



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

“Propuesta para la implementación y seguimiento de acciones de mejora, para la Seguridad Hospitalaria en Instituciones de Salud Pública”

T E S I N A

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A:

Yollotzin Maldonado Domínguez

DIRECTOR DE LA TESINA:

Lic. Marco Antonio Vicario Ocampo

COMITÉ DE TESIS

Mtro. José Luis Villagómez García
Mtra. María del Socorro Laura Escandón Gallegos
Mtra. Patricia Paz De Buen Rodríguez
Mtra. Isaura Elena López Segura

México, D. F., Ciudad Universitaria

Enero 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 la Facultad de Psicología, por recibirme con los brazos abiertos, albergar a mis maestros de vida y profesión y ver mi transformación de estudiante a profesionalista.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser la máxima casa de estudios, recinto del México académico, en donde se nutren mentes brillantes y espíritus emprendedores.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por permitirme el desarrollo como profesionalista y ser humano en las entrañas de ésta noble institución.

Lic. Marco Antonio Vicario Ocampo, por su paciencia, consejos, guía, instrucción y acompañamiento durante la construcción de éste, mi documento recepcional.

Al comité revisor, por tomar el tiempo para fortalecer y engrandecer mi trabajo, así como mi camino en ésta nueva etapa.

Mtro. José Luis Villagómez García

Mtra. María del Socorro Laura Escandón Gallegos

Mtra. Patricia Paz De Buen Rodríguez

Mtra. Isaura Elena López Segura

“... Poned toda diligencia en añadir a vuestra fe virtud; a la virtud, conocimiento; y al conocimiento, templanza; y a la templanza, paciencia; y a la paciencia, piedad; y a la piedad, afecto fraternal; y al afecto fraternal, amor. Porque si en vosotros están estas cosas y abundan, no os dejarán estar ociosos ni sin fruto...”

2 Pedro 1:5-8

Todo esfuerzo tiene su recompensa y aunque el camino ha sido largo, la meta se encuentra a una breve distancia.

Dedico este trabajo recepcional a:

***Mi madre**, en quien siempre he encontrado el apoyo y consejo idóneo, mi gran guerrera y ejemplo de vida, a quien amo inmensamente y agradezco por la mejor herencia que ha podido darme: mi educación y mi carácter.*

***A mi padre**, por su comprensión, amor y amistad, quien siempre ha sido un ejemplo de perseverancia y trabajo arduo. Te extraño.*

***A Israel**, por tu apoyo incondicional en cada nueva meta y en cada nuevo reto.*

***A mis hermanos**, por su amor, amistad, ayuda y palabras de aliento en los momentos justos.*

LO LOGRAMOS!!

Contenido

Resumen	1
Introducción.....	2
Capítulo Uno	6
Seguridad en la Atención Médica.....	6
1.1 Seguridad vs Riesgo	8
1.2 Es de humanos error.....	11
1.3 Barreras de seguridad. Hacer imposibles los errores.....	16
1.4 Calidad en la atención médica.....	19
1.5 Costo de la No Calidad.....	25
Capitulo dos.....	28
Mejora Continua	28
2.1 Implementación y acciones de MC.....	30
2.2.1 Liderazgo en la MC.....	33
2.2.2 Equipos de alto desempeño.....	35
2.3 Selección de herramientas para la MC.....	39
Capítulo tres.....	47
Sistema De Notificación De Eventos Adversos	47
3.1 Cultura del reporte.....	51
3.2 Análisis de Eventos Adversos.....	55
3.3 Importancia de la implementación de Acciones de MC.....	57
3.4 Psicología del error.....	58
3.4.1 Implicación Psicológica.....	59
3.4.1.1 En la Organización.....	60
3.4.1.2 En el equipo multidisciplinario.....	61
3.4.1.3 En los usuarios.....	62
Propuesta de intervención	65
Justificación	65
Objetivo General.....	67
Objetivos específicos.....	67
Población	67
Escenario.....	67
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”	67
Sistema VENCER II.....	69
Herramienta propuesta.....	71
1° Sesión: Concientizar y sensibilizar sobre el error humano.....	71
2° Sesión: Adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos.....	74
3° Sesión: Integración y descripción de la herramienta “Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua”.....	76
Conclusiones	81
Discusión, alcances y limitaciones.....	82
Referencias	84

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año, a nivel mundial, millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura (eventos adversos). La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y una dimensión de la calidad, incluso una condición.

La mejora de la calidad y seguridad durante la atención hospitalaria, requiere transformar la cultura de culpa que existe actualmente, así como la resistencia a abordar abiertamente los problemas de seguridad. En el ámbito hospitalario, existen los “Sistemas de Notificación de Eventos Adversos” (SNEA), cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de los eventos adversos, tomándolos como una oportunidad para aprender y mejorar. Uno de los principales factores contribuyentes en la ocurrencia de eventos adversos es el error humano, el cual es tan antiguo como la humanidad misma, ya que forma parte de su naturaleza; el equipo multidisciplinario, que trabaja en la salud, no está exento de cometer fallas o errores, que en su mayoría son prevenibles. Sin embargo, a pesar del gran porcentaje de eventos adversos que se producen en el ámbito de salud como resultado del error humano, aún no existe una preocupación instalada en nuestros sistemas de salud. Aprender de los propios errores se ha convertido en uno de los objetivos de las estrategias para la seguridad de los pacientes.

La propuesta del presente trabajo apoyará al cuerpo directivo de instituciones de salud en la modificación de factores y procesos de riesgo en la atención médica, mediante la adopción de la herramienta ISAMECO, con enfoque proactivo y/o reactivo; procurando que la atención médica otorgada a los derechohabientes sea más segura y que los profesionales de la salud ejerzan una práctica laboral también más segura.

Palabras clave: Mejora continua, calidad, error humano, sistemas de notificación, eventos adversos, barreras de seguridad.

INTRODUCCIÓN

La falta de seguridad en la atención médica es un problema mundial (OMS, 2008). El interés por la calidad es compartido hoy por usuarios, clientes, organizaciones y profesionales. La medida de la calidad en las organizaciones no es exclusivo de ningún profesional, por lo que las empresas tienden a buscar a los más calificados en la materia, sin importar su profesión, siempre que sean capaces de conceptualizar y medir adecuadamente los elementos definitorios de la calidad en el interior de las organizaciones. Desde un punto de vista de ética profesional, la Psicología está estrechamente vinculada a un compromiso con la calidad: realizar una buena práctica que satisfaga, del mejor modo posible las necesidades a las que ofrecemos respuesta (Medina, 1999). Evaluar la calidad asistencial en el ámbito sanitario implica, en general, medir lo que existe y compararlo con lo que deseáramos, para así buscar la forma de reducir la distancia entre la realidad y el deber ser.

Hablar de seguridad de los pacientes implica hacer más seguro todo el sistema de salud. En cualquier industria, el error humano es uno de los mayores contribuyentes, fluctuando su ocurrencia como factor entre el 60% y 80% (Berstein, 2007). Para que un error se produzca, diversas barreras de seguridad debieron ser vulneradas; los precursores psicológicos de un error son probablemente los menos manejables en la cadena de eventos que conducen a éste. Normalmente la introducción de una *cultura de seguridad* obliga a modificar tanto la cultura de la organización como las actitudes personales. Es justamente en este punto donde radica la importancia de la participación del psicólogo, quien contribuye a la generación de valor mediante la gestión y el desarrollo del talento humano. Está encargado de conocer y fomentar la satisfacción de los empleados con respecto a su trabajo, así como proponer y desarrollar estrategias para incrementar el espíritu de equipo, implantar mejores procedimientos de selección, colocación, capacitación, promoción y retención del personal, apoyar el incremento de la productividad mediante la adecuada integración entre los empleados y la organización, recomendar mejoras para calidad, así como orientar al cuerpo directivo en cuanto a liderazgo, negociación y toma de decisiones. El no contar con estándares de calidad durante la atención médica, tiene repercusiones directas sobre los pacientes, que pueden ser consideradas como errores prevenibles, los cuales tienen costos significativos, la pregunta obligada es entonces, ¿Quién debe pagar por los errores médicos? (Berstein, 2007).

Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura, para lo cual es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes. La mayoría de los hospitales no son conscientes de la magnitud de sus errores, debido a la presencia de un ambiente de trabajo punitivo y porque el personal del hospital tiende a considerar que un error significa una evidencia de falta de cuidado al paciente, lo anterior debido a que los sistemas disciplinarios prohíben literalmente el error humano, es decir, cuando se produce daño a un paciente aumenta la condena social y la acción disciplinaria. *“El impedimento más grande para la prevención de los errores es precisamente que el sistema castigue a las personas por los errores que comete”* (Leape, 1994). La labor del psicólogo es muy importante ya que uno de sus principales objetivos es encargarse de velar por el bienestar del capital humano de la organización, estando siempre atento al comportamiento y actitudes de las personas; a partir de esto el psicólogo analiza cual es la cultura organizacional, es decir, los valores, las costumbres, y las reglas que conforman la mentalidad que tiene la organización y que la hace ser diferente de las demás, con sus propias características y políticas.

En el capítulo uno se aborda la importancia de la seguridad en la atención médica, que es considerada como el *“conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente, contra riesgos y daños innecesarios”* (Vázquez, 2013). Se habla en cuanto a que una atención es segura, cuando no se ha ocasionado daño al paciente como consecuencia del mismo proceso. También la diferencia entre seguridad y riesgo; el error humano, haciendo hincapié en que *“la única forma de no cometer errores en medicina es nunca practicarla”* (Berstein, 2007). En este capítulo se aborda la importancia para una organización de la implementación de barreras de seguridad, definición de calidad en la atención médica y costo de la no calidad.

En complemento del capítulo anterior, se presenta el capítulo dos, en donde se tratan temas relacionados con la Mejora Continua (MC), los factores para su implementación como son el liderazgo y los equipos de alto desempeño, así como la selección de herramientas para la MC, dependiendo el escenario.

Una de las herramientas presentadas en el capítulo dos son los Sistemas de Notificación de Eventos Adversos (SNEA), debido a su importancia para el presente trabajo, el tercer capítulo trata sobre dicha herramienta, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes a partir

del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido daño a los pacientes; la importancia de la cultura del reporte, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender; el análisis de eventos adversos, la importancia de la implementación de acciones de MC, y la implicación psicológica para la organización, para el equipo multidisciplinario y para los usuarios el haber participado de alguna forma en la generación de eventos adversos.

La OMS, a través del Programa Internacional de Seguridad del Paciente, impulsa a sus Estados Miembros, a *“que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria”*. Para el cumplimiento de lo anterior, se propone la adopción de la herramienta para la Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua (ISAMECO), que permite identificar riesgos, problemas, y los mecanismos que propician errores durante los procesos de la atención médica.

Sin duda, los psicólogos pueden y deben aportar sus conocimientos y herramientas metodológicas para aceptar el reto de adentrarse en el mundo de la calidad prestando una especial atención a los empleados, a los usuarios y comprender que la calidad de las instituciones, se inicia con la mejora de la calidad de vida de los recursos humanos. La calidad como señala Ishikawa, empieza y termina con la capacitación. Es el fundamento del sistema y debe conformarse y estructurarse como un medio vivo, activo adaptado a la realidad para conseguir la mejora continua. El psicólogo juega un importante papel en la formulación y posterior implementación de estrategias y sistemas de calidad, en las que el factor humano se manifiesta como un factor clave, ya que de las habilidades y competencias de los recursos humanos, así como de su adecuada movilización, dependerá el éxito o fracaso de la estrategia elegida.

Capítulo uno

Seguridad en la atención médica

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

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

CAPÍTULO UNO SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

La seguridad en la atención médica, data del tiempo del *corpus hippocraticum*¹ y está implícita en la premisa, atribuida a Hipócrates, *primum non nocere*, que significa “lo primero es no hacer daño” (Gault, 2004).

De acuerdo con Vázquez (2013), la seguridad en la atención médica es el “conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente, contra riesgos y daños innecesarios, durante la atención médica”. Una atención médica con dichas características resulta en un ideal poco realista y prácticamente inalcanzable, ya que en la actualidad, no existe un sistema de salud que garantice en su totalidad a los pacientes, una atención libre de riesgos. Por lo tanto se puede resumir que una atención médica es segura, cuando no se ha ocasionado daño al paciente como consecuencia del mismo proceso, es decir, una atención libre de eventos adversos² (Aguirre, Zavala, Hernández, & Fajardo, 2010).

En el 2000, el Institute of Medicine (IOM) publicó el informe: “*To err is Human: building a Safer Health system*”, en el cual se plantea el problema de los errores médicos y la necesidad de tener servicios de salud más seguros (Kohn, 2000). La falta de seguridad en la atención médica es un problema mundial. Como resultado de la identificación de ésta problemática, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), con el firme propósito de promover esfuerzos, encaminados a mejorar la seguridad de la atención médica en todos los países miembros de la OMS (OMS, 2008).

Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes (Leape, 1994). El origen de los

¹Colección de escritos médicos griegos, que comprende centenar de tratados, referidos a una amplia temática sobre la profesión y ética del médico, atribuidos tradicionalmente a Hipócrates, el padre de la medicina contemporánea. La mayor parte de estos escritos se perdieron en la historia y solo se sabe de su existencia gracias a Sorano de Éfeso. (Gual, 1983)

² Daño ocasionado por una intervención médica, no resultante como consecuencia de la historia natural de la enfermedad. (IOM). (Capítulo 3)

errores involucra no sólo factores institucionales y humanos, sino también administrativos, directivos y académicos (Smith & Mahajan, 2009).

A mediados del siglo pasado, el reconocimiento del error médico y el daño a los pacientes se hizo evidente, a través de diversas publicaciones, entre ellas resalta la de Barr (1955), quien afirmó que los errores en la práctica médica son el *“precio a pagar por la modernización de la medicina”*. También destaca la publicación de Moser, (1956) quien aseveró que *“los errores son enfermedades del progreso médico”*. Estas publicaciones, alentaron la promoción de políticas, programas y estrategias encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, con el objetivo principal de disminuir los errores en el sistema sanitario (en Vázquez, 2013).

Chantler (1999) afirmó, *“antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; hoy es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa”*.

La creación de una cultura en seguridad en la atención médica, lleva a la implementación de prácticas seguras, así como a un trabajo continuo y constante, con el consecuente resultado de actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud (Cooper, Newbower, Long, & Bucknam en Ibarra, Olvera, & Santacruz, 2011).

El Instituto de Medicina (2007) sostiene: *“Efectivamente entre el cuidado de la salud que actualmente tenemos y el que deberíamos tener, no hay un hueco o vacío, hay un abismo...”*.

La OMS (2009), define la “Seguridad del paciente” como la reducción del riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable. Por lo tanto será necesario definir seguridad y riesgo.

1.1 Seguridad vs Riesgo

El término seguridad proviene del latín *securitas* y, de manera general, se utiliza para indicar la ausencia de riesgo o, también, para referirse a la confianza en algo o en alguien. (Vázquez, 2013). Por otro lado, riesgo se define como la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias sean negativas; un resultado con consecuencias nocivas (Real Academia Española, 2014).

De Luca (2004) define seguridad como la *“ausencia de daño o enfermedad accidentales, resultantes del proceso de atención”*

Brundtland (2002), Directora General de la OMS, resaltó la importancia de la relación entre seguridad humana y seguridad en salud, al afirmar: *“la salud... es indispensable para la seguridad humana y la buena salud es indispensable para la seguridad futura del planeta”*.

De acuerdo con la teoría propuesta por Maslow (1943, en Berstein 2007), desde que nace el ser humano, tiene diversas necesidades. Maslow postula cinco tipos de necesidades, las cuales son jerarquizadas en forma piramidal, siendo la más importante y encontrándose en la base de la pirámide, las necesidades fisiológicas entre las que se encuentra: hidratarse, comer, moverse, etc.; por ello se entiende que las sociedades primitivas buscaban primero agua o alimentos. A esta necesidad le sigue la seguridad: hacer cercos para que no los ataquen animales, o casas donde sentirse seguros. Después las necesidades sociales: se agrupan en pueblos o villas, comparten actividades, etc. Casi simultáneamente comienza la necesidad de ser estimado o querido: búsqueda de pareja y obtención de una familia; y finalmente llega a la última necesidad que es la de realización, por ejemplo: quisiera tener la mejor casa, o ser el líder de su grupo, o el presidente de su país (Figura 1).

Resulta lógico que en general, las personas sean motivadas a satisfacer primeramente las necesidades fisiológicas, antes que las sociales, de estima o autorrealización. Sin duda alguna, cada persona es distinta, teniendo por lo tanto, distintas motivaciones para desempeñarse en la vida, sin embargo, de acuerdo con Maslow, “*las motivaciones de la conducta humana, y la seguridad ocupan un lugar destacado*” (Vázquez, 2013).

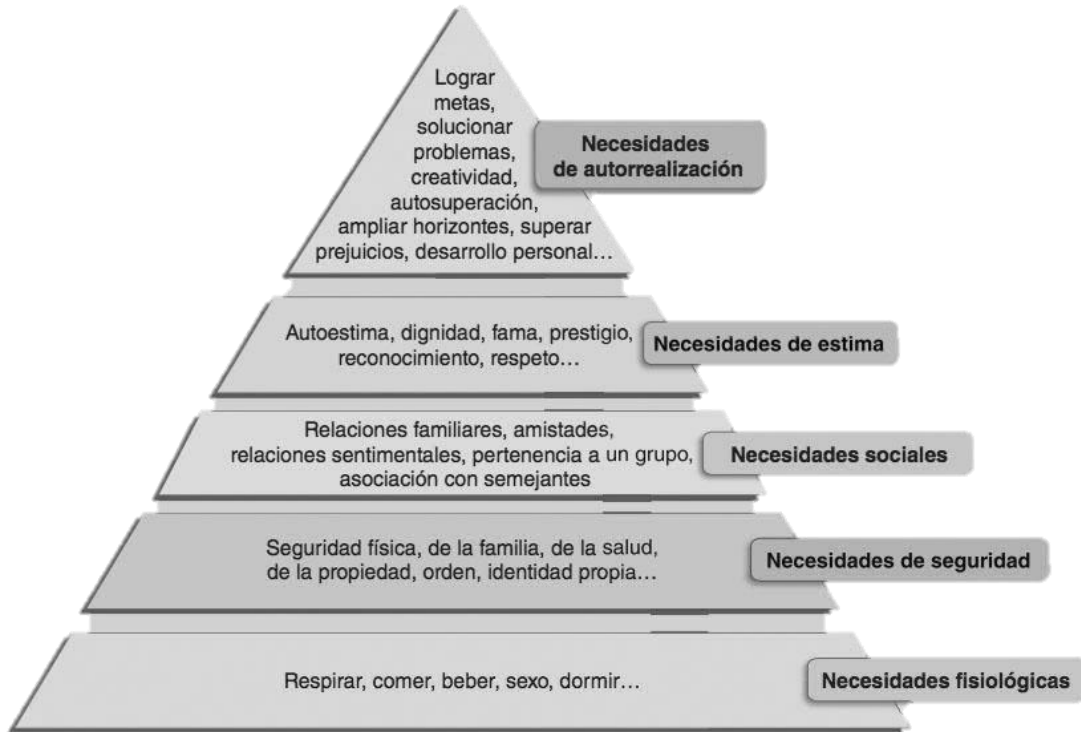


Figura 1 Pirámide de las Necesidades de Maslow

La seguridad del paciente es un movimiento que surge a nivel internacional como una reflexión sobre el tipo de atención médica que se proporciona. Ésta debe ser libre de daño, con la mínima probabilidad de errores y el aseguramiento de la máxima intervención y control de ellos cuando éstos ocurran (González, 2007).

Las sociedades desarrolladas, al darse cuenta que sus sistemas de salud no son tan seguros como creían, entran en conflicto, y tratan que su necesidad y derecho a la seguridad vuelva a ser cubierto lo antes posible. Hablar de seguridad de los pacientes, no es exclusivo de minimizar los errores de los profesionales, sino de hacer más seguro a todo el sistema de salud (Berstein, 2007).

Todo acto médico tiene implícito un riesgo, sin embargo, el médico debe considerar el riesgo-beneficio, con el fin de no exponer al paciente a un peligro mayor del necesario. *“Cuando por consecuencia de un tratamiento se ocasione un daño en la integridad de la persona, la actuación del médico no será culposa si se encontraba dentro del riesgo previsto”* (Guzmán & Arias, 2011).

De acuerdo con Jackobs: *“Un comportamiento que genera un riesgo permitido³ se considera socialmente normal; por lo tanto, los comportamientos que crean un riesgo permitido no son comportamientos que hayan de ser justificados”* (Guzmán & Arias, 2011).

El término seguridad, ha sido abordado en diferentes ámbitos y campos de la actividad humana. Este término, cobra vigencia cada vez que ocurren accidentes o eventos que ponen en riesgo la vida de las personas. Dada nuestra condición humana, todos tenemos una alta posibilidad de equivocarnos en algún momento. El equipo multidisciplinario, que trabaja en la salud, no está exento de cometer fallas o errores (Vázquez, 2013).

³ El término *riesgo permitido* en un contexto médico, hace referencia a un análisis de beneficio riesgo, con la premisa donde todo acto conlleva un riesgo, un riesgo permitido es aquel en donde la obtención del beneficio puede ser mayor al riesgo.

1.2 Es de humanos errar.

Errar es humano, pero aprender de los errores en lugar de ocultarlos también lo es. Las herramientas para hacerlo ya están. Falta lo más importante: la decisión de comenzar. El lema de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, lanzado por la OMS en octubre de 2004 es “*Lo primero es No Dañar*”

Todos, por nuestra condición humana imperfecta, cometemos errores, sin embargo, estos errores tienen un impacto potencialmente catastrófico cuando se cometen en el campo de la medicina.

El error en medicina y la seguridad de los pacientes es, a no dudarlo, un tema tabú, al menos entre los profesionales de la medicina, donde salvo honrosas excepciones, los mensajes son contradictorios, no se dice totalmente lo que se piensa, abundan los mecanismos psicológicos de defensa y las cosas no se llaman por su nombre, salvo entre profesionales, amigos y a puerta cerrada, o en el seno del hogar y de la familia (Berstein, 2007 p. 23).

Para los fines del presente trabajo, se tomará como definición de error la presentada por Berstein (2007 p. 27): “*Un error es un acto u omisión, que lleva o puede llevar a un resultado imprevisto no deseado*”. Analizando la definición proporcionada, se destaca que hace referencia a un “*acto u omisión*”, entendiéndose por *acto* un comportamiento activo, y *omisión* un comportamiento pasivo. Hay ocasiones en que se deben registrar comportamientos activos para que no parezcan omisiones, y es que “no es lo mismo indicar ayuno, que no darle de comer a un paciente, aunque en la práctica el resultado de uno u otro sea el mismo”.

Los errores médicos ocurren cuando la acción planeada no funciona, o cuando el plan es equivocado para el problema específico. Éstos en su mayoría son prevenibles. Su ocurrencia tienen altos costos, no solo en vidas humanas, sino también en ingresos al hospital, el cual pierde prestigio y recursos como es el caso en el gasto mayor de insumos o en el incremento de días estancia (González & Gallardo, 2012).

Por la formación académica, la estima profesional o el impacto social, en el medio de la salud, en general se refuerza la *infallibilidad*, la firme creencia que el médico lo sabe todo. Esto lleva a una deshonestidad intelectual: ocultar el error en vez de admitirlo. “*Se supone*

que aceptar el error, hará que se tilde de incompetente a quien lo cometió y para evitar este oprobio es mejor ocultarlo o responsabilizar a otro, incluso al paciente”. Tomar conciencia de que se ha cometido un error resulta angustiante, aparecen sentimientos de aislamiento, culpa, humillación, ira, miedo y temor a ser descubierto por algún colega. Quien comete un error suele no denunciarlo, por miedo al castigo o al reproche de sus pares y jefes. Por eso es que se habla de dos víctimas: el paciente y el profesional que comete el error. Para el paciente tiene una implicación física, económica, psicológica (intervención quirúrgica, días estancia, pérdida de un órgano o su función, incluso la muerte). Por otro lado, el personal de salud también experimenta estrés, incertidumbre, preocupación, vergüenza, duda, etc. La atención médica hospitalaria es un proceso complejo que conlleva riesgos, lo importante es identificarlos y aprender de ellos (Vázquez, 2013).

Los errores son una característica universal de los procesos de atención de salud y la cuestión es: ¿Por qué suceden? ¿Quién o quiénes son culpables? ¿Hay errores inofensivos? ¿Se debe castigar a alguien? Y, finalmente, ¿Qué hacer para que no vuelva a suceder?

Resulta útil analizar el error, tomando como base las teorías psicológicas, ya que éstas lo hacen en su mayoría desde el punto de vista conductual, por ejemplo el síndrome de Burnout, estrés laboral, entre otros (Berstein, 2007). Sin embargo, es primordial resaltar que la causa más común de los errores no está en los individuos particularmente, sino en las fallas del sistema, los procesos y las condiciones que llevan a la gente a cometer errores o fallas en la prevención de los mismos (González & Gallardo, 2012). Se han descrito distintas aproximaciones para abordar el tratamiento del error. Las dos corrientes principales son:

1. **Modelo centrado en la persona:** En éste la persona es el centro del error, mediante actos no voluntarios, en donde actúan procesos mentales que pueden ser clasificados en dos categorías, atencionales y esquemáticos. De acuerdo con Berstein (2007), los procesos atencionales son aquellos en los que la base es el pensamiento, encontrándose entre ellos el análisis y la planificación conciente. Estas conductas producen en el individuo una sensación de esfuerzo mental. Los procesos atencionales, en el campo de la medicina, no deben ser realizados por personal inexperto y/o sin supervisión, ya que la impericia es generadora de errores. Por otro lado, los procesos esquemáticos son monótonos y poco gratificantes; debido a que son más factibles de producir errores,

como consecuencia de la fatiga, el olvido, el estrés, la distracción o la cotidianidad de su naturaleza requieren vigilancia y control, y al hablar de vigilancia, se ve implícita una conducta atencional. Culpar a alguien en particular cuando ocurre un error, no ayuda a hacer el sistema más seguro, ni a prevenir que alguien más cometa el mismo error en el futuro (González & Gallardo, 2012).

2. **Modelo sistémico del error:** Este modelo toma en cuenta tanto a la persona como al sistema. Ambos factores se suman: los actos inseguros que visiblemente cometen las personas y los factores que a lo largo del sistema han estado presentes en diferentes etapas de tiempo. En este punto una de las premisas primordiales es pensar que el ser humano es falible, de manera tal que se espera que el error exista incluso en las mejores organizaciones. La presencia de distracciones y *lapsus* no apoya una explicación suficiente para eliminar la responsabilidad de la persona, pero tampoco se culpa por completo a las fallas del sistema (CONAMED, 2011). Desde esta postura, los errores suceden como resultado de fallas en el sistema, es decir por incumplimiento o falta de mecanismos de defensa (Barreras de seguridad) de los sistemas y procesos en una organización.

Reason (2000), profesor de Psicología de la Universidad de Manchester, cuestionó el punto de vista enfocado en la persona que cometió el error, pues en este caso culpar a la persona no va a evitar que ese mismo error vuelva a suceder, propone tomar en cuenta todas las situaciones que se suman en la génesis del error y apreciar a éste sólo como la parte final de una cadena de eventos. Desarrolló una teoría denominada **“El modelo de queso suizo de sistemas de accidentes”**, en la que se plantea que todos los sistemas tienen barreras de seguridad, representadas en el modelo por rebanadas de queso suizo. Los agujeros en el queso refieren a fallas activas y peligros latentes que cualquier organización tiene en los procesos. Las fallas activas son los actos inseguros cometidos por el equipo multidisciplinario de salud, que está en contacto directo con el paciente o el sistema, suelen ser manifestados posterior a un error o violación en los procesos. Las fallas activas tienen una incidencia directa y de corta duración, el resultado negativo es casi inmediato. Las condiciones latentes, más que fallas, son factores y situaciones que se encuentran en el sistema y pueden estar como dormidos durante muchos años, hasta que son revelados por las reglamentaciones, las auditorías internas o los incidentes y accidentes. A diferencia de las fallas activas, cuyas formas

específicas son difíciles de prever, las condiciones latentes pueden ser identificadas y solucionadas antes de que ocurra un evento adverso (en Reason, 2009).

La metáfora del queso suizo ejemplifica cómo los errores organizacionales en rara ocasión producen un desastre, pues se requiere de un alineamiento de los agujeros de muchas rebanadas para permitir una trayectoria hacia el error (CONAMED, 2011) (Figura 2).

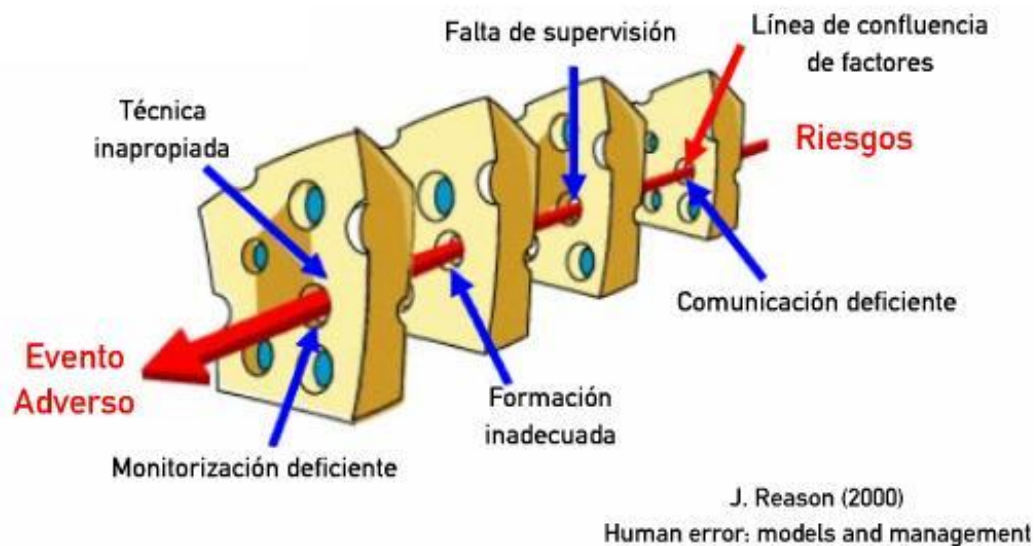


Figura 2 Reason (2000) Modelo del queso suizo.

Lo importante, cuando un evento adverso ocurre, no es saber quién cometió el error, sino cómo y por qué fallaron las barreras de seguridad (CONAMED, 2011).

Según Reason existen tres formas diferentes de explicar el error:

1. El error lo comete la persona. Los errores son vistos como producto de un proceso mental caprichoso: olvidos, inatenciones, distracciones, descuidos, etc. A la persona que comete el error se le carga la culpa, se le señala, exhibe, avergüenza, castiga o destituye. En este modelo la solución es evidenciar a la persona que comete el error y castigarla, pero esta forma de actuar sólo aísla el error del contexto donde ha ocurrido y no produce prevención de nuevos errores similares.

2. El error como modelo legal. El profesional responsable no debe cometer errores ya que debe cumplir con el deber de cuidado. Los errores son considerados como negligencias o son imprudencias que merecen sanciones disuasorias.
3. El modelo sistémico. La posibilidad de fallar es parte de la condición humana y los eventos adversos son producto de los factores latentes dentro del sistema. La persona que comete el error es el final de la cadena de sucesos. La solución se enfoca en mejorar las defensas y eliminar en lo posible los errores.

El error es tan antiguo como la humanidad misma, ya que forma parte de su naturaleza. Sin embargo, a pesar del gran porcentaje de errores y eventos adversos que se producen en el ámbito de salud como resultado del error humano, aún no existe una preocupación instalada en nuestros sistemas de salud y mucho menos programas que aborden esta problemática. No dañar intencionalmente es y será un principio que rige a los profesionales de la salud, pero el error en este ámbito constituye una causa frecuente e importante de lesiones a los pacientes, es por ello que el ideal de una organización que otorga servicios de salud, deba implementar barreras de seguridad que hagan imposibles los errores o por lo menos dificulten su ocurrencia (Guzmán & Arias, 2011).

1.3 Barreras de seguridad. Hacer imposibles los errores

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y demandas que en algunos países cuestan entre \$ 6,000 y \$ 29,000 millones de dólares por año (OMS, 2008).

De acuerdo con Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), Premio nobel de Fisiología y Medicina (1906), *“lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como un aviso de nuestra ligereza o ignorancia”*.

Heinrich (1941), estudió la proporción de incidentes y daños debidos a la inseguridad, encontrando que por cada 300 incidentes que no causan daño a las personas (Cuasifallas), el 10% producen incapacidad temporal con duración menor a seis meses (Eventos Adversos) y 1% ocasiona incapacidad permanente o inclusive la muerte (Eventos Centinela) (Figura 3).

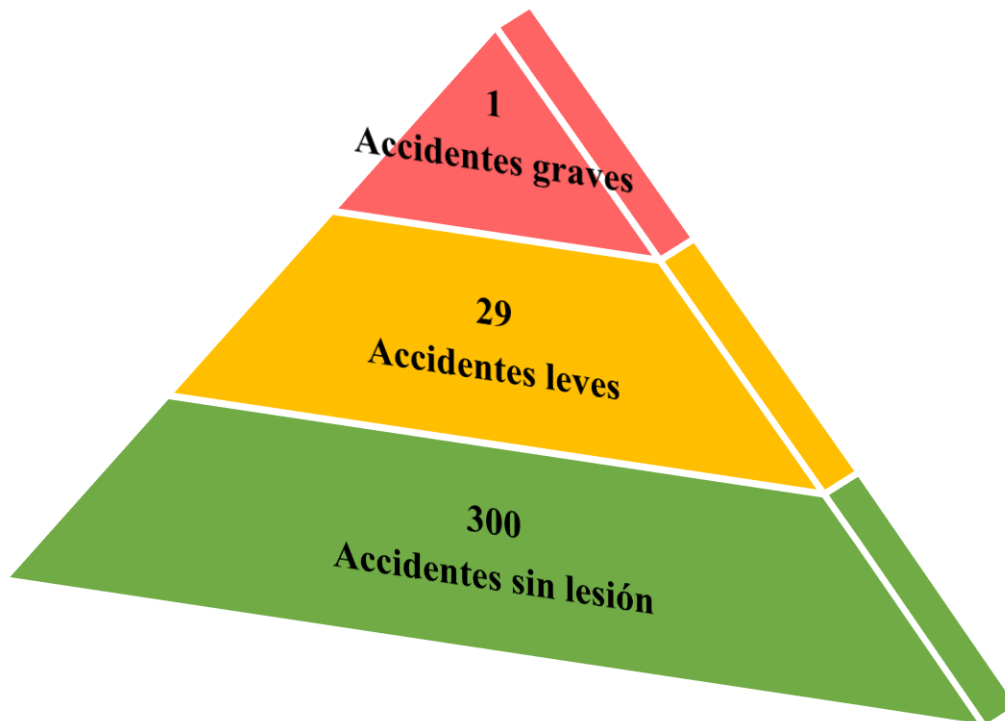


Figura 3 Pirámide de Heinrich (Heinrich, 1941)

Cualquier tratamiento médico y quirúrgico es potencial causa de daño a la integridad del paciente. La medicina no es una ciencia exacta, y no todos los pacientes responden de idéntica manera (Heinrich 1941, en Guzmán & Arias, 2011). El futuro no se puede prever, pero sí se puede preparar. Todos los sistemas cuentan con barreras de seguridad cuyo objetivo es impedir la ocurrencia de daño a los pacientes por errores. Algunas de estas barreras son los sistemas de selección de personal, los programas de capacitación continua, los sistemas de supervisión, la definición y descripción de procesos de atención, y los programas específicos de calidad y seguridad del paciente, por mencionar algunos ejemplos. El grado de permeabilidad de dichas barreras dependerá de la forma como realmente funcionen; entre mejor sea su funcionamiento, la permeabilidad será menor. Sin embargo, estas barreras habitualmente no son infalibles, por lo que la probabilidad de daño a los pacientes existe en los sistemas de atención (Rencoret, 2003).

Considerando los errores que se presentan con más frecuencia durante la atención médica, se han planteado seis Metas Internacionales para la Seguridad de los Pacientes (MISP). El propósito de las MISP, es promover acciones específicas para mejorar la seguridad. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que son aplicables para todo el sistema de salud, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos (Consejo de Salubridad General, 2015) (Tabla 1).

La aplicación de las MISP, así como el establecimiento de otras barreras de seguridad, no hace a un hospital perfecto, sin embargo, el inicio de acciones encaminadas a la calidad y seguridad, son el primer paso de una ardua labor.

Meta	Objetivo
1. Identificar correctamente a los pacientes	Prevenir errores que involucren pacientes equivocados.
2. Mejorar la comunicación efectiva	Prevenir errores por órdenes y resultados que se dan de manera verbal o telefónica.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Prevenir errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo.
4. Procedimientos correctos	Prevenir errores que involucren procedimientos en el sitio anatómico, procedimiento o paciente incorrecto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria	Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de un programa integral de higiene de manos.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas	Identificar el riesgo de caídas en cada paciente para implementar medidas que reduzcan la probabilidad de que se caiga.

Tabla 1 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (adaptado de Consejo de Salubridad General, 2015)

1.4 Calidad en la atención médica

Es intrínseco al hombre el deseo de superación, manifestado por Maslow en la última necesidad de su pirámide, lo cual ha sido también, elemento clave para el avance tecnológico y cultural de la humanidad. En este proceso destaca el propósito de hacer las cosas bien, como algo natural al ser humano.

Recurriendo a textos bíblicos, remontan la búsqueda por la calidad al inicio de los tiempos, en virtud de que al final de cada día de la creación el Génesis cita la siguiente frase: “y Dios vio que era bueno” (Génesis 1: 10, 12, 18, 21, 25 en Sociedades Bíblicas Unidas, 2003), con lo cual podría decirse que dio comienzo la gestión de Calidad. En la historia encontramos otros ejemplos de mecanismos para obtención de la calidad: en el año 2150 a. c. el código de Hammurabi establecía lo siguiente: “*si un albañil ha construido una casa y no siendo ésta suficientemente sólida, se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil deberá ser ejecutado*”. Por su parte, los fenicios diseñaron algunos métodos un poco más sofisticados cuya finalidad era eliminar de una vez por todas las posibilidades de que alguien repitiera errores. Para ello, se cortaba la mano del individuo que los cometía (Tomasini, 1994).

La cultura de calidad es un concepto que impacta cada día en la vida de todos los individuos pertenecientes a una sociedad; es un conjunto de ideas, actitudes y sentimientos que se traducen en la búsqueda de la calidad como algo deseable, como algo que forma parte del individuo, como parte de su necesidad de seguridad. Todas las sociedades tienen esta cultura de la calidad aunque con distintos grados de desarrollo y de exigencias.

La cultura de la calidad se conforma paulatinamente, y no por real decreto; pertenece a la conciencia colectiva de los individuos de la sociedad, condiciona las actitudes y la conducta de todos; ésta cultura puede y debe propiciarse desde los jardines de infancia y continuar a lo largo de toda la formación: primaria, secundaria, profesional, universitaria, etc. (Trulock, 1996).

No existe un concepto único de “calidad”, sino diferentes concepciones, dependiendo el campo y autor estudiado, que pueden ayudar a caracterizar y definir los atributos que se deben exigir a un producto o servicio, para que se le pueda colgar la etiqueta de “calidad”.

El Diccionario de La Real Academia Española (2014), define la calidad como *“propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor”*.

Entre las definiciones más reconocidas se encuentra la que propone Joseph Juran, Ingeniero de origen rumano emigrado a los Estados Unidos. Juran define a la calidad como: *“aquello que tiene una adecuación al uso”*, criterio que lleva implícito el sentido utilitario que dicho autor le da a la calidad, ya que el fundamento en el que sustenta su definición es que, si un producto o servicio no es adecuado para su uso en las circunstancias que el usuario requiere o demanda, ese producto carecerá de calidad (Juran, 1988).

Por su parte, Philip Crosby, médico pediatra estadounidense quien abandonó la profesión para dedicarse a la actividad empresarial, se fijó como meta el concepto *“Cero defectos”* y definió la calidad como aquello que tiene *“conformidad con las especificaciones”*, lo que significa que si un producto o servicio no cumple con las especificaciones definidas durante su diseño, simplemente carecerá de calidad y no debe salir al mercado o debe ser retirado por ser un producto no conforme con las especificaciones (Miranda, Chamorro, & Rubio, 2007).

Otro de los autores clásicos de la calidad, Edward Deming, un destacado físico matemático estadounidense promotor de los métodos estadísticos aplicados a la calidad, definió que existe calidad cuando un producto es capaz de *“atender y/o exceder las expectativas del cliente”*. El enfoque de calidad de Deming se centra en el cliente. Cabe señalar que satisfacer las expectativas del cliente no es una tarea sencilla, debido a que cada cliente es diferente y así lo son sus expectativas. Las expectativas de los clientes dependen de su nivel socioeconómico, sus necesidades, sus paradigmas, sus experiencias previas, sus valores, principios y normas. Uno de los investigadores más connotados en el ámbito de la calidad, Genichi Taguchi ingeniero japonés considerado el padre de la mejora continua de la calidad, señala que la calidad *“está representada por el beneficio que un producto o servicio causa a una sociedad”* (Vázquez, 2013).

Otra de las definiciones de calidad es la que propone la Organización Internacional para la Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés). Dicha organización señala que la calidad es el *“grado en que un número de características inherentes al producto o servicio cumplen con los requisitos exigidos por la norma”* (Freire, Alcover, Zabala, & Rivera, 2003).

Tomando en cuenta las definiciones mencionadas y desde un punto de vista práctico, un producto o servicio es de calidad cuando reúne los siguientes atributos:

- Es adecuado para el uso para el que fue diseñado
- Está de acuerdo o conforme con las especificaciones de su diseño
- Atiende a las expectativas del cliente
- Causa un beneficio a quien lo utiliza y/o a la sociedad
- Cumple con ciertas norma o requisitos

Resulta imposible considerar una sola definición para *calidad*, lo mismo sucede con el concepto de *Calidad en la atención médica*. A través del tiempo ha sido posible identificar un número importante de definiciones y conceptos sobre lo que es la calidad de la atención médica, desde los enfoques relacionados con la evaluación del expediente clínico, la oportunidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, la teoría de sistemas, la calidad total, el enfoque del sistema ISO 9001-2000 y la propuesta de la *Joint Commission International*, recientemente adoptada por la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud y el Consejo de Salubridad General, todos ellos válidos conforme la perspectiva que cada uno le da a este concepto.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”* (Net & Suñol, 2015).

En 1998 el *Institute of Medicine (IOM)* de EUA inició un proyecto denominado *“Quality of Health Care in America”* para promover una mejora significativa de la calidad de la atención médica. Definió la calidad de la atención como el *“grado en el cual los servicios de salud para las personas y la población, incrementa la probabilidad de obtener los resultados deseados en salud, que son consistentes con los conocimientos profesionales actuales”*. A partir de la publicación del libro *“Errar es humano”* por el IOM en 1999, el tema acerca de calidad de la atención médica y la seguridad del paciente se convirtió en un fenómeno visible para la sociedad y la opinión pública (Martínez, Gutiérrez, & Liévano, 2011).

El concepto de la calidad de la atención médica varía en diferentes épocas y sociedades; sin embargo, el concepto propuesto por Donabedian (1980) es completo e integrador: “*Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles*”, o en palabras de Ruelas, “*La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles y a un costo razonable*” (en González & Gallardo, 2012).

La calidad deber ser asegurada en las instituciones de salud, de acuerdo con la Ley General de Salud, en el artículo 51, que a la letra dice: “*Los usuarios tendrán derecho de obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable así como trato respetuoso y digno de los profesionistas, técnicos y auxiliares*” (Secretaría de salud, 1992).

Según Donabedian (2001), son tres los componentes de la calidad de la atención médica a tener en cuenta:

- **Componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- **Componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las formas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- **Aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

De acuerdo al Instituto de Medicina, en su libro “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” (2001), el sistema de salud debe proporcionar atención con las siguientes características (Figura 4):



Figura 4 Dimensiones de la Calidad (Adaptado de Institute of Medicine, 2001)

- **Segura:** Evitar que los pacientes sean dañados debido a las intervenciones médicas que se supone intentan ayudarlos.
- **Oportuna** (a tiempo): Que se reduzcan las esperas y las demoras dañinas para el paciente y el personal médico.
- **Efectiva:** Proveer servicios basados en el conocimiento científico, a todos aquellos que puedan ser beneficiados y no a aquellos que no puedan beneficiarse.
- **Eficiente:** Que disminuya el desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía.
- **Equitativa:** Asegurar que el cuidado brindado no varíe en calidad, debido a características personales del paciente, tales como género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico.

- **Centrada en el paciente:** Proveer servicio médico que sea respetuoso y que responda a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, asegurándose de tomarlos en cuenta en todas las decisiones clínicas.

El Instituto de Medicina da por hecho la accesibilidad de la población a los servicios de salud; sin embargo, en países en vías de desarrollo como México, este problema no se encuentra del todo resuelto. Efectivamente, tal como lo menciona el Dr. Ruelas: “Aun cuando parezca obvio, no es posible pensar en la calidad si no existe acceso”, aunque, “por otra parte, el acceso no garantiza por sí mismo que el servicio recibido sea de calidad”. Finalmente el Dr. Ruelas integra ambos conceptos: “Calidad sin acceso es un absurdo, y acceso sin calidad un peligro potencial para la población o, en el mejor de los casos, un desperdicio de recursos” (González & Gallardo, 2012 p. 8).

Creo que una de las ideas más importantes que debemos tener presente a la hora de buscar la calidad, es la de prevención de los errores, evitando sus causas. No se trata de detectar los errores ya producidos y corregirlos; se trata de evitar que se produzcan. Esta idea es compartida y generalmente, se acepta como algo incuestionable pero, en la práctica del trabajo, no se profundiza lo suficiente sobre ella (Cela Trulock, 1996).

Uno de los debates más interesantes al hablar de calidad, es si los costos deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (pe.: calidad/unidad de costo) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de la calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad (Net & Suñol, 2015).

1.5 Costo de la No Calidad

Al tratar temas relacionados con calidad de la atención médica, habitualmente se excluye su costo, como si esto no fuera un obstáculo. Cuando escasea el dinero, es lógico suponer que se usarán únicamente procedimientos en los que el beneficio resulte alto en relación al costo. Pero conforme aumenta la cantidad de dinero disponible, la atención se vuelve más elaborada y se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios de valor inferior en relación al costo. Se llega a un punto en el cual, si se explicara la situación con claridad a un paciente que pagara por su propia atención, éste se negaría a someterse a más maniobras, después de haber decidido que el minúsculo beneficio no corresponde al costo adicional (Donabedian, 2001).

Para Alan Williams, calidad es igual a eficiencia, es decir *“hacer las cosas bien a la primera sin desperdiciar recursos”*. (Donabedian, 2001) Para Taguchi calidad es: *“Lo que produce pérdidas mínimas para la sociedad”*. Para Shingo, *“todo lo que no produce valor añadido es un despilfarro y hay que eliminarlo”*. Es evidente que el aseguramiento de la calidad implica un ahorro de recursos, sean éstos humanos, materiales, financieros, de tiempo o incluso, intelectuales. Sin embargo, esto no quiere decir que se escatime en dichos recursos, se habla de un *costo razonable*, quedando claro que será sin costar más de lo necesario.

Siguiendo a González (2007), el costo nacional total por eventos adversos prevenibles (no calidad) en Estados Unidos oscila entre \$17,000 y \$29,000 millones de dólares anuales; para Gran Bretaña e Irlanda el costo por estancia hospitalaria adicional es de £2,000 millones de libras esterlinas. (fifty-fifth World Health Assembly WHO en González, 2007). Por otro lado, una estimación realizada en el 2010 en España acerca del impacto económico, refiere que con los costos generados por estancias debido a eventos adversos, se podrían construir seis hospitales de 500 camas.

El no contar con estándares de calidad durante la Atención Médica, tiene repercusiones directas sobre los pacientes. Estas repercusiones, que pueden ser consideradas como errores prevenibles, tienen costos significativos, la pregunta obligada es entonces, ¿Quién debe pagar por los errores médicos? Para responder esta interrogante, es importante puntualizar, que el término “pagar”, en el presente caso, hace referencia a una connotación financiera, ya que

resulta obvio que al emplear dicho término como sinónimo de “sufrir las consecuencias” o “ser damnificado”, siempre ante un error médico, es el paciente quien paga (Berstein, 2007).

Las cifras que proporcionan las estadísticas del Servicio Médico Legal (Rencoret, 2003), dan cuenta de un crecimiento exponencial, ya que en los inicios de los años 80 se reportaban 5 casos por año, para peritaciones derivadas de casos de supuestas o reales negligencias médicas, llegando a 50 casos por año en la década de 1990, y a 500 casos por año en el inicio de los 2000. De tal forma que el resultado del análisis del costo de la no calidad, se verá reflejado como un problema potencialmente grave y prevenible, mismo que tendrá gran impacto económico y social (González, 2007). Lo más importante es tener conciencia que la inversión en acciones de seguridad del paciente puede tener un alta rentabilidad económica, ya que el ahorro llega a superar los gastos que produce.

No se trata sólo de hacer, lo mejor posible al mínimo costo, para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos (Net & Suñol, 2015).

Capítulo dos

Mejora Continua

“Los analfabetos del siglo XXI no serán aquellos que no sepan leer y escribir,
sino aquellos que no puedan aprender, desaprender y reaprender”

Herbert Gerjuoy

Citada por Alvin Toffler en El Shock del Futuro, 1973

CAPITULO DOS MEJORA CONTINUA

El concepto de Mejora Continua (MC) fue originado en la década de los 50's, en Japón, siendo su principal impulsor Masaaki Imai, quien toma 2 términos japoneses, *Kai* que significa cambio y *Zen*, para mejorar, ambos términos dan por entendido la base de la filosofía, *el mejoramiento progresivo involucrando a todos y partiendo de la suposición que nuestra forma de vida, ya sea en el trabajo o en lo social, es tan valiosa que merece ser mejorada de manera constante*. Hace referencia al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva (Aguilar, 2010).

Desde entonces, las definiciones han sido bastas, siendo algunas de ellas las siguientes:

- Deming (1986), afirma que es un proceso constante, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.
- Harrington (1991), habla de un enfoque sistemático desarrollado para ayudar a una organización a tener avances significativos en la manera que operan sus procesos.
- L. P. Sullivan (1994), define la MC como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización.
- Chang (1996), define MC como un enfoque sistémico que se puede utilizar con el fin de lograr crecientes e importantes mejoras en procesos que proveen productos o servicios.

El proceso de MC puede ser muy variado, dependiendo de diversos factores tales como: tipos de problemas, tipos de empresas, recursos del sistema, etc. En su forma más elemental y como su nombre lo indica, la MC busca perfeccionar a la organización a través de la identificación de áreas de oportunidad, eliminando desperdicios y mejorando procesos y resultados, lo cual no es labor de un día, sino un proceso progresivo en el que no deben haber retrocesos, con el ideal de *mejorar mañana lo que puedas mejorar hoy, pero mejorar todos los días* (Vega, 2014).

La MC es la tendencia hacia la excelencia, esto implica un camino infinito hacia la mejora cada día, donde la perfección nunca se logra, pero siempre se busca. Los errores y los defectos

son inevitables, pero esto no supone aceptarlos sino tratar continuamente de superarlos (Cervantes, 2012).

La MC contribuye a fortalecer las debilidades, volver a la organización más competitiva y productiva, con resultados visibles a un corto y mediano plazo.

El establecimiento de un programa de MC, debe realizarse de forma sistémica. Durante su implementación, y hablando específicamente del tema en salud, se pueden destacar cuatro objetivos (Net & Suñol, 2015):

1. Beneficiar a cada usuario, a través de la práctica de los profesionales, con procesos y resultados en constante evolución.
2. Minimizar los riesgos durante la atención, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio.
3. Eficientizar el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costos/resultados
4. Garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando servicios de forma satisfactoria.

2.1 Implementación y acciones de MC

La excelencia ha de alcanzarse mediante la aplicación de procesos de mejora. Si se cuestionara cuáles son las posibles causas por las que un trabajo no sale bien, probablemente la respuesta sin meditar sería: “*Imposible descubrirlas todas*”. Sin embargo, un análisis más profundo nos lleva a tres posibles causas:

- Falta de conocimiento en la ejecución (*no sé hacerlo*): Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continua y la estandarización de procesos.
- Falta de insumo para hacerlo (*no puedo hacerlo*). Se corrige dotando del recurso necesario en la organización, modificando los procesos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.
- Falta de motivación para hacerlo (*no quiero hacerlo*). En los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del *burn-out* (Agotamiento o estrés laboral). Lo anterior se soluciona capacitando, dando los medios necesarios y motivando a las personas (Suárez & Ramis, 2008). Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

Los expertos en calidad, hablan de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, expresado con claridad en la frase “hacerlo bien a la primera” (*Do it right the first time*) (Net & Suñol, 2015).

Entendiendo la calidad como un valor humano, ha de suponerse que el hombre pretende siempre hacer las cosas bien y si no lo hace, habrá que buscar causas que justifiquen esta forma *anormal* de actuar. De la misma forma, la MC es un valor humano e incluso, económico, ético y social; podría darse el caso de no ser éticamente proporcional el dinero recibido por el trabajo realizado, lo que supone una estafa (Cela Trulock, 1996).

Se ha llegado así al disparate de que algunas empresas ofrecen primas a la calidad ¿Cómo es posible pagar por un trabajo mal hecho y añadir un plus si el trabajo está bien? Creo sinceramente que esto es un insulto para la dignidad humana (Cela, 1996 p. 22).

La MC está pasando de ser un conjunto de técnicas y procedimientos que nos aplican para comprobar si otros han trabajado bien, a un valor humano donde lo que interesa es la

satisfacción por el resultado del trabajo bien hecho. En el año 1929, Eugenio D'Ors decía en una conferencia para un grupo de estudiantes que *“al final lo único que queda de nosotros es la obra bien hecha”*.

Para la implementación de la MC se proponen 5 pasos (Vega, 2014):

1. **Fijar objetivos:** Objetivos de corto alcance que en suma faciliten el logro de los objetivos generales de la organización.
2. **Medir la ejecución:** Medir a través de indicadores sencillos del dominio de todos los que deban estar involucrados.
3. **Establecer prioridades:** En ocasiones, no es posible atender la totalidad de problemas o deficiencias identificadas, por ello es necesaria su priorización. Las prioridades establecidas deberán ser del conocimiento de todos.
4. **Analizar los problemas:** El análisis del problema tiene efectos más positivos cuando es llevado a cabo en equipo. El análisis multidisciplinario, es decir con la participación de personal de distintas áreas y con distinta preparación académica y experiencia enriquece la solución.
5. **Incrementar las mejoras:** Cuando se ha determinado la cantidad de mejoramiento alcanzado, se establecen nuevos objetivos y reinicia el proceso.

Algunos de los obstáculos más comunes en la implementación de la MC son:

- Esperar resultados inmediatos
- Suponer que la solución de problemas, la automatización, los aparatos y las máquinas nuevas van a transformar la organización
- Buscar ejemplos en organizaciones donde fracasó la implementación
- Pensar que nuestros problemas son diferentes
- Falta de constancia en el propósito

Como parte de la MC, resulta la reingeniería de procesos, la cual se ocupa de adecuar los procesos antiguos a los conocimientos y tendencias nuevas. Con ella se pretende salir de un punto de partida y arribar a un punto de llegada por el camino más corto y más seguro. Hacer lo necesario para que resulte lo conveniente. La reingeniería debe realizarse por personal de

la organización, formando un grupo de trabajo multidisciplinario, pero dirigido por una persona ajena al área de que se trate, *para que los árboles no le impidan ver el bosque*. Debe hacerse con humildad, siempre hay quien sabe más que nosotros; con decisión, el que no se decide no cruza el mar; con rigor, el azar, a pesar de todo, ya se encargará de presentarnos problemas inesperados. Para el logro de la reingeniería de procesos en la implementación de acciones de MC, es necesario el uso de habilidades psicosociales (Figura 5).

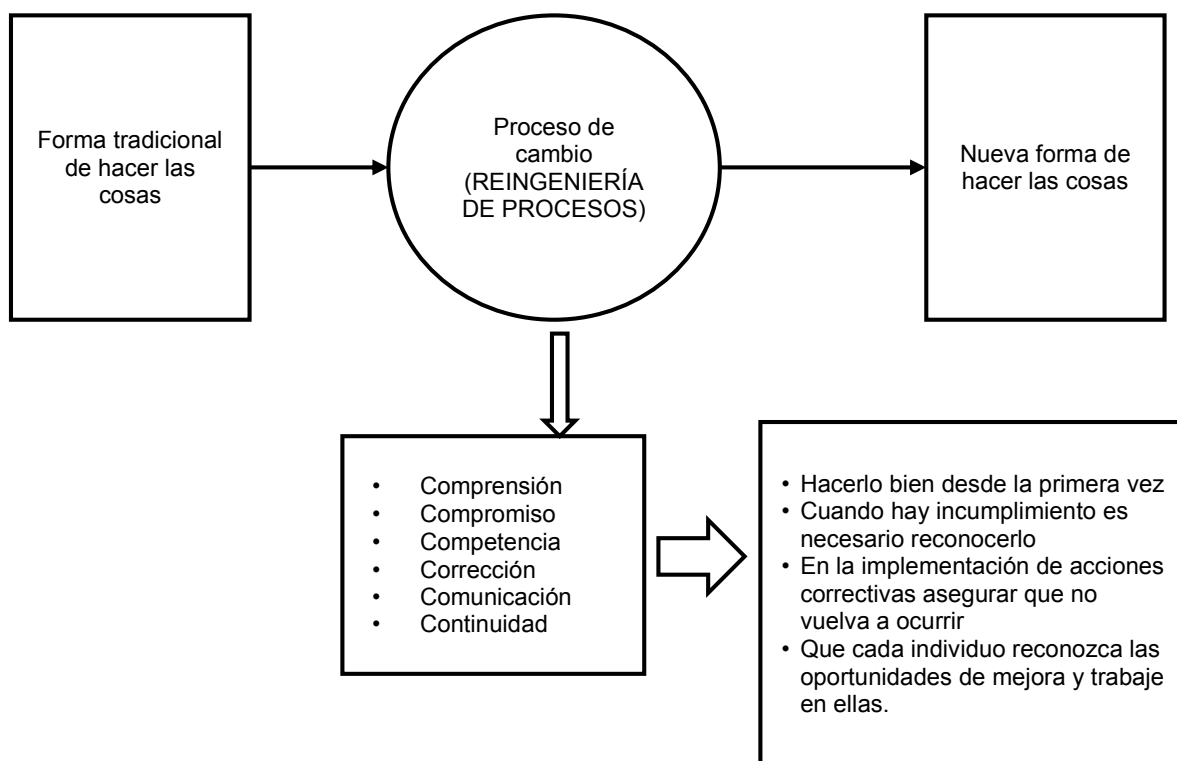


Figura 5: Reingeniería de procesos

La implementación y acciones de MC consiste en establecer en cada momento las mejores prácticas, con puntos de comparación, identificación de riesgos y problemas, análisis de éstos, reingeniería de procesos, y comprobar si estos cambios han sido eficaces (Net & Suñol, 2015)

Alcanzar los mejores resultados no es cuestión de un día. Lo deseable es mejorar un poco día a día, tomarlo como hábito, y no dejar las cosas tal como están.

2.2.1 Liderazgo en la MC

El papel del liderazgo es la columna vertebral en la implementación de la MC. Usualmente la palabra *liderazgo* evoca imágenes relacionadas con carisma o a una persona que tiene la capacidad adquirida y ejercida de influir en los demás, como Mahatma Gandhi o Martin Luther King.

Según ISO 9000:2005, “*Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de esta.*”

La búsqueda de la MC, implica un cambio cultural, lo cual requiere la presencia y la actuación de un líder. No es casualidad que autores como Juran, Deming y Crosby, recalquen la importancia que desempeña el líder. Éste ha de tener los suficientes conocimientos técnicos, operativos y experiencia, para que sus acciones conduzcan al éxito. Mandar, por derecho legal, no convierte en líder. Al líder se le sigue porque entiende, es modelo y referente. El líder puede exigir, pero no mandar. En las organizaciones pueden encontrarse líderes formales (aquellos que tienen una posición jerárquica oficial) y líderes informales (aquellos que surgen espontáneamente y que no son nombrados pero que cuentan con un reconocimiento). En cualquiera de los dos casos, para las organizaciones es imprescindible contar con un liderazgo claro para poder determinar la estrategia, los objetivos y la capacidad de materializarlos.

Deming (1986), incorpora el “Liderazgo” como uno de sus famosos catorce puntos: “*Adoptar e instituir el liderazgo para la dirección de personas, reconociendo sus diferencias, habilidades, capacidades y aspiraciones*”. El propósito del liderazgo es ayudar al equipo a mejorar su trabajo.

Burns (1978), distingue dos liderazgos:

- El *líder transaccional* –el directivo-, planifica, organiza, controla y resuelve problemas. Es, en cierto modo, un buen administrador.
- El *líder transformador*, muestra el camino, alinea, motiva e inspira.

El líder transformador, como su propio nombre lo indica, transforma la organización: cambia la cultura, los valores, la estructura, los sistemas; moviliza las motivaciones de orden superior de sus colaboradores, eleva su punto de mira, les enseña a trascender sus intereses individuales en aras de metas superiores. La intervención de un líder transformador es clave para el éxito de los programas de MC (Rodríguez, 1997).

Elegimos a los líderes tomando como referencia múltiples atributos; les damos responsabilidades, poder de conducción y un papel fundamental en la organización. Pero como parte del ser humano, somos falibles, y podemos pensar que nos hemos equivocado en la elección de líderes. Ulrich propone un método sencillo para evaluar el liderazgo con base en resultados, efectuando una sencilla ecuación (Figura 6):



Figura 6: Fórmula liderazgo efectivo

Dando como puntaje máximo: 10 puntos a resultados, 10 puntos a atributos y por lo tanto un máximo de 100 puntos en el resultado obtenido para el liderazgo efectivo. Este ejercicio tiene importancias didácticas. Ratifica que nos podemos equivocar en la elección y que planificar nos mostrará el mejor camino a seguir pero que no siempre lo que encontremos al final será lo esperado y por último valida la hipótesis, de que “lo que no se puede medir (de alguna forma), no se puede mejorar (en Ulrich & Smalwood, 2007).

En la búsqueda de la MC, es fundamental el liderazgo claro y comprometido por parte del área directiva. Si los directivos de la organización no cuentan con el convencimiento y el conocimiento, la nueva filosofía y los esfuerzos para adoptarla serían aislados. Es necesario que la responsabilidad de guiar y promover el trabajo concreto por la MC recaiga en algunos directivos específicamente, en caso contrario se convertiría en una especie de anarquía donde la responsabilidad es de todos pero de nadie a la vez (Cervantes, 2012).

2.2.2 Equipos de alto desempeño

El concepto de equipo tiene su origen en los temas deportivos. Resulta común que cuando se pronuncia la palabra “equipo”, lo asociemos a nuestro club deportivo favorito. Las empresas no pueden tener MC sin utilizar plenamente la capacidad intelectual, creativa y la experiencia de todos sus empleados. Ya se ha pasado la época en que unos pensaban y otros sólo trabajaban. Como en los deportes colectivos donde existía una figura pensante y otros corrían y se sacrificaban a su alrededor, hoy en los equipos todos tienen la responsabilidad de pensar y correr por igual. En las organizaciones todos tienen el deber de poner lo mejor de sí para su éxito. Sus puestos de trabajo, su futuro, sus posibilidades de crecimiento personal y laboral dependen plenamente de ello.

Un equipo de trabajo, por definición serían dos o más personas que trabajan en estrecha relación para alcanzar con eficacia metas en común (Ulrich & Smalwood, 2007).

“Un equipo es un conjunto de personas que realizan una tarea, su interacción impacta en los demás miembros por lo tanto se ven a sí mismos como unidad; poseen habilidades complementarias y trabajan de manera interdependiente y participativa con el fin de lograr un objetivo común frente al cual todos comparten responsabilidades”. Los equipos de trabajo son una de las principales fuerzas que están detrás de los cambios revolucionarios en las organizaciones (Plazas, 2008).

Un reto fundamental en toda organización consiste en convertir a los grupos en verdaderos equipos. Hay distintos tipos de equipos de acuerdo al escenario en que se requiera, de ahí que se conocen: equipos que recomiendan cosas, otros que administran y los que hacen o ejecutan (Plazas, 2008). Surdo (1998), menciona que en los equipos “... *las personas reconocen su interdependencia para alcanzar las metas que previamente han establecido. Ellas asumen una responsabilidad como individuos y como parte del colectivo que integran...*”. Dice que en las unidades tradicionales “... *la comunicación es pobre y estereotipada*”. Se inhiben los sentimientos y desacuerdos. En los equipos “*es abierta, comprometida y honesta... se discute y se negocia*”. Es ideal la creación de equipos de alto desempeño cuando los grupos

tradicionales de trabajo no alcanzan los resultados esperados y cuando el que coordina o dirige al grupo tradicional no sabe desarrollar las conductas apropiadas.

La formación de equipos de alto desempeño es todo un proceso, la evolución y su desarrollo depende de la motivación que los líderes les inyecten a sus equipos (Surdo, 1998)

W. Tuckman, propone cuatro etapas para el desarrollo de equipos de alto desempeño que son: formativa, tormenta, normativa y alto desempeño (en Plazas, 2008) (ver tabla 2). A continuación se muestra las características principales de cada etapa del desarrollo y construcción de un equipo de alto desempeño:

Etapa	Explicación
Formación	El equipo se encuentra con la necesidad de compenetrarse, lograr un entendimiento común en objetivo y límites. Las relaciones se deben formar así como la creación de confianza.
Tormenta	El equipo se encuentra en desacuerdos y diferencias, es necesario gerenciar el conflicto. El reto incluye superar el <i>Groupthink</i> ⁴ .
Normalización	El equipo se enfrenta con la creación de cohesión y unidad, existen roles, se identifican las expectativas de los miembros y el compromiso se incrementa.
Desempeño	El equipo se encuentra con la necesidad de una mejora continua, innovación, velocidad y capitalización como su núcleo de competencias.

Tabla 2 Etapas para el desarrollo de equipos de alto desempeño (Plazas, 2008).

Schermerhorn, Hunt y Osborn, mencionan las etapas anteriores y le agregan la etapa de clausura, enfocados más hacia los grupos temporales que se conforman.

Los equipos de alto desempeño no necesariamente trabajan más, ni son más inteligentes que los demás, la principal diferencia consiste en que pueden organizarse para trabajar y entregar resultados excepcionales dadas la suma de sus fortalezas y organización interna (Parés, 2006).

⁴ Pensamiento en grupo (groupthink en inglés). Término acuñado por el psicólogo Irving Janis en 1972. Un modo de pensamiento que las personas adoptan cuando están profundamente involucradas en un grupo cohesivo, cuando los esfuerzos de los miembros por unanimidad hacen caso omiso de su motivación para valorar realísticamente cursos de acción alternativos. Recalca los efectos perjudiciales en la eficiencia mental, la evaluación de la realidad y los juicios morales como resultado de la presión de grupo.

Blanchard (2007), en su libro “Liderazgo de máximo nivel”, ha definido 7 características esenciales en la formación de un equipo de alto desempeño, que forman el acrónimo PERFORM, en inglés, y son las siguientes:

1. **Propósito y valores:** un equipo de alto desempeño comparte valores y metas. Tienen además un sentido claro de su visión y misión. Si no hay esos valores compartidos falta el anexo de unión que hace que todos los integrantes toquen al unísono, como en una orquesta bien dirigida. La falta de valores comunes hace que el equipo desafine.
2. **Empoderamiento:** Un equipo de alto desempeño lo forman personas empoderadas, que confían en sí mismas y en sus capacidades, que sienten que tienen autonomía, que comparten la información entre ellos sin temor, que funcionan de manera horizontal dejando que, en cada momento del proyecto, lidere la persona que tenga la mejor capacidad para hacerlo.
3. **Relaciones y comunicación:** En un equipo de alto desempeño la comunicación fluye libremente, se escucha más que se habla y se comparten pensamientos y emociones. No es que los miembros tengan que ser “amigos” pero son verdaderos compañeros, se apoyan entre sí, se conocen y se respetan. Se valora la diferencia como fuente de creatividad y como generadora de nuevas opciones.
4. **Flexibilidad:** Se intercambian lo papeles y se respetan las opiniones. Son personas con un mapa mental amplio, que les permite cambiar de roles cuando es necesario e incorporar la visión de los otros sin sentirse por ello atacados en su ego.
5. **Óptima Productividad:** Un equipo de estas características no tendría sentido si no produjera resultados extraordinarios. Son personas que están inmersas en un proceso de MC, que cumplen fechas y objetivos y que no se conforman con hacer “lo justo”.
6. **Reconocimiento y aprecio:** La retroalimentación es esencial para que un equipo de alto desempeño funcione. No podemos progresar en un proyecto si no tenemos conocimiento de lo que está sucediendo y reconocimiento por nuestra labor y contribución. Esta retroalimentación ha de venir tanto de los propios compañeros, del líder o directivo, como de la organización en sí misma.

7. **Moral:** Cuando se dan los seis puntos anteriores, la moral del equipo sube de manera natural. Las personas se sienten motivadas y alentadas en su quehacer cotidiano. Cada miembro siente que forma parte de algo más allá de sí mismo, pero a la vez que su papel es un engranaje clave para que esa maquinaria funcione.

Algunos elementos identificados en los equipos de alto desempeño son:

- Tienen miembros interdependientes
- Se procura que sus miembros trabajen de forma más eficiente juntos que solos
- Funcionan tan bien que generan su propio magnetismo
- No siempre tienen el mismo líder
- Apoyan al líder y viceversa
- Tienen un alto nivel de confianza entre sus miembros.

Los temas de seguridad del paciente se deben abordar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria y no de manera individual. Es importante la conformación de equipos de alto desempeño, que elaboren y ejecuten proyectos de mejora que atiendan problemas o aspectos específicos de calidad de la organización, una de las características de estos equipos es que una vez que se ejecute y obtengan los resultados deseados de la mejora, el equipo se desintegre. La finalidad de estos equipos es involucrar a más personal, haciéndolos partícipes del avance del cambio hacia la calidad total (Ibarra, et al. 2011).

2.3 Selección de herramientas para la MC

Los sistemas de salud, según la teoría de sistemas, presentada en Chicago en el año 1937, están compuestos por el conjunto de cosas (materiales, humanas, inmuebles, etc.), procesos⁵ y ambiente⁶ que ordenadamente relacionadas contribuyen a un determinado objetivo, en este caso brindar salud. Esta aclaración permitirá entender que cuando se hace referencia a un error en medicina, se habla de que el sistema de salud no es seguro o es deficiente, se puede incluir, además, los procesos y los elementos que los componen (equipamiento, instalaciones, instrumental, etc.) (Berstein, 2007).

La calidad es un proceso dinámico en evolución constante; para lograr la calidad, es necesaria la identificación, el estudio y la consecuente resolución de riesgos, problemas o la diferencia entre lo que debería ocurrir en la organización y lo que realmente ocurre; es en éste punto, donde se emplean herramientas de la MC (Cervantes, 2012). Estas incluyen las herramientas básicas de la calidad que sirven de apoyo para el proceso de análisis, pero de manera fundamental se deben integrar herramientas que promuevan una profunda investigación, ya sea de las causas de un evento o de la severidad del riesgo, así como del comportamiento a través del tiempo y de las intervenciones realizadas.

Las herramientas y técnicas para la MC de la calidad son instrumentos que permiten analizar diferentes situaciones, de manera que de existir algún problema pueda mejorarse o corregirse, distinguir las posibles mejoras en materia de seguridad y calidad, distinguir los problemas según su importancia y magnitud, identificar las causas más importantes del problema, decidir de entre las soluciones factibles cuál podría ser la mejor y planificar la aplicación de la solución elegida e implementarla. La importancia de estas técnicas radica en que su aplicación puede contribuir a disminuir las debilidades y potenciar las fortalezas de la organización (Cervantes, 2012). La utilidad de una herramienta de calidad puede ser proactiva al centrarse en la identificación de riesgos potenciales con el objetivo de prevenir que se produzcan eventos adversos, o de carácter reactivo, donde el objetivo al aplicarla una

⁵ Actividades que producen el resultado o la dinámica con la que se logran los objetivos en un sistema

⁶ Cosas y fenómenos exteriores al sistema

vez que se produjo un evento adverso es el de evitar que sobrevengan situaciones similares. Ambas herramientas (proactiva o reactiva), cumplen una función preventiva.

Una organización puede implementar cualquier metodología para la MC dependiendo de la situación y de los objetivos. Cada una de estas metodologías hace uso de técnicas o herramientas dependiendo de sus necesidades, existen algunas que son gráficas, participativas o grupales, estadísticas y de planificación (Montgomery, 2004). Con base en la literatura, a continuación se propone una clasificación de algunas de las herramientas más utilizadas:

Lluvia de ideas	Es un método bastante informal, que alienta la libre presentación de ideas, sin restricciones ni limitaciones, en un periodo corto de tiempo. Esas ideas pueden ser utilizadas para la toma de decisiones. Esta herramienta puede ser utilizada en los liderazgos participativos, y es el método de elección en los equipos de trabajo ante situaciones generalmente nuevas donde apelamos a la creatividad de los integrantes, sea para elaborar propuestas, proyectos o analizar soluciones o alternativas a un problema. (Berstein, 2007)
Análisis 5W (Reactivo)	Consiste en realizar preguntas para buscar la relación causa-efecto que genera un problema en particular. El objetivo es identificar un dato, problema o situación, preguntando <i>¿por qué?</i> (Why) de la situación y una vez obtenida la respuesta cuestionarla nuevamente. Este procedimiento se realiza 5 veces, de ahí el nombre de la técnica.
5W + 1H (Reactivo)	Consiste en dar respuesta a 6 preguntas, cuyas palabras en Inglés, se inician con W y H: <i>¿Qué?</i> (What), <i>¿Por qué?</i> (Why), <i>¿Cuándo?</i> (When), <i>¿Dónde?</i> (Where), <i>¿Quién?</i> (Who), y <i>¿Cómo?</i> (How). Existen algunas variantes del modelo, entre ellos uno que agrega How much (5W2H) y otro que agrega el How Many (5W3H). Por su facilidad y rapidez de construcción y uso, y la riqueza de la información que proporciona, este modelo es extremadamente útil.
Matriz de priorización (Proactivo)	Consiste en la realización de una lluvia de ideas sobre los problemas o riesgos existente, se establecen criterios y se analiza su frecuencia, el daño que ocasionan y la severidad para que puedan ser jerarquizados.
Círculos de calidad (Proactivo)	Se reúne voluntaria y periódicamente un grupo de empleados y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo. La idea básica de los círculos de calidad consiste en crear conciencia de calidad y productividad en todos los niveles bajo un enfoque de MC.

<p>Análisis Causa-Raíz (Reactivo)</p>	<p>De forma reactiva busca evitar que las situaciones que desencadenaron un evento indeseable se vuelvan a presentar. Es un proceso de deducciones lógicas en el marco de una investigación sistemática que profundiza en la identificación de causas, factores, acontecimientos, eventos, contextos o ambientes que interactuaron como raíz de un evento adverso. Evita centrar la culpa en un individuo o en un grupo de personas ya que una de las principales metas consiste en encontrar los fallos del sistema y no de las personas. Por ser de carácter profundo, deja a la luz que generalmente hay más de una causa de un determinado problema.</p>
<p>Diagramas de flujo (flujograma) (Preventivo y Correctivo)</p>	<p>Son la representación gráfica de la secuencia de pasos a realizar para producir un cierto resultado y son la base para la elaboración de los mapas de proceso. Esta herramienta no reemplaza la descripción del proceso ni los pasos o acciones que la conforman, lo que permite una vez finalizado es visualizar cada paso o acción. Los pasos para trabajar con flujogramas son: enunciar el problema, fijar objetivos, describir los pasos o acciones a realizar, realizar flujograma.</p>
<p>Análisis de árbol de problemas (Proactiva y Reactiva)</p>	<p>Representación gráfica de un problema o riesgo. Utiliza el razonamiento deductivo ya que empiezan con un evento general (tronco), elabora por las ramas los eventos específicos resultantes del problema o riesgo, y en las raíces los motivos para producir el evento.</p>
<p>SIPOC (Proactivo)</p>	<p>Consiste en la elaboración de un diagrama que permite visualizar el proceso de manera sencilla y general, permite identificar y describir los proveedores (suppliers), las entradas (inputs), el proceso (process), las salidas (outputs) y los clientes (customers).</p>
<p>Histogramas (Reactiva)</p>	<p>Gráfica que muestra la frecuencia de los datos, en la que el eje horizontal representa unidades discretas, ciertos rangos, o intervalos, en tanto que el eje vertical representa la frecuencia. Usualmente, se dibujan barras rectangulares con sus áreas proporcionales a las frecuencias dentro de los rangos o de los intervalos.</p>
<p>Diagrama de Pareto (Reactivo)</p>	<p>Método de análisis gráfico que permite discriminar entre las causas más importantes de un problema (los pocos y vitales) y las que lo son menos (los muchos y triviales). Se utiliza para mostrar la importancia relativa de todos los problemas, condiciones, dificultades, etc., a fin de seleccionar el problema a resolver y en qué orden. La ley de Pareto: dice que el 20% de los problemas provoca el 80% de las dificultades.</p>

<p>Just in time (JIT) (Proactiva)</p>	<p>Su filosofía se basa en producir los elementos necesarios en cantidades adecuadas y el tiempo necesario. Esta técnica permite aumentar la productividad, reducir el costo de la gestión en las organizaciones.</p>									
<p>Recogida y análisis de datos (Reactiva)</p>	<p>Consiste en la generación de preguntas siendo fundamental formular con precisión la pregunta que estamos tratando de responder, recoger los datos y hechos referentes a esa pregunta, analizar los datos para determinar la respuesta objetiva a la pregunta y exponerlos de modo que comuniquen claramente la respuesta a dicha pregunta</p>									
<p>Matriz de tiempo (Proactiva)</p>	<p>Ante ella comprobamos que son cuatro las posibilidades que se nos presentan y no dos como frecuentemente se cree, cuando escuchamos decir “lo urgente no me deja hacer lo importante”. Pues también tenemos lo que es urgente e importante y lo que no es ni urgente ni importante (pero que también debemos hacer). La matriz nos permite colocar dentro de cada cuadro las actividades según prioridad para luego comenzar por donde se considera oportuno.</p> <table border="1" data-bbox="521 1041 1385 1171"> <tr> <td></td> <td>URGENTE</td> <td>NO URGENTE</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO IMPORTANTE</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		URGENTE	NO URGENTE	IMPORTANTE			NO IMPORTANTE		
	URGENTE	NO URGENTE								
IMPORTANTE										
NO IMPORTANTE										
<p>AMEF (Análisis de Modo y Efecto de la Falla) (Proactiva)</p>	<p>El AMEF se define como un método cualitativo que permite evaluar las diferentes formas (modos) en que puede fallar en su funcionamiento en cada uno de los componentes de un sistema, sus causas contribuyentes y su efecto sobre el funcionamiento seguro del sistema (consecuencias). Relaciona una falla potencial con sus efectos o consecuencias en caso de que la falla ocurriese, además de clasificar el impacto de estas consecuencias de acuerdo a su severidad dentro del sistema. Este análisis evalúa cada actividad de un subsistema, producto, servicio o proceso específico en la organización respondiendo a las preguntas ¿qué puede alterarse?, ¿por qué? Y ¿cuáles pueden ser los resultados? Gracias a esto es posible anticiparse a la ocurrencia de deficiencias en los procesos y prevenir problemas. Es decir se detiene la evolución de la falla antes de que llegue a las personas o en dado caso se disminuyen las consecuencias de la falla ya que se planearon estrategias para ello con antelación.</p>									

<p>Diagrama de Gantt (Proactiva y Reactiva)</p>	<p>Es un diagrama (cronograma) que registra los tiempos de los trabajos programados para un periodo determinado, su simultaneidad o secuencia. Se puede realizar para actividades previstas pero si se efectúa también sobre las actividades realizadas permite el control de la evolución del proceso y su eventual reprogramación.</p>
<p>Benchmarking (Proactiva y Reactiva)</p>	<p>Consiste en realizar comparaciones entre productos, servicios y procesos de trabajo que son parte de una organización con el propósito de transferir el conocimiento de las mejores prácticas y su aplicación.</p>

Las técnicas expuestas se utilizarán dependiendo del tipo de problema que se presente; es necesario aclarar que a pesar de que alguna metodología incluya diversas técnicas no todas son aplicables ya que los problemas requieren diferentes análisis.

Una de las principales herramientas de la MC fue creada por Walter A. Shewhart (1920), llamada espiral de Mejora Continua, también conocido como ciclo PDCA (por sus siglas en inglés Plan, Do, Check, Act) (Figura 7). Pero fue Deming, quien a partir de 1950 ha difundido éste ciclo, también conocido como ciclo Deming. De allí a la fecha, este ha recorrido el mundo como una estrategia de MC de la calidad.

- **Planificar (Plan):** Establecer los objetivos (definir metas) y procesos necesarios (métodos que permitan alcanzar las metas) para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer (Do):** Implementar los procesos. Requiere educación, capacitación y ejecución de la tarea.
- **Verificar (Check):** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados. Verifica los procesos de la tarea ejecutada.
- **Actuar (Act):** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos. Requiere actuar correctivamente en el proceso en función de los resultados.

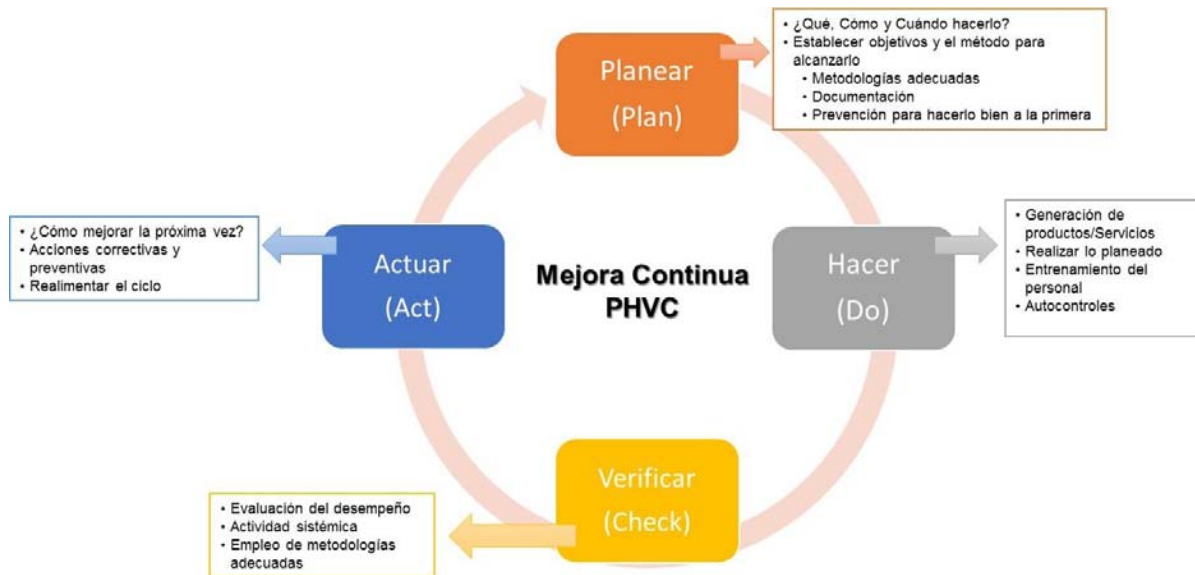


Figura 7: Ciclo Deming

Las investigaciones orientadas a la MC en la seguridad del paciente, tienen por objeto encontrar soluciones que permitan otorgar una atención segura, previniendo daños a los pacientes. En dichas investigaciones, la OMS (2008) propone un ciclo que comprende las siguientes facetas:

1. Determinar la magnitud del daño, el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes. Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Sin embargo sólo es el primer paso.
2. Entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes. Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las causas que favorecen la ocurrencia de eventos adversos. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos no son consecuencia de una causa única, por consiguiente es necesario analizar el origen del problema, para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura. Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes.

4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real. Aun cuando se hayan encontrado soluciones de eficacia demostrada en los entornos controlados, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad y la accesibilidad de las soluciones aplicadas.

Tomando en consideración lo antes expuesto, se considera la implementación de un Sistema de reporte de eventos adversos como una gran herramienta en la implementación y seguimiento de acciones de MC en la búsqueda de la Seguridad Hospitalaria.

Capítulo tres

Sistemas de Notificación de Eventos Adversos

“El no prever las fallas evitables y los peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos, es inhumano”

Thorek, M. 1943
Surgical errors and safeguards

CAPÍTULO TRES SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y una dimensión de la calidad, incluso una condición (sin seguridad no puede existir la calidad). El problema de los Eventos Adversos (EA) no es nuevo, sin embargo desde la aparición del Informe “*To err is human*” del *Institute of Medicine* (IOM) en 1999, el tema de la seguridad del paciente ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos. En México, el gobierno de la República ha incorporado la seguridad del paciente en las políticas públicas, las cuales han quedado inscritas en los diferentes documentos oficiales, como es el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013).

Aprender de los propios errores se ha convertido en uno de los objetivos de las estrategias para la seguridad de los pacientes. En el ámbito hospitalario, una de las herramientas propuestas para mejorar la seguridad de los pacientes, son los “Sistemas de Notificación de Eventos Adversos” (SNEA), ya que permiten identificar los problemas de seguridad más frecuentes y aprender de ellos mediante su registro, el análisis de las causas que los originan y, por supuesto, la implementación de acciones para evitar su ocurrencia (Hurwitz & Sheikh, 2009).

Los SNEA tienen su origen en sectores industriales con alto riesgo de accidentes cuyas consecuencias son catastróficas para la vida de las personas y la economía, como es el caso del transporte aéreo, ferroviario y marítimo, así como la industria petroquímica o las centrales nucleares. Estos fueron creados con el objetivo de contribuir a la mejora de la seguridad mediante la identificación, cuantificación y análisis de los eventos adversos (riesgos), que permita a los profesionales, aprender de las experiencias para prevenir la aparición de los mismos (gestión de los riesgos), reducir sus efectos, identificar áreas vulnerables (Puntos débiles) y promover las buenas prácticas (cultura de seguridad) (Hospital Universitario Central de Asturias, 2009).

En el sector sanitario la experiencia de los SNEA tiene un recorrido histórico menor, entre los países con mayor experiencia se encuentran Australia, Canadá, Estados Unidos de América y el Reino Unido (Tabla 3) (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Sistema de Notificación	País	Objetivos	Características del Sistema	Eventos Notificados	Tipo de Notificación	Análisis de Datos	Difusión Resultados
Australian Incident Monitoring System (AIMSS, 1996)	Australia		Anónimo, confidencial o de dominio público; obligatorio/voluntario	Incidentes, quejas, casos medico-legales, informes sobre salud laboral	Sistema de registro y notificación informatizado y con base en su web		Nacional
National Reporting & Learning System (NRLS)	Reino Unido	Crear una red de conocimiento sobre la seguridad	Anónimo, confidencial	EA, e incidentes	Página Web	Identifica áreas, patrones y agrupación de los datos para determinar la escala y la gravedad de los temas identificados	Nacional
Incident Reporting & Information System (IRIS, 1994)	Reino Unido			Todo tipo de incidentes, como reclamaciones y datos sobre demandas judiciales	Página Web	Primer sistema mundial en incluir una metodología estandarizada (análisis causa-raíz)	Nacional
MedMarx (1998)	Estados Unidos	Los datos no son compartidos (FDA ni con la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO))	Anónimo	Informes estandarizados	Internet		Hospitales suscriptores
Sentinel Events Reporting Program (JCAHO)	Estados Unidos	Identificación y aprendizaje entre organizaciones de atención sanitaria y sus estrategias de prevención	Confidencial, no gubernamental y voluntario	Eventos centinela	Correo electrónico, Fax, informes	Análisis causa raíz, acompañado de un plan de acción	Elaboración de alertas de los eventos centinela documentados
MedWatch (FDA)	Estados Unidos	Incrementar la conciencia sobre la notificación de reacciones graves	Confidencial, gubernamental, no anónimo Voluntario: consumidores y profesionales sanitarios Obligatorio: laboratorios farmacéuticos y distribuidores	EA relacionados con fármacos	Correo electrónico, fax y web	Profesionales sanitarios, proveedores de pacientes	Elaboración de informes por categorías
National Nosocomial Infection Survey (NNIS)	Estados Unidos	Describir la epidemiología de las infecciones nosocomiales y monitorizar la incidencia	Confidencial, voluntario	Infecciones adquiridas en el hospital	Formato electrónico (vía web)	Comparación de las experiencias a nivel nacional y ajustado por riesgo	Informe anual
Medication Error Reporting Program (MER)	Estados Unidos	Informar sobre los problemas relacionados con la medicación	Confidencial, nacional, anónimo opcional, voluntario	Errores de medicación, reacciones adversas a medicamentos	Formato electrónico (vía web), correo electrónico o fax	Análisis descriptivo de los resultados por un grupo de expertos	Elaboración de alertas

Tabla 3 Sistemas de Notificación de EA

El informe del IOM (Kohn, 2000) de 1999 estableció que los SNEA son una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Tienen por objetivo mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido daño a los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar (Gobierno de España, 2012).

A continuación, se presentan algunas de las definiciones de EA:

- De acuerdo con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) promovida por la OMS, el EA se define como *“una lesión causada por el proceso de atención, no debido a la propia enfermedad”*. Dicho de otro modo, el evento adverso es una manifestación de inseguridad clínica (GH, 2002).
- La OMS define como incidente relacionado con la seguridad del paciente, a *“cualquier evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario al paciente”* (Organización Mundial de la Salud, 2009).
- Eventos adversos: *“Daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia del proceso de atención médica”* (Aguirre, et al. 2010).

Dentro de los eventos adversos existe un grupo particularmente grave, que por su magnitud y trascendencia se le denomina Evento Centinela (EC):

- Hallazgo que involucra la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo de que esto ocurra (Joint Commission on Accreditation of Health Care).
- *“Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, pone en riesgo su vida, le deja secuelas, produce una lesión física, psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”* (Aguirre, et al. 2010).

Otra de las clasificaciones de EA, incluye el término cuasifalla (también conocido como casi falla), se utiliza para nombrar aquel *“evento o situación que pudo haber resultado en un evento adverso, pero que no lo hizo debido al azar, la suerte o por una intervención oportuna”* (aspeden, 2004 en González & Gallardo, 2012).

No todos los casos en que se produce daño al paciente implican invariablemente *responsabilidad médica*⁷. Los EA pueden deberse a problemas en las prácticas, los insumos, los equipos o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema (González & Gallardo, 2012).

Existen condiciones excluyentes de responsabilidad como (Aguirre, et al. 2010):

- Cuando el daño al paciente sea atribuible a la idiosincrasia de éste, a incidentes o accidentes no previsibles.
- Cuando el EA es imputable al padecimiento, del cual el usuario asumió el riesgo a través de su consentimiento informado.
- Cuando el EA es causado al actuar para proteger la vida o la integridad corporal del enfermo (principio del bien mayor).

Tampoco es el médico el único responsable del daño al paciente como consecuencia del proceso de atención; con frecuencia esa responsabilidad recae en la institución prestadora de los servicios de salud por las siguientes causas:

- Instalaciones y equipamiento insuficientes o con funcionamiento inadecuado
- Desabasto de insumos, insumos inapropiados o de mala calidad
- Suplencia de personal sin la capacitación suficiente
- Equipo multidisciplinario insuficiente o no calificado

El incremento de la seguridad del paciente requiere tener en cuenta tres objetivos complementarios:

1. Identificar y analizar los EA
2. Prevenir los EA

⁷ *Responsabilidad médica*: Obligación de reparar o satisfacer por sí o por otro, la consecuencia de un acto médico, una culpa o de otra causa legal, desde el punto de vista penal, civil o administrativo.

3. Reducir sus efectos

El éxito del Sistemas de Notificación de Eventos Adversos radica en: una notificación segura, fácil de usar y útil. Debe facilitar la comunicación y transmitir confianza a los notificadores.

3.1 Cultura del reporte

La mejora de la calidad y seguridad durante la atención hospitalaria, requiere transformar la cultura⁸ de culpa que existe actualmente, así como la resistencia a abordar abiertamente los problemas de seguridad. La creación de una cultura de seguridad no se fundamenta en las políticas directivas, sino en despertar la necesidad de protección del paciente y del mismo equipo multidisciplinario profesional de la salud; sin embargo, es indispensable que los valores, la misión y la visión de la organización, incluyan el tema de seguridad, teniendo el compromiso de “no dañar”, con un enfoque sistémico, es decir, hacia los procesos y no hacia las personas; en donde se puedan reconocer los fallos, sin miedo a ser castigado y aprendiendo de esos fallos (Martínez, et al. 2011).

Pese al interés creciente en relación a la seguridad, aún no existe una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación. Se estima que aproximadamente el 95% de los EA no se documenta. Nos encontramos ante la punta del iceberg, donde la parte que está a la vista es el error y la parte no visible son todas aquellas condiciones que favorecen la ocurrencia de EA y que están aparentemente ocultas. (Figura 8).

La mayoría de los hospitales no son conscientes de la magnitud de sus errores, debido a la presencia de un ambiente de trabajo punitivo y porque el personal del hospital tiende a considerar que un error significa una evidencia de falta de cuidado al paciente, lo anterior debido a que los sistemas disciplinarios prohíben literalmente el error humano, es decir, cuando se produce daño a un paciente aumenta la condena social y la acción disciplinaria (Lifshitz, 2005). El Dr. Lucian Lepe ha dicho que *“el impedimento más grande para la prevención de los errores es precisamente que el sistema castigue a las personas por los*

⁸ La cultura puede ser descrita como las costumbres, las normas de comportamiento observables, las historias, ritos y supuestos no observables, los valores, creencias e ideas compartidas por los grupos.

errores que comete”. Esta cultura de culpa y castigo ocasiona que las personas oculten los errores, sobre todo los propios, lo que conlleva que la seguridad en los procesos continúe siendo vulnerable, porque no se atienden las causas que propician el error y persisten los riesgos que finalmente los producirán. El reto es crear una cultura que garantice que un SNEA no propiciará la culpa o el castigo. Sin embargo, no debemos quedarnos en un extremo: culpar a cada persona que comete un error, o no castigar a nadie por sus errores; existen comportamientos que no se deben pasar por alto o dejar sin castigo. Quienes muestran un comportamiento imprudente o conscientemente violentan las normas y reglamentos, produciendo errores que generan un daño a los pacientes no pueden quedar impunes. Debe trazarse una línea entre la conducta aceptable y la inaceptable.



Figura 8: Punta del Iceberg

Los profesionales comprometidos con la seguridad de su quehacer y del paciente, deben considerar el reporte a un Sistema de Notificación de Eventos Adversos como una herramienta, la cual permite la identificación de áreas vulnerables con la consecuente implementación de barreras de seguridad y acciones de mejora, disminuyendo así el número de complicaciones, inclusive, muertes evitables (Martínez, et al. 2011). Es necesario transitar de la cultura tradicional, que es punitiva, a una cultura de la seguridad, donde los profesionales se responsabilizan de su conducta al reportar los eventos adversos, sin temor a ser castigados. De la misma forma en que nadie arregla lo que no se considera que está roto,

nadie cambia voluntariamente si considera que le está funcionando bien lo que hace, hasta que sucede algo que lo obliga a replantearse, como un accidente, un EA o un juicio (Berstein, 2007).

Daniel Marx (2001), acuña el término de *Cultura justa* la cual hace referencia a la necesidad de aprender de nuestros errores y de adoptar medidas disciplinarias cuando la situación así lo requiera. Siguiendo a Marx, una cultura justa es aquella que identifica y examina abiertamente sus propias debilidades para aprender y mejorar, y está dispuesta a exponer tanto sus puntos débiles como sus áreas de excelencia. Cuando ocurre un error el impulso natural de los que observan la falla es buscar inmediatamente a un culpable. Esta es una respuesta común en las organizaciones. La siguiente actitud es hacerle responsable del error y de las consecuencias que produce, lo que en muchas ocasiones implica la obligación de reparar el daño. La cultura justa reconoce que individualmente los profesionales no deben ser considerados responsables por las fallas del sistema sobre las que no tienen control.

Se necesita un cambio en la cultura para apreciar la importancia de reportar los errores en un sistema no punitivo, con un análisis y retroinformación que promuevan la seguridad de los pacientes. Los siguientes son algunos aspectos esenciales que contribuirán al cambio de cultura:

- Aceptar que somos falibles
- Reconocer la necesidad de un cambio en la cultura y el abordaje del error
- Fomentar y adoptar una visión crítica
- Priorizar fundamentalmente la seguridad de los pacientes
- Comunicar los errores considerando que esta actitud es una oportunidad para que todos aprendan
- Abandonar la política punitiva
- Ser honestos con los pacientes y compañeros de trabajo
- Detectar el error e investigar sus causas y evitar que se repitan

Los siguientes son algunos puntos para ayudar en la implementación de un sistema más seguro:

- Tener en cuenta las funciones humanas débiles (memoria, vigilancia, atención, etc.)
- Mejorar el acceso a la información del paciente
- Estandarizar todos los procedimientos

- Evitar la fatiga de médicos y enfermeras, en especial en áreas intensivas y de emergencia
- Reconocer los problemas emocionales de los que cuidan a los pacientes y abordarlos adecuadamente
- Evitar medicamentos de aspecto similar
- Participación del personal clínico
- Asegurar la confidencialidad
- Difusión entre el personal de las definiciones operativas de lo que se pretende vigilar (ejemplos específicos)
- Análisis de la información
- Brindar retroalimentación al usuario del sistema

Si no existe liderazgo, una continua promoción y desarrollo de un cambio cultural respecto a la seguridad de los pacientes, demostrado en la supervisión continua y la capacitación del personal involucrado, la introducción de un SNEA puede acarrear oposición, descontento e incumplimiento (Martínez, et al. 2011). Las siguientes son algunas barreras principales que se pueden presentar durante la implementación de una cultura del reporte:

- Falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- Falta de conciencia de qué se debe documentar y por qué
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias
- Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación
- Falta de retroinformación cuando se produce un registro
- Dificultad para la notificación (formato)

Fomentar una cultura de calidad y seguridad del paciente, requiere que se fortalezcan los conocimientos; pero también implica fomentar y difundir los principios éticos de los profesionales que participan en la atención médica, para crear una cultura enfocada al paciente y una actitud de servicio. Sólo abordando todos los aspectos que influyen en la prestación de los servicios de salud, lograremos avanzar a la meta anhelada de brindar servicios de calidad y crear en las organizaciones una cultura enfocada a la seguridad del paciente (Martínez, et al. 2011 p. 52).

3.2 Análisis de Eventos Adversos

Algunos autores (Bañares, Orrego, Suñol, & Ureña, 2005), han revisado los enfoques y las características de los Sistemas de Notificación de Eventos Adversos (SNEA) y llegaron a la conclusión de que sirven fundamentalmente para aprender de la propia experiencia y para contribuir a la mejora en pos de la seguridad. Los SNEA no pretenden hacer una estimación de la frecuencia de los EA, sino que son formas de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un EA. El objetivo del análisis en profundidad de los EA es empatar los factores contribuyentes desde la ocurrencia del caso individual hasta el análisis sistémico que identifique las fallas en los sistemas y procesos (Organización Panamericana de la Salud, 2013). El nivel de análisis de un EA depende de la gravedad del problema, del tiempo, la metodología, los recursos disponibles y de la capacidad y conocimiento. El tiempo de una investigación está relacionado con la complejidad, puede suponer una hora, un día, un mes o incluso un año (Secretaría de Salud, 2013).

“Lo que no se puede medir no se puede controlar; lo que no se puede controlar no se puede gestionar; lo que no se puede gestionar no se puede mejorar.” El análisis de la información registrada en los SNEA, permite:

- a) Conocer la magnitud del problema
- b) Revela tendencias y riesgos que requieren atención
- c) Permitir comparaciones con instituciones similares
- d) Estudiar la causalidad del problema
- e) Apoyar las medidas de actuación
- f) Evaluar el impacto de las intervenciones

Al analizar los EA se identifica que se deben a fallas o errores, cuyo abordaje puede efectuarse bajo dos enfoques. Uno centrado en la persona, y el otro, centrado en el sistema. En el enfoque centrado en la persona, el EA es percibido como una falla o error ocasionado por una persona o individuo, a quien se le atribuirá la culpabilidad del daño ocasionado al paciente. En el enfoque centrado en el sistema de atención se asume que es una falla sistémica, bajo el conocimiento que los EA son el resultado de múltiples factores, relacionados con el sistema (Reason, 2000).

Al considerar los factores contribuyentes en la aparición de EA, la Joint Commission (2010), recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos, que deberían formar parte del análisis de cualquier SNEA:

- Factores humanos: turnos, fatiga, capacitación, etc.
- Factores del proceso: análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario
- Gestión de la información: comunicación intra-extra equipo
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad, supervisión adecuada

El estudio de estos incidentes se realiza para promover los cambios necesarios en el sistema y evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje, identificando nuevos riesgos, tendencias y factores contribuyentes. La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma. (Tabla 4) (Gobierno de España, 2012).

Informe Estadístico sobre EC de la JCAHO Enero 2005 – Marzo 2010

PRINCIPALES EVENTOS CENTINELA REPORTADOS			LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO CENTINELA		
Tipo de Evento	Número	Porcentaje	Establecimiento	Número	Porcentaje
Cirugía en sitio erróneo	908	13.4%	Hospital	5,656	83.4%
Suicidio	804	11.9%	Establecimiento de salud mental	299	4.4%
Complicación quirúrgica o post	734	10.8%	Urgencias	298	4.4%
Retraso en el tratamiento	580	8.6%	Consulta ambulatoria	203	3.0%
Error de medicación	547	8.1%	Atención prolongada	160	2.4%
Caída del paciente	436	6.4%	Atención domiciliaria	126	1.9%
Frecuencia y % acumulado	4009	59.2%	Frecuencia y % acumulados	6,742	99.5%

FUENTE DEL EVENTO CENTINELA REPORTADO			RESULTADOS PARA EL PACIENTE		
Tipo de Evento	Número	Porcentaje	Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Auto reporte	4,381	64.6%	Muerte	4,624	67.0%
Quejas	1,014	15.0%	Pérdida de función	638	9.0%
Mediante encuesta	574	8.5%	Otro	1,640	24.0%
Otras	580	12.0%	Total de pacientes dañados	6,920	100.0%

Tabla 4 Informe Estadístico sobre EC

Entre los posibles usos de la información derivada de los SN y el análisis de los incidentes y eventos adversos registrados, se encuentran los siguientes (Organización Panamericana de la Salud, 2013):

- Acciones que desencadenan la buena utilización de los datos.
- Diseño de barreras de seguridad al interior de la institución.
- Producción de alertas de seguridad.
- Difusión de los resultados a través de noticias o boletines.

“El éxito del SNEA depende de la cultura en seguridad que tenga la organización. El símil podría ser un coche que es muy bueno pero su funcionamiento depende del conductor. Las condiciones de cultura de seguridad son más importantes que la propia herramienta en sí” (Gobierno de España, 2012 p. 36).

3.3 Importancia de la implementación de Acciones de MC

La disponibilidad de un SNEA en relación con la seguridad del paciente, constituye una de las metas prioritarias en los sistemas de salud de los países avanzados tecnológica y socialmente, con el fin de detectar, conocer, estudiar y prevenir la aparición de EA (Hospital Universitario Central de Asturias, 2009).

Pero no basta con reportar la ocurrencia de EA, y realizar un análisis profundo de la información obtenida; debe incluir la determinación del origen de los errores, la vulnerabilidad en los procesos, y estar en condiciones de proponer acciones de mejora para resolverlos y prevenirlos, y aún de mejora continua para el aseguramiento de la atención sanitaria con calidad (Aguirre, et al. 2010).

Una vez que se han identificado las causas que ocasionaron el evento adverso, se deberán desarrollar las estrategias de mejora y plasmarlas en un plan de acción, para prevenir y/o reducir la ocurrencia de EA derivados de la atención médica. Es imprescindible tener en mente durante el seguimiento de las acciones de mejora implementadas la estandarización y automatización de los procesos, procurando la reducción de complejidad, teniendo información accesible, minimizar la fatiga, reducción del ruido y revisión de factores humanos (Secretaría de Salud, 2013).

3.4 Psicología del error

Una forma de analizar los errores es descubrir sus supuestas causas. En términos generales, hay dos maneras en las que se puede producir un error:

- a) El plan es adecuado pero las acciones asociadas no se dan según lo previsto. Se trata de fallas de ejecución y por lo común se denominan resbalones y lapsus. Los resbalones se refieren a acciones observables y están asociadas con fallas generadas por falta de atención. Los lapsus se describen mejor como eventos internos y se relacionan con fallas de la memoria.
- b) Las acciones pueden ir tal y como estaba previsto, pero el plan es insuficiente para lograr el resultado deseado. Estas son fallas de intención, consideradas como equivocaciones. Las equivocaciones pueden ser subdivididas en errores basados en reglas y errores basados en el conocimiento.

Los precursores psicológicos de un error son probablemente los últimos eslabones y los menos manejables en la cadena de eventos que conducen a un error. En la literatura existen esfuerzos para otorgarles un debido lugar a estos precursores. Algunos de ellos son: la falta de atención, la preocupación, el cansancio, el estrés natural de laborar en una organización de salud y el propiciado por la propia organización: el sobreesfuerzo, los horarios largos o dobles, la resiliencia individual y colectiva, los factores motivacionales y de recompensa, la salud de los trabajadores y la salud organizacional, entre otros.

En cualquier industria, el error humano es uno de los mayores contribuyentes a los accidentes. Charles Perrow estimó que entre 60% y 80% de los accidentes involucran un error humano. Esto pasa también en el área de la salud, donde se ha reportado que el error humano es el causante del 83% de los incidentes en Anestesiología, por ejemplo. El Dr. Avedis Donabedian menciona que la falta de recursos sólo produce 25% de los errores, mientras que la mayoría (75%), se produce en los procesos (Ruelas, 2007).

3.4.1 Implicación Psicológica

El informe del Institute Of Medicine (IOM) destaca la importancia de recordar que los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas, evitando una lectura simplista en la que únicamente el fallo humano es la principal explicación y, como consecuencia, la culpabilización de los profesionales es la reacción más frecuente.

Normalmente la introducción de una *cultura de seguridad* obliga a modificar tanto la cultura de la organización como las actitudes personales. Provocar el cambio de las actitudes personales precisa del cumplimiento de unas premisas que pueden resumirse como sigue:

1. Que el personal pueda responder satisfactoriamente a la pregunta: ¿Qué gano yo con este cambio? Esta ganancia no hay que considerarla como exclusivamente económica; hay otras muchas facetas que producen tanta o más motivación que la económica.
2. Que se vea un cambio real en la organización, en los sistemas, en los procedimientos. Es decir que el empleado vea que no sólo ellos han de cambiar, también la organización lo está haciendo.
3. Que el personal vea en sus superiores un ejemplo en el que mirarse para el cambio deseado. *Predicar con el ejemplo.*

Todas estas condiciones deben considerarse necesarias para lograr el cambio, pero no son suficientes. En mi opinión existe una condición suficiente que debe conseguirse: que todo el personal, incluyendo la alta dirección, participe. El cambio de las actitudes personales va siempre unido al de la cultura de la empresa. No puede pensarse en el segundo sin el primero; no puede pensarse por ejemplo, en el autocontrol, si los sistemas no se basan en la confianza; no puede lograrse la motivación del personal, si no existe un sistema de reconocimiento de los logros, etc., (Cela Trulock, 1996).

3.4.1.1 En la Organización

El sistema de salud se compone de una plataforma organizacional donde confluyen su diseño, construcción, mantenimiento, organización y gestión; basándose en reglas, procedimientos y políticas. Las actividades de la organización son realizadas en ambientes complejos, fuertemente acoplados y con múltiples interacciones entre los diferentes grupos profesionales. La ocurrencia de los eventos adversos se debe a situaciones latentes del propio sistema, a factores como: la estrategia de una organización, su cultura, su planteamiento de la Gestión de la Calidad, la prevención de riesgos y la capacidad de ésta para aprender de los errores.

Las decisiones estratégicas acarrearán consecuencias, las cuales pueden ser negativas para la seguridad en alguna parte del sistema. La ocurrencia de EA comienza con los procesos de la organización, es decir, las decisiones relacionadas con la planificación, la programación, la previsión, el diseño, la formulación de políticas, la comunicación, la regulación, el mantenimiento, etc. Las fallas latentes así creadas se transmiten a lo largo de diferentes vías hasta el lugar de trabajo, donde se crean las condiciones que promueven la comisión de errores y las violaciones.

Los avances tecnológicos podrán evitar muchos errores, pero muy pocos los contratarán o pondrán en práctica voluntariamente, si no hay una presión del público o económica. Sobran los ejemplos en todos los ámbitos en donde la falta de mantenimiento argumentando razones económicas, son, podríamos decir, toleradas o aceptadas hasta que un accidente y/o la presión de la prensa y los medios los pone en evidencia, luego de lo cual los recursos mágica o rápidamente aparecen (Berstein, 2007).

No se pueden prevenir las fallas latentes, pues son invisibles hasta que se combinan con factores desencadenantes que rompen las defensas del sistema y producen EA. Estas fallas se complican aún más por el hecho de que el sistema de salud involucra muchas organizaciones interdependientes, como los fabricantes, los organismos gubernamentales, las organizaciones profesionales y de pacientes, entre otros.

3.4.1.2 En el equipo multidisciplinario

En general, la sociedad pone altas expectativas sobre quienes atienden los problemas de salud, y les otorgan un grado de *perfección*. Los profesionales de la salud, siempre han sido tratados con especial consideración y aprecio, porque se reconoce en ellos su dedicación, su voluntad de servicio y eficiencia. Debido a esta idealización de los profesionales de la salud, el error es considerado y tratado en general como algo humillante y que avergüenza a quien lo comete (Guzmán & Arias, 2011).

Es común que cuando se comete un error en una organización, la primera actitud de muchas de las personas que lo detectan, incluyendo al personal directivo, es culpar del accidente y sus consecuencias a la persona que aparentemente es la responsable y acordar que merece una sanción. En la mayoría de las ocasiones, esta situación conlleva el desprecio, desprestigio, señalamiento y burla de dicha persona y hasta la intención de que sea separada temporal o definitivamente de su puesto de trabajo. Estos actos tienen su origen en los procesos mentales aberrantes como el olvido, la falta de atención, la distracción, la falta de motivación, el descuido, la negligencia o la imprudencia. Quienes favorecen este enfoque tienden a tratar los errores como las cuestiones morales, es decir, suponiendo que las cosas malas le pasan a la gente mala, lo que Lerner (1965) llamó la hipótesis del mundo justo (Zubieta & Barreiro, 2006). Desde la postura del comportamiento humano, tendemos a ser más críticos cuando el resultado es malo. Esta situación se describe como sesgo retrospectivo, sucede cuando, una vez que se sabe lo que ha ocurrido, se tiende a modificar el recuerdo de la opinión previa a que ocurrieran los hechos, en favor del resultado final. Pese a la cantidad de errores en medicina no se ve a los profesionales trabajando en su reducción.

Eliot Freidson, médico sociólogo, dijo: “El beneficio de la duda se le da al actuar médico” (en lo que a errores médicos se refiere). El argumento es que nadie quiere matar o dañar a un paciente. Pero tal vez las buenas intenciones no son suficientes, estas no reemplazan a una buena actuación. “*La única forma de no cometer errores en medicina es nunca practicarla*” (Berstein, 2007). Hay dos características importantes de los errores humanos que tienden a ser ignoradas. En primer lugar, es posible que las mejores personas comentan los peores

errores (el error no es un monopolio de unos cuantos desafortunados). En segundo lugar, lejos de ser aleatorios, los accidentes tienden a formar patrones recurrentes, recordando que los errores no son raros, más bien son la norma.

3.4.1.3 En los usuarios

La sociedad es consciente de que los sistemas de salud no son seguros, sin embargo no ha tenido una posición activa para que mejore. La mayoría de la gente ve al error en medicina como algo relacionado directamente con el o los profesionales, más que como una falla en un proceso, de un sistema tan complejo como lo es el de la salud. Según encuestas, al preguntarles acerca del último o más reciente error médico del que tuvo conocimiento contestaron 42% que escucharon a familiares y amigos, 39% por la televisión, radio o diarios y 12% por propia experiencia. Al respecto sobre posibles soluciones proponen en un 69% eliminar a los profesionales con mala trayectoria de los sistemas de salud y 31% mejorando el entrenamiento de los profesionales (William, Kitaw & Stephen, 2007).

La voz de los pacientes es uno de los elementos más importantes para lograr cambios y mejoras en los sistemas de atención médica, si esta se hace oír. Un claro ejemplo, es el impacto de la muerte de Lobby Zion, hija de un famoso reportero del New York Time, relacionada con el actuar de médicos residentes cansados y con exceso de trabajo. El escándalo que produjo en la sociedad condujo a que se estableciera por ley la limitación de las horas de trabajo de los residentes. Otro ejemplo lo tenemos en el lavado de manos (en medicina); lleva siglos probada su efectividad, científicamente se demostró miles de veces sus beneficios en la prevención de las infecciones intrahospitalarias, y por ende en sus complicaciones, prolongación de las internaciones y costos. Se enseña en el pregrado, en el postgrado, en la residencia, en los cursos, figura en todas las cientos de normas o manuales de procedimientos médicos del mundo, y, sin embargo, muchas veces no se cumple. Por ello finalmente se decidió que podría ser de mucha ayuda que el paciente le pregunte a su médico si se lavó las manos antes de atenderlo. Creo que es un intento desesperado para lograr un cambio de conductas y, como en otras situaciones, “el fin justifica los medios”, al comentar lo anterior con un médico, respondió lo siguiente: “A mí no me molesta que el paciente me

pregunte si me lavé las manos, porque yo lo hago siempre. Al que le va a molestar es a quien no se las lava” (Berstein, 2007).

El impacto de EA en los usuarios del sistema de salud es altísimo en muchos sentidos (social, económica, familiar, psicológicamente). Acudir a una institución con la convicción de ser sanado, y obtener durante el proceso un resultado contrario al esperado, resulta en una decepción muy frecuente entre la población usuaria. Una de las propuestas hechas resulta del trabajo nominado “¿Es peor tener un infarto de miocardio el fin de semana?, donde postula que los pacientes deben recibir el mismo nivel de cuidados de su salud las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Dicha aseveración no puede generarme más que un cierto grado (elevado) de escepticismo, respecto a los resultados reales (William, et al. 2007).

Propuesta de intervención

**Herramienta para la Implementación y
Seguimiento de Acciones de Mejora Continua
ISAMECO**

“Las empresas excelentes no sólo creen en la excelencia, también en la mejora continua y el cambio constante”

Tom Peters, 1984
En busca de la excelencia

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Justificación

El profesional en psicología, cuenta con las competencias necesarias y habilidades cognitivas para: observar, describir, analizar, diagnosticar, investigar, identificar y evaluar situaciones con la finalidad de realizar recomendaciones a la alta dirección, encaminadas a:

- Resolver problemas o conflictos en las interacciones humanas y asegurar un buen clima y desarrollar la cultura organizacional
- Modificar los elementos o factores físicos y sociopsicológicos, que influyen en el comportamiento humano en el trabajo y que impactan en la eficiencia organizacional.
- Asesorar a la gerencia en lo referente a las negociaciones colectivas, con los trabajadores, así como para la creación y mejora de la imagen empresarial en el entorno social y económico.
- Incrementar la productividad
- Mejorar el clima organizacional
- Evitar fatigas y prever accidentes o enfermedades ocupacionales.
- Generar y proponer soluciones que contemplen, la integración humana, la creatividad, la innovación y la mejora continua dentro de los procesos productivos, operativos y administrativos de la organización, concordante con los conceptos de ergonomía.
- Recomendar políticas y acciones para incentivar, compensar y remunerar al personal, así como asegurar su bienestar, seguridad y salud ocupacional.
- Diseñar programas de rotación, inducción, entrenamiento y capacitación para el desarrollo del personal, así como los planes de carrera y ascensos del personal.

Contando con estas competencias y habilidades, y atendiendo a la OMS, quien a través del Programa Internacional de Seguridad del Paciente, impulsa a sus Estados Miembros, a *“que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria”*, aunado a las recomendaciones de la UNICEF para la *búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*, y con fundamento en:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4º
- La Ley General de Salud, Art. 2º y 51º

- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 9º

México da respuesta a lo anterior en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, a través del Programa Sectorial de Salud, estableciendo como objetivo, entre otros, *consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades*.

Para el cumplimiento de lo anterior, se propone una herramienta para la implementación y seguimiento de acciones de mejora relacionadas con eventos adversos (EA), notificados al Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA), actualmente implementado en Instituciones de Salud Pública, la cual será empleada por Jefes de División, Jefes de Servicio, Jefes de Departamento y Cuerpo Directivo (acorde con la estructura de la organización), que permita identificar riesgos, problemas, y los mecanismos que propician errores durante el proceso de la atención médica, principalmente de EC (aquellos eventos que han producido lesiones permanentes, incapacidad o muerte).

Entre los beneficios de la implementación de la herramienta, facilitará la identificación de riesgos y problemas de forma reactiva y proactiva, para otorgar una atención médica segura a los derechohabientes, así como una práctica laboral más segura para los profesionales de la salud; para el profesional en psicología inclusión y apertura en el ámbito hospitalario, como gestor de riesgos y administrador de la calidad, durante la atención hospitalaria en Instituciones de Salud Pública para: la adopción de una cultura de seguridad, la implementación de SNEA, y el seguimiento de acciones de mejora; en lo personal, considero de sumo valor, mi colaboración para mejorar la atención brindada con calidad y seguridad, a los derechohabientes que en su mayoría, acuden a los sistemas de salud, siendo su única opción por escasos de recurso económico.

Objetivo General

Modificar factores y procesos de riesgo en la atención médica, mediante la adopción de la herramienta ISAMECO, con un enfoque proactivo y/o reactivo.

Objetivos específicos

1. Concientizar y sensibilizar al personal de salud para promover una cultura de seguridad y calidad de la atención médica.
2. Promover la adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos para otorgar atención hospitalaria segura.
3. Analizar los mecanismos de producción de los eventos notificados al SNEA durante el proceso de atención médica para retroalimentar al personal involucrado.
4. Implementar barreras de seguridad y acciones de mejora para su prevención.
5. Dar seguimiento efectivo a las acciones de mejora implementadas.

Población

Personal profesional de la salud en servicio activo, con inclusión en el Cuerpo de Gobierno, o cuyo puesto laboral desempeñe actividades de mando medio o superior, con enfoque de calidad y seguridad durante la atención hospitalaria en instituciones de salud pública, para el análisis de los factores que promueven la ocurrencia de EA, implementación de barreras de seguridad y acciones de mejora, así como su seguimiento.

Escenario

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

El 6 de diciembre de 1978 se inaugura oficialmente el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, por el entonces Presidente de la República, Lic. José López Portillo y el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Arsenio Farell Cubilla. El 8 de junio de

1984, debido al reconocimiento y renombre Institucional que obtuvo este Hospital de Gineco Obstetricia (HGO), se otorgó el nombre del insigne Dr. Luis Castelazo Ayala.

Cuenta con una superficie de más de 17,000m². Tiene 13 quirófanos, atendiendo más de 10,000 cirugías; 5 salas de expulsión, recibiendo anualmente a más de 10,000 nuevos mexicanos; 4 pisos de hospitalización; 4 pediatrías; 1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con más de 528 egresos anuales; 1 Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, con más de 700 egresos anuales; 26 consultorios, otorgando más de 133,700 consultas; servicios de: laboratorio, Rayos x, Patología y ultrasonido, realizando más de 631,600 estudios; además cuenta con servicio de farmacia, nutrición, admisión continua, sala de altas, biblioteca, ludoteca, espacio ecuménico, registro civil, división jurídica, división de epidemiología, división de calidad, división biomédica, estacionamiento, entre otros. En ella laboran más de 2,400 trabajadores.

El Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, considerado como Unidad Médica de Alta Especialidad, atiende tres tipos de especialidades básicas:

- 1) Obstetricia: concentrándose en la atención a pacientes con embarazo de alto riesgo
- 2) Ginecología: dedicándose a la atención de problemas quirúrgicos y hormonales
- 3) Oncológica: con atención a problemas neoplásicos de mama y de tipo ginecológico

Además, otorga atención de consulta de distintas subespecialidades de la ginecología y obstetricia, contando con 576 camas censables y 202 camas no censables. Su población es de 11, 735, 335 derechohabientes (figura 9), otorgando atención anual a más de 240 mil pacientes. Identifica entre su población vulnerable a mujeres adolescentes, mujeres mayores de 40 años y recién nacidos prematuros (menores a 1,200 gr de peso).

Misión: Otorgar servicios de salud integral como equipo multidisciplinario, con calidad, seguridad y humanismo a la mujer y al recién nacido. Formar capital intelectual y desarrollar investigación, respondiendo a las necesidades en salud de la sociedad.

Visión: Ser reconocida en América Latina, como líder en la atención médica de excelencia con trato humano.

Valores: Respeto, Responsabilidad (ética profesional), Integridad (honestidad), Eficiencia

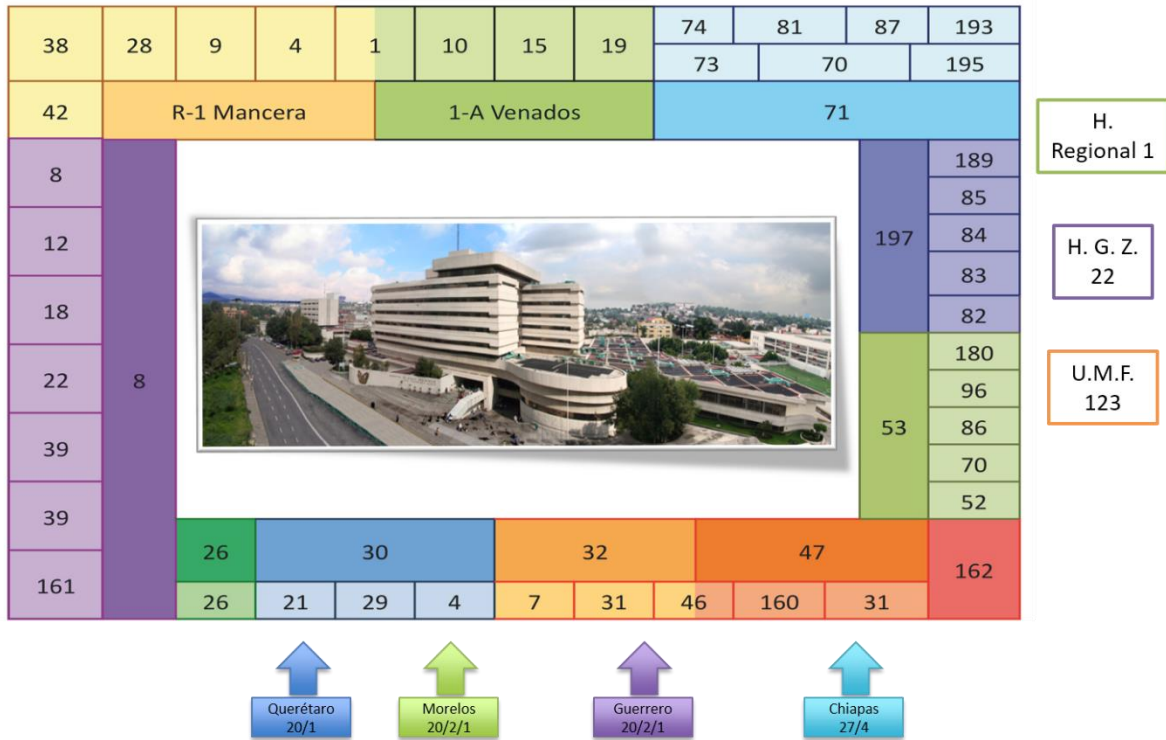


Figura 9: Población de Atención. UMAE HGO No. 4 "Luis Castelazo Ayala"

Sistema VENCER II

El Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (Sistema VENCER II), es un sistema adoptado y homologado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, implementado a nivel nacional para la identificación, documentación, análisis y prevención de sucesos inesperados que se presentan durante la atención del paciente, bajo la premisa “Lo primero es no dañar”. Es bien sabido que el ser humano comete errores, y es de sabios reconocerlos; en este punto es donde radica la importancia del sistema, reconocer en que estamos fallando para no cometer más esos errores. La mejora continua, la implementación de mejores prácticas, pero sobre todo contribuir a la seguridad del paciente, también son objetivos primordiales del sistema VENCER II.

Bajo un reporte anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo, se trabaja por la creación de una cultura, en donde se reconozcan los errores propios, incluso aquellos que no llegan a

cometerse, para la implementación de barreras de seguridad, con acciones preventivas, correctivas, proactivas y de mejora.

Para su mejor análisis, los fallos reportados, son clasificados en Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinelas, dependiendo el grado de daño al paciente:

- **Cuasifalla:** Evento que estuvo a punto de ocurrir, pero que es detectado a tiempo y no llega al paciente.
- **Evento Adverso (EA):** Son daños ocasionados al paciente, como resultado de la atención médica, por algún integrante del equipo multidisciplinario y no por las condiciones del paciente o consecuencia de la historia natural de la enfermedad.
- **Evento Centinela (EC):** Suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce muerte, pérdida de la función de un órgano de manera permanente, pérdida de un órgano, cirugía incorrecta (paciente incorrecto, lugar incorrecto, procedimiento incorrecto), robo de infante.

Mecanismo de Registro

Los reportes son notificados mediante un formato definido (Anexo 1 y 1.1), al cual, el equipo multidisciplinario tiene acceso de forma anónima, confidencial, voluntaria y no punitiva. En el formato se redacta el suceso, integrando información del paciente como nombre, diagnóstico, servicio, turno, etc. El formato es entregado al jefe de servicio, jefe de enfermería, mediante buzones anónimos o directamente en la Oficina de la División de Calidad de la Institución.

Estos reportes son concentrados en una base de datos mediante el programa Microsoft Excel para su clasificación y análisis, con la posterior presentación mensual ante el Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), en donde se lleva a cabo el análisis de Causa Raíz de todos los Eventos Centinela, así como acciones de mejora y recomendaciones. La información es resguardada conservando el anonimato y asegurando que no se tomen medidas punitivas hacia el personal que realiza el reporte.

Herramienta propuesta

La propuesta, es una combinación de diferentes herramientas para la identificación de riesgos/problemas durante la atención médica, análisis de los factores contribuyentes en su ocurrencia, implementación de barreras de seguridad, acciones de mejora y su seguimiento (anexo 2).

Para su uso correcto, es necesaria la capacitación del personal usuario (personal profesional de la salud en servicio activo, que forma parte del Cuerpo de Gobierno, o cuyo puesto laboral desempeñe actividades de mandos medios o superior, con enfoque de calidad y seguridad durante la atención hospitalaria en instituciones de salud pública), la cual se realizará en 4 sesiones de trabajo, mismas se describen a continuación:

1º Sesión: Concientizar y sensibilizar sobre el error humano

Dicha sensibilización se realizará mediante la exposición teórica de conceptos y cifras de daños a pacientes, con la ayuda de una presentación de diapositivas.

Procedimiento

Se reunirá al cuerpo de gobierno (Figura 10, sombreado en azul), en una sesión de trabajo, cuyo objetivo primordial es concientizar y sensibilizar, acerca de la seguridad hospitalaria y la implicación que el error humano tiene en ésta.

El contenido teórico de la sesión es:

Seguridad en la Atención Médica

- Seguridad vs Riesgo

- Es de humanos errar

- Barreras de seguridad. Hacer imposibles los errores

- Calidad en la atención médica

- Costo de la No Calidad

Al finalizar la reunión, los integrantes del cuerpo de gobierno, deberán tener el firme deseo de participar en la adopción de una cultura de seguridad, de la cual, una parte fundamental es la adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (Tabla 5).

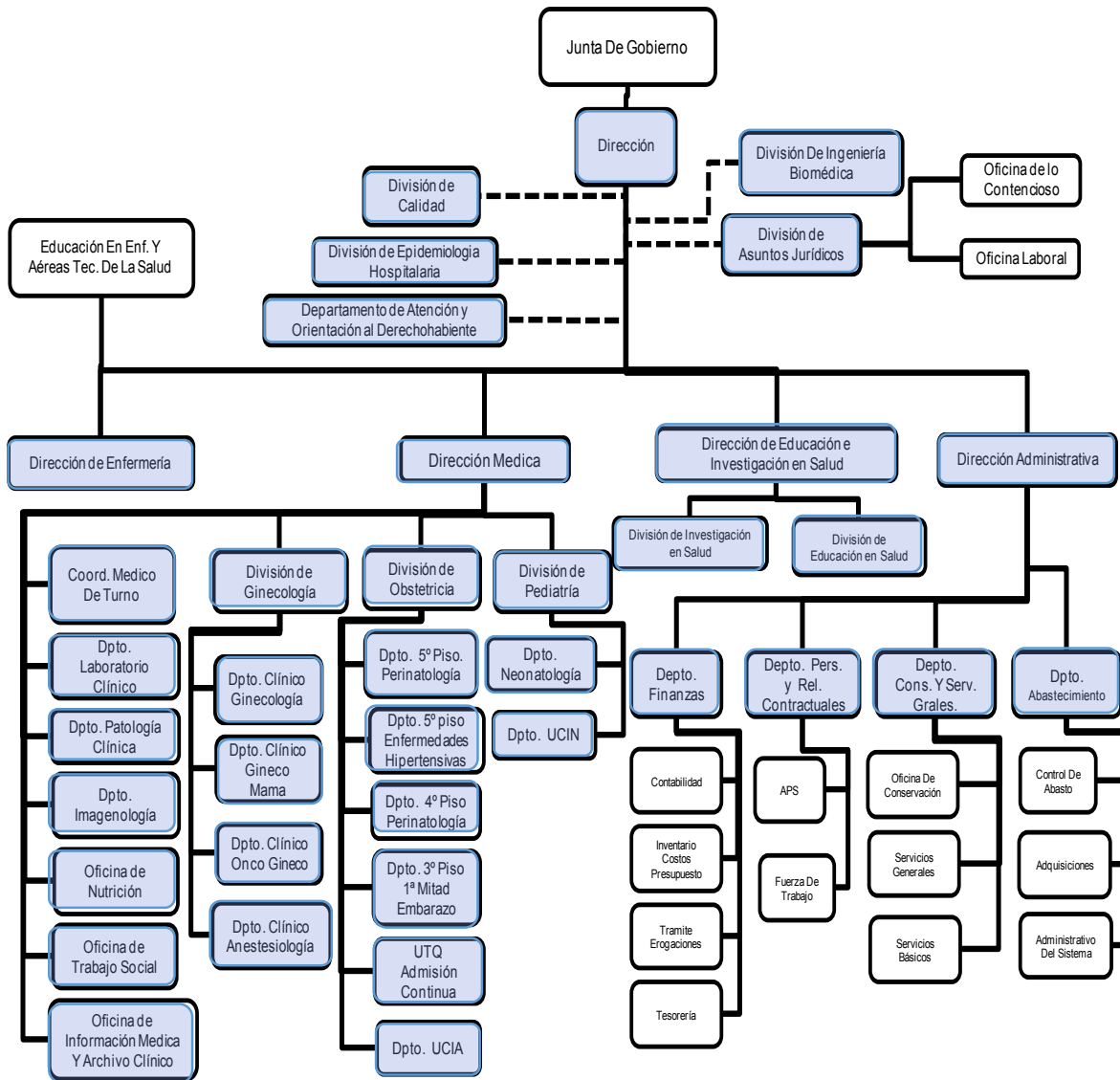


Figura 10: Organigrama UMAE HGO No. 4 "Luis Castelazo Ayala"

Carta Descriptiva Herramienta ISAMECO

Sesión No. 1	Fecha: _____
Tema: <u>Seguridad hospitalaria. Error es de humanos</u>	Tiempo de duración: <u>45 minutos</u>
Objetivo: <u>Sensibilizar al cuerpo de gobierno, acerca de la seguridad hospitalaria y la implicación que el error humano tiene en ésta.</u>	

Subtema	Método/Técnica de enseñanza	Recursos didácticos	Evaluación
Seguridad en la atención médica	Exposición oral, con apoyo de presentación en diapositivas, impartida por instructor capacitado en temas de calidad y seguridad.	Aula con capacidad para 20 personas Proyector Computadora	Al finalizar la exposición oral del instructor se realiza sesión de dudas y comentarios, posterior a la cual se evaluará el grado de sensibilidad de los asistentes a la sesión, mediante ensayo en el cual se les pedirá plasmen en sus propias palabras la importancia que para ellos representa implantar un sistema de gestión con enfoque de seguridad y calidad.
Seguridad vs Riesgo			
Es de humanos error			
Barreras de seguridad. Hacer imposibles los errores			
Calidad en la atención médica			
Costo de la No Calidad			

Observaciones: Al finalizar la sesión, los asistentes deberán estar convencidos de la importancia de la adopción de una cultura de seguridad, así como de la importancia de implantar un sistema de notificación de eventos adversos.

Tabla 5 Carta Descriptiva Sesión No. 1

2º Sesión: Adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos

El objetivo primordial de ésta sesión es resaltar la importancia de la adopción de un SNEA. Se presentará al cuerpo de gobierno, los resultados en organizaciones modelos, de la adopción de un SNEA, los resultados de la organización propia, el análisis y se pondrá mayor énfasis en la ausencia de acciones de mejora e implementación de barreras de seguridad en la organización. Dicha presentación se realizará mediante la exposición teórica de conceptos y cifras de daños a pacientes.

El contenido teórico de la sesión es:

Sistema de Notificación de Eventos Adversos

Cultura del reporte

Análisis de Eventos Adversos

Importancia de la implementación de Acciones de MC

Psicología del error

Implicación Psicológica:

En la Organización

En el equipo multidisciplinario

En los usuarios

Al finalizar la sesión, los integrantes del cuerpo de gobierno, notarán la falta de una herramienta para la implementación y seguimiento de acciones de mejora en la adopción de una cultura de seguridad durante la atención médica, y la necesidad de la misma (Tabla 6).

Carta Descriptiva Herramienta ISAMECO

Sesión No. 2		Fecha: _____	
Tema: <u>Adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos</u>		Tiempo de duración: <u>45 minutos</u>	
Objetivo: <u>Resaltar la importancia de la adopción de un SNEA.</u>			
Subtema	Método/Técnica de enseñanza	Recursos didácticos	Evaluación
Sistema de Notificación de Eventos Adversos	Exposición oral, con apoyo de presentación en diapositivas, impartida por instructor con conocimientos en Sistemas de Notificación de Eventos Adversos, su importancia y utilidad.	Aula con capacidad para 20 personas Proyector Computadora	Al finalizar la exposición oral del instructor se realiza sesión de dudas y comentarios, posterior a la cual se evaluará el grado de sensibilidad de los asistentes a la sesión, mediante ensayo en el cual se les pedirá plasmen en sus propias palabras la importancia que para ellos representa la adopción de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos.
Cultura del reporte			
Análisis de Eventos Adversos			
Importancia de la implementación de Acciones de Mejora Continua			
Psicología del error			
Implicación psicológica en: -La organización -El equipo multidisciplinario -Los usuarios			
Observaciones:			
Al finalizar la sesión, los asistentes notarán la falta de una herramienta para la implementación y seguimiento de acciones de mejora en la adopción de una cultura de seguridad durante la atención médica y la necesidad de la misma.			

Tabla 6 Carta Descriptiva Sesión No. 2

3º Sesión: Integración y descripción de la herramienta “Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua”

Durante la tercera sesión de trabajo, atendiendo a la necesidad detectada, se da a conocer la herramienta propuesta, la cual facilitará la identificación, el análisis, la implementación barreras de seguridad y acciones de mejora continua.

El objetivo de la tercera sesión de trabajo, es mostrar el uso adecuado de la herramienta (Anexo 2), la cual consta de la integración de 3 herramientas de calidad, que son (Tabla 7) :

- 5W 1H: Con la incorporación de ésta herramienta, se espera dar respuesta a 6 preguntas clave:
 - Dónde (1): Hace referencia al lugar físico y servicio en donde ocurrió el evento o se detectó el potencial riesgo/problema.
 - Cuándo (2): Incorporando la fecha completa (dd/mm/aaaa), así como la hora en que ocurrió el evento o se detectó el potencial riesgo/problema.
 - Qué y Cómo (3): Descripción de los hechos ocurridos o con potencial ocurrencia. Se espera que la descripción sea tan clara y precisa como sea posible, de tal forma que no quede lugar a suposiciones.
 - Quién (4): Hace referencia al personal implicado en el evento o error/problema identificado, especificando la categoría, pero sin escribir nombre o puesto jerárquico; lo anterior para asegurar la confidencialidad y no punición del sistema
 - Por qué (5): Se espera realizar la identificación del motivo principal por el cual fue o sería posible la consecución del evento o riesgo/problema identificado.
- Por qué (6): En un análisis más detallado, ésta herramienta nos ayuda a identificar las razones por las que ha sido o puede ser posible la ocurrencia de un evento o riesgo/problema, al preguntarnos al menos 5 veces el motivo por el que sucedió. Se espera que a la par de cada razón, el usuario de la herramienta, sea capaz de identificar alguna acción de mejora (7) a implementar, la cual será el objeto de seguimiento.
- Matriz de riesgos (8): Resulta beneficioso para la organización, el personal y principalmente para los usuarios la ponderación de los riesgos prioritarios a los que hay que atender, para ello es necesario jerarquizarlos mediante una matriz de riesgos, en la

cual se pondera la frecuencia con la que sucede el evento o riesgo/problema, qué tanto daño ocasiona al paciente o personal y la detectabilidad de éste, es decir, que tan fácil es identificar el evento riesgo/problema antes de que ocurra.

En la parte posterior se incorpora un diagrama de acuerdos y compromisos para ubicar:

- A. Acciones de Mejora: Aquellas acciones que se implementarán o innovarán como propuesta para solucionar el riesgo/problema identificado. Deben ser redactadas en términos específicos y concisos, realistas y alcanzables.
- B. Lugar a implementar la mejora: especificando el área o servicio claramente.
- C. Responsable de llevar a cabo la mejora: Se recomienda la asignación de la o las tareas a una persona o grupo de personas identificando claramente quien o quienes son los responsables.
- D. Tiempo para su cumplimiento: Dada la importancia de acciones de mejora por el ámbito de impacto (prestación de atención de salud), resulta indispensable el establecimiento de tiempo meta para el cumplimiento de las acciones. Puede establecer fechas de verificación como seguimiento.
- E. Verificación: Como parte del seguimiento de la acción de mejora, debe cumplir para un apego efectivo, con todos los rubros anteriores, siendo evaluado con la siguiente nomenclatura: C= Cumple y NC=No Cumple.

Carta Descriptiva Herramienta ISAMECO

Sesión No. 3		Fecha: _____	
Tema: <u>Integración y descripción de la herramienta para la Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua</u>		Tiempo de duración: <u>45 minutos</u>	
Objetivo: <u>Capacitar en el uso adecuado de la herramienta ISAMECO.</u>			
Subtema	Método/Técnica de enseñanza	Recursos didácticos	Evaluación
5W 1H	Exposición oral, con apoyo de presentación en diapositivas, impartida por instructor capacitado en el uso y aplicación de herramientas de calidad	Aula con capacidad para 20 personas Proyector Computadora	Al finalizar la exposición oral del instructor se realiza sesión de dudas y comentarios, posterior a la cual se pedirá a los asistentes, la identificación de riesgos y problemas en sus respectivas áreas, implementando la herramienta ISAMECO; posteriormente expondrá de forma individual cada experiencia
6 Por qué			
Matris de riesgos			
Acciones de mejora			
Acuerdos y compromisos			
Observaciones:			
Al finalizar la sesión, se facilitará la identificación, análisis, implementación de barreras de seguridad y seguimiento de acciones de mejora en los riesgos y problemas de las diferentes áreas de la unidad médica.			

Tabla 7 Carta Descriptiva Sesión No. 3

Herramienta ISAMECO

Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua

1 Descripción del riesgo/problema identificado:
¿Dónde? (lugar, servicio)

2 ¿Cuándo? (fecha y turno)

3 ¿Qué? ¿Cómo? (Descripción de los hechos ocurridos y con potencial ocurrencia)

4 ¿Quién? (personal implicado sin nombres, especificar categoría)

5 ¿Por qué? (condiciones que favorecieron la ocurrencia del evento. Proporcionar al menos 5 razones y la acción preventiva o correctiva)

6 Razón	7 Acción de mejora

8 Ponderación del riesgo/problema identificado:

Asignar un valor: 1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=algunas veces; 4=casi siempre y 5=siempre:	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia sucede?					
¿Qué tan dañino es para el paciente/personal?					
¿Qué tan fácil es de identificar antes de su ocurrencia?					

Figura 11 Herramienta ISAMECO (Parte Anterior)

Seguimiento de Acciones de Mejora					
Acción de Mejora A	Lugar a realizar la acción (servicio y área del servicio) B	Responsable de realizar la acción (nombre y/o categoría) C	Tiempo para su cumplimiento D	Verificación	
				C	NC
				E	

Figura 12 Herramienta ISAMECO (Parte Posterior)

Conclusiones

El problema de Seguridad del paciente es serio, sin embargo no ha recibido la importancia y atención que requiere. La sensibilización en el tema es fundamental. Hablar del error en medicina invita a una reflexión sobre la problemática, así como al cambio de actitud hacia una más crítica. Los objetivos del presente documento son fundamentalmente instalar una lucha frente al error, admitiendo la equivocación y diseñando los recursos para iniciar la corrección de los mismos, minimizando así la probabilidad de ocurrencia y los riesgos para paciente.

Todos tenemos una responsabilidad en el sistema en el cual trabajamos. La adopción de la herramienta ISAMECO, puede ser el inicio para la adopción de acciones específicas. Siempre es posible mejorar.

Los esfuerzos de mejora deben enfocarse en arreglar las fallas del sistema y no en culpar a los prestadores del servicio. Aún nos falta mucho por recorrer y aprender, sin embargo, debemos continuar el esfuerzo a favor de la seguridad para nuestros pacientes, nuestro sistema de salud, nuestros colegas y nosotros mismos.

La integración y participación del equipo multidisciplinario de salud es necesaria, con la inclusión de múltiples disciplinas como la ingeniería industrial, la sociología y la psicología, para comprender la naturaleza de los errores. La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Porque seguridad no es igual a ausencia de riesgos, sino llevar a cabo las medidas necesarias para reducirlos al máximo posible.

Discusión, alcances y limitaciones

La adopción de una cultura de calidad y seguridad en la atención médica, ayudará en el uso eficiente de los recursos, la información, habrá comunicación efectiva, mayor uniformidad en los procesos, mayor productividad y reducción de costos. Logrará que todos los elementos de la organización se involucren, lo que dará como resultado una mayor eficacia y eficiencia, así como lograr mantener bajo control los procesos. Ofreciendo al usuario beneficios muy importantes ya que se alcanzará la satisfacción de sus expectativas, su atención médica se realizará con mayor seguridad y calidad.

Con la implementación y seguimiento de un SNEA, cada elemento de la organización tiene una base sólida para lograr la mejora continua tanto para la organización como para el desarrollo profesional de cada persona, pero sobre todo, para el otorgamiento de una atención hospitalaria con seguridad y calidad. El resultado dependerá de cómo sea empleada y del compromiso de la organización (líderes).

Las limitantes para la adopción, implementación y seguimiento de acciones de mejora, se presentan principalmente por la resistencia al cambio, por lo que se recomienda iniciar con cambios pequeños, pero eficaces, así como aquellas situaciones prioritarias por el impacto en el resultado final durante la atención hospitalaria.

La participación del profesional en psicología como parte de un equipo multidisciplinario en la mejora continua resulta de gran utilidad, ya que dispone de un espacio importante para intervenir en todo lo que tenga relación con los modelos organizativos, la normalización y sus especificaciones para la práctica, las situaciones de insatisfacción laboral, la falta y ausencia de criterios evaluativos, el liderazgo e incluso la elaboración del manual de calidad y por último y más importante, el estudio de las características de los usuarios con el fin de acomodar los servicios pertinentes. El psicólogo juega un importante papel en la formulación y posterior implementación de las estrategias sobre la calidad, en las que el factor humano se manifiesta como un factor clave. Los psicólogos pueden y deben aportar sus conocimientos y herramientas metodológicas para aceptar el reto de adentrarse en el mundo de la calidad prestando una especial atención a los empleados, a los clientes internos y comprender que la

calidad externa, la de las instituciones, la que se ve y se vende, se inicia con la mejora de la calidad de vida de los recursos humanos.

Una limitante para el profesional en psicología es el resultante del desconocimiento actual y la poca disponibilidad de espacios para su formación como gestores de calidad, ya que si bien es cierto que muchos psicólogos reciben formación en sus empresas e instituciones pero otros muchos deben procurarse la formación en un mercado que, en ocasiones, no está ajustando el producto formativo a las auténticas necesidades y, por tanto, quizá merezca la pena pensar en establecer y/o fomentar un sistema de formación en gestión de la calidad para los diferentes campos profesionales.

REFERENCIAS

- Aguilar Morales, J. E. (2010). *La mejora continua*. México, Oaxaca, México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Recuperado el Junio de 2015, de <http://www.conductitlan.net>
- Aguirre Gas, H. G., Zavala Villavicencio, J. A., Hernández Torres, F., & Fajardo Dolci, G. (septiembre-octubre de 2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos.* , 78(5), 456-462.
- Arellano Gault, D. (2004). *Gestión estratégica para el sector público. Del pensamiento estratégico al cambio organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bañares, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Revista Calidad Asistencial*, 20(4), 216-222.
- Barr, D. (1955). *Hazards of modern diagnosis and therapy –The Price we pay*. JAMA 1955:159:1455
- Berstein, H. P. (2007). *Lo 1º es no dañar*. Buenos Aires, Argentina: D&D S. R. L.
- Blanchard, K. (2007). *Liderazgo de máximo nivel*. Barcelona: Granica.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Colophon Books.
- Cervantes Muciño, L. A. (2012). *Del aseguramiento de la calidad a la calidad total*. México, Distrito Federal, México: Facultad de Química, UNAM.
- Chalter, C. (1999). *The role and education of doctors in the delivery of health care*. Lancet 353 (9159): 1178-81.
- Chang, R. Y., & Fiser, O. (1996). *Mejora Continua de Procesos: Guía Práctica para Mejorar Procesos y lograr Resultados Medibles*. Granica.
- Cohen, M. (2000). Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors. *BMJ*, 728-729. Obtenido de <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7237/728>
- CONAMED. (2011). *Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente*. México. Obtenido de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/Documentos/pdf/CASP.pdf>.
- Consejo de Salubridad General. (2015). *Estándares para la certificación de hospitales (2º ed)* México: Secretaría de Salud.
- De Luca, M. (2004). *Prevención del Error y Seguridad en la Atención*. En B. A. Academia Nacional de Medicina (Ed.), *Error en medicina y seguridad del paciente*.

- Deming, W. (1986). *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis* (2° ed.). Díaz de Santos.
- Donabedian, A. (2001). *Revista de Calidad Asistencial*. 16(1). (S. L. Martínez, Recopilador) Barcelona, Cataluña, España: Elsevier Doyma. Recuperado el 17 de junio de 2015, de <http://www.elsevier.es/calisis/>
- Freire Santos, J. L., Alcover Díaz, R., Zabala Alfonso, I., & Rivera Ysasi-Ysasmendi, J. (2003). *La Nueva ISO 9000:2000*. España: Fundación Confemetal.
- Gobierno de España. (2012). *Sistema de notificación y aprendizaje para la Seguridad del Paciente*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- González Medécigo, L. E., & Gallardo Díaz, E. G. (1 de agosto de 2012). *Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte*. Recuperado el 16 de junio de 2015, de *Revista Digital Universitaria*: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.htm>
- González, O. S. (27 de Abril de 2007). Seguridad del paciente en la atención médica. México, México.
- Gual, C. G. (1983). *Tratados Hipocráticos*. Madrid, España: Gredos, S. A. Obtenido de <http://www.unican.es/NR/rdonlyres/00013a28/sacwssdkfmybdjyfgqmumnanffiyjqam/IntroTratadosHipocr%C3%A1ticos.pdf>
- Guzmán Mora, F., & Arias Páez, C. A. (2 de Noviembre de 2011). El concepto de riesgo en medicina. *Rev. Fac. Med*, 19(2), 241-247.
- Harlem, B.G. (2002). 55° *Asamblea Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/director-general/speeches/2002/spanish/20020513_55%AAASAMBLEAMUNDIALDELA SALUD.es.html.
- Heinrich, H. (1941). *Industrial accident prevention: a scientific approach*. New York and London: McGraw-Hill.
- Hospital Universitario Central de Asturias. (2009). *Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos*. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Hurwitzs, B., & Sheikh, A. (2009). *Health Care Errors and Patient Safety*. London, United Kingdom, London: Blackwell Publishing Ltd. Recuperado el Septiembre de 2015
- Ibarra Cerón, M. E., Olvera Sumano, V., & Santacruz Varela, J. (abril - junio de 2011). Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED*, 16(2), 65-73.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Juran, J. (1988). *Juran on Planning for quality*. London: Collier Macmillan.

- Kohn LT, C. J. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, Estados Unidos: National Academy Press.
- Leape, L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857. doi:10.1001/jama.1994.03520230061039
- Lifshitz, G. A. (2005). *El error en medicina, sus manifestaciones mas frecuentes*. Revista CONAMED, 11(4), 47-50.
- Martínez Rodríguez, O. A., Gutiérrez Dorantes, S., & Liévano Torres, S. A. (abril-junio de 2011). Propuesta para implantar una Lista de Verificación de Seguridad en procedimientos invasivos y quirófano. *Revista CONAMED*, 16(2), 53-58.
- Marx, D. (2001). *Patient safety and the "just culture". A primer for health care executives*. Nueva York.
- Medina Tornero, M. E., (1999). *La implantación de la calidad en servicios sociales, desafío a la tradición*. Papeles del psicólogo, 74. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=810#inicio>
- Miranda González, F. J., Chamorro Mera, A., & Rubio Lacoba, S. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. madrid: Delta publicaciones.
- Montgomery, D. C. (2004). *Control estadístico de la calidad* (3 ed.). Limusa.
- Moser, R. (1956). *Diseases of medical progress*. N. Engl. J. Med. 255:606.
- Net, Á., & Suñol, R. (s.f.). La calidad de la atención. *Ponéncias i Jornades*.
- OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Recuperado el 3 de 06 de 2015, de <http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. Washington, DC: OMS.
- Parés Arce, G. R. (18 de abril de 2006). Cómo se forman los equiós de alto desempeño. *Gestiopolis*. Obtenido de <http://www.gestiopolis.com/como-se-forman-los-equipos-de-alto-desempeno/>
- Plazas, R. (2008). Diseño e Implementación de un Modelo de equipos de trabajo de alto desempeño. Pereira: Facultad de ingeniería industrial.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Madrid, España. Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html>
- Reason, J. (2000). *Human error: Models and management*. British Medical Journal, 320 (768). Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

- Reason, J. (2001). Understanding adverse events: human factors. *Clinical risk management*, 9-30.
- Reason, J. (2009). *El error humano*. Modus Laborandi.
- Rencoret S., G. (2003). Auditoria Médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: riesgos y conflictos. *Revista Chilena de Radiología*, 9(3), 157-160.
- Rodríguez, J. M. (Mayo de 1997). El liderazgo, clave del éxito de la mejora continua. *Universidad de Navarra*, 18.
- Rojo, A. J. (2007). La calidad de la atención en los servicios médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social: El Plan Integral de Calidad (PIC) 1997 - 2000. C.D. México, Distrito Federal, México: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Ruelas, B. E. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. México: Panamericana-UNAM
- Secretaría de salud. (1992). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2013). *Guía Técnica para el Análisis Causa - Raíz de Eventos Adversos en hospitales*. Estados Unidos Mexicanos. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- Smith, A. F., & Mahajan, R. P. (Noviembre de 2009). National critical incident reporting: Improving patient safety. *British Journal of Anaesthesia*, 103(5), 623 - 625. doi:10.1093/bja/aep273
- Sociedades Bíblicas Unidas. (2003). *La santa biblia. Antiguo y Nuevo Testamento* (6° ed.). Brasil.
- Suárez Barrazal, M. F., & Ramis Pujol, J. (2008). Caminos de Sostenibilidad de la Mejora Continua de Procesos en la Administración Pública: Comparativa de Ayuntamientos Españoles. *GCG Georgetown University - Universia*, 2(2), 100-115. doi:10.3232/GCG.2008.V2.N2.06
- Surdo, E. (1998). *La Magia de Trabajar en Equipo*. Madrid: Granica.
- Tomasini, A. A. (1994). *Retos y Riesgos de la Calidad Total*. México, D. F.: Grijalbo.
- Trulock, J. L. (1996). *Calidad Qué es. Cómo hacerla*. España: Ediciones Gestión 2000, SA.
- Ulrich, D., & Smalwood, N. (2007). Nuestro recorrido de Liderazgo. *Harvard Business Review*, 1-9.
- Vázquez, J. A. (2013). *Seguridad del paciente al alcance de todos*. México, D. F., México: Alfil.
- Vega Martínez, B. A. (2014). *Reingeniería de Procesos y Mejora Continua*. (UNAM, Ed.) Cuautitlán Izcalli, Estado de México, México: Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán.

- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *J. Med.*, 348, 1051-1056.
- William, J., Kitaw, D. & Stephen, W. M. (2007). *Weekend versus weekday Admission and mortality from myocardial infarction*. The New England Journal of Medicine, 336 (11).
- Zubieta, E. & Barreiro, A. (2006). *Percepción social y creencia en el mundo justo. Un estudio con estudiantes argentinos*. Revista de Psicología de la PUCP, XXIV (2), 175-196. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829537002>

Anexos

Anexo 1



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N°4
"Luis Castelazo Ayala"
DIRECCIÓN

Fecha:

Folio:

Seguridad del paciente, Eventos Centinela, adverso y Cuasifalla

Evento centinela: Es un suceso prevenible resultado de la atención médica que produce muerte imprevista o pérdida permanente de una función u órgano no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. También incluye, Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

Evento adverso: Daño prevenible resultado de la atención médica.

Cuasifalla: Error durante la atención médica que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo y no llegó al paciente.

Tipo de evento: _____ Causa: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nº de S.S. _____ Nº Cama: _____ Servicio: _____ Turno: _____

Diagnóstico del paciente: _____ Edad: _____ Días de estancia: _____

Área donde se presentó el evento: _____

Descripción del evento (mencionar área y lugar donde suceden los hechos)

Jefe inmediato o superior y/o médico al que se le notifica el evento: _____

Evaluación por quien recibe la notificación: _____

Medidas correctivas aplicadas posterior al evento

Seguimiento (3 días):

1er día. _____

Seguido por: _____

2do día. _____

Seguido por: _____

3er día. _____

Seguido por: _____

FECHA Y FIRMA DE NOTIFICACION A LA DIVISION DE CALIDAD.

CIERRE DEL EVENTO

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS MEJORAS IMPLEMENTADAS

REPORTE DE RESULTADOS AL CICASEP

Anexo 2

Herramienta ISAMECO

Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua

Descripción del riesgo/problema identificado:

¿Dónde? (lugar, servicio)

¿Cuándo? (fecha y turno)

¿Qué? ¿Cómo? (Descripción de los hechos ocurridos y con potencial ocurrencia)

¿Quién? (personal implicado sin nombres, especificar categoría)

¿Por qué? (condiciones que favorecieron la ocurrencia del evento. Proporcionar al menos 5 razones y la acción preventiva o correctiva)

Razón	Acción de mejora

Ponderación del riesgo/problema identificado:

Asignar un valor: 1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=algunas veces; 4=casi siempre y 5=siempre:	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia sucede?					
¿Qué tan dañino es para el paciente/personal?					
¿Qué tan fácil es de identificar antes de su ocurrencia?					

Herramienta ISAMECO
Implementación y Seguimiento de Acciones de Mejora Continua

Seguimiento de Acciones de Mejora

Acción de Mejora	Lugar a realizar la acción (servicio y área del servicio)	Responsable de realizar la acción (nombre y/o categoría)	Tiempo para su cumplimiento	Verificación	
				C	NC