

GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

http://www.

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE
LAS PÁGINAS

ESC

PULSE PARA SALIR DEL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+L

PULSE PARA VOLVER AL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+W

PULSE PARA CERRAR LA
VENTANA ACTUAL



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS

Subdirector de Prestación de Servicios



MINSALUD

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANA MILENA MONTES CRUZ

Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

UNIÓN TEMPORAL



DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ
Dirección General del Proyecto

MARCELA DÍAZ RAMÍREZ
SORLAY ANDREA AREIZA BUSTAMANTE
Expertos Técnicos



VIRREY SOLIS IPS
HOSPITAL PABLO VI BOSA
RED ANTIOQUIA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E
Agradecimiento por su participación



MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	16
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	20
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	25
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	27
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Antecedentes	30
7.2 Justificación	39
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”....	40
7.4 Seguimiento y Monitorización	55
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	55
7.4.2 Indicadores	55
8. APROPIACIÓN	57
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	62
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	65
11. CONCLUSIONES.....	67
12. ANEXOS	70

Este pdf es interactivo.
Se puede ingresar a cada uno de
los contenidos dando clic sobre
el título que desee buscar.



1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE



Con el devenir de las últimas décadas del siglo XX, la seguridad del paciente ha comenzado a convertirse en uno de los ejes fundamentales en el ámbito de salud.

En esta dirección, el presente paquete se inducirá en el análisis de la comunicación dentro del ámbito asistencial, como también sus implicancias en las relaciones entre el personal asistencial, los profesionales de la salud y el paciente.

Estas relaciones se desarrollan en diversos entornos y servicios siendo necesario establecer mecanismos que garanticen un correcto proceso comunicativo que permite la comprensión de la información de forma homogénea por todos los involucrados.

Sin más, para garantizar una atención segura y evitar fallos que originen daño a los pacientes, estandarizar los mecanismos de comunicación constituye un punto fundamental para garantizar una correcta comprensión de la situación y los pasos a seguir y cumplir con los protocolos establecidos, sin dejar nunca de verificar la comprensión de la información a través de mecanismos redundantes entre los diferentes actores involucrados.

El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura.

El marco teórico esta basado en el Protocolo de Londres como metodología (teo-

ría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo este modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

Enfoque de expertos técnicos: en esta participaron tres actores:

IPS acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.

Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.

Experto técnico: dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado al paquete, de amplia trayectoria clínica. Este experto según su experiencia clínica realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

b. Revisión sistemática de la literatura que a su vez se realizó con dos enfoques:

- Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión se realizó consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

En fallas activas o acciones inseguras: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las fallas activas o acciones inseguras que requerían soporte bibliográfico que a criterio de los expertos técnicos no hay evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla.

En las barreras de seguridad: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las barreras de seguridad que a criterio de los expertos técnicos no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soportan la barrera de seguridad y falla activa.
- PICOT: es una sigla en donde la P significa población, la I significa: Intervención, la C significa: comparación y Out come: Desenlace y la T significa el tiempo al que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas de fácil respuesta que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como Medline Y Embase de cada una de las preguntas., prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis, y ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura, por los expertos y epidemiólogos, para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

2. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes

y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

Este paquete está dirigido a:

Obtener procesos institucionales seguros.

Obtener procesos asistenciales seguros-

Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad; al personal de la salud, personal administrativo (auditores externos y externos) y a los contribuyentes de la organización: vigilantes, personal de aseo, personal de mantenimiento, recepcionista, técnicos, tecnólogos en salud, ICBF, etc.

Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el Aprendizaje Basado en Problemas, ABP. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico que le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\)](#).

Según las cifras estadísticas de la alianza mundial para la seguridad del paciente publicadas en su artículo: “Global priorities for patient safety research”, la comunicación y la coordinación fueron identificadas como una de las veinte prioridades que debían ser atendidas para la seguridad del paciente. Precisan que en países desarrollados estos aspectos ocupaban el primer lugar en importancia. Para países en desarrollo y con economías en transición es un aspecto que ocupaba el onceavo lugar.¹

Para Olson et al, (2010²) de la Universidad de Yale, la comunicación entre médicos y pacientes se ha convertido en objeto de investigación. Los estudios revelan que hay diferencias significativas entre pacientes y médicos frente a las impresiones sobre el conocimiento de los pacientes y la atención hospitalaria recibida. Se estima que el 77% de los médicos creen que los pacientes conocen sus diagnósticos, no obstante, sólo el 57% saben de éste. Dos tercios de los pacientes informaron haber recibido un nuevo medicamento en el hospital, de ellos el 90% señalaron no haber recibido información acerca de los eventos adversos de los medicamentos.

- 1 OMS (2009). Global priorities for patient safety research. Consultado el 19 de mayo de 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS
- 2 Olson, D. et al. (2010, Agosto). Communication discrepancies between Physicians and hospitalized Patients. Review, Archives internal medicine, 170, 15. Consultada 3 de diciembre de 2014. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=775589>

Por su parte, Levinson³ et al. (2013) de la Universidad de Toronto, sugieren que la comunicación efectiva es un tema crítico para la satisfacción del paciente y como prevención de malas prácticas. De otro lado, Ramírez⁴ et al. (2011) del Hospital Ángeles Pedregal en México, afirma que la comunicación efectiva y clara facilita la atención en salud de alta calidad, a la vez sirve de garante para la seguridad del paciente. En este estudio ven la historia clínica como el fundamento para esta comunicación.

Posterior a la revisión existente sobre la literatura en comunicación, es de resaltar la escasez de referencias sobre el tema en América Latina en bases de datos médicas (Cochrane, Library, Medline, Pubmed, DYNAMED, Micromedex y EBSCO) bajo los criterios de comunicación y seguridad del paciente y de la posible relación de problemas de comunicación y ocurrencia de eventos adversos.

A partir de la información obtenida, es preciso decir que la comunicación actúa como elemento catalizador para la prevención de ocurrencia de eventos adversos. Para ello hay que propiciar la adquisición de habilidades para la comunicación efectiva, adicionalmente corroborar que el paciente ha comprendido su diagnóstico y conoce los riesgos que enfrenta con su condición médica y los medicamentos suministrados.

3 Levinson, et al. (2013). A systematic review of surgeon-patient communication: strenghts and opportunities for improvement. Consultado el 8 de diciembre de 2014. [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00224-3](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00224-3)

4 Ramírez, et al. (2011) La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Consultado el 8 de diciembre de 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>.



2. OBJETIVO GENERAL

16



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Desarrollar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

18



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Identificar los factores contributivos o fallas en la atención que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Incentivar la generación de acciones administrativas y políticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Estandarizar el proceso de la comunicación intrainstitucional e interinstitucional como barrera y defensa de seguridad eficaz para evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la comunicación.
- Identificar las fallas más comunes en la atención relacionados con brechas en la circulación de la información que originan eventos adversos
- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que participan en el proceso de atención a los pacientes, que cuidan y atienden a los pacientes.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

20



IR AL ÍNDICE



SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.⁵

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁶

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁷

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.⁸

5 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

6 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

8 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc)⁹.

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)¹⁰

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).¹¹ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

⁹ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

¹⁰ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

¹¹ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

Paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

Individuo: como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

Equipo de trabajo: como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

Ambiente: cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Organización y gerencia: como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

Contexto institucional: como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.¹²

COMUNICACIÓN: la comunicación es un acto esencial del ser humano. El hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información. A través de nuestros sentidos, somos capaces de percibir e interpretar la multitud de información que recibimos en todo momento.¹³

¹² Tomado de WHO. Project to Develop the International Patient Safety Event con modificaciones UT Praxxis -UNAD

¹³ La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 4](#))



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Cómo se desarrolla esta situación/comunicación en la práctica cotidiana?

¿Cómo debe desarrollarse la comunicación?

¿Por qué es importante trabajar en la adecuada comunicación entre el personal que interactúa en la atención a los paciente, para garantizar practicas seguras?

¿Cuáles son las acciones inseguras más comunes en el proceso de la comunicación (Falla activa) que conllevan a generar eventos adversos?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces en el proceso de la comunicación para evitar que se generen incidentes y eventos adversos?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son los más eficaces para generar la adecuada comunicación entre el personal de salud y los pacientes?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la comunicación entre el personal que interactúa en la atención a los paciente?

¿Cuáles son los factores contributivos más frecuentes que conllevan a presentar errores en la comunicación entre el personal que interactúa en la atención a los pacientes?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir Anexo 5\)](#)

6. METAS DE APRENDIZAJE

27



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición de las acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

7. MARCO TEÓRICO

29



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

La salud es un elemento básico en nuestra vida. Gracias a ella podemos vivir y sentir cada nuevo día. Por otra parte, la comunicación es la base de las relaciones sociales. Este acto nos permite intercambiar cualquier información con las demás personas. En el contexto sanitario, la ausencia de habilidades comunicativas en el personal asistencial supone una de las grandes luchas y demandas realizadas por los pacientes.¹⁴

¿Cómo se desarrolla la situación de comunicación en el proceso de atención del paciente en la práctica cotidiana? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Cuando nos comunicamos, usamos palabras y gestos que adquieren un significado dentro de un contexto determinado. En consecuencia, para que la comunicación sea efectiva debe ocurrir que tanto el médico y/o personal asistencial como el paciente doten a las palabras de un mismo significado. Por lo tanto, es necesario que ambos compartan y comprendan un lenguaje para garantizar prácticas seguras.

¹⁴ La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

¿Cómo debe desarrollarse la comunicación?. [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores es muy importante.¹⁵ Definiciones e instrucciones simples permiten disminuir las equivocaciones que pueden ser provocadas por el uso de tecnicismo profesional o palabras inapropiadas. Asimismo, debe considerarse que los diferentes niveles educativos también pueden ser un obstáculo para el correcto entendimiento. “Jergas, vocabulario típico, escasez de tiempo, rigidez de roles, elitismo, etc, son posibles causas de estos desaciertos comunicativos que complican la relación entre el personal asistencial y el paciente y/o sus cuidadores”. Sin más, el objetivo de la comunicación deberá ser desarrollar una explicación con palabras sencillas y claras a fines de asegurar la comprensión mutua.

¿Por qué es importante trabajar en la adecuada comunicación entre el personal que interactúa en la atención a los paciente para garantizar prácticas seguras? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Las pobres prácticas de comunicación y la continuidad de la misma que existe en los hospitales son la mayor fuente de eventos adversos.¹⁶ Es por ello la imperiosa necesidad de garantizar prácticas seguras y estrategias para mejorar la comunicación, como:

- 15 Latlief G., Elnitsky C., Hart-Hughes S., Phillips S.L., Adams-Koss L., Kent R., Highsmith M.J.; Patient Safety in the Rehabilitation of the Adult with an Amputation; Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America (2012)
- 16 Wu R.C., Tran K., Lo V., O’Leary K.J., Morra D., Quan S.D., Perrier L.; Effects of clinical communication interventions in hospitals: A systematic review of information and communication technology adoptions for improved communication between clinicians; International Journal of Medical Informatics (2012) 81:11 (723-732). Date of Publication: November 2012

- Educación continúa del paciente y sus cuidadores.¹⁷
- Dirigir la consulta por el nombre del paciente.
- Hacer presentación del personal que atiende.
- Hablar lento y claro.
- Confirmar con quien está hablando.
- Ser respetuosos siempre.
- Escuchar sin interrupción.
- Nunca hable con tono condescendiente.
- Aceptar las diferencias de opinión.
- Ser agradable.¹⁸
- Las listas de chequeo de seguridad mejoran la calidad percibida del equipo de cirugía y la comunicación y reducen los errores observados atribuibles a la baja capacidad del equipo de trabajo.¹⁹

17 Latlief G., Elnitsky C., Hart-Hughes S., Phillips S.L., Adams-Koss L., Kent R., Highsmith M.J.; Patient Safety in the Rehabilitation of the Adult with an Amputation; Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America (2012)

18 Kessler C., Kutka B.M., Badillo C.; Consultation in the emergency department: A qualitative analysis and review; Journal of Emergency Medicine (2012) 42:6 (704-711). Date of Publication: June 2012

19 Russ S., Rout S., Sevdalis N., Moorthy K., Darzi A., Vincent C.; Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review; Annals of Surgery (2013) 258:6 (856-871). Date of Publication: December 2013

¿Cuáles son las acciones inseguras más comunes en el proceso de la comunicación (falla activa) que conllevan a generar eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Los problemas de comunicación son la causa más común de muerte y discapacidad prevenible, luego de revisar 14.000 admisiones en hospitales.²⁰ Dentro de las revisiones realizadas se evidencian las siguientes acciones inseguras:

No estandarizar los mecanismos de comunicación.

Utilización de acrónimos no estandarizados ni socializados en los registros clínicos.

No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

Problemas en la configuración de las agendas médicas.²¹

El soporte de atención en diversos sitios y pérdida del enfoque de cuidado psicosocial.²²

20 Wu R.C., Tran K., Lo V., O'Leary K.J., Morra D., Quan S.D., Perrier L.; Effects of clinical communication interventions in hospitals: A systematic review of information and communication technology adoptions for improved communication between clinicians; International Journal of Medical Informatics (2012) 81:11 (723-732). Date of Publication: November 2012.

21 Brandes K., Linn A.J., Butow P.N., van Weert J.C.M.; The characteristics and effectiveness of Question Prompt List interventions in oncology: A systematic review of the literature; Psycho-Oncology (2014). Date of Publication: 2014

22 Dilworth S., Higgins I., Parker V., Kelly B., Turner J.; Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: A systematic review; Psycho-Oncology (2014) 23:6 (601-612). Date of Publication: June 2014

Ausencia en la evaluación de las expectativas de pacientes.²³

Reporte de ayudas diagnósticas inoportuno y/o a destiempo.

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces en el proceso de la comunicación para evitar que se generen incidentes y eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La gran mayoría de los expertos coinciden en recomendar el “teach back”: (que el paciente explique con sus palabras lo transmitido por el personal en salud), y las siguientes:

Incentivar que el paciente pueda realizar lista de preguntas durante la atención en salud en los servicios ambulatorios.²⁴

Generar en el personal asistencial capacidades organizacionales, habilidades de comunicación e interpersonales y conocimiento médico.²⁵

23 Bowling A., Rowe G., Lambert N., Waddington M., Mahtani K.R., Kenten C., Howe A., Francis S.A.; The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations; Health Technology Assessment (2012) 16:30 (1-532). Date of Publication: July 2012

24 Brandes K., Linn A.J., Butow P.N., van Weert J.C.M.; The characteristics and effectiveness of Question Prompt List interventions in oncology: A systematic review of the literature; Psycho-Oncology (2014). Date of Publication: 2014

25 Kessler C., Kutka B.M., Badillo C.; Consultation in the emergency department: A qualitative analysis and review; Journal of Emergency Medicine (2012) 42:6 (704-711). Date of Publication: June 2012

La efectividad de la comunicación incluye la participación del paciente.²⁶

La racionalización y estandarización de los informes de cambio de turno puede mejorar el razonamiento crítico, al igual que minimizar el tiempo que se pasa lejos del paciente.²⁷

Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende el paciente.²⁸

Las listas de chequeo de seguridad como herramienta para garantizar que se realicen todas las actividades protocolizadas.²⁹

Información concerniente a riesgos para los pacientes y sus cuidadores a través de medios textuales, visuales, auditivos que refuercen la comprensión de las instrucciones y guías.³⁰

26 Henselmans I., De Haes H., Smets E.M.A.; Enhancing patient participation in oncology consultations: A best evidence synthesis of patient-targeted interventions; Psycho-Oncology (2013) 22 SUPPL. 3 (134-135). Date of Publication: November 2013

27 Clinical Excellence Commission. Literacy-and-Communication-Improving-Communication. Available from: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/hlg/literacy-and-communication-improving-communication>.

28 Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.

29 Russ S., Rout S., Sevdalis N., Moorthy K., Darzi A., Vincent C.; Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review; Annals of Surgery (2013) 258:6 (856-871). Date of Publication: December 2013

30 Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).

¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para generar la adecuada comunicación entre el personal de salud y los pacientes? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Aunque en la literatura no se hace una referencia explícita para el contexto de Latinoamérica, estudios de países en desarrollo recomiendan que algunos aspectos relevantes a indagar son³¹:

Existencia del protocolo para detección, registro y comunicación de errores de medicación en el que participa el servicio de farmacia.

Existencia en el hospital de normas explícitas sobre órdenes verbales y adherencia a estas políticas o normas.

Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.

Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan o escriben en los registros asistenciales.

Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.

³¹ Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando.

No dar nunca órdenes verbales en relación con la quimioterapia.

Frecuencia con la que el personal se asegura de que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.

¿Cómo se implementan practicas seguras para evitar errores en la comunicación entre el personal que interactúa en la atención a los paciente? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Dos factores son fundamentales para mejorar la calidad de la comunicación; el primero es entender la creciente complejidad de las patologías del paciente y los múltiples proveedores de servicios. El segundo son los eventos adversos por comunicación pobre que son comunes;³² es por ello que en la actualidad las instituciones de salud han implementado programas y prácticas que han sido exitosas en el tema y sirven como ejemplo a seguir ya que exponen como hacerlo con las condiciones particulares de la institución en nuestro medio. (Ver Prácticas exitosas).

Es de resaltar que cualquier práctica segura debe garantizar una sinergia entre el

³² Wu R.C., Tran K., Lo V., O'Leary K.J., Morra D., Quan S.D., Perrier L.; Effects of clinical communication interventions in hospitals: A systematic review of information and communication technology adoptions for improved communication between clinicians; International Journal of Medical Informatics (2012) 81:11 (723-732). Date of Publication: November 2012

personal que interactúa en la atención al paciente, para ello la institución debe disponer:

Espacios adecuados para el proceso comunicativo y para la discusión de conceptos y alternativas de tratamiento.

Realizar las rondas médicas en conjunto por las diferentes especialidades que participan de la atención.

Generar diferentes medios e incentivar el uso de las tecnologías tanto a nivel intramural como extramural para que el personal que participa de la atención se mantenga en contacto frecuentemente.

Desarrollar y sostener programas de capacitación continuada en comunicación asertiva que evidencie y alerte sobre el impacto de los errores en la comunicación entre el equipo de trabajo.

Asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores; entre los demás.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 6\)](#)

7.2 JUSTIFICACIÓN

Investigaciones como las de Blázquez-Manzano et al. (2012)³³, Casado (2012)³⁴, De Haro (2012)³⁵, González (2012), Lifshitz (2012)³⁶ y Sandín et al. (2012)³⁷, confirman que existe una preocupación generalizada en la comunidad científica sobre la calidad de la comunicación del personal asistencial con el paciente, así como de los procesos intervinientes que afectan a esa comunicación y sobre la mejora de la calidad asistencial.³⁸

Es por ello que teniendo en cuenta los antecedentes presentados y con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos adversos originados por errores o fallas durante el proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes, se presentan las principales fallas y las prácticas seguras que evitaren la aparición de los eventos.

- 33 Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E. y Gutiérrez-Caballero, J.M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1), 51-65.
- 34 Casado, S. (2012). El papel del blog en la relación médico-paciente. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(6), 318-320.
- 35 De Haro, L. (2012). Papel de las tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(2), 55-57.
- 36 Lifshitz, A. (2012). La comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina interna de México*, 28(2), (no paginado).
- 37 Sandín, M., Río, I. y Larraz, R. (2012). Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario-paciente inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1), 38-48.
- 38 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 1 ([regresar al escenario problémico](#))

SIGUIENTE FALLA



40

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas y protocolos para el proceso de comunicación dentro de la atención.
- Políticas inadecuadas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Ausencia de un sistema de medición del clima laboral que incluya herramientas de gestión del recurso humano.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano asistencial.
- Generación insuficiente de recursos que garanticen el uso de los medios adecuados para la comunicación.

Contexto Institucional

- Pérdida de historias clínicas y registros asistenciales e información en traslado de las historias clínicas.
- Insuficiencia de canales de comunicación entre los diferentes actores del sistema.
- La transmisión incompleta de la información en las entregas del paciente fuera de la institución.

Individuo

- Personal no idóneo.
- Exceso de confianza en si mismo.
- Fatiga de personal, sobrecarga de trabajo y presión.
- - Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)
- Falta de conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- No adherencia a los procedimientos, protocolos y guías.
- Desmotivación personal.

Tarea y tecnología

- Traslado continuo institucional entre servicio o departamentos.
- Procesos de comunicación vertical y horizontal deficiente.

Equipo

- Deficiente comunicación verbal y escrita.
- Deficiente comunicación vertical y horizontal.
- Falta de supervisión y disponibilidad de soporte técnico o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo deficiente (congruencia, consistencia, etc).
- Falta de entrenamiento en puesto de trabajo.
- Falta de Identificación e Integración de todas las áreas.
- Ausencia de grupos y espacios de reuniones

Ambiente

- Patrón de turnos mal diseñado.
- Inadecuado ambiente laboral.
- Desconocimiento de los canales de comunicación.
- Mezcla de habilidades.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

HUMANAS

- Educación continúa al equipo de trabajo para indagar sobre cambios en la patología y plan de tratamiento.
- La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente.
- Instaurar comunicación preventiva, persona a persona.
- Hacer de la comunicación un proceso activo, entre profesionales de la salud, los pacientes y las familias.
- Mejorar y verificar la adherencia del personal asistencial a los procesos definidos para la circulación de la información y la oportunidad de los mismos.
- Verificar la comprensión por parte del personal asistencial de las órdenes médicas verbales y escritas (redundancia).
- Entrega de turno interdisciplinarios.
- Revistas médico científicas.

FÍSICAS

- Mejorar las relaciones entre el personal asistencial (médicos-técnicos, auxiliares, tecnólogos), a través de diferentes medios visuales, textuales, auditivos y personas (orientadores, facilitadores).
- Información concerniente a riesgos para los individuos a través de medios textuales, visuales, auditivos.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permita adquirir e intercambiar conocimientos.
- Circularidad de la comunicación; Trabajo conjunto y en redes.

ADMINISTRATIVAS

- Personal suficiente y entrenado.
- Programa de capacitación en comunicación clínica.
- Promover revisiones de narrativa.
- Velar por que las poblaciones en riesgo (emisor-receptor) dispongan de la información necesaria para tomar decisiones con conocimiento de causa, y adopten las medidas pertinentes.
- Diseño de listas de chequeo.
- Políticas para la elaboración de protocolos y manuales sobre la documentación clínica y oposición a la utilización de acrónimos o abreviaturas en la institución.
- Definir e implementar políticas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Políticas institucionales definiendo sobre comunicación.
- El entrenamiento de los estudiantes en habilidades de comunicación incrementa el éxito de la comunicación. Las actividades más efectivas, fueron las actividades didácticas en combinación con refuerzo práctico.
- SaferHealthcare. Communication. Available from: <http://www.saferhealthcare.com/high-reliability-topics/communication>
- Generar una cultura de confidencialidad de la información y reporte adecuado de la misma, por parte de los interlocutores.
- Establecer mecanismos que garanticen la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.

TECNOLÓGICAS

- Estandarizar lista de chequeo y redundancias; todo sistematizado.
- Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.
- Ayudas y alertas sistematizadas para la toma de decisiones.
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet, medios escritos, periódicos, libros, revistas y promover su utilización por parte de los usuarios institucionales.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 2 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



43

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

Organización y Gerencia

- No monitorización al programa y políticas para la elaboración de protocolos y manuales sobre la documentación clínica y acrónimos o abreviaturas que no se usaran en la institución.

Contexto Institucional

- No asegurar la efectiva comunicación durante el traslado de pacientes interinstitucionalmente.
 - La transmisión incompleta de la información en las entregas del paciente dentro de la institución y fuera de ella
- Clinical Excellence Commission. Literacy-and-Communication-Improving-Communication. Available from: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/hlg/literacy-and-communication-improving-communication>.

Individuo

- Personal no idóneo.
 - Fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
 - No documentación de las tareas en historia clínica y los demás registros clínicos.
 - La omisión, el incumplimiento o el diligenciamiento inadecuado del reporte en la historia clínica
- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).

Equipo

- Falta de supervisión y disponibilidad de soporte.
- Falta de entrenamiento en puesto de trabajo.

Tarea y tecnología

- Proceso no claro del diligenciamiento de la historia clínica.
- Falta de claridad de la estructura comunicacional.
- Desconocimiento por parte del personal de las tareas.

Ambiente

- Patrón de turnos mal diseñado.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

HUMANAS

- Instaurar comunicación preventiva con el registro en la historia clínica de la actividad
- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)

FÍSICAS

- Documentar la utilización de acrónimos con base en la normatividad vigente y con la tecnología presente.
- Estandarizar el uso de abreviaturas y dosis estandarizadas en la prescripción de medicamentos.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la comunicación.

ADMINISTRATIVAS

- Fortalecimiento de la cultura de seguridad.
- Programas de capacitación permanente sobre la normatividad vigente sobre historia clínica y su confidencialidad, el reporte claro y racionalidad técnico científica de la misma.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Creación y activación del comité de historias clínicas y registros.
- Auditoria constante de historias clínicas.

TECNOLÓGICAS

- Sistema de alerta que informe el uso de algún acrónimo en el registro de la historia y los soportes clínicos.
 - Estandarizar lista de chequeo y redundancias; todo sistematizado.
- Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture 2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.

45

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 3 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



46

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

Organización y Gerencia

- Políticas insuficiente de contratación de personal.

Contexto Institucional

- Evasión de los tiempos establecidos por la normatividad vigente por algunos de los actores del sistema.

Individuo

- Personal no idóneo o con deficiencias en áreas como: la comprensión del paciente, respeto de su situación, las opciones terapéuticas, los riesgos y el cuidado.

- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)

- Fatiga de persona, sobrecarga de trabajo.
- Falta de adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica.
- Falta de conocimiento, habilidades, competencias.
- La omisión, el incumplimiento o el diligenciamiento inadecuado del reporte en la historia clínica

- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de entrega de resultados y seguimiento.
- Tiempos no claros para la entrega y reporte de exámenes clínicos.
- Sistema de historia clínica (física o electrónica).

Equipo

- Deficiencia en la optimización de tiempos y espacio de trabajo, realizando estudios de tiempos y movimientos.
- Deficiencia en la comunicación verbal y escrita y comunicación horizontal y vertical.
- Interpretación de los resultados de laboratorio y toma de decisiones a destiempo por falta de comunicación de la disponibilidad de los resultados.

Ambiente

- Patrón de turnos mal diseñado.
- Mal clima organizacional.
- Problemas en el transporte de resultados en instituciones que cuentan con varias sedes.
- Manuales y protocolos de entrega y/o medición de tiempos de entrega que presionen los individuos.

47

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

HUMANAS

- Realizar mediciones de oportunidad de entrega de resultados para confrontarlas con los estándares institucionales.
- Compromiso con los reportes oportunos.
- Personal suficiente y entrenado, cuidadosamente capacitado para llevar a cabo el proceso comunicativo de manera confiable y eficiente.

- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)

- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.

- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).

FÍSICAS

- Contar con equipos acorde a las necesidades de la Institución.
- Historia clínica sistematizada en red con el laboratorio clínico.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permita adquirir e intercambiar conocimientos.

ADMINISTRATIVAS

- Cultura de seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención para el reporte de pruebas y análisis de ayudas diagnósticas.
- Utilización de listas de chequeo de promoción de mejoramiento de la comunicación y la seguridad para la entrega de resultados en tiempos establecidos por norma institucional y general a nivel local y nacional.
- Uso eficaz de los recursos de comunicación entre los actores del sistema de salud local y nacional.
- Garantizar ambiente laboral óptimo, con estudios de puestos de trabajo.
- Programa de capacitación en comunicación efectiva.
- Políticas institucionales definiendo procesos de mejoramiento de la comunicación y la seguridad para trabajar sobre tiempos estándares.

TECNOLÓGICAS

- Hacer uso de la telemedicina.
- Hacer uso de la tecnología para lograr reportes a tiempo (programas de sistemas de reporte de exámenes clínicos).
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet.
- Medios escritos: periódicos, librillos, revistas institucionales o boletines que incentiven y promuevan el reporte oportuno.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 4 ([regresar al escenario problemático](#))



49

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.4 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

Organización y Gerencia

- Políticas de contratación de personal deficientes o ausentes.
- Políticas inadecuadas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Ausencia de un sistema de medición del clima laboral que incluya herramientas de gestión del recurso humano.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano asistencial.



Individuo

- Personal no idóneo.
- Deficiencia en la entrega de turnos del personal de salud.
- Fatiga de personal.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica.

Tarea y tecnología

- Falta de protocolos basados en la evidencia.
- Desconocimiento de las tareas, protocolos y guías de atención.
- Falta de protocolo o procedimiento de referencia y contrareferencia.



Equipo

- Personal insuficiente.
- Patrón de turnos generador de roces laborales.
- Inadecuada comunicación verbal y escrita y comunicación vertical y horizontal.
- Falta de canales de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Ambiente laboral inadecuado.
- No divulgar cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.

- Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Ambiente

- Deficiencia de espacios para la entrega de turno.
- Patrón de turnos mal diseñado.
- Mal clima organizacional.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

HUMANAS

- Utilizar lista de chequeo para traslado de paciente intra e interinstitucional.
- Aplicar lista de chequeo en cambios de turnos.
- Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende el paciente
- Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes 2007. Available from: <http://www.min-salud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Garantizar una transmisión clara de cambios en la atención del paciente.
- Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

FÍSICAS

- Garantizar Identificación de pacientes con código de colores, código de barras, complejidad etc.
- Generar canales de comunicación: cara a cara, por ejemplo, trabajadores de salud, compañeros y miembros de la familia.
- Transmisión de la información en grupo, por ejemplo, en el aula o en los lugares habituales de encuentro.

ADMINISTRATIVAS

- Generar una cultura de seguridad.
- Velar porque se de siempre la posibilidad de una comunicación en doble vía para los procesos de referencia y contrareferencia.
- Estandarización de la entrega de turnos en los servicios asistenciales.
- Uso eficaz de los recursos de comunicación entre los actores del sistema de salud local y nacional.
- Programa de capacitación en manual de referencia y contrareferencia de la institución.
- Listas de chequeo en entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del sistema de referencia y contrareferencia.
- Políticas institucionales definiendo los tipos de entregas de turno y realizar seguimiento a las mismas, para observar su efectividad (rondas de seguridad).
- Personal suficiente y entrenado.

TECNOLÓGICAS

- Establecer medios masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet y promover su utilización por parte de los usuarios.
- Estandarizar lista de chequeo y redundancias; todo sistematizado.
- Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture 2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permite adquirir e intercambiar conocimientos.
- Generar espacios adecuados para la entrega de turnos.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 5 ([regresar al escenario problemático](#))

ANTERIOR
FALLA



52

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.5 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

Organización y Gerencia

- Políticas deficientes en cuanto a la generación de espacios de comunicación.

Contexto Institucional

- Comunicación deficiente por ARL, EPS u otras instituciones sobre autorizaciones, tiempos de atención, etc.

Individuo

- No asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible

- Clinical Excellence Commission. Literacy-and-Communication-Improving-Communication. Available from: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/hlg/literacy-and-communication-improving-communication>.

- La mecanización y deshumanización de los procesos.

- Commission TJ. "What Did the Doctor Say?":Improving Health Literacy to Protect Patient Safety2007:[1-61 pp.]. Available from: psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4901.

- Uso de tecnicismos médicos.

- Deficiencias en áreas como: la comprensión del paciente, respeto de su situación, las opciones terapéuticas, los riesgos y el cuidado.

- Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)

Tarea y tecnología

- No contar con una herramienta de estandarización de la comunicación con el paciente.

- SaferHealthcare. Communication. Available from: <http://www.safer-healthcare.com/high-reliability-topics/communication>

- No utilizar al menos dos identificadores en la identificación y las ayudas diagnósticas.

- Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Paciente

- Patología.
- Nivel cultural y socioeconómico.
- Edad.
- Diversidad cultural y/o de creencias.

Equipo

- Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.
- Brechas en la comunicación e interrupciones en la continuidad de la misma

- Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.

Ambiente

- Ambiente laboral punitivo y restrictivo.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No. 5 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

HUMANAS

- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.
- Instaurar comunicación preventiva con el registro en la historia clínica de la actividad.
 - Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición.
 - Commission TJ. "What Did the Doctor Say?": Improving Health Literacy to Protect Patient Safety 2007:[1-61 pp.]. Available from: psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4901.
- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
 - Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Dedicar tiempo extra a explicar a los pacientes la información en un lenguaje no técnico.
 - A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement, 93 (2013).
- Usar guías con ilustraciones para la explicación de la información.
 - Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.
 - Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.
 - Ídem 64.

ADMINISTRATIVAS

- Garantizar la continuidad de la atención.
- Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende al paciente.
 - Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Establecer listas de chequeo para los pacientes.
 - Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture 2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.

TECNOLÓGICAS

- Estandarizar lista de chequeo y redundancias; todo sistematizado.
 - Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture 2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.

54

PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 7](#))

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN [\(regresar al escenario problémico\)](#)

7.4.1 Mecanismos de monitoreo.

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales que pueden consultarse en el paquete [“monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

7.4.2 Indicadores.

- Para mejorar la comunicación entre el personal que atiende al paciente se recomienda monitorear los siguientes indicadores:
- Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
- Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.
- Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.
- Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan.

- Frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando.
- Frecuencia con la que los cambios en medicación son comunicados clara y rápidamente a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.
- Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales Implicados en su atención.³⁹
- Frecuencia con la que el personal se asegura de que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.
- Cumplimiento en la asistencia a las entrega de turno asistenciales.

³⁹ Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.



8. APROPIACIÓN

57



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto; este caso fue construido basándose en situaciones reales identificadas en organizaciones de nuestro país.

CASO 1

Paciente de 30 años, quien consulta por presentar múltiples lesiones inguinales pruriginosas de un mes de evolución, no asociadas a fiebre, ni otros síntomas. Al examen físico: TA: 120/80, FC: 80 por minuto, pequeñas lesiones en región inguinal izquierda, compatibles con verrugas víricas; se ordena remoción quirúrgica por electrocauterización. Regresa a control postoperatorio encontrando en examen lesiones posquirúrgicas y cicatriz escrotal de un centímetro, en buenas condiciones. El paciente exige explicación sobre el bloqueo de conducto deferente realizado.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso el referente realiza entrevista al médico preguntando:

Referente: ¿se explicó al paciente el diagnóstico y procedimiento a realizar?

Médico: en la consulta le expliqué el diagnóstico y la conducta a tomar, le entregué las órdenes para que realizara los trámites de autorización, lo volví a ver en el postoperatorio,

Referente: ¿el procedimiento se realizó en esta institución?

Médico: no, el paciente se remitió a una entidad especializada en este tipo de procedimientos. El día de la programación se encontraban en campaña masiva de esterilización y el paciente fue incluido. No entendía los términos médicos y no preguntó.

Referente: ¿realizo consentimiento informado?

Médico: no, porque el procedimiento lo realizarían en otra institución. El paciente lo firmó en la sala de recuperación antes del egreso.

ANÁLISIS

Para este caso en particular se ha invitado al coordinador médico.

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

FALLA ACTIVA: Comunicación no efectiva con el paciente - explicación insuficiente.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FALLAS TIPO
Incumplimiento de protocolos.	Individuo.
Deficiencias en los procesos de supervisión.	Equipo de trabajo.
No asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que la personal formule y responda preguntas sin interrupciones.	Equipo de trabajo.
Falta de comunicación clara entre los profesionales del equipo remitir y el receptor.	Equipo de trabajo.
Deficiencias en la infraestructura.	Ambiente.
Manejo inadecuado del consentimiento Informado; no fue oportuna la explicación ni la firma del consentimiento informado.	Individuo.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí\)](#)

PREGUNTAS

1. El comité creado para la investigación del presente caso debe contar con las siguientes dos personas, justifique su respuesta:

- a. El subdirector médico de esta IPS.
- b. El médico tratante en la otra IPS.
- c. El médico remitir del paciente.
- d. El coordinador de la referencia.
- e. El coordinador de calidad asistencial.
- f. El coordinador de atención al usuario.
- g. El líder de prevención de la IPS dos.
- h. El enfermero jefe de salas de cirugía.
- i. El familiar más cercano del paciente.
- j. El coordinador de la ética médica.

JUSTIFICACIÓN:

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de [“Evidenciar los Resultados”](#)



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

62



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- La información brindada al paciente por el médico tratante la considera:
 - a. Suficiente ya que no era el médico que iba a realizar los procedimientos en la sala de cirugía.
 - b. Insuficiente por cuanto es el médico responsable permanente de la atención del paciente.
 - c. Suficiente pues él no podía prever el desarrollo de la campaña de prevención en la otra IPS.
 - d. Insuficiente por cuanto no se explicó la terminología que se usa normalmente en el proceso.

Selección correcta:

d. La comunicación debe ser clara de forma tal que no tenga dudas sobre el procedimiento a desarrollar y no se prestará a la confusión en el momento quirúrgico y las ideaciones del paciente sobre su patología.

Selección incorrecta:

- a. El hecho que no realice el procedimiento no lo exime de tener un consentimiento y una información clara por cuanto es el médico que está definiendo un plan terapéutico a seguir.
- b. No necesariamente debe ser el responsable permanente de la atención para generar la mayor claridad en el momento de tomar las decisiones sobre los procedimientos a desarrollar y absolver las dudas, lo debe hacer por la autonomía en la toma de decisiones del paciente.
- c. La falta de claridad del procedimiento y los términos empleados en la misma,

fueron un factor contributivo para el evento adverso, por tanto es insuficiente en estos aspectos.

- Una barrera que se puede establecer para este tipo de eventos adversos es:
 - a. Hacer una lista de chequeo en la referencia del paciente para coordinar las acciones con la IPS tratante.
 - b. Programar las actividades de promoción y prevención en otra fecha diferente a las de otras cirugías.
 - c. Hacer seguimiento el día de la cirugía por medio telefónico con el médico tratante para la verificación.
 - d. Generar cartillas informativas con el tipo de procedimientos a realizar aclarando los términos usados.

Selección correcta:

d. La información es la barrera que permitirá que no se presenten confusiones con relación a los procedimientos a realizar.

Selección incorrecta:

- a. El evento adverso no se debió a la patología de base sino a un procedimiento adicional mal comprendido.
- b. La diversidad de procedimientos no debe afectar la atención especial que merece cada caso en particular.
- c. La coordinación entre profesionales es válido pero debe hacerse por los canales y con los registros establecidos.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

65



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



MONITOREO - INDICADORES

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E

“Centro de educación para el paciente y su familia”

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 8](#))



11. CONCLUSIONES

67

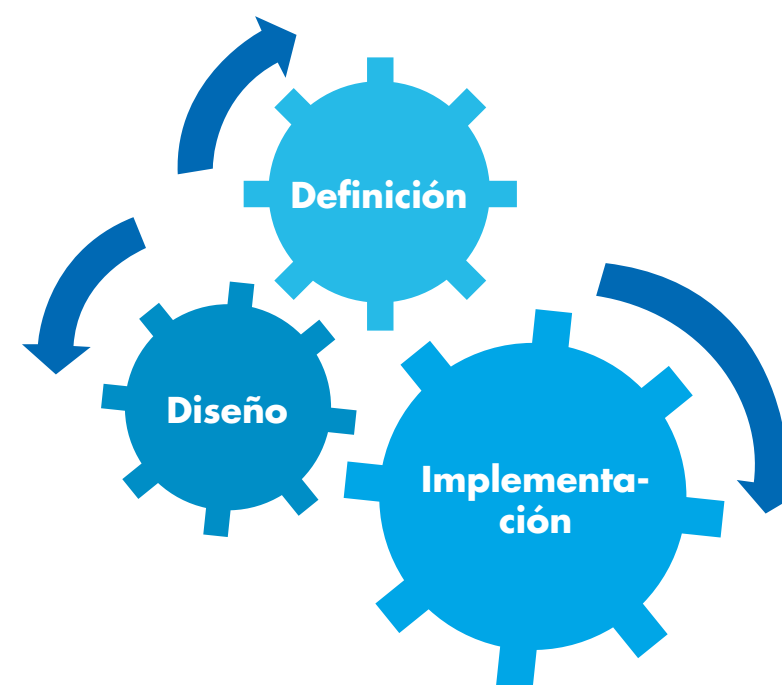


MINSALUD

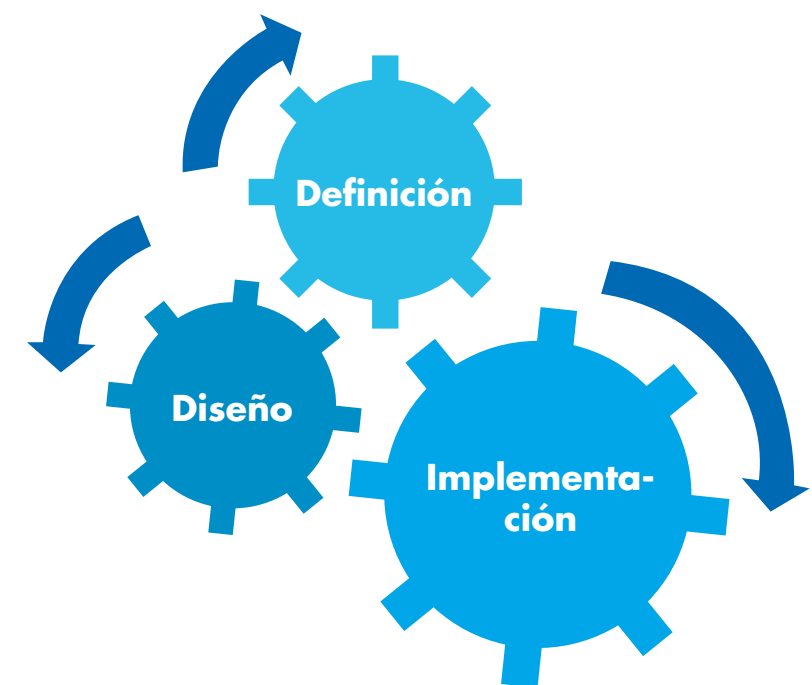
IR AL ÍNDICE



- Los fallos en la comunicación entre los diversos servicios y profesionales y personal asistencial involucrados en la atención y con los pacientes atendidos, hace que pueda faltar información esencial para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y ser la base de errores y duplicación de pruebas.
- Para lograr un dominio de las habilidades lingüísticas se requieren unos determinados niveles de conocimiento expresivo-comprensivos, es decir, tan importante es comunicarnos como que nos entiendan; es aquí donde radica la importancia del proceso de capacitación continua y entrenamiento en los diferentes servicios de atención.
- Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación es un eje fundamental en las instituciones de salud.



- Es imprescindible verificar la comprensión de las órdenes verbales y comprobar su correcta transcripción a los registros clínicos.
- Involucrar al paciente y sus cuidadores en los procesos asistenciales con la suficiente información y comprensión puede ser una de las barreras más efectivas.
- La evidencia sugiere que las listas de chequeo de seguridad mejoran la calidad percibida en el equipo y la comunicación y reducen los errores observados atribuibles a la baja capacidad del equipo de trabajo.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 9](#))



12. ANEXOS

70



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



ANEXO 1 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y FLUIDEZ DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS PACIENTES

El presente cuestionario, de carácter anónimo, tiene como objetivo evaluar la relación entre los profesionales sanitarios y pacientes del SES para conocer la calidad y fluidez de la comunicación entre ambos, dada su importancia de cara al tratamiento. Por favor, responda a cada pregunta poniendo una “X” en la casilla que personalmente considere más adecuada en función de la siguiente leyenda y desde el punto de vista de sus valoraciones reales, por ello pedimos la mayor sinceridad posible al responder, teniendo en cuenta que 1 indica “ningún valor” y 5 “mucho valor”.

¡Muchas gracias por su colaboración!

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SANITARIO	
Sexo: ☐ H ☐ M	
Edad: ☐ < 25 ☐ 25-35 ☐ 36-45 ☐ > 4	
Localidad donde ejerce su profesión:	
Categoría profesional: ☐ Medicina ☐ Enfermería ☐ Técnico Auxiliar	
Especialidad o sección en la que desempeña su labor:	
Años de experiencia profesional: ☐ < 5 años ☐ 6-10 años ☐ > 10 años	

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
1	Miro a los ojos del paciente cuando interacciono con él/ella.					
2	Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas.					
3	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.					
4	Mi trabajo da sentido a mi vida.					
5	Mi atención es más breve y concisa con los pacientes problemáticos o difíciles.					
6	Me gusta transmitir mi felicidad a los demás.					
7	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.					
8	Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas.					
9	Me muestro comprensivo cuando el nivel comunicativo del paciente es inferior a lo deseado.					
10	Me siento bien conmigo mismo.					
11	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.					
12	Mi trabajo es interesante.					
13	Ante un paciente conflictivo, sabría solucionar la situación.					
14	Todo me parece interesante.					
15	Fácilmente comprendo cómo se sienten los/as pacientes.					
16	Mi trabajo es monótono, rutinario, aburrido.					
17	Me pongo en lugar del paciente.					

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
18	Me gusta divertirme.					
19	Creo que trato a algunos/as pacientes como si fuesen objetos impersonales.					
20	En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto.					
21	Sigo tan motivado en mi puesto de trabajo como el primer día.					
22	Me siento jovial.					
23	Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo.					
24	Mi trabajo me ha proporcionado independencia.					
25	Considero que tengo un número demasiado elevado de pacientes que atender en muy poco tiempo.					
26	Busco momentos de distracción y descanso.					
27	Trato muy eficazmente los problemas de los/as pacientes.					
28	Estoy discriminado/a en mi trabajo.					
29	Cuando tengo tiempo, asisto a seminarios o cursos de formación para mejorar mi atención al paciente.					
30	Tengo buena suerte.					
31	Me siento “quemado/a” por mi trabajo.					
32	Mi trabajo es lo más importante para mí.					
33	Me preocupo por aclarar todas las dudas de los pacientes.					
34	Estoy ilusionado/a.					
35	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.					

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
36	Disfruto con mi trabajo.					
37	Dedico más tiempo a unos pacientes que a otros, en función de la gravedad de su patología.					
38	Se me han abierto muchas puertas en mi vida.					
39	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.					
40	Escucho con atención a los pacientes mientras les observo.					
41	Me siento optimista.					
42	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.					
43	Hago algo para que el paciente tenga ganas de mejorar.					
44	Me siento capaz de realizar mi trabajo.					
45	Me siento muy activo.					
46	Considero que mi comunicación con los pacientes es eficaz.					
47	Creo que tengo buena salud.					
48	Me siento frustrado en mi trabajo.					
49	Uso un lenguaje claro, sencillo y comprensible para hacerme entender por el paciente.					
50	Duermo bien y de forma tranquila.					
51	Creo que estoy trabajando demasiado.					
52	Los pacientes son sólo un número que tengo que “despachar”.					
53	Me creo útil y necesario/a para la gente.					

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
54	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos/as pacientes a los que doy servicio.					
55	Creo que existe baja calidad en los servicios sanitarios disponibles.					
56	Creo que me sucederán cosas agradables.					
57	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.					
58	Detallo lo máximo posible las enfermedades para favorecer una mejor y más rápida recuperación.					
59	Creo que como persona (madre/padre, esposa/esposo, trabajador/trabajadora) he logrado lo que quería.					
60	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los/as pacientes a los que doy servicio.					
61	Utilizo técnicas de comunicación diversas en mis contactos con los pacientes.					
62	Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.					
63	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con pacientes.					
64	Atiendo rápido y con prisa a los pacientes.					
65	Creo que puedo superar mis errores y debilidades.					
66	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.					
67	Dedico más tiempo a unos pacientes que a otros, en función de la empatía que se establezca.					
68	Creo que mi familia me quiere.					
69	Me siento acabado.					
70	Dejo hablar al paciente sin interrumpirle.					
71	Me siento "en forma".					

⁷² La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
72	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.					
73	Animo al paciente para superar su enfermedad.					
74	Tengo muchas ganas de vivir.					
75	Creo que las/os pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas.					
76	Le explico al paciente bien todo lo que requiera su enfermedad y/o convalecencia.					
77	Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo.					
78	Facilito que los pacientes puedan preguntar cualquier duda.					
79	Me gusta lo que hago.					
80	Tiendo a hacer un trabajo rutinario.					
81	Disfruto de las comidas.					
82	Suelo dedicar el mismo tiempo a cada paciente.					
83	Me gusta salir y ver a la gente.					
84	Utilizo algún tipo de saludo cuando inicio la comunicación con los pacientes.					
85	Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo.					
86	La masificación de las consultas provoca que no haya una relación más próxima con los pacientes.					
87	Creo que, generalmente, tengo buen humor.					
88	Adoro mi trabajo igual o más que cuando decidí dedicarme a la sanidad.					
89	Siento que todo me va bien.					

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 2 - EJEMPLO DE CUESTIONARIO USADO EN UNA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES:⁷²

(1) Nunca o casi nunca (2) Algunas veces (3) Bastantes veces (4) Casi siempre (5) Siempre						
COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN		1	2	3	4	5
90	Influye el estado de ánimo para dedicarle más o menos tiempo a los pacientes.					
91	Tengo confianza en mí mismo/a.					
92	Creo que tengo una vida asegurada, sin grandes riesgos.					
93	Tengo intenciones de mejorar en mi puesto de trabajo.					
94	Creo que tengo lo necesario para vivir cómodamente.					
95	Intento ser cercano y comprensivo con el paciente.					
96	Las condiciones en que vivo son cómodas.					
97	Intento transmitirles tranquilidad.					
98	Mi situación es relativamente próspera.					
99	Le doy mucha importancia a que se pueda establecer un clima de confianza recíproco.					
100	Estoy tranquilo/a sobre mi futuro económico.					
101	Intento adaptar mi forma de hablar al nivel del lenguaje del paciente, según su nivel cultural.					
102	Mi trabajo es creativo, variado, estimulante.					

72 La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Lucas Milán, María Guadalupe; 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>. consultado 28/11/2014

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

En la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990, hubo un especial interés en posicionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica de personas, familias y comunidades. Más tarde, en las orientaciones estratégicas de 1995-1998 se planteaba que: “el uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante”.

La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud.

En este nuevo contexto, la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a:

- Lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud.
- Mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública:

- Reforzar los mensajes sanitarios.
- Estimular a las personas para que busquen más información.
- Dar lugar a estilos de vida saludables.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos claves del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal, sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación familiares.

Del mismo modo en que la comunicación para la salud abarca conceptos provenientes de constructos teóricos, también puede incluir varias áreas que abarcan la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing social. Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia a las tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión.

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

Para alcanzar este propósito, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

la salud. De esta forma, la comunicación va mas allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

El modelo de comunicación para el cambio social describe un proceso donde el “diálogo de la comunidad” y la “acción colectiva” trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.

El cambio social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad. No obstante, aunque muchos de los proyectos presentados en la página hacen explícito la participación de la comunidad, en muchos de los casos ésta sólo participa en algunas fases del proceso.

Una de las estrategias más utilizadas en el material encontrado en la página es el entretenimiento Soul Buddies - Amigos del Alma. Esta estrategia tiene sus orígenes en México con la conceptualización desarrollada por Miguel Sabido en los años sesenta. En ese mismo país, la telenovela “Ven conmigo” promovía la alfabetización de adultos y fue vista por más de una tercera parte de los hogares mexicanos. Sabido se remitió a la Teoría de Aprendizaje Social desarrollada por Albert Bandura, lo que muestra una clara articulación entre la teoría y la estrategia.

Bandura explicó que el comportamiento humano puede estar influenciado por el “modelamiento” que tiene lugar cuando la gente se identifica con alguien a quien admira para posteriormente intentar imitar a esa persona. La radio y las telenovelas de eduentretenimiento

73 Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

usan esta característica humana para promover mensajes y valores localmente identificables, a través de personajes que se constituyen en modelos a seguir para la población educación con entretenimiento: una estrategia de comunicación para el cambio social.

Metodologías para la planeación de la comunicación en salud.

Según Gumucio, para hablar de planeación en comunicación en salud podríamos comenzar por una comparación entre los programas de salud y los programas de comunicación. El diagnóstico, la planificación y la ejecución en los programas de salud suelen ser procesos unidireccionales y verticales. En un extremo están las organizaciones y los sistemas que generan las acciones preventivas o correctivas, y en otro extremo los “receptores”, los “destinatarios” de esas acciones. En el campo de la planeación en comunicación en salud podemos encontrar abordajes que van desde un abordaje vertical en donde existe un polo generador de decisiones o mensajes, y por otra parte un polo receptor, aparentemente pasivo.

No obstante, los enfoques participativos están formando parte importante en el nuevo paradigma del desarrollo económico y social de los últimos años y es que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Si es así, dice Gumucio-Dragón, debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud y en consecuencia, de su propia comunicación. Este enfoque posibilita que la comunidad identifique sus problemas, plantee soluciones a los mismos, se comprometa a lograr los objetivos trazados y especialmente, asuma un rol vigilante.

Todo apunta a mejorar la calidad de las intervenciones y a darle sostenibilidad a los logros que se alcancen, ya que se asegura su relevancia y la comunidad asume la responsabilidad compartida de las propuestas de cambio.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

En el proceso del Center for Communication Programs de la John Hopkins University sugiere que no sólo debe tenerse en cuenta el contenido y la evaluación de los programas de comunicación, sino también que el desarrollo de estos programas sea el incremento sistemático y estratégico. El diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los proyectos de comunicación siguen los “procesos y principios para proyectos de comunicación en salud”. Este modelo se propone, además, como sistemático y racional, porque se refiere continuamente a los datos encontrados en la fase de investigación, es práctico para la aplicación de los campos en todos los niveles, es estratégico, en el establecimiento de objetivos a largo plazo. Este proceso consta de seis pasos que son seguidos para implementar estrategias de comunicación:

- Investigación y análisis.
- Diseño estratégico.
- Desarrollo, producción y revisión de materiales y métodos.
- Gestión, implementación y monitoreo.
- Evaluación de impacto.
- Planeación para la continuidad.

Uno de los modelos más conocidos es el Communication Wheel (rueda de la comunicación en salud), desarrollado a principios de los ochenta por Henry L. Thompson. Este es el modelo que utiliza el Centre for Disease Control (CDC) el cual integra la evaluación formativa y sumativa y se desarrolla en diez fases:

- Inicia con una revisión de la información de base.
- Establece los objetivos.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

- Analiza y segmenta la audiencia.
- Identifica los mensajes y conceptos a ser comunicados y los pone prueba.

En fases posteriores, se selecciona los canales de comunicación, se desarrollan y crean los mensajes y materiales de comunicación y se ponen a prueba.

De esta forma se desarrolla el plan de comunicación, se implementa y finalmente se evalúan los efectos y se retroalimenta el programa. De cualquier forma, el proceso de planeación en comunicación debe constituirse por una serie de etapas que aseguran en gran parte el alcance y éxito del mismo.

Un aspecto importante a considerar son los diseños de investigación que constituyen el proceso de planeación. La metodología puede incluir un diseño de investigación prospectivo “antes - después” (ensayo no controlado). En esta etapa, llamada también de diagnóstico, se elabora una evaluación de necesidades que busca establecer puntos como comprensión del problema, población involucrada, políticas relevantes, prioridades nacionales, redes sociales y canales de comunicación masivos y tradicionales. En otros casos, la investigación previa es realizada por otras agencias que proporcionan información útil para desarrollar los proyectos, establecer los indicadores y evaluar la efectividad del programa al final del mismo.

Después haber establecido el diagnóstico, se pasa a la etapa de validación. En cuanto a este aspecto sabemos que existen dificultades para extrapolar los resultados de un programa de comunicación que implica cambios en comportamiento, estilos de vida, determinantes y estado de salud. Los resultados de una intervención en comunicación en salud, están determinados por una serie de condicionantes y no son el resultado de una relación lineal y progresiva con la provisión de mensajes, cambios de actitud y adopción de prácticas.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

La evaluación se constituye en un tipo especial de investigación que necesita ser definida en la fase de planificación de todo programa o proyecto de comunicación en salud. La evaluación puede ser utilizada como una forma de valoración de resultados en relación a objetivos y metas previamente definidos, de manera que podamos extraer lecciones que puedan contribuir para la toma de futuras decisiones o de lineamientos con relación al programa. La evaluación puede ser dirigida al proceso, a las actividades realizadas, al contexto donde el programa se ejecuta o a los resultados a corto, mediano o largo plazo. La atención prestada a los varios componentes de un programa cambiará de acuerdo con los propósitos de la evaluación y de las decisiones tomadas por las personas e instituciones implicadas en el proyecto. De esta forma, la evaluación debe suministrar información y conocimientos en relación con los factores que facilitan y limitan el proceso, al igual que los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo.

En las experiencias presentadas en el sitio web de “La Iniciativa de Comunicación”, podemos observar que algunos proyectos realizan evaluación formativa y evaluación sumativa, es decir, antes, durante y después de sus programas (mensajes efectivos para el control de riesgos en salud: una guía paso a paso).

En algunas de las experiencias en comunicación en salud que aparecen en el portal, se definen claramente los indicadores de proceso y evaluación, mientras que en otras, sólo se puede inferir que sus indicadores son establecidos al final del proceso. Se pueden evaluar diferentes partes de un programa en distintas etapas de éste.

En el inicio, se puede evaluar el plan de acción; durante el programa se evalúa la manera en que se está llevando a cabo y al final se puede enfocar exclusivamente en los resultados.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

Por eso es importante realizar evaluaciones de monitoreo durante el programa para permitir que los problemas sean identificados y se puedan hacer los cambios necesarios a través del progreso del programa. La evaluación de monitoreo puede revelarnos los efectos de los programas sobre la audiencia.

Aquí se debe incluir el examen de los mensajes, materiales y estrategias de comunicación en el curso de la implementación. Sin embargo, diversos autores afirman que es muy difícil concluir, con absoluta certeza, cuáles son las causas del cambio de comportamiento en temas concernientes a la salud reproductiva y a otros aspectos de salud tratados en las intervenciones de comunicación en salud.

Como consecuencia de estos obstáculos, en muchas investigaciones se usan las herramientas cuantitativas y cualitativas que sean necesarias para determinar si los cambios de comportamiento reportados se pueden relacionar con la exposición a los contenidos y acciones de los programas.

Asimismo, estas evaluaciones de los avances y resultados que pueden servir de evidencias sobre la efectividad de las intervenciones, han dado lugar a una serie de controversias en relación con las preguntas que debe y puede responder la evaluación de iniciativas en comunicación en salud. Es por esto, que al momento de realizar la evaluación es necesario tener en cuenta otros factores en el instante de definir el alcance de ésta y el diseño metodológico para implementarla: qué tipo de evidencias se requieren, qué magnitud de cambio es significativo o tiene relevancia social, para qué, para quién y en qué momento del proceso se realiza la evaluación.

Finalmente, la evaluación de impacto proporciona los resultados de las intervenciones. A partir de la revisión de las experiencias, podemos establecer que casi todos los proyectos presentado han sido cautelosos en incluir indicadores de impacto, tales como la reducción de las tasas

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

de mortalidad o morbilidad como consecuencia de las iniciativas de comunicación en salud. Es importante considerar en este punto, la dificultad que existe en establecer con precisión el impacto de la comunicación en estos indicadores, ya que existen otros factores que influyen en los cambios que ocurren en las tasas de morbimortalidad o en el mejoramiento del estado de salud.

Otro indicador importante que no aparece explícito en las experiencias, son los dirigidos a establecer la relación costo efectividad, los cuales nos proporcionarían insumos valiosos para la sostenibilidad de los proyectos.

Finalmente, los retos que nos quedan son:

- Fortalecimiento y motivación del talento humano para el desarrollo de planes de investigación de salud pública a nivel local e institucional dentro del componente de comunicación social.
- Institucionalizar el componente de comunicación social en los planes nacionales y regionales de salud pública, no solo mediante el fortalecimiento de la inversión en capacitación e investigación, sino también en lograr la participación activa de otras disciplinas para formar profesionales competentes en el campo de la comunicación en salud.
- Se deben definir los roles y funciones en los niveles central, regional (provincial, departamental, seccional, estatal) y local con acciones diferenciadas tanto en la planificación y ejecución del componente de comunicación dentro de los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto implica el fortalecimiento de capacidad local e institucional, que a su vez está conectada a la formación del recurso humano.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

- Definir lineamientos de comunicación social, metas, indicadores de proceso, de resultados intermedios y a largo plazo de impacto comunes en Latinoamérica con el fin de producir evidencias en comunicación en salud y establecer comparaciones entre experiencias en la región. Esta tarea deberá contemplar la diversidad sociocultural, política y económica de los países.
- Construcción de una base conjunta para la recolección de datos sobre experiencias exitosas de comunicación social en los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, de acuerdo a los lineamientos de comunicación social definidos.
- Adelantar procesos de capacitación con miras a una excelencia técnica en planificación en comunicación en salud (investigación, diseño, monitoreo y evaluación) para los niveles técnicos.
- Identificar los elementos claves para la sostenibilidad de los programas de comunicación en salud y la institucionalización del mismo.
- Fomentar un mayor diálogo entre las experiencias provenientes del sur y del norte mediante el fortalecimiento de este escenario web con la participación de profesionales que trabajan en procesos de comunicación social en salud.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 3 - REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD⁷³

2- TÉCNICA DIDÁCTICA: SOCIODRAMA.

Instrucciones:

1. Conformar cinco grupos.
2. Temática: “Condiciones de comunicación en nuestra Institución: comunicación verbal y escrita, comunicación vertical y horizontal, que puedan generar eventos o incidente de eventos adversos”.
3. Lluvia de ideas: en cada grupo las personas que van a llevar a cabo la representación deben dialogar previamente sobre lo que se conoce del tema: ¿cómo lo vivimos?, ¿cómo lo entendemos?
4. Guión argumental: con la información recogida en la lluvia de ideas cada grupo elabora la historia o el argumento del sociodrama. Se ordenan los hechos y las situaciones que se han planteado en la conversación previa, para ver cómo se va a actuar (en qué orden van a ir los distintos hechos), para definir los personajes de la historia, para elegir la indumentaria que se empleará en la dramatización, se distribuyen los personajes, los que sean necesarios para plantear el tema elegido y se decide enfáticamente como se va a cerrar la historia.
5. Cada grupo realiza la representación.
6. Presentación de conclusiones.

⁷³ Tomado de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

ANEXO 4 - **MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS** ([regresar al glosario de TÉRMINOS](#))

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

ANEXO 5 - **MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO** ([regresar al escenario problémico](#))

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el ESCENARIO PROBLÉMICO hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un ESCENARIO PROBLÉMICO sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

Ejercicio:

Inicie con la lectura del ESCENARIO PROBLÉMICO planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

ANEXO 7 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ([regresar a Falla Activa](#))

En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?

ANEXO 8 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo?. Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.