES UN FACTOR EN EL EVENTO?

Puede seleccionar más de una opción

1) DISEÑO FÍSICO/FACILIDADES

2) DISEÑO FÍSICO/FACILIDADES

3) DISEÑO FÍSICO/FACILIDADES

4) EQUIPAMIENTO

5) EQUIPAMIENTO

6) EQUIPAMIENTO

7) EQUIPAMIENTO

8) EQUIPAMIENTO

9) EQUIPAMIENTO

10) EQUIPAMIENTO

11) EQUIPAMIENTO

12) EQUIPAMIENTO

13) EQUIPAMIENTO

14) EQUIPAMIENTO

15) EQUIPAMIENTO

16) EQUIPAMIENTO

17) EQUIPAMIENTO

18) EQUIPAMIENTO

19) EQUIPAMIENTO

20) EQUIPAMIENTO

21) EQUIPAMIENTO

22) EQUIPAMIENTO

23) EQUIPAMIENTO

24) EQUIPAMIENTO

25) EQUIPAMIENTO

26) EQUIPAMIENTO

27) EQUIPAMIENTO

28) EQUIPAMIENTO

29) EQUIPAMIENTO

30) EQUIPAMIENTO

31) EQUIPAMIENTO

32) EQUIPAMIENTO

33) EQUIPAMIENTO

34) EQUIPAMIENTO

35) EQUIPAMIENTO

36) EQUIPAMIENTO

37) EQUIPAMIENTO

38) EQUIPAMIENTO

39) EQUIPAMIENTO

40) EQUIPAMIENTO

41) EQUIPAMIENTO

42) EQUIPAMIENTO

43) EQUIPAMIENTO

44) EQUIPAMIENTO

45) EQUIPAMIENTO

46) EQUIPAMIENTO

47) EQUIPAMIENTO

48) EQUIPAMIENTO

49) EQUIPAMIENTO

50) EQUIPAMIENTO

51) EQUIPAMIENTO

52) EQUIPAMIENTO

53) EQUIPAMIENTO

54) EQUIPAMIENTO

55) EQUIPAMIENTO

56) EQUIPAMIENTO

57) EQUIPAMIENTO

58) EQUIPAMIENTO

59) EQUIPAMIENTO

60) EQUIPAMIENTO

61) EQUIPAMIENTO

62) EQUIPAMIENTO

63) EQUIPAMIENTO

64) EQUIPAMIENTO

65) EQUIPAMIENTO

66) EQUIPAMIENTO

67) EQUIPAMIENTO

68) EQUIPAMIENTO

69) EQUIPAMIENTO

70) EQUIPAMIENTO

71) EQUIPAMIENTO

72) EQUIPAMIENTO

73) EQUIPAMIENTO

74) EQUIPAMIENTO

75) EQUIPAMIENTO

76) EQUIPAMIENTO

77) EQUIPAMIENTO

78) EQUIPAMIENTO

79) EQUIPAMIENTO

80) EQUIPAMIENTO

81) EQUIPAMIENTO

82) EQUIPAMIENTO

83) EQUIPAMIENTO

84) EQUIPAMIENTO

85) EQUIPAMIENTO

86) EQUIPAMIENTO

87) EQUIPAMIENTO

88) EQUIPAMIENTO

89) EQUIPAMIENTO

90) EQUIPAMIENTO

91) EQUIPAMIENTO

92) EQUIPAMIENTO

93) EQUIPAMIENTO

94) EQUIPAMIENTO

95) EQUIPAMIENTO

96) EQUIPAMIENTO

97) EQUIPAMIENTO

98) EQUIPAMIENTO

99) EQUIPAMIENTO

100) EQUIPAMIENTO

MPC

Inicio 2 Trac... TESIS 3... MindMa... 2 Mar... act_01... ES 05:44 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección F:\act_01022005\index.html

Para ayudar a proteger su seguridad, Internet Explorer impidió que este archivo mostrara contenido activo que podría obtener acceso al equipo. Haga clic aquí para consultar más opciones...

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte iniciado en CALDATEL

9) EL NOMBRE DE MEDICAMENTO:

8.1 VÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO

8.1.1 EL MEDICAMENTO FUE EL CORRECTO SI NO

8.1.2 EL HORARIO DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO FUE CORRECTO SI NO

8.1.3 LA CONCENTRACIÓN DEL MEDICAMENTO FUE LA CORRECTA SI NO

8.1.4 SE ADMINISTRÓ EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO SI NO

8.1.5 LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN FUE LA CORRECTA SI NO

VÍA DE ADMINISTRACIÓN IDIOMA VÍA DE ADMINISTRACIÓN UTILIZADA

Inicio 2 Desc... TESIS 3... MovMa... 2 Mo... act_010... ES 05:49 p.m.

Documento sin título - Microsoft Internet Explorer [Windows Offline]

Inicio Back View Favoritos Tools Help

Back Search Favoritos Herramientas

Address F:\act_01022005\index.html

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Evento Centinela

Presentación **Iniciar Reporte de Evento Centinela** Continuar un Reporte iniciado en CALDATEL

ASÍ SEVIA SU RESPUESTA RELATIVA A ESTE REPORTE SI NO

¿EL FON FONTE DE OÙER SEVIA LA RESPUESTA

¿EL TIEMPO TIEMPO SEVIA SU RESPUESTA

¿SU... POR FAVOR RESPONDER COMO CONFIDENCIAL QUE PODRÍA SU MENJAR ESTE REPORTE

PARA DARLE UNA RESPUESTA ACERCA DE LAS ACCIONES QUE HAN TOMADO LAS INSTITUCIONES EN RELACIÓN A ESTE REPORTE, SERÍA CONVENIENTE MANTENER CONTACTO CON USTED PREFERENTEMENTE POR CORREO ELECTRÓNICO PARA PRESERVAR SU CONFIDENCIALIDAD

REVISE SUS RESPUESTAS ANTES DE HACER EL ENVÍO

ENVIAR

¡Gracias por Participar y Construir un Sistema de Salud más Seguro!

Salud Contigo es posible

start Avance de E... act_01022005 Presentación

ANEXO 5

MAPA MENTAL DE LA ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

