



Día Mundial de la Seguridad del Paciente
17 DE SEPTIEMBRE:



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 3 - NÚMERO 2 - AÑO 2020 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

HISTOCITOPATOLOGÍA PANAMERICANA: CONTRIBUYENDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Juan Carlos Araya

O PAPEL DO LÍDER NO DESENVOLVIMENTO E COMUNICAÇÃO DA CULTURA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Andréa Prestes - Gilvane Lolato - J. Antônio Cirino

COMPROMISO EN EL PERSONAL DE SALUD (EN TIEMPOS DE PANDEMIA)

Carlos Alberto Marcheschi

CONFESANDO (Y PREVINIENDO) NUESTROS ERRORES

Edita Falco de Torres

EL BUEN MORIR, EN TIEMPOS DE PANDEMIA, UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

María Gladys Osorio Uribe

CARÁCTER Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN TIEMPOS BORRASCOSOS

Diego Cevallos Rojas

ENTREVISTAS: 10 PREGUNTAS PARA RICARDO

Ricardo Armando Otero Casamayor

REVISTA DE REVISTA

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente

BASES DE CONCURSO LITERARIO:

YO, EL COVID Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 100 PALABRAS.



SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.03
PRÓLOGO	PÁG.05
SER FUNCIONARIO DE SALUD Y PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA Marisol Morales Barrera	
17 DE SEPTIEMBRE: DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.8
HISTOCITOPATOLOGÍA PANAMERICANA: CONTRIBUYENDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Juan Carlos Araya	PÁG.16
O PAPEL DO LÍDER NO DESENVOLVIMENTO E COMUNICAÇÃO DA CULTURA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE Andréa Prestes - Gilvane Lolato - J. Antônio Cirino	PÁG.18
COMPROMISO EN EL PERSONAL DE SALUD (EN TIEMPOS DE PANDEMIA) Carlos Alberto Marcheschi	PÁG.24
CONFESANDO (Y PREVINIENDO) NUESTROS ERRORES Edita Falco de Torres	PÁG.28
EL BUEN MORIR, EN TIEMPOS DE PANDEMIA, UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA María Gladys Osorio Uribe	PÁG.38
CARÁCTER Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN TIEMPOS BORRASCOSOS Diego Cevallos Rojas	PÁG.46
ENTREVISTAS: 10 PREGUNTAS PARA RICARDO Ricardo Armando Otero Casamayor	PÁG.52
REVISTA DE REVISTA Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente	PÁG.59
BASES DE CONCURSO LITERARIO: YO, EL COVID Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 100 PALABRAS.	PÁG.63

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTIFICO

Dr. Luis López Valenzuela
 Ing. Com. Paola Martínez Osorio
 EU Gladys Osorio Uribe
 EU Yasna Oppliger Negrón
 QF Mariela Valenzuela Guajardo
 QF Jorge Cienfuegos Silva
 TM Adriana Van Weezel Herrera
 TM Valeska Abarca Arce
 Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco
 Mat. María Angélica Cifuentes Canales
 Nut. Pamela Herrera González

PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

QF. Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS

EU Maritza Fuenzalida M.

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO

DISEÑO:

(5411) 6041-3930 - www.nimbodg.com.ar -hola@nimbodg.com.ar

Imágen de tapa e interior extraídas de:

<https://www.freepik.es/>



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 3
ISSN 2452-4468

NÚMERO 2

AÑO 2020

EDITORIAL

O TÉMPORA O MORES

Marco Tulio Ciceron

Estamos en estos momentos, atravesando en el mundo, por una de las situaciones médicas tan graves que quizás nunca se nos pasó por la cabeza.

Apareció el Covid19 y ha derrumbado toda la actividad humana: Salud-Trabajos-Educación-Deportes-Economía, etc.

La pandemia actual nos hace tener presente y recordar los muy interesantes trabajos históricos relacionados con las pandemias y fruto de autores nacionales.

Los Invito a leerlos. (1-2-3-4)

De ahí es importante tener presente, con humildad, que no somos tan perfectos y triunfantes en el manejo de la salud en los seres humanos y que nos ha hecho aterrizar, dolorosamente en este aspecto.

Las noticias diarias a las cuales, sin querer, nos adherimos la mayoría, nos confirman lo que se plantea ya históricamente en los trabajos mencionados.

Inquietud, angustia, depresión, miedo a lo desconocido y la consiguiente debilidad del ser humano y... la muerte. Pero a la vez, confianza en lo que estamos haciendo.

Observamos como los equipos médicos están trabajando incansable y denodadamente con las pacientes que caen bajo este virus. La muerte y el riesgo de enfermarnos, se nos ve muy cerca.

Los agentes sanitarios, que estamos a cargo de mantener una observación permanente de los riesgos en la seguridad que pueden sufrir nuestros pacientes en su atención, deberemos estar constantemente y quizás, majaderamente, recordando a la Dirección y a los profesionales de la salud los riesgos que pueden sufrir nuestros paciente (caídas-IAAS-errores en administración medicamentos etc) y ésto, no solo en los pacientes Covid 19, sino en todos los pacientes que concurren a un centro de salud o están hospitalizados.

El cansancio y agotamiento de todo el personal, presumiblemente, ya está llevando a un burn out a una parte importante. Se agrega que algunos funcionarios estén en cuarentena y otros lamentablemente, hospitalizados o fallecidos.

Surge entonces la necesidad de, algunas veces, recurrir por la urgencia, a personal no muy experto en el manejo de pacientes graves y ahí las posibilidades de error diagnóstico o de manejo se acentúan.

El ambiente nacional, reflejado en las exageradas o mal intencionadas noticias. Los rumores y las fake news abundan en las redes sociales las que impactan e influyen en nuestro accionar. Muchas veces son repetidas y comentadas en nuestro hogar y observamos en nuestros familiares su inquietud y preocupación, lo que nos puede hacer caer y creer muchas de esas noticias falsas.

Nosotros, las personas a cargo de los equipos de Seguridad y Calidad en la atención, debemos irradiar confianza, tranquilizar, aconsejar y ser receptores de todas inquietudes y angustias del personal. Junto con vigilar y advertir, prudentemente, que no se produzcan Eventos Adversos, de alguna forma debemos entregar unas palabras de consuelo y reforzamiento a las habilidades que poseen. Creo que este apoyo, no esperado, puede infundir paz, tranquilidad y seguridad en el trabajador de la salud y favorecer que no vaya a incurrir en errores no deseados por nadie.

Como Fundación para la Seguridad del Paciente:

Hacia la sociedad, debemos salir e insistir a todo nivel el cumplimiento de las recomendaciones básicas para evitar el contagio, respetar las cuarentenas e insistir principalmente, de alguna forma, en la juventud una mayor comprensión de la situación y estimularlos a cumplirlas por el bien de ellos mismos y de sus seres queridos. Conocemos y entendemos la tradicional rebeldía, tan propia de la juventud y que además, por falta de referentes respetables para ellos, persisten en adoptar estas conductas rebeldes, peligrosas y antisociales.

Se nos viene una labor muy ardua que requerirá un gran esfuerzo y entusiasmo de nuestra parte, pero redundará en favorecer la seguridad que debemos ofrecer a nuestros pacientes, que debe ser, casi, una saludable y hermosa obsesión.

1-El hombre y sus epidemias a través de la historia -
Rev. Chil. Infect Edición aniversario 2003; 13-17. WALTER LEDERMANN D

2-Estrategias para el enfrentamiento del cólera: La experiencia chilena desde una perspectiva de salud pública
Valenzuela B, M. Teresa; Salinas P, Hugo; Cárcamo I, Marcela; Cerda L, Jaime; Valdivia C
Rev Chil Infect 2010; 27 (5): 407-410

3- Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina
López, Marcelo; Beltrán, Miriam Rev. chil. infectol. vol.30 no.2 Santiago abr. 2013

4- Burn out- una señal de alerta para equipos e instituciones
-<http://revista.colegiomedico.cl/burnout-una-senal-de-alerta-para-equipos-e-instituciones/>



Dr Luis Lopez Valenzuela.

Médico Auditor Hospital Clínico Fusat-Rancagua
Magister Derecho Sanitario Universidad de los Andes

llopez@fusat.cl



PRÓLOGO

SER FUNCIONARIO DE SALUD Y PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA



Marisol Morales Barrera

Tecnólogo Médico en
Biología Molecular
Hospital Hernan Henriquez
Aravena
Temuco - Chile

emarisol.morales.barrera@gmail.com

En Noviembre era solo una noticia dentro del bloque internacional, una novedad lejana, que como tantos otros brotes virales en el mundo eventualmente ni si quiera lo viviríamos.

En Febrero sabíamos un poco más de virus y su rápida propagación, había que comenzar a prepararse para la llegada del COVID a nuestro país.

En la región de la Araucanía, donde me desempeño como Tecnólogo Médico, comenzamos a preparar protocolos, asignación de espacios en nuestro hospital, capacitación y formación de equipos de funcionarios que estarían dentro

del plan de contingencia. Me consultaron por la posibilidad de formar parte de la Sección de Biología Molecular donde se realizarían las PCR para detección de COVID en rotativa de turno, lo hablé con mi familia y acepté, sería un tremendo desafío.

Tenía miedo no quería contagiarme ni ser vector para mi familia, los EPP eran limitados, a pesar de que a nivel central las autoridades decían contar con el stock necesario, no era la realidad en la práctica clínica.

Apenas comencé a trabajar, posterior a que se registrara el primer caso en nuestra región, instalé en mi rutina diaria todas las medidas de protección y prevención. El miedo a contagiarme y llevar el virus a mi casa me llevó a extremar los cuidados; dejar de trasladarme en locomoción colectiva, utilizar escaleras en mi lugar de trabajo, mantener las distancias en el trabajo e incluso con mi núcleo familiar, suspender inmediatamente las visitas a mis padres, instalar un protocolo de llegada a mi hogar, salir sólo lo necesario, todo esto antes que se declarara cuarentena en mi ciudad.



A pesar de todas las medidas, casi paranoicas, el 31 de Marzo comencé con un leve "picor" garganta y mucosidad nasal posterior. El 01 de Abril me tocaba turno y ya estaba nerviosa y preocupada por lo que podría venir, las molestias siguieron ese día por lo que decido realizar el examen de PCR para detección de COVID, esto por mi tranquilidad personal y responsabilidad frente a mi familia, colegas y compañeros de trabajo. En esos días habían algunos colegas resfriados con PCR negativa, por lo que existía la posibilidad que fuera todo una leve virosis.

Al terminar el turno no regresé a mi casa, no podía volver hasta estar segura de que todo estaba bien, me conseguí un departamento que no estaba siendo ocupado para esperar el resultado del examen. El procesamiento demora entre 4 a 6 horas, esa noche no pude dormir esperando el informe, hasta que más menos a las

5 de la mañana me llega un wsp, "Sra. Marisol su PCR está positiva". Pasaron muchas cosas por mi cabeza, era iniciar un camino lleno de incertidumbre, sin saber cómo mi cuerpo reaccionaría frente a este virus, con el miedo de contagiar a mi marido a mis hijos a mis padres, aunque no los había visto, existía la pequeña posibilidad de que entre las cosas que les llevaba regularmente (mil veces desinfectadas) se hubiera filtrado este nuevo virus.

Esa misma semana se comenzaron a habilitar las Residencias Sanitarias y comencé a gestionar mi traslado, dos días demoró el trámite, más de lo que hubiera esperado considerando que todavía no se masificaba su utilización.

Fueron 15 días de angustia, recuerdo que más menos el día 6 amanecí mucho mejor y como no lo había pasado tan mal pensé "esto era?,



ya paso?”, pensando que ya lo había superado, ese mismo día en la noche comenzó lo peor, fiebre y un tremendo malestar general que hasta me impidió alimentarme un par de días, no era capaz. Esto sumado a la preocupación por mi familia preguntando constantemente como estaban, tenían malestares leves mi marido y mis hijos. Mis padres bien, pero decidí no contarles para evitar una preocupación innecesaria, tenía todo controlado, estaba bien y me estaban monitoreando. Por sobrecarga de los equipos de atención domiciliaria gestioné, pero no se pudo concretar, la toma de muestra a mi familia, sólo hace poco más de un mes se realizaron medición de anticuerpos que mostró que mi marido también tuvo COVID y mis hijos extrañamente, al parecer, no se contagiaron.

Al regresar a mi hogar seguí con los protocolos y el aislamiento hasta conocer el resultado de mi PCR de control, que para tranquilidad de todos dió negativa. A diferencia de la evidencia descrita en algunos países mi cuerpo había reaccionado bien y ya había eliminado al virus. Al volver a trabajar estaba feliz de continuar apoyando desde mi ejercicio profesional con el manejo de la pandemia en nuestro país.

Nunca sabré como me contagié, extremé las medidas, incluso al comienzo pensé que los síntomas eran una reacción al cloro que utilizaba en todo constantemente, en mi casa y trabajo.

Me sentí angustiada, preocupada y asustada pero también apoyada por mi familia, amigos cercanos, compañeros de trabajo y por la red de salud que constantemente me preguntaban por mi evolución. Hoy estoy dentro de un estudio donde están monitoreando la cantidad de anticuerpos que desarrollé y cómo se mantienen en el tiempo, hasta ahora no sabemos cuánto tiempo dura la inmunidad.

Vivir la experiencia como paciente es extraño, estamos acostumbrados a, más o menos, saber el desenlace de las patologías que conocemos y estudiamos durante nuestra formación. Pero esto es diferente habían muchas preguntas y pocas respuestas, es más, algunas respuestas van cambiando en el tiempo.

Vivir la experiencia de ser paciente nos impulsa a hacer cada día mejor las cosas, vemos nuestros procesos desde otro punto de vista, nos ayuda comprender que todo se puede mejorar para otorgar una mejor atención, mejor calidad y satisfacción usuaria. Nos da la oportunidad de potenciar la empatía y seguir trabajando en pos de contribuir a la Seguridad de Nuestros Pacientes.



17 DE SEPTIEMBRE: DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Como Fundación para la Seguridad del Paciente Chile declaramos nuestro absoluto compromiso para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 17 de septiembre de 2020.

En mayo de 2019, se creó el Día Mundial de la Seguridad del Paciente que se celebra el día 17 de septiembre. El origen del Día está firmemente anclado en el principio central de la medicina: “ante todo no hacer daño”.

Con la pandemia de COVID-19, la atención sanitaria está viviendo su mayor crisis de seguridad de los pacientes de la historia. Para prestar una atención segura es fundamental contar con un personal sanitario bien informado, capacitado y motivado.

Por consiguiente, OMS ha decidido que el tema central del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020 sea difundir que la seguridad de los profesionales de la salud es esencial para la seguridad del paciente con el lema **«Si los profesionales de la salud están seguros, el paciente estará seguro»**.

**DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

17 de SEPTIEMBRE de 2020

**DEFENDER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Aktionbündnis Patientensicherheit eV (APS)

Aktionbündnis Patientensicherheit eV (APS) fue fundada en abril de 2005 como una organización sin fines de lucro. El APS trabaja con asociaciones, sociedades especializadas, institutos de investigación, compañías de seguros de salud, instituciones de autogobierno y organizaciones de pacientes. Cuenta con el apoyo del Ministerio Federal de Salud. La cooperación sirve para el intercambio profesional, así como para la preparación e implementación de campañas y campañas para mejorar la seguridad del paciente en Alemania.

<https://www.tag-der-patientensicherheit.de/>



El Movimiento por la Seguridad del Paciente da a conocer su Campaña para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, Centrada en la Seguridad del Trabajador de la Salud



#uniteforsafecare

Fundación para el Movimiento de Seguridad del Paciente (PSMF) presenta sus planes alineados con el Día Mundial de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 17 de septiembre de 2020.

El tema del PSMF para la campaña 2020 es “la seguridad de los trabajadores de la salud es la seguridad del paciente”.

<https://patientsafetymovement.org/events/world-patient-safety-day/>



En el marco de campaña mundial del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020, OMS alienta a que los actores institucionales y los centros de salud elaboren campañas nacionales donde se iluminen en color naranja los monumentos, lugares emblemáticos y sitios públicos. Esto supondrá un gesto de respeto y gratitud hacia todos los profesionales de la salud.

Pese a los tiempos que vivimos, la OMS está preparando una combinación de actividades virtuales y de otro tipo para la conmemoración. Por ello, les solicitamos que nos hagan llegar información sobre las actividades que llevarán a cabo en el marco del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020, por medio de la siguiente plataforma: <https://extranet.who.int/dataformv3/index.php/438714?lang=en>

Solicitamos tomar fotografías durante los actos de conmemoración y redactar un breve resumen de las actividades, a fin de incluirlos en el informe de la OMS que se titulará «Edición de 2020 del Día Mundial de la Seguridad del Paciente: anécdotas de todo el mundo».

Además, se insta a que envíen vídeos breves (de un máximo de 60 segundos) centrados en el tema «la seguridad de los profesionales de la salud es esencial para la seguridad del paciente», que puedan utilizarse durante la conmemoración.

Si desea obtener más información sobre la campaña y las actividades propuestas, sírvase consultar los sitios web de la OMS dedicados al Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020 en <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>

Si desea obtener más información, le rogamos que se ponga en contacto con nosotros por medio del correo electrónico patientsafety@who.int

“Yo, el COVID y la Seguridad del Paciente en **100 palabras**”



La temática de los cuentos debe estar relacionada con la experiencia personal en esta pandemia COVID -19.

Los cuentos deben ser inéditos y no superar las 100 palabras.



RECEPCIÓN DEL 1 AL 15
DE OCTUBRE 2020

VER BASES Y CONDICIONES EN **PÁGINA 63**

revista@fspchile.org

HISTOCITOPATOLOGÍA PANAMERICANA: CONTRIBUYENDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



TM. Mg. JUAN CARLOS ARAYA

Past President
Miembro Consejo Asesor Permanente
ASOCIACIÓN PANAMERICANA TECNÓLOGOS MÉDICOS
panamtecmed@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Según la OMS, (1) los eventos adversos o indeseados debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo, ya que en los países de altos ingresos se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria y a nivel mundial hasta 4 de cada 10 los sufre en la atención sanitaria primaria y ambulatoria, pudiéndose evitar el 50- 80% de estos con solo acciones preventivas.

Si se considera que cada año se producen 134 millones de estos hechos indeseables, debido a una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, como consecuencia se producirían alrededor de 2,6 millones de muertes. Por otra parte, igualmente se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura, y los años perdidos por discapacidad y muerte (conocidos como años de vida ajustados en función de la discapacidad, o AVAD), se producen en esos países. (1)

Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos, pero el involucramiento de los pacientes, como efecto preventivo, puede reducir las cifras hasta en un 15%, lo cual se podría lograr si se considera restablecer la Ética como concepto básico universal de conducta, comportamiento y recta vida, lo que involucra los más elevados hábitos y costumbres del individuo, siendo la conciencia ético-moral recta la que responde al principio subjetivo de la 'buena voluntad' la que además de recta, debe ser buena y propender al concepto de bien en sentido positivo para de este modo



contribuir al restablecimiento no solo de la salud del paciente sino que al Bien Común de la sociedad, lo cual unido al Principio Bioético de Autonomía de los individuos, generaría el sustrato necesario para concretarlo.(2)

TECNÓLOGOS MÉDICOS

En este contexto, el Tecnólogo Médico proporciona al tratante un resultado que le permite resolver su hipótesis diagnóstica mediante la aplicación de medicina de laboratorio basada en evidencia bioanalítica, radiológica, histológica, citológica, audiológica o biométrica ocular, lo cual lo distingue de los otros integrantes del equipo de salud y le proporciona una Identidad Profesional propia, exclusiva y excluyente, ya que por la naturaleza de sus competencias, le permite en su hacer o quehacer procesar y emitir informes sobre los análisis

sis de laboratorio, hematología, biopsias, Paps, audiometrías, medición de campo visual y radiografías, junto con otros variados exámenes que le permitirán al usuario recuperar su salud.

Los profesionales de la Tecnología Médica en América, con denominaciones diferentes(3) pero homólogos en su desempeño, ejercen 1 de las 5 a 35 especialidades existentes, presentando Histocitopatología, Histocitopatología Morfofisiopatología y Citodiagnóstico, o Anatomía Patológica, una destacada proactividad en la prevención y el diagnóstico para la rehabilitación en salud.

Sus competencias le otorgan la capacidad para desempeñarse en dos grandes áreas de la especialidad: Histopatología y Citopatología, participando en los Programas de Control de Cáncer Cérvico Uterino, Broncopulmonar, Mama, Gástrico, Vejiga y Tiroides, además de procesar las muestras de biopsias, necropsias y frotis citológicos provenientes de los centros asistenciales públicos y privados.

En sus laboratorios se aplican diferentes procedimientos a los especímenes en estudio en busca del resultado que indique la patología que afecta al organismo, desde tinciones topográficas o especiales, Histoquímica, Inmunoquímica, Hibridación in Situ, FISH, CISH y PCR. En suma, se utiliza una importante diversidad de procesos que per sé no resuelven un caso, pero establecido el algoritmo y protocolo adecuados permiten generar un reporte que contribuya positivamente al diagnóstico histopatológico.

Del mismo modo, el examen citológico de Papanicolaou, catalogado como elemento orientador al diagnóstico, ha demostrado su eficacia en la prevención del cáncer cérvico uterino y otras patologías en las cuales el tamizaje es aplicado, y aunque existen nuevos

métodos que tienden a mejorar la certeza del procedimiento, igualmente está sujeto a las interpretaciones de los observadores, sin dejar por ello de ser una sencilla prueba cuya utilización permite salvar vidas si se aplica a la población femenina de acuerdo con los parámetros establecidos.

ÉTICA Y BIOÉTICA

Antes, los errores en medicina y en el área de la salud en general, se decía en forma vernácula, “se tapaban con tierra (literalmente)”, pero hoy existen demandas civiles que derivan en indemnizaciones, y criminales que terminan en cárcel, lo cual implica que cada vez es más importante asegurar la calidad de nuestras prestaciones para preservar la integridad de los pacientes y dar cumplimiento a la norma bioética de su Autonomía, sin afectarlos ni ser afectados por una mala praxis, dado que el principio básico de Hipócrates “primum non nocere” (lo primero es no hacer daño) debe ser considerado como premisa fundamental. De acuerdo con la propia definición de la seguridad del paciente, esta es una disciplina que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los perjuicios a los pacientes en los centros sanitarios, y cuyo objetivo es el de prevenir y reducir los riesgos, errores y efectos indeseados que sufren estos durante la prestación de la asistencia sanitaria, con la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos, por lo tanto, ésta es fundamental para prestar servicios saludables esenciales y de calidad.

De hecho, existe un claro consenso de que las prestaciones en salud en todo el mundo deben ser eficaces y seguras, estar centradas en las personas y deben realizarse de mane-



ra oportuna, equitativa, integrada y eficiente por profesionales debidamente calificados, contando con la participación efectiva de los pacientes en su atención.

No obstante lo anterior, se ha detectado que existen diferentes falencias que llevan a ser causantes de errores, desde las más gruesas como negligencia, falta o ausencia de gestión, en la calidad por no aplicar controles internos y externos de los procesos y procedimientos, no tener registros confiables o respaldos de documentos escritos o virtuales, o no poseer procedimientos normalizados. Para evitar que estas situaciones se produzcan y las personas cometan errores, hay que situarlas en un entorno en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados.

HISTOCITOPATOLOGÍA

En el caso de los laboratorios clínicos en general y de Histocitopatología en lo específico, el error se manifiesta principalmente en el inicio del proceso, dado que si no se cumplen los requisitos fundamentales de la fase Pre-preanalítica, con instrucciones claras al paciente; una Pre-analítica acuciosa dado que el 57,1 % de errores se cometen en esta fase; una Analítica donde el mal procesamiento o inadecuado, con una muestra no satisfactoria para análisis, falta de estandarización de los procedimientos para validar los reactivos y las reacciones, deficiente manipulación o medición de los componentes (el mayor error medible que se ha observado es en el pipeteo), (4) una rigurosa Post-analítica, para la correcta interpretación de los resultados y evitar un porcentaje de falsos negativos o falsos positivos que puede ser tan alto que invalide la técnica, el procedimiento y retrase la entrega del resul-

tado, y finalmente, verificación de que los resultados obtenidos corresponden al paciente en estudio. En resumen, un examen correctamente realizado y por ende, con un resultado confiable, dependen exclusivamente de una muestra adecuada para su análisis y el criterio para evaluarla como tal. (5)

En Histocitopatología es la estandarización de procedimientos y métodos usados durante el procesamiento de muestras histo y citológicas, el punto más crítico del proceso para obtener una preparación microscópica de óptima calidad que permita la correcta interpretación del diagnóstico patológico y constituye el resultado de la evaluación del control de calidad y de las medidas tomadas para asegurar la veracidad y validez del producto final, las cuales están dadas por la existencia y conocimiento por parte de los profesionales de la documentación del control de calidad, solución a problemas que se presentan y la corrección final, procesos que se aplican durante la recepción y aceptación de las muestras en el lugar de desempeño, ingreso en el libro de registros, macroscopía, procesamiento e inclusión de las muestras, microtomía, métodos aplicados para poner en evidencia los tejidos o células (H/E, Tricrómicos, Argénticos, Histoquímicos e Inmunohistoquímicos, Hibridación In Situ, Biología Molecular), mantenimiento de equipos, instrumentales e instrumentos, y cualesquier otro proceso que lo requiera previo a la entrega del resultado al paciente. (6-12)

Considerando que las principales falencias detectadas en Histocitopatología corresponden a: procesamiento de una muestra inadecuada para análisis, aplicación errónea de reactivos o procedimientos, falta de controles y aseguramiento de la calidad, e interpretación desacer-

tada de los resultados, estas se han corregido sustantivamente con rigurosidad formativa, mayor capacitación en aquellas áreas innovadoras con entrenamiento supervisado y estrictos controles y garantía de calidad, a la par de la evolución de las metodologías en constante desarrollo. (13-15)

En Citopatología, la participación activa en los Programas Nacionales de Control del Cáncer Cérvico Uterino y el de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama (10-12), es imprescindible la participación y responsabilidad de las propias pacientes, tanto en el cumplimiento para asistir a la toma de muestra ginecológica de los controles anuales de sus Paps, como a los mamográficos y biopsia PAF cuando corresponda, lo cual como se señaló al principio, disminuiría en un 15% aproximadamente la probabilidad de un diagnóstico tardío con una sobreintervención clínica o quirúrgica posterior.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por tanto, existe plena conciencia de que anualmente, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención de salud poco segura y/o de mala calidad, situaciones que en ocasiones se vuelven más frecuentes y preocupantes en relación con la seguridad del paciente y que las intervenciones y riesgos relacionados, se están convirtiendo en problemas importantes para estos y contribuyen significativamente a la carga de injurias por atención insegura.

En consecuencia, la Seguridad del Paciente no solo es un componente fundamental de la cobertura sanitaria universal, sino que es una prioridad mundial y que debe ser resguardada acorde con la Resolución WHA72.6(16) de la OMS que respalda el establecimiento del

Día Mundial de la Seguridad del Paciente que los Estados Miembros celebrarán anualmente el 17 de Septiembre, y con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS-3), (17) que en el punto 3.8 se centra en lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), «incluido el acceso para todos a servicios de salud esenciales de calidad y a medicamentos y vacunas esenciales inocuos, eficaces, asequibles y de calidad», lo que implica garantizar una vida sana y promover el bienestar humano a todas las edades, requisito previo para fortalecer los sistemas de atención en salud y avanzar de forma efectiva hacia dichos propósitos y metas.

Con esto, la OMS pretende mejorar la experiencia de quienes acuden a los servicios de salud, reducir los riesgos y los eventuales daños o perjuicios, lograr mejores resultados sanitarios y reducir los costos involucrados en la atención y prestaciones, directrices que como se ha señalado extensamente, se encuentran comprometidas e incorporadas efectivamente en todos los procedimientos de la Histocitopatología Panamericana, para su fiel cumplimiento en resguardo de la Seguridad de los Pacientes.

REFERENCIAS:

- 1) OMS. La Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>
Consultado: [23/05/20].
- 2) Araya, Juan Carlos. Casos de Estudio Tecnología Médica. En: Gómez ME, Pereda T, Franco L. Fundamentación Tomista de la Ética Profesional. Centro Estudios Tomistas, RIL Editores, Santiago, 2014.
- 3) Araya, Juan Carlos. Identificación Profesional: Tecnólogos Médicos, Licenciados en Tecnología Médica, Biomédicos, Bioanalistas, Biotecnólogos, Bioimagnólogos, Tecnólogos en Salud, Bioquímicos Clínicos, Bacteriólogos, Microbiólogos, Laboratoristas Clínicos. Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos. © 248.030 - Derechos Reservados - Santiago de Chile -2014. Disponible en: <https://www.panamtecmed.org/documentos/>. Consultado: [23/05/20].
- 4) Gonzalo Callejón Martín G; Javier Caballero Villarraso; Joaquín Bobillo; Jacobo Díaz Portillo. Contribuciones Analíticas para el Estudio de Pacientes con Infección COVID-19. Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos y



Medicina de Laboratorio. Mayo-2020. Disponible en: <https://www.sanac.org/index.php/recomendaciones-covid-19>. Consultado: [22/05/20].

5) Araya JC, Méndez J, Muñoz P, Vidal MS. Manual de Toma de Muestras, Procedimientos Técnicos y Bioseguridad en el Laboratorio. © 131.247 – Derechos Reservados – Santiago de Chile - 2003.

6) Araya JC. Tecnología Médica, Bioseguridad y Medio Ambiente: Manejo y Disposición de Desechos Reactivos y de Reactivos de Laboratorio. Rev.Chil.Tecnol.Méd. 21 (1), 922-931, 2001.

7) Araya JC. Bioseguridad y Medioambiente: Protección Personal, Manejo y Disposición de Desechos Reactivos de Laboratorios. En: Mondelo P, y Fruns M. Comunicaciones del Simposio Internacional de Prevención de Riesgos Profesionales y Salud Laboral – ORP 2003. ISBN 84-931134-9-2.

8) Araya JC. Tecnología Médica: Evolución de los Procedimientos para Estudios Morfofisiocitopatológicos. Rev. Chil.Tecnol.Méd. 25 (1), 1187-1199, 2005.

9) Araya, Juan Carlos. Morfofisiopatología y citodiagnóstico: aplicaciones diagnósticas en el laboratorio histocitopatológico. Rev. Chil. Tecnol. Méd. 25 (2), 1223-1242, 2005.

10) Araya JC, Léppez M, González R, González J, Depix M. Inmunodetección de FHIT y E-Cadherina en fibroadenomas y cáncer ductal y lobulillar de mama. Rev.Chil.Tecnol.Méd. 31 (1), 1607-1612, 2011.

11) Rodríguez H, Needham D, González R, Araya JC. Detección Inmunohistoquímica de la Expresión de la Oncoproteína c-erbB-2 en Tumores Ductales y Lobulillares de Mama. Rev. Chil.Tecnol.Méd. 32 (1), 1671-1679, 2012.

12) Araya Juan Carlos, Léppez Macarena, González Raúl, Depix María Soledad, González Jessica. Immunohistochemical Expression and Localization of FHIT and E-Cadherin in Breast Carcinoma.

American Journal of Clinical Pathology, Volume 138, Issue suppl_1, 1 July 2012, Pages A081.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajcp/138.suppl1.076>. Consultado: [23/05/20].

13) González R., Araya JC., González J., Urrutia ME. La Biopsia Intraoperatoria: Seguridad Diagnóstica, Experiencia y Correlación de Resultados. Rev.Chil.Tecnol.Méd. 23 (1), 1044 - 1049, 2003.

14) Araya JC. Aprendizaje Significativo para el Estudio y Evaluación de la Cátedra de Histología en Tecnología Médica. Rev.Chil.Tecnol.Méd. 28 (2), 1460-1466, 2008.

15) Araya JC. Bioseguridad, Control y Garantía de Calidad en Histocitopatología. Rev.Chil.Tecnol.Méd. 28 (1), 1422-1435, 2008.

16) OMS. Resolución WHA72.6. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf. [Consultado: 24/05/20].

17) ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3. Salud y Bienestar. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. [Consultado: 24/05/20].

PALABRAS CLAVE:

Histocitopatología, Histocitotecnología, Anatomía Patológica, Morfofisiopatología, Citodiagnóstico, Seguridad Paciente.

O PAPEL DO LÍDER NO DESENVOLVIMENTO E COMUNICAÇÃO DA CULTURA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE



Andréa Prestes

Gestora hospitalar, Master Black Belt em Lean Six Sigma, Life, Executive e Positive Coach. Mestranda em Gestão da Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Coordenadora Científica do Manual do Gestor Hospitalar da FBH

prestes.andrea@gmail.com



Gilvane Lolato

Graduada em Administração de Empresas, MBA Gestão em Saúde, Controle de Infecção pela INESP, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Atua na gestão da qualidade em saúde há mais de 10 anos onde também é docente. Gerente de Educação da ONA. Fellowship ISQua.

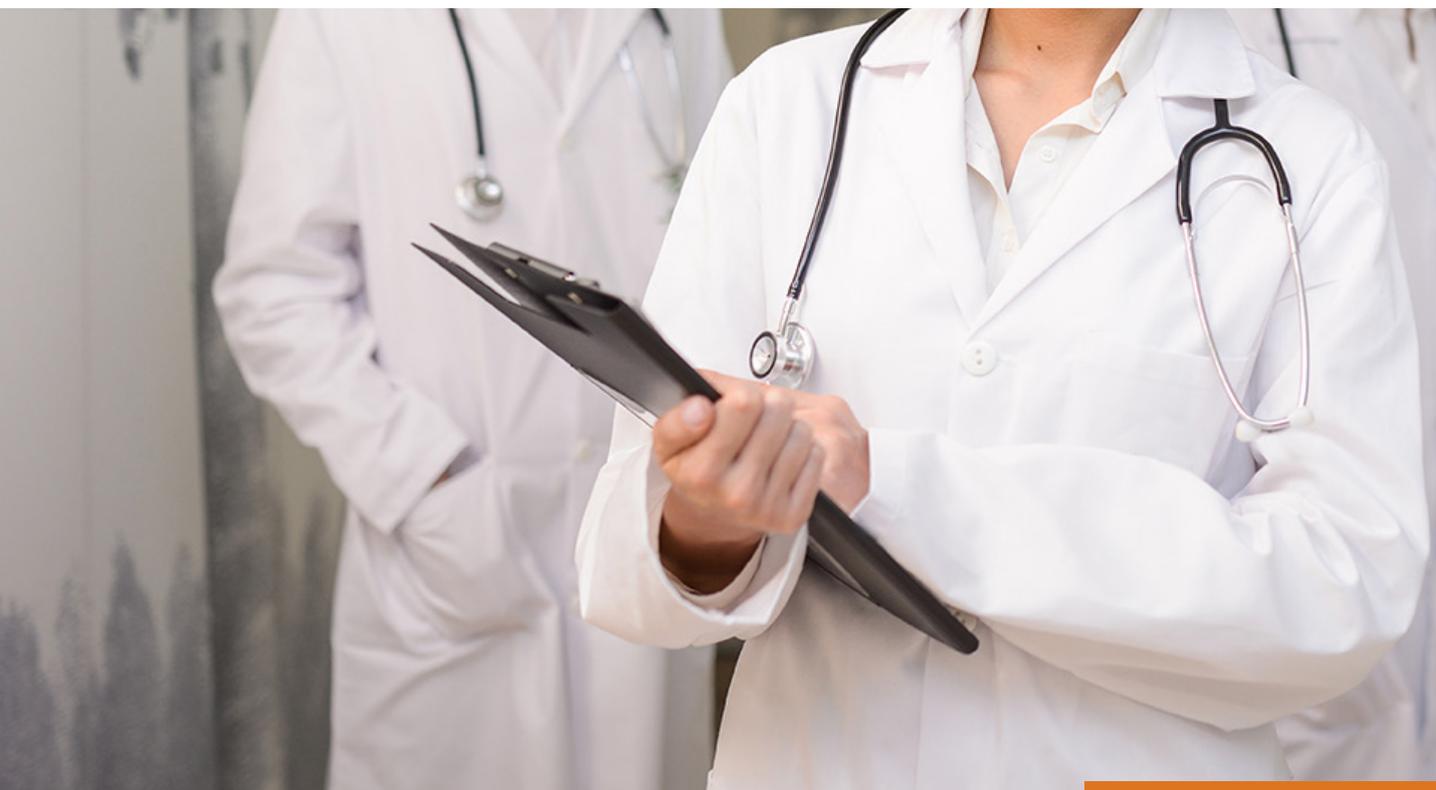
Lolato3@hotmail.com



J. Antônio Cirino

Comunicólogo, professor e pesquisador, atuando desde 2009 na área da saúde. Doutor em Comunicação e Sociabilidade (UFMG), em estágio pós-doutoral (UFRJ). Autor do livro “Gestão da Comunicação Hospitalar” e coordenador científico do “Manual do Gestor Hospitalar”.

cirino.jaf@gmail.com



As lideranças são fundamentais nas organizações de saúde para a inserção da qualidade e segurança do paciente no ato de cuidar. O líder tem o papel de promover o comprometimento dos profissionais, tornando-se a mola propulsora para o engajamento das equipes no desenvolvimento de uma gestão voltada à melhoria contínua.

Sabemos do grande abismo que existe dentro das organizações de saúde que separa, a assistência que prestada, daquela que gostaríamos de ofertar. E é nesse ponto que os líderes são fundamentais. Seu principal objetivo deve ser o de desenvolver nas pessoas o sentimento de pertencimento e responsabilização para a construção de um sistema de gestão da qualidade sólido e que impulse a edificação de uma cultura de segurança.

Nesse cenário, a comunicação efetiva é essencial para mediar e conectar as diversas pro-

fissões, processos e atividades que permeiam uma unidade de saúde, destacando-a como uma competência crucial para a atuação do gestor.

Alguns comportamentos tornam-se barreiras para a obtenção de maiores resultados na gestão das pessoas em unidades de saúde, quando o objetivo é o de desenvolver uma cultura de segurança: limitar os horários para abordar os assuntos da qualidade, quando todo momento é oportuno; responsabilizar apenas o Núcleo de Segurança e sua equipe, na disseminação da segurança do paciente por toda a instituição, entre outros fatores.

O Patient Safety 2030, apresentou estratégias de melhoria para os próximos 15 anos, com base em quatro pilares: i) a abordagem de segurança baseada em sistemas e não os indivíduos; ii) A melhoria da cultura de segurança com foco não punitivo e uma comunicação

transparente que ultrapassa a divulgação do erro e oportuniza o feedback e a tratativa da ocorrência, sem que sejam tolerados os erros intencionais; iii) Envolver os pacientes e os profissionais para que desenvolvam um sentimento de pertencimento e de responsabilização no processo do cuidado e não se vejam como vítimas ou culpados e; iv) Quando não existirem evidências robustas para a realização das análises, este processo deve ser fundamentado nos dados disponíveis, para que se mantenha a postura propositiva na busca de melhorias. Este estudo foi realizado pelo NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, por meio de uma colaboração entre o Imperial College London e o Imperial College Healthcare NHS Trust, publicado em 2016. É um documento consistente sobre o desenvolvimento da segurança do paciente, para o qual utilizaram a divulgação do *To err is human* como marco inicial do estudo.

A obra referenciada reforça a necessidade de que todas as estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente perpassam pela atuação das lideranças nas instituições de saúde. São elas as principais responsáveis pela criação de um ambiente de trabalho, onde os erros devem ser entendidos como oportunidades de aprendizado organizacional, por meio do qual, poderão ser geradas mudanças para a implantação de melhorias positivas aos processos instituídos. Quando os líderes avaliam o processo, suas interações, ou mesmo, o contexto organizacional para subsidiar a análise dos erros, o ambiente se torna favorável para a manifestação de opiniões, participação maciça das equipes que atuam em diversas funções e exposição de ideias que podem contribuir para a mitigação de novos eventos do mesmo tipo. As pessoas compreendem que não são o foco

da investigação das lideranças e que pertencem ao processo de melhoria de forma transparente e justa.

A partir da participação integral dos profissionais no registo, na análise e na tratativa dos erros, é primordial que exista um processo estruturado de feedback, capaz de ofertar informações acerca do erro investigado, das ações previstas para a mitigação do mesmo e qual é participação esperada de cada membro do time. Esta sistemática comunicacional é capaz de promover a disseminação do processo de melhoria contínua, com uma abordagem integrativa para a promoção da qualidade e segurança do paciente. Um processo transparente e respeitoso, desenvolve a confiança e segurança também aos profissionais envolvidos.

Existe maior entrega de valor aos pacientes quando o time enxerga a sua contribuição na agregação de valor, por meio das atividades que executa, bem como, quando há o entendimento dos líderes sobre o seu papel dentro das organizações. Para que ambas situações sejam possíveis, a alta direção precisa compreender que o maior capital de uma instituição de saúde, é o humano, para o qual deve dedicar recurso apropriado ao seu adequado desenvolvimento. Cuidar de quem cuida é prover-lhe todas as condições para que isso seja feito de forma magnífica.

O líder que desenvolve suas habilidades de comunicação e consegue avaliar esse processo de forma consciente, planejando e traçando os objetivos a cada nova abordagem com a equipe, obtém melhores resultados ao iniciar a transformação da unidade de saúde para a implantação da cultura da qualidade e segurança. Este processo perpassa na mudança do



status quo, quebrando o ciclo vicioso de atitudes inseguras para iniciar um novo momento, com hábitos seguros e que permitam, antes de tudo, não causar mal, como apregoa Hipócrates.

Em uma análise de mais de 4.000 eventos adversos realizada pela Joint Commission, identificou que a comunicação é a principal causa destes, portanto a comunicação precisa ser consistente e garantir que a informação enviada chegue da forma correta até o receptor, bem com garantir a saúde psicológica dos profissionais, aumentar o engajamento, satisfação e maior produtividade no trabalho. Do contrário teremos equipes frustradas, fracas, estressadas e desconfiadas que nos levará a incidentes e danos aos pacientes. E sabemos que uma cultura saudável beneficia os pacientes e profissionais, e é isso que almejamos.

O processo de comunicação se inicia com a definição do que pretende-se informar e, para tanto, é preciso escolher um código que seja coerente com a mensagem que será enviada, analisando, principalmente, quem será o destinatário, para que a seleção contribua para a compreensão do conteúdo. Ao passo que a codificação é realizada, a próxima etapa é a da escolha do canal mais oportuno para alcançar as pessoas que se pretende comunicar, avaliando sua disponibilidade e acesso. Depois disso, da parte do receptor, empreenderá a decodificação da comunicação e poderá emitir um feedback, informando sobre suas percepções relacionadas ao que recebeu, seja iniciando processos comunicativos ou mesmo por ações resultantes desse conteúdo.

Um líder precisa colocar em sua rotina diária o hábito de planejar a comunicação com as suas

equipes de saúde, para que ao implantar a cultura da qualidade e segurança obtenha maior efetividade, agindo e reagindo de acordo com os feedbacks recebidos para garantir um maior controle e acompanhamento desse projeto.

Desta forma conseguimos mudar a cultura da organização, os comportamentos, as atitudes, as percepções e as crenças internas, pois passamos a enxergar uma realidade em que a comunicação acontece de forma efetiva e todos da equipe têm a vez de falar e ouvir, e a liderança assume o seu papel. Esta mudança refere-se a todas as pessoas do time, que passam a vivenciar momentos de discussão que oportunizam o crescimento coletivo, por meio das análises compartilhadas e desenvolvimento de construções positivas na melhoria do processo do cuidado. A interação entre os membros da equipe se fortalece, os resultados se tornam melhores a cada dia e o trabalho passa a ser realizado com um objetivo comum.

REFERÊNCIAS:

Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A, editors. Patient Safety 2030. Londres: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.

The Joint Commission. Disease specific care certification - national patient safety goals [Internet]. Washington: The Commission; 2008. Available from <https://www.jointcommission.org/>.




Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
COMO REALIZAR ANÁLISIS
DE EVENTOS ADVERSOS
Y CENTINELAS BASADO
EN PROTOCOLO DE
LONDRES

80 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$80.000 USD 120

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° A-20254
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org




Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
GESTIÓN DE RIESGOS
EN SALUD:
QUÉ ES Y CÓMO HACER

80 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$80.000 USD 120

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° A-27105
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org




Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

CURSO:
CALIDAD, SEGURIDAD DEL
PACIENTE Y ACREDITACIÓN
PARA PROFESIONALES DE
ATENCIÓN PRIMARIA

30 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE

Inscríbete en educacion@fspchile.org




Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
HERRAMIENTA PARA
IDENTIFICAR EVENTOS
ADVERSOS EN ATENCIÓN
CERRADA BASADO EN
GLOBAL TRIGGERS TOOLS

30 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org




Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
USO SEGURO
DE MEDICAMENTOS

90 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$80.000 USD 120

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Capítulo de Químicos Farmacéuticos Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

<https://www.fspchile.org/cursos-y-diplomados/>

COMPROMISO EN EL PERSONAL DE SALUD (EN TIEMPOS DE PANDEMIA)



Dr. Carlos Alberto Marcheschi

Magister en Gestión y Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud - U.Favaloro
Titular de Cátedra Gestión, Calidad y Seguridad del paciente - Posgrado Universitario
en Anestesiología SPA-UNLP.

Especialista en Anestesiología

Medico Anestesiólogo del Hospital de Magdalena, La Matanza, San Vicente, Berisso

Presidente de la Sociedad Platense de Anestesiología (2013-2017)

Sec RRHH de la Federacion Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia
y Reanimacion (2012-2014)(2014-2016)(2017)

Director ejecutivo y fundador del CESSPA / Acreditación ISO 9001-2015 (Centro de
enseñanza por simulación de la Sociedad Platense de Anestesiología) Enero 2017



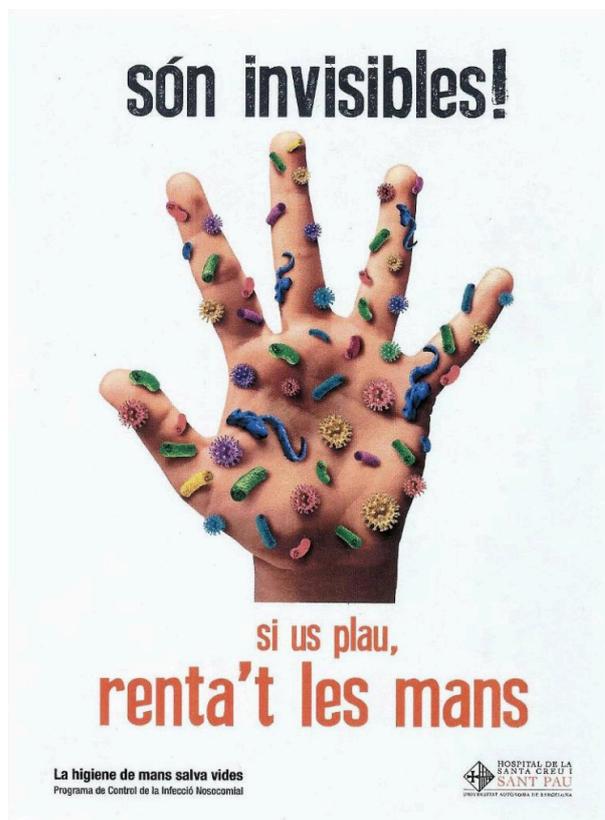
En Abril del 2016, cuando nos desplazábamos sin barbijos, pude asistir a una presentación maravillosa que impartiera un referente de Gestión Sanitaria Española el Dr. Manuel del Castillo Rey, Director Gerente del Hospital San Juan de Dios de Barcelona.

Por vez primera, tomé nota de la importancia del COMPROMISO en cualquier intento de gestión exitosa.(1)

El Hospital, que gestionó con éxito merecedor de varios premios en medio de un contexto sanitario desfavorable que incluía un ajuste de salarios de 12,5 %, tuvo como pilares la Innovación, la Gestión del Talento y la Gestión del Compromiso. El sistema nacional de salud británico comunico hace unos años atrás, la importancia del “compromiso” en el personal de salud para el logro de los objetivos de una buena calidad asistencial.(2)

El nivel de impacto del “engagement” es tal, que la baja de tasa de **infecciones hospitalarias** está estrechamente relacionado con el COMPROMISO del personal de salud , en este caso articulado por el número de veces al día de lavado de manos (de manera adecuada) en el personal de salud (al hablar de manera adecuada nos referimos a capacitación adecuada). Parece sencillo pero... a la vez tan complejo de implementar.

En las noticias de ayer, las autoridades sanitarias comunicaron en el diario La Nación, que el 70 % de los médicos que convocaban en tiempos de pandemia, no querían concurrir a hospitales del cono urbano, ante lo cual, y por esa razón, solicitarían el auxilio de fuerza laboral extranjera, con “certificaciones de homologación veloces”.



RESULTADOS DEL COMPROMISO

Menos absentismo

Menor rotación

Mejor resultado económico

Mejor experiencia del paciente

Mayor calidad de los servicios

Menor mortalidad y tasa de infecciones

Podríamos intentar un análisis de esta situación, que puede ser interpretada como “falta de compromiso”.

¿EL COMPROMISO SE PUEDE GESTIONAR?

Cómo es posible que humanos con vocación de servicio, que por definición poseen valores de responsabilidad, entrega, compromiso, altruismo, etc., no respondan al llamado de las necesidades de salud de una población vulnerable.(3)

El personal de salud, en tiempos de pandemia, es blanco de una gran cantidad de emociones y sensaciones contradictorias, entre aplausos, sensación de abandono, sin protección, rótulos de HÉROES (que no es lo mismo que MÁRTIRES) y ahora quizás: Falta de Compromiso.

Veamos los llamados “Drivers del compromiso” (algo así como líneas de fuerza o conductores) por nuestro referente de hoy, Manuel del Castillo Rey.



Coronavirus. Muchos médicos argentinos dijeron que no y la Provincia de Buenos Aires confirmó que contratará a 200 profesionales extranjeros



El compromiso se puede gestionar

The 12 elements of great managing

To identify the elements of worker engagement, Gallup conducted many thousands interviews in all kinds of organizations, at all levels, in most industries, and in many countries. These 12 statements – the Gallup Q12 – emerged from Gallup’s pioneering research as those that best predict employee and workgroup performance.

1. Conozco lo que se espera de mi trabajo

- 2. I have the materials and equipment I need to do my work right
- 3. At work, I have the opportunity to do what I do best every day

4. En los últimos 7 días, he recibido reconocimiento o alabanzas por hacer el trabajo bien

- 5. My supervisor, or someone at work, seems to care about me as a person
- 6. There is someone at work who encourages my development

7. En el trabajo mi opinión cuenta

8. La misión de mi empresa me hace sentir que mi trabajo es importante

- 9. My associates or fellow employees are committed to doing quality work
- 10. I have a best friend at work
- 11. In the last six months, someone at work has talked to me about my progress
- 12. This last year, I have had opportunities at work to learn y grow



Lo fundamental es la comunicación adecuada del proyecto para lograr “socios”, comprometidos en plasmar la visión. Se escucha decir que se intenta la “socialización de la medicina”, término que no está del todo claro. Si entendemos que hay que sacar al acto médico de las leyes del mercado para mejorar el acceso a la salud de los más vulnerables o modificar planes de estudio en las universidades para producir profesionales más cercanos a las necesidades de la gente, estaremos juntos **pero cada vez más distanciados de inaugurar nuevos centros donde no hay personal adecuado en cantidad y calidad adecuada para la atención sanitaria. (Coherencia)**

Pero sencillamente no conocemos el proyecto. Es claro, que el Sistema de Atención Sanitaria es imperfecto y debe ser revisado continuamente para la mejora continua y que, además, hoy estamos atravesando una crisis global.

Crisis que es siempre oportunidad, crisis que acelera los cambios que llevarán a un destino no comunicado claramente.

En nuestra Provincia de Buenos Aires no hay una participación activa de todos los actores de la salud **(autonomía y participación)** y el puerto hacia donde nos movemos no está comunicado claramente.

Las **condiciones de trabajo** del personal de salud son desde hace tiempo, al menos descuidadas por las autoridades. Violencia social sin control dentro de los hospitales, personal trabajando con condiciones de habitabilidad deficiente, pluriempleo por necesidad alimentaria y fatiga como norma es moneda corriente.

La pandemia agregó a esto, la discriminación del personal de salud. Un nuevo peso sobre las flacas espaldas del profesional de salud.**(Soporte?)**

Ahora bien, anhelo que a los médicos extranjeros, además del magro sueldo, se les gestione el compromiso que van a necesitar para que la calidad de la atención sanitaria no disminuya. Deseo, también, que las instituciones estén a la altura de las circunstancias y comuniquen adecuadamente a los pacientes, centro de todo esfuerzo sanitario, lo bueno y adecuado en un proceso de atención sanitaria que merece cualquier ciudadano de este siglo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1).La Buena gestion de recursos humanos
Rosario Peña y colaboradores . 2014 Alfaomega Grupo Editor
- (2).How Employee Engagement Matters for Hospital Performance
Graham Lowe/Health Human Resource
- (3)12: The Elements of Great Managing Hardcover - November 1, 2006 by [Rodd Wagner](#) (Author), [James K. Harter](#) (Author)

CONFESANDO (Y PREVINIENDO) NUESTROS ERRORES



Dra. Edita Falco de Torres

Cirujano Pediatra
Chapter Líder IHIOSLC

edita.falco@gmail.com

J.Requena 1813
Montevideo, Uruguay



“Uno de los mayores daños que se producen en la asistencia sanitaria no está dado por los errores que se cometen sino el hecho de que no se reconocen, se niegan ,se descartan, se ocultan o se investigan de manera tal que los pacientes o sus familiares pueden pasar muchos años buscando la verdad, la responsabilidad y la disculpa.”¹

Posiblemente dentro de unos años los especialistas abundarán en artículos preguntando cómo era posible que los médicos (y las instituciones por añadidura) practicaran una sistemática política de ocultamiento frente a lo que eufemísticamente se ha dado en llamar *unanticipated outcomes*.

No es un hecho del cual podremos sentirnos orgullosos.

El colectivo médico fue históricamente reacio a hablar libremente sobre errores o maniobras que podrían haber perjudicado a los pacien-

tes, práctica que se ha ejercido y mantenido de manera implícita y explícita mediante el currículo oculto, las decisiones de los administradores de riesgo en los hospitales, las compañías de seguros.

La necesidad de transparencia ha llegado en la última década de la mano del informe del Instituto de Medicina que habló públicamente de los errores, se admitió que no solo causaban muchas muertes. sino que esos errores eran evitables.

Paralelamente grupos de pacientes, asociaciones civiles que reclamaban justicia y transparencia, dieron lugar a la formación de organizaciones como Sorry Works en EEUU, o Being Open en Gran Bretaña.

En el año 2001 la Joint Commission incluyó este reconocimiento del error como una de las condiciones para la acreditación y en 2006 el National Quality Forum adhiere a esta pro-

puesta requiriendo que las instituciones creen un entorno favorable para ello. En el año 2014 en Inglaterra se promulgó la ley de Duty of Candour que impone la obligación de informar honestamente sobre un hecho adverso.

En México la Ley General de Salud, incluye la obligación de dar información suficiente, oportuna y veraz a los pacientes. Es además un Derecho General de los Pacientes.

En algunos estados de EEUU y Canadá existe la obligación legal de dar información veraz. Si bien no hay una ley general, universal al respecto.

Muchos hospitales ven con buenos ojos estas iniciativas porque una disculpa oportuna y un arreglo económico a puertas cerradas puede ser más conveniente que un largo proceso judicial.

La atribución el error a un único responsable es difícil: generalmente se trata de problemas sistémicos que ponen de manifiesto las fallas organizacionales de la institución..Si revisamos algunos de los casos que tuvieron mayor repercusión mediática descubrimos: que en el caso de Libby Zion el consultante dio indicaciones telefónicas sin ver a la paciente, uno de los residentes estaba agotado y se fue a dormir pasada la medianoche, la otra residente estuvo atendiendo las múltiples consultas del hospital .y las enfermeras que la vigilaban no se percataron que la paciente estaba en coma...

Jossie King, una pequeña internada por quemaduras falleció a causa de la incoordinación entre servicios después que salió del CTI.

Rory Stauton, fallecido por sepsis no fue

diagnosticado al inicio por su pediatra, ni por los médicos de emergencia, amén de haberse perdido el examen solicitado: hemograma con leucocitosis....Son evidentemente fallas atribuibles a la cultura organizacional de cada institución.

Pero ¿qué sucede cuando el error se ha cometido a nivel individual, un error de diagnóstico, de medicación? Estamos dispuestos a reconocer que podemos cometer errores. ¿O es algo que sólo sucede a los demás?.

Richard Smith el revoltoso ex editor del BMJ lo expresó rotundamente: *“Cada doctor que practica la medicina ha cometido errores. Algunos han cometido errores importantes que han llevado a la muerte a un paciente. Es parte de “ser un doctor “y no es en absoluto fácil “*

1-Nuestra actitud frente a la posibilidad de equivocarnos

Conócete a ti mismo..y a las causas del error.

No podemos manejar correctamente la admisión de un error si no comprendemos por qué lo hemos cometido. Como decíamos al inicio la enseñanza curricular no nos enseña sobre la naturaleza de los errores.

La formación recibida a lo largo de la carrera refuerza la necesidad, la obligación de ser infalible. Da pocas oportunidades a la duda, y no enseña por qué se cometen errores, ni a reconocer, nuestras fallas ni las fallas del sistema .

Hace más de 30 años un médico David Hilfiker 2 publicó en el New England Journal of



Medicine lo que debe ser la primera pública admisión de errores: *Facing our Mistakes* en que señala inevitabilidad de cometer errores, el sufrimiento que ello implica para el médico y la intrínseca inhabilidad para enfrentarlo. Hilfiker describe las causas: depender de un solo examen, conocimiento insuficiente, descuido, o *failure of will* un término que implica el no hacer algo que debemos por cansancio, distracción o apuro.

Lucian Leape introdujo en 1994 el conocimiento aportado por los psicólogos industriales Rasmussen y Reason en el artículo "*Human Error in Medicine*"³ publicado en JAMA por lo que tanto el autor como el editor de la revista recibieron numerosas críticas de parte del cuerpo médico.

Y luego criticamos la conducta de los medioevales!!!.....se estaba tratando de advertir sobre los mecanismos que pueden alterar nuestro desempeño, de enseñarnos a identificar las instancias de riesgo que presenta el sistema y las que nosotros mismos podemos crear.

La identificación de los errores producidos por fallas en los automatismos permitió comprender muchos de los accidentes en la salud: la confusión de medicamentos de nombres similares, la administración de sustancias por las vías equivocadas,

Estos actos automáticos como la ceguera de la atención, los automatismos involuntarios son imposibles de predecir, pueden presentarse en cualquier momento y en las mejores personas que no pueden explicar lo que pasó y no tienen "excusa" legal.

El reconocimiento de estos hechos dio lugar al

establecimiento de sistemas más seguros: las conexiones de gases de anestesia, la separación de las sustancias peligrosas del botiquín y la lucha sin fin para que las industrias cambien el aspecto y el nombre de medicamentos de muy diferente función y muy similar empaque.

Los errores por fallas en el conocimiento y en la adquisición de habilidades ponen en evidencia las fallas de los sistemas educativos o de la organización de las instituciones. Lecciones que aun no parecen haberse aprendido cuando vemos que residentes en formación están a cargo de guardias prolongadas y de control de pacientes graves, inhibidos de llamar a sus superiores...

Más recientemente y sobre todo de la mano de Pat Croskerry se adentró en la fisiopatología del error diagnóstico, conocimiento fundamental para que el médico esté alerta frente a los condicionamientos de su razonamiento. Por otra parte: ¿sabemos del sujeto en cuestión? ¿del agente en el lado agudo?

Poco a poco, aportando cada autor una pequeña pieza de conocimiento se fue deconstruyendo la figura del médico comenzando por reconocer que es permeable a ciertas condiciones.

Croskerry llama Violation Producing Behaviours (VPBS) a condiciones que como la edad, el estado de salud, la fatiga, el sueño y el estado emocional puedan determinar actos equivocados en la atención del paciente.

Siempre fuimos reacios a admitir que el sueño, el cansancio, o la enfermedad incluso podían disminuir nuestro rendimiento a pesar de múl-



tiples demostraciones en contrario-todo ello avalado por una tradición que impone guardias y jornadas excesivas.

El trabajo durante muchas horas es una desviación de las normalizaciones culturalmente aceptado como demostración de vocación.

Una de las mas persistentes fantasías médicas se refiere a la necesidad de presentarse al trabajo estando enfermo como muestra de un espíritu de sacrificio y devoción, aunque se disponga de cobertura económica. El ausentarse por una dolencia puede ser interpretado como muestra de escaso compromiso y debilidad.

En los últimos tiempos se esta reviendo esa idea no solo porque el médico puede ser el transmisor de alguna enfermedad sino porque

se reconoce que su capacidad puede verse afectada.

La falta de sueño se traduce en mayor irritabilidad, lapsos de atención y concentración, menor memoria de corto plazo, mayor tiempo de reacción.

El estado emocional influye sobre las actitudes, La cólera, el temor y la frustración inciden sobre todo en la relación con el paciente; el tedio y las preocupaciones repercuten en los actos automáticos.

Años más tarde James Reason 4 dedicó sus investigaciones a detectar no solo las vulnerabilidades del sistema sino las características del agente en el lado agudo que interferirían con el correcto desempeño a las que señaló como *bad stuff*.



Otros autores buscaron los elementos en la personalidad del médico que implicaran factores de riesgo.

Pioneros en el tema Heimreich y Sexton de la Universidad de Texas, comparando actitudes de pilotos y médicos (intensivistas, cirujanos y anestesiistas) llegaron a estas interesantes conclusiones que resumimos:

-Los médicos rechazan que el cansancio, las emergencias, los problemas personales o, el stress puedan influir negativamente en su capacidad de tomar decisiones, Invulnerabilidad personal.

-Carecen de verdadero sentido de trabajo en equipo, no escuchan al personal subalterno, se caracterizan por su espíritu competitivo, por el “espíritu de barricadas” generadas por las diferentes características entre las especialidades.(basta evocar una discusión entre cirujano, anestesiista e intensivista...)

-Presentan excesiva tolerancia algunas prácticas: ¿Debemos mencionar una vez más la desastrosa grafía y la falta de prolijidad al anotar las indicaciones que han costado más de una vida e innumerables incidentes? ¿O la resistencia al lavado de manos que vergonzosamente se recuerda año a año en vastas campañas?

A partir de los años 80 se empezó a dar mas importancia a la personalidad del médico y a vincularla estrechamente a su desempeño.

Factores como la escrupulosidad y la empatía eran considerados predictores de un buen desempeño.

Por su parte las investigaciones llevadas a cabo en la universidad de Aberdeen señalaron la responsabilidad de las fallas en las NTS (habilidades no técnicas) en la comisión de errores La conciencia situacional, la comunicación, el liderazgo la toma de decisiones que fueron estudiadas inicialmente en el ámbito de la cirugía.

COMO ENFRENTAMOS EL ERROR

Como dijimos al inicio es fundamental reconocer por qué lo cometimos.

Veamos algunos ejemplos:

El médico ha estado tratando a un niño por un dolor abdominal que atribuyó a una gastroenteritis, en momentos en que había una epidemia. Lo controla durante tres días sin que el niño mejore y la madre no lo trae de nuevo a la consulta, Una semana después le encuentra en el hospital. La madre le increpa que su hijo fue operado por una apendicitis evolucionada que no supo diagnosticar a tiempo, ¿Cómo se siente?

John Banja profesor de ética lo describe como una mezcla de varios sentimientos: la necesidad fisiológica de auto conservación, miedo de admitir el error que dañó a alguien, miedo a la reacción del paciente, miedo de perder el trabajo, miedo por la posibilidad de un juicio de mala praxis, por la censura, miedo a la publicidad negativa, a la desaprobación de sus colegas. El que ha cometido un error claramente atribuible a su desempeño no puede evitar estos sentimientos..esto no puede ser.. qué he hecho, por qué?

Y por lo tanto en ese momento no está en condiciones psicológicas adecuadas para dar una respuesta coherente. Se enfrenta, de manera inesperada a un familiar que le increpa visiblemente enojada su error de diagnóstico.

¿Cómo reacciona?

Varias posibilidades-ninguna de ellas moralmente aceptable,

- Rechazar el error:-*Cuando vi a su hijo seguramente no tenía apendicitis.*

- Echar la culpa a la víctima.-*Debía tener el apéndice mal ubicado -*

- Minimizar los resultados- *Lo que importa es que ahora está bien.*

- Arrojar sospechas sobre el otro técnico: *me gustaría ver la anatomía patológica.*

Si el médico reflexionara sobre el que causo que el diagnóstico no se hiciera de manera adecuada vería que:

- Su diagnóstico inicial surgió por disponibilidad heurística-tendencia a afirmarse en lo más prevalente, o en experiencias recientes.

Lo mantuvo, por otra CDA: anclaje: una vez que se hace el diagnóstico la *investigación* se cierra

A esto el podemos agregar la búsqueda de información que confirme la hipótesis, un coprocultivo, una leucocitosis.

Nuestro médico fue víctima de un razona-

miento enmarcado en la CDR: No se preguntó en ningún momento *¿Qué otra cosa puede ser?*

¿Qué ha de responder a la madre, una vez comprendido el proceso que le llevó al error?

-Reconocerlo

Aaron Lazare, psiquiatra e investigador es posiblemente quien más ha aportado al tema.

Describe los cuatro componentes irremplazables de la disculpa:

1-Reconocer lo sucedido de manera completa:

Señora, cuanto lamento que si bien vi a su hijo durante tres días, siempre pensé que tenía una infección intestinal debida...

2-Explicación: teniendo en cuenta que no pueden agravar lo sucedido... (Su niño era muy difícil de examinar)

No debe responsabilizarse al paciente sino aceptar la parte que nos corresponde. No me pareció que fuera un cuadro quirúrgico .lo que fue evidentemente un error de mi parte

3- Expresar remordimiento, (sensación de pena) y humildad.

Lamento mucho mi error.

Jamás mostrase arrogante; en todos los años de mi brillante carrera jamás cometí un error

4. Reparación: de acuerdo a cada caso -Dígame en que puedo ayudarles...-



Un elemento muy importante está dado por la relación que se había establecido previamente: si la familia o el paciente expresaron alguna duda y no fueron atendidos, si se percibió que la atención había sido insuficiente en algún aspecto.

El no tomar en serio las preocupaciones del paciente hace que la comunicación en el futuro sea más difícil.

Los pacientes esperan una anamnesis completa, que se oigan sus inquietudes, que el examen físico sea completo. Si algo de esto ha fallado se le reprochará amargamente: le dije que estaba haciendo fiebre...que no se podía ir a casa.



Veamos otro caso:

El cirujano operó a un paciente complicado, que había consultado a lo largo de varios días sin que los diferentes médicos dieran un diagnóstico preciso. Los familiares estaban sumamente enojados por la calidad de la atención y se lo manifestaron ruidosamente al cirujano, La intervención fue complicada pero se llevó a cabo de manera correcta.

Se hizo como de costumbre el recuento del material blanco, por la instrumentista y la circulante. Sin embargo la evolución no era buena y una TC de control encontró una compresa en el abdomen.

El cirujano había confiado en el recuento de su equipo, pero dada la intervención y el estado inflamatorio de las vísceras no completo la exploración que habitualmente efectuaba después de la cirugía.

Ahora enfrentaba un never event un error considerado imperdonable del que era responsable ante una familia hostil. Y plantear además la necesidad de re intervenirlo.

DISCULPA:

Reconocer lo sucedido de manera completa

Buenos días Sra. y Sr XX me temo que no tengo buenas noticias, Ustedes se habrán preguntado por qué no está evolucionando bien y por qué le pedimos una TC. El hecho es que quedó una compresa en el abdomen.

-Explicación: teniendo en cuenta que no pueden agravar lo sucedido.

Siempre tenemos cuidado en hacer un recuento meticuloso. No sé qué puede haber sucedido (es verdad) no echar culpas al equipo.

-Expresar remordimiento-

Debería haber buscado en el abdomen a pesar del recuento...me dio reparos en entrar a tocar vísceras friables y suturas recién hechas...lo cual fue un error

REPARACIÓN

Lo podemos re operar ahora mismo, pero si ustedes prefieren a otro cirujano ya me pongo en contacto con quien ustedes prefieran.

Según Lazare la disculpa actúa sobre el paciente o familiares mediante una mezcla de sentimientos que incluyen la restauración de la propia dignidad, el alivio de que se reconozca la falta, la seguridad de seguir recibiendo atención y la satisfacción de ver sufrir al agresor.

EN SUMA

Reflexionar seriamente sobre nuestra falibilidad es la mejor manera de evitar en lo posible cometer errores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilfiker-Facing_Our_Mistakes-4-3-2013.pdf <https://physiciansindex.org/wp-content/uploads/2015/02/>
- 2- Leape, Lucian Error in Medicine . JAMA. 1994;272(23):1851-1857.
- 3-Glauser, Jonathan MD, MBA Was the Right Lesson Learned from Libby Zion?, Emergency Medicine News: May 2005 - Vol 27 - Issue 5 - p 38-39
- 4- Croskerry ,P (2003). The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. Academic medicine Journal of the Association of American Medical Colleges. 8. 775-80,+

5- Reason Front line dancing <https://www.who.int/patientsafety/events/05/JamesReason.pdf>

6-Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and team working in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320:7459.

7-Banja J; Error? What Error? The Role of Rationalization in Concealing Medical Error Forum May2003 Vol 23Number 2 Risk Management Foundation Harvard Medical Institutions

8-Lazare A-On Apology (Oxford University Press, 2004).



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

DIPLOMADO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

160 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$650.000 USD 1.000

educacion@fspchile.org



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

DIPLOMADO GESTION DE RIESGOS EN SALUD

170 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR \$650.000 USD 1000

Registro Inscripción Nº 527390 en Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

ca:link="https://www.freepik.es/stock-vector/gratis/Vector de Fondo creado por Kgorgeter - www.freepik.es/stock-vector/"/>



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

Diplomado en Gestión de Calidad en Salud

170 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ON LINE | VALOR \$650.000 800 USD

educacion@fspchile.org

EL BUEN MORIR, EN TIEMPOS DE PANDEMIA, UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA



María Gladys Osorio Uribe

EU Magister en Bioética
Diploma en Formación por competencia para Formadores
Diploma en Gestión de Calidad en Salud
Evaluador en Sistema de Acreditación en Salud
Par Evaluador para la Titulación de Enfermería en el marco del Sistema ARCUSUR

gosoriou@gmail.com



“En la esperanza de volver a abrazarnos”

Intentar conjugar en tiempos de pandemia, el buen morir, los derechos de los enfermos y los recursos disponibles no es tarea fácil ya que nos enfrentamos a una diversidad de posiciones al respecto, especialmente orientadas por la cultura de los países, creencias religiosas, avances de la ciencia y la tecnología, que permiten mantener artificialmente con vida a los enfermos, impidiendo que la naturaleza del morir se haga presente.

La muerte, aunque es un acto personal, tiene implicancias familiares y sociales que trastornan el entorno del enfermo en tiempos normales, más aún en tiempos de pandemia.

El avance de la ciencia y la tecnología ha variado el concepto de muerte a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba que la muerte, tenía lugar cuando el corazón deja-

ba de latir y el ser vivo ya no respiraba. Hoy, la muerte natural pasó a ser un proceso que se vuelve reversible. Una persona puede haber dejado de respirar por sus propios medios y seguir con vida a través de un ventilador mecánico. Por otra parte, existe el concepto de muerte cerebral cuando se produce el cese completo e irreversible de la actividad cerebral.

La intervención creciente de la ciencia médica ha significado un cambio importante en el modo tradicional de morir. La sociedad moderna se ve cada día enfrentada a más y mayores retos relacionados, con los derechos de los enfermos y el respeto de la autonomía, con la posibilidad de decidir, en mayor o menor medida, el momento y el modo en que habrá de producirse su propia muerte. Esta realidad, que ha introducido procedimientos “tecnologizados” de morir, nos obliga a repensar el tema de la disponibilidad de la propia vida y de qué significa la “buena muerte”, “buen morir” y “morir dignamente”.

Méndez lo denomina la “racionalización de la muerte”, supone entrar en la discusión asociada a la aparición de los diferentes sistemas médicos de mantenimiento artificial de las funciones del cuerpo humano, por ejemplo, aparatos como el Ventilador Mecánico, el cual sustituye la función pulmonar; las máquinas de hemodiálisis, que sustituyen las funciones del riñón; las técnicas de hidratación y de alimentación artificial, que permiten reemplazar el funcionamiento del sistema digestivo; las técnicas de reanimación cardiaca mediante estimulación externa las cuales permiten recuperar el funcionamiento del corazón; y también las técnicas de trasplante de órganos que permiten sustituir un órgano propio dañado por otro ajeno, entre otros ejemplos. De esta manera se fue imponiendo cada vez con mayor fuerza la idea de que el proceso de morir de un individuo en nuestra sociedad depende, en gran medida, de la decisión médica de aplicar o no una de esas técnicas.

Creo que nunca imaginamos que viviríamos en nuestro país lo que estamos enfrentando desde el día 3 de marzo 2020, fecha en que se presenta el primer caso de Covid-19 en San Javier, Región del Maule, Chile.

Con la explosión de la enfermedad a nivel mundial la OMS con fecha 11 de marzo, declara pandemia, con muchas dolorosas muertes. Estamos frente a un enemigo invisible, un virus del cual no se sabe casi nada, su origen es incierto, inicialmente se creía que afectaba principalmente a los adultos mayores, obligándolos a un confinamiento voluntario y luego obligatorio. Con el avance del conocimiento sobre el comportamiento de la enfermedad se pudo observar que también está afectando a adultos jóvenes y niños

La pandemia nos ha obligado a un cambio brusco en nuestras vidas, quedarnos en casa para protegernos en forma voluntaria y luego por decreto presidencial de cuarentena en algunas regiones y toque de queda en el país. Afectando fuertemente las relaciones familiares, laborales y la economía del país en general.

La pandemia, nos demuestra nuestra fragilidad y vulnerabilidad, tirando por la borda el imperativo tecnológico en el que nos sentíamos seguros, ya que la ciencia y tecnología no lo puede todo.

Nos hemos visto enfrentados a la escasez o inexistencia de recursos, lo que hace que la atención en salud deje de ser un derecho exigible, es decir, no se puede exigir lo que no está disponible, eso cuestiona profundamente el sentido de la responsabilidad y solidaridad de los profesionales de la salud para con el enfermo y la sociedad en general.

Empezamos a escuchar términos como uso de “ventilación mecánica”, “medios compasivos”, “final de la vida”, “muerte en soledad”.

Hablar de la muerte no es fácil, como decía Epicuro “No temáis, la muerte es una quimera: porque mientras yo existo, no existe la muerte; y cuando existe la muerte, ya no existo yo”, en nuestra cultura difícilmente aceptamos la muerte como algo natural.

“Todos quisiéramos tener un Buen Morir, una muerte en paz, tranquila, acompañado de los seres queridos, lo que permite a la familia un duelo menos doloroso, son las palabras de un médico joven quien trabaja con adultos mayores con Covid-19, es ella quien en su lugar de trabajo hace video llamada a la familia para



que se despidan del enfermo. En su relato señala que el equipo de salud lo está pasando muy mal, hace un llamado a quedarse en casa”.

Hoy 16 de julio, la situación se está haciendo insostenible, con 323.698 contagiados, 7.290 fallecidos, 1821 pacientes en UCI, 1516 enfermos conectados a ventilación mecánica, 315 en estado crítico en Chile (Minsal) y aún la población no mantiene las normas de prevención.

Cuando muere el primer paciente Covid-19, el Ministro de Salud anuncia que se usaron medios compasivos, en que se afirmaba que por acuerdo de la familia y el equipo médico se había decidido un “manejo compasivo”. El debate en las redes sociales asoció erróneamente este concepto con la eutanasia y el dejar morir.

Lo central del manejo compasivo es no prolongar artificialmente una vida mediante me-

dios extraordinarios y desproporcionados, respetando el principio de No maleficencia y de Justicia para con la persona y la sociedad.

Lo que diferencia un manejo proporcional o limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia, es que el primero, en el caso de que la persona enferma se encuentre en una situación de irreversibilidad clínica, la enfermedad ha dicho la última palabra, lo que permite el no inicio o retiro de medidas que han demostrado ser inútiles. En cambio, la eutanasia, provoca la muerte relación causa efecto a partir de un acto médico. En Chile es ilegal.

Para poder realizar cualquier acción en el cuerpo de un paciente es necesario que éste dé su consentimiento informado, que pasa a tener especial relevancia con la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes de los Pacientes” en Chile.

Es un proceso que consiste en entregar información a un enfermo atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, efectos, riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación, este es un acto de autonomía pura. En enfermos que no están en condiciones de dar su consentimiento es el familiar directo legalmente, el que debe consentir, ya que se supone es la persona que más conoce al enfermo para tomar una decisión por él.

La Ley 20.584 de abril de 2012 establece los derechos de los enfermos, en ella señala:

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario, (alimentación, hidratación). En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. En estos días hemos podido vivenciar las normas sanitarias que se nos han impuesto, por un bien mayor, de no cumplirlas arriesgamos multas en dinero o cárcel, porque estamos atentando contra la salud pública.

El tratamiento compasivo, se apoya en este artículo en el cual, dando el derecho a decidir autónomamente sobre las intervenciones que se realicen en su cuerpo. Las personas que se

encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte, tienen derecho a los cuidados paliativos para hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

En tiempos de Pandemia estamos frente a un problema de Salud Pública en el cual ya no es posible respetar lo que la Ley exige, respecto a los derechos de los enfermos, por ejemplo, los enfermos no están en condiciones de tomar sus propias decisiones, la familia tampoco puede estar al lado del enfermo.

Ahora prima hacer el bien a la mayoría, por lo tanto, pasan a ser no exigibles algunas condiciones como las que estamos viviendo, las visitas a los hospitales, clínicas y cualquier centro de salud.

Cuando hay un problema de Salud Pública la autoridad puede exigirnos algunas normas, de hecho, lo estamos viviendo, uso de mascarilla al salir de casa, al estar en contacto con otras personas, no acudir a centros públicos, no reunirnos, no acudir a cultos religiosos, celebraciones, distanciamiento social, las personas mayores de 75 deben quedarse en casa y esto lo obliga la ley y tenemos el deber de cumplirlo de lo contrario seremos sancionados. Los tiempos han cambiado. Estamos en crisis. Ya no somos los mismos. Los derechos de los enfermos no pueden ser respetados.

La Ley permite al enfermo tomar decisiones autónomas, siempre que esté debidamente informado, que no afecte a la salud pública y que su decisión no acelere el proceso de muerte. Hoy esto es lo importante.



Esto nos obliga a repensar el tema de qué significa la “buena muerte”. El progreso de las técnicas médicas ha hecho que la muerte se transforme, las personas ya no mueren naturalmente, sino invadidas por procedimientos invasivos, costosos y dolorosos.

En bioética, y para entender a lo que estamos enfrentados hoy, se definen los tratamientos en ordinarios y extraordinario, desde el punto de vista médico. Un tratamiento ordinario es el que produce beneficio, es lógico indicarlo por el beneficio que otorgará al enfermo, por ejemplo, la diálisis en un enfermo con insuficiencia renal. Extraordinario sería aquel que no produce beneficio en la salud del enfermo, tiene un alto costo y no es lógico indicarlo. Desde la mirada del enfermo los tratamientos pueden ser considerados extraordinarios dependiendo de la carga que signifique para el enfermo tanto en esfuerzo, costo o beneficio que este le proporcione.

La tolerancia social hacia las conductas que ponen fin a la vida de enfermos graves por petición de estos ha dado un paso más allá y se ha convertido en autorización legal explícita de esas prácticas en países como Holanda, Bélgica, Australia y el estado de Oregón en Estados Unidos. El derecho a elegir el modo de morir tendría su origen en lo que Dworkin llama “el rasgo más relevante de la cultura política occidental”, implica la creencia en la dignidad humana individual, es decir, en la idea de que “las personas tienen el derecho y la responsabilidad moral de enfrentarse por sí mismas a las cuestiones fundamentales acerca del significado y valor de sus propias vidas, respondiendo a sus propias conciencias y convicciones”.

Respecto de la normativa actual, la Constitución Política de la República de Chile, “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica”. Por su parte la Ley N° 20.584, dispone que “*Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud*”. Agrega además que “En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanasicas o el auxilio al suicidio”. Por su parte, el Código Penal chileno, en el título VIII de crímenes y simples delitos contra las personas, establece en el artículo 393, que “*El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte*”.

En el manejo compasivo busca otorgar la mayor dignidad posible al final de la vida de una persona para no caer en enañoamiento terapéutico, se trata de una adecuación que se estipula previo acuerdo con el enfermo, la familia y el equipo médico, a quien se encuentra en una desmejorada condición de salud, y que no tiene expectativas reales de mejora. Es una práctica médica frecuente, que no distingue edad ni condiciones socioeconómicas, se aplica en centros asistenciales públicos y privados, pues si de dignificar la muerte se trata, no hay condición que justifique discriminar arbitrariamente en este sentido.

El permitir el buen morir y morir dignamente, es una acción obligada que los profesionales de la salud deben respetar, es parte de los cuidados de calidad, que deben extenderse

no tan solo a rescatar la salud sino también al proceso de morir en paz, y cada enfermo que ingresa a un centro asistencial, debiera, como parte de su atención, saber que llegado el momento de su final tendrá una atención segura, en la cual se hará el mejor bien, sin realizar acciones que le prolonguen la agonía y el sufrimiento sin beneficios reales.

Pretender definir qué es lo correcto respecto a la decisión de solicitar Eutanasia es muy difícil, somos individuos autónomos y por tanto diferentes. Por esta razón es que es una situación muy difícil de legislar en los países.

Esta crisis sanitaria, nos está enfrentando no solo a complicaciones de carácter sanitario y económico, sino también a los mayores dilemas morales que podríamos imaginar: el “dilema de la última cama”, tener la obligación como profesional de la salud, de decidir a quién salvar. Es por ello por lo que debemos sacar lo mejor de nuestra naturaleza humana, actuando con responsabilidad y solidaridad, siguiendo todas las normas y recomendaciones que nos protegen, para no ser parte de esta realidad cercana.

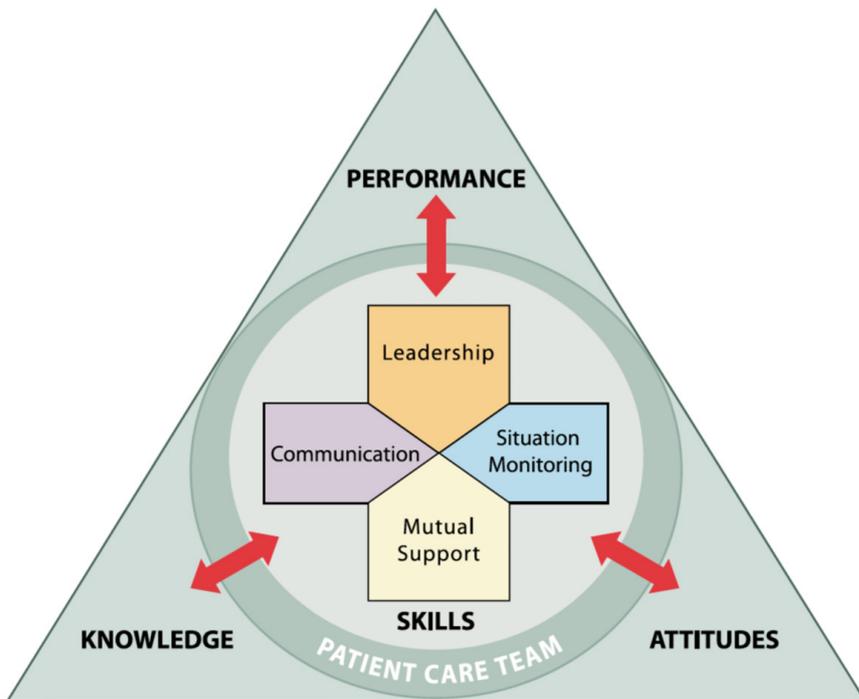
La muerte debiera ser respetada, los enfermos necesitan vivir su proceso final y que se les permita morir en paz. Esto significa morir sin dolor, acompañado por quienes más los quieren, con la posibilidad de expresar amor, de recibir amor y de reconciliarse consigo mismo, con los demás y con su Dios.

Idealmente así debiera ser el buen morir, lo que hoy en tiempos de pandemia es imposible, los enfermos mueren alejados de su fa-

milia, y la familia probablemente no volverá a ver a ese ser querido que un día entregó a los cuidados de profesionales de la salud, quienes están sobrepasados, arriesgando sus vidas y viviendo la muerte a cada instante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel Sánchez González “. Curso introductorio de Bioética”
2. Revista de Derecho, Vol. XXI - Nº 2 - Diciembre 2008, Páginas 111-130 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502008000200005>
3. Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile vol.144 no.12 Santiago dic. 2016
4. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>
5. Víctor Hugo Carrasco M.a, Francisca Crispi Eutanasia en Chile: una discusión pendiente Sección de Geriatria, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.
6. Juan Pablo Beca, director del Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. “El derecho al buen morir”



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

CURSO

Team STEPPS 2.0

Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety

100 HORAS

CRONÓLOGICAS

100% ON LINE

VALOR

\$80.000 120 USD

educacion@fspchile.org

Con la Autorización de:

Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety (TeamSTEPPS®)
2.0. Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville, Maryland USA. March
2014. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>

CARÁCTER Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN TIEMPOS BORRASCOSOS



Diego Cevallos Rojas

El autor es cofundador de Planetree en América Latina, director de esa organización para México y los países de América Central y consultor senior de la entidad para toda la región.

diego.cevallos@planetreeamericalatina.org



Cuando saquemos cuentas de cómo la pandemia impactó a las entidades prestadoras de salud en América Latina, los saldos no serán buenos: cientos de médicos, enfermeras y otros trabajadores muertos por la COVID-19, afectaciones de largo plazo a la salud mental de los profesionales del área, finanzas en números rojos, planes trancos, despidos y el reto de adaptarse a una nueva realidad.

Retiradas las olas de la pandemia o aún con su acompañamiento, en las orillas quedarán instituciones de salud severamente afectadas, con dificultades estratégicas y financieras, desafíos inéditos y un futuro oscuro. Pero también estarán las que, no obstante el golpe, remontarán el momento con equipos de salud consolidados, procesos de seguridad maduros, metas alcanzables y personal comprometido.

Lo que no podremos remontar son las pérdidas de valiosos profesionales de la salud, gran

parte de los cuales se contagiaron y fallecieron haciendo su trabajo. Muchos laboraban en entidades donde había falta de preparación para enfrentar el reto, procesos de seguridad inmaduros, recursos limitados, demanda de pacientes sobrepasada y en ocasiones, una marcada ausencia de liderazgos solidarios y comprometidos.

Con el tiempo, confirmaremos una vez más lo que venimos observando quienes tenemos la suerte de analizar y seguir por dentro la vida de muchos hospitales y clínicas: el recurso principal de cualquier entidad de salud no radica en sus instalaciones, en su tecnología, en la alta demanda de pacientes o en su fama. Tampoco en sus acreditaciones de seguridad y procesos, ni siquiera en el hecho de tener estrategias plausibles o contar en su nómina con profesionales preparados en las mejores universidades y hospitales.

Desde la orilla de Planetree, como asesor y consultor en hospitales y clínicas latinoamericanas, he atestiguado lo mismo que reportan mis colegas en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Nueva Zelanda, China, Medio Oriente y países de África: el recurso central, lo más importante de un hospital o clínica, es, sin lugar a dudas, su cultura organizacional. Se trata de un motor, un ambiente o atmósfera que para algunos pasa desapercibido y no es físicamente palpable, pero que tiene tal poder que permite enfrentar los retos más sorprendidos o demandantes, como ha sido el de la pandemia.

Si lo tradujéramos a la realidad de una persona, ese recurso es el carácter y el temple, aquella característica forjada en escenarios diversos, en el entorno familiar, la educación, la observancia de compromisos y luchas, paso del tiempo, no pocos avatares y el ejercicio del reconocimiento y empatía hacia el otro, hacia el entorno y la sociedad.

Para las organizaciones de salud, se trata de una forma de ser, de una personalidad construida con rituales diarios, trabajo de líderes en terreno –no discurso, sino acción–, mística y creencias que se mueven sobre unas rieles que conducen hacia un destino imaginado.

Como sucede con las personas, este carácter o cultura organizacional no es inmutable. Nada es inamovible en las entidades de salud. Se puede mejorar, cambiar o construir.

UN MODELO CULTURAL ALCANZABLE Y MEDIBLE

Con Planetree, lo que hacemos en 28 países, es ofrecer a entidades prestadoras de servi-

cio de salud un camino, una estructura, unos parámetros mesurables que potencian la cultura organizacional de atención centrada en la persona.

Se trata de una forma de ser en la que pacientes, sus acompañantes o familiares, así como el personal, son protagonistas. En las instituciones que siguen los procesos Planetree, el objetivo no es trabajar para pacientes y familiares, sino con ellos. Se trata de una diferencia sutil en el lenguaje, pero definitiva y poderosa en la realidad.

Frente a la pandemia, hemos confirmado con evidencia y datos, que los hospitales que trabajan bajo el alero de los Criterios de Planetree, tienen los arrestos suficientes para enfrentar las adversidades y seguir adelante. Su arma, su principal recurso no es el dinero, los edificios, equipos, certificados o grados académicos. Su arma es la cultura.

Tener un consejo asesor de pacientes y contar con representantes de ellos en las estructuras ejecutivas que toman decisiones, es parte de la cultura de estos hospitales o clínicas. Otra es reconocer formalmente a familiares de pacientes como asesores de los equipos de salud y tratarlos en consecuencia.

En estas instituciones se considera a los pacientes personas con un problema de salud puntual y no son clasificados como enfermedad o caso. Entre los miembros Planetree se hacen esfuerzos para responder a las preferencias de tratamiento de cada paciente, entregándoles y compartiendo con ellos toda la información posible, respondiendo a sus creencias religiosas, culturales y a sus necesidades de entretenimiento y de alimentos agradables.



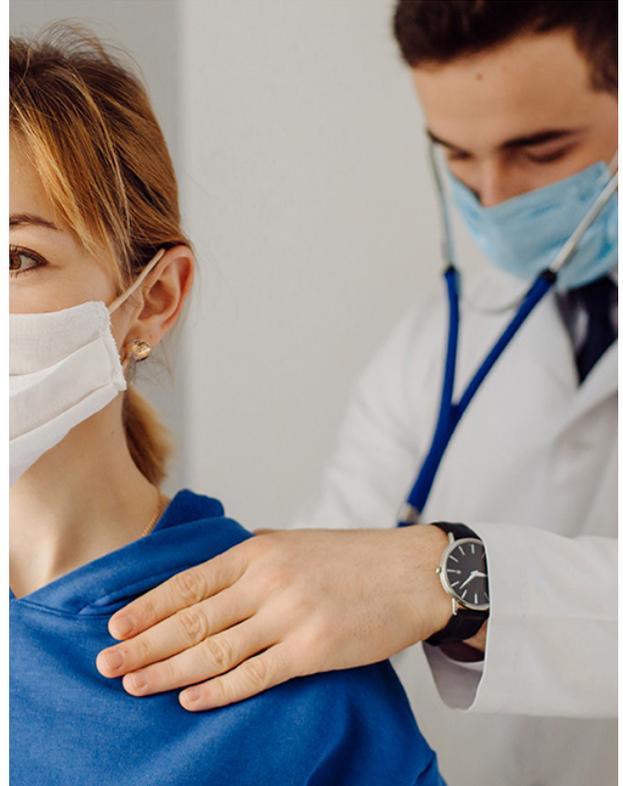
La cultura de atención centrada en la persona implica hacer constantes mediciones cuantitativas, pero también cualitativas, sobre cuál es la experiencia de pacientes, familiares y personal de salud. Implica tomar decisiones con base a ello.

Nada puede quedar a la deriva. En esta cultura los líderes recorren continuamente habitaciones, pasillos, salones y oficinas, conversan con todos los actores, comunican y se retroalimentan en terreno. Los colaboradores son escuchados y considerados, esto sucede desde la persona que hace la limpieza, hasta el director de finanzas, jefe médico o cualquier otro.

La cultura está hecha incluso de la forma en las que evaluamos y contratamos a los trabajadores. Por eso, los hospitales ponen énfasis no solo en identificar capacidades técnicas, sino en cómo el aspirante o el trabajador se comunica, en cuáles son sus niveles de empatía y compromiso con el trato solidario, cálido y cercano. La cultura también se expresa y construye cuando se hacen esfuerzos continuos para capacitar a todos los colaboradores en las mejores formas de tratar a pacientes, familiares y colegas, en cómo desarrollar y brindar empatía.

LA PANDEMIA ARRASTRA Y EXHIBE

En varios puntos de nuestra región hubo en las últimas semanas grupos de enfermeras y médicos que desesperados cerraron calles o se apostaron en ánimo de protesta en sus propias instalaciones para demandar apoyo, equipo de protección y salarios adecuados. Portando carteles con leyendas que expresa-



ban su frustración, se hicieron escuchar. Estos grupos, en su mayoría empleados del sector público, pero también privados, consiguieron pequeños cambios, pero no los suficientes para evitar que algunos de sus integrantes terminaran contagiados, enfermos de gravedad o fallecieron en los mismos lugares de trabajo o en otros donde ni siquiera fueron atendidos con oportunidad y dignidad. Hay quienes siguen enfrentando dificultades y posiblemente en el futuro resientan en su salud física y mental las experiencias vividas.

¿Cuál puede ser la suerte de pacientes y familiares que acuden a estas instituciones donde sus trabajadores no están satisfechos y donde prima el miedo y la cultura institucional es débil, los líderes están ausentes y la comunicación es vertical, autoritaria y cambiante? No es difícil imaginar. Aunque estén obligados a cumplir con todos los protocolos de seguri-

dad clínica exigidos por autoridades, o tengan incluso diversas certificaciones, el riesgo de errores y las posibilidades de recibir un trato inadecuado, poco humano y hasta peligroso, es alto. Lastimosamente lo han confirmado en estas fechas miles de pacientes y sus familiares. Ciertamente también hay reportes de personas satisfechas y agradecidas por haber sido curadas y atendidas por profesionales de salud excepcionales. Se trata de médicos, enfermeras, asistentes y otros trabajadores que actúan incluso a contracorriente de la cultura de sus propios centros de salud.

En otras organizaciones, la historia es diferente. Con la pandemia llegando o ya presente, los profesionales de estos centros fueron rápidamente contactados por sus líderes, los reunieron presencial o virtualmente para compartirles diversas decisiones, consultarles sobre diversas medidas y lograr acuerdos frente a la ola que se posaba sobre sus países e instituciones. Con inmediatez, readecuaron espacios físicos, se prepararon para atender pacientes y recibieron de sus líderes la promesa de que serían apoyados con equipos de psicólogos, psiquiatras y la oferta de que si llegasen a enfermar de COVID-19, ellos o sus familiares cercanos, serían atendidos en el mismo hospital.

¿Qué suerte corren pacientes y familiares en este tipo de hospitales? Es claro que las garantías de trato adecuado y seguro suben exponencialmente. No es solo por el hecho de que quienes los atienden cumplen protocolos definidos, sino porque hay un entorno cultural que permite que florezca, se mantenga y madure el compromiso y el trabajo de equipo.

En los hospitales Planetree de América Latina hemos visto casos en que gerentes y direc-

tores se bajaron el sueldo para no tener que despedir personal, observamos que se hicieron adecuaciones en edificios para entregar mejores espacios de descanso y relajamiento a médicos y enfermeras y que se conformaron equipos especializados de psicólogos y psiquiatras para desplegar protocolos de apoyo emocional a personal, pacientes y familiares.

También constatamos que desplegaron su máximo empeño para que los profesionales de salud, sin excepción, reciban diariamente mensajes electrónicos de aliento de los líderes y de sus familiares. Además, crearon espacios de contacto virtual y en algunos casos también físico entre pacientes con COVID-19 y sus familiares, incluso en las salas de cuidados intensivos.

Hay hospitales que obligados por las circunstancias desplegaron con marcada creatividad una oferta de telemedicina que apuesta por ser empática y centrada en la persona. Han introducido mediciones para descubrir si cumplen con ese propósito o si es necesario hacer ajustes.

Siguiendo los principios Planetree, no han desmayado en sus esfuerzos por escuchar y responder a las necesidades de pacientes, familiares y personal. Todos enfrentan dificultades económicas y lo reconocen, pero gracias a su cultura organizacional ven el futuro con optimismo.

ES LA CULTURA, SIEMPRE

En los hospitales, al igual que en otros sectores de la economía, la cultura se impone siempre e invariablemente, a cualquier estrategia, plan o proyecto temporal. Si colocamos un



plan o estrategia, por más positivo o racional que sea, en un hospital con una cultura débil o negativa, el resultado será el fracaso, la medianía o acaso el éxito efímero.

Pero si se implementa una estrategia, aunque sea débil, en una cultura potente, la consecuencia será casi siempre una mejora del plan inicial.

Cuando un hospital quiere destacar, perdurar, cumplir su misión y poder enfrentar tiempos borrascosos como los de la pandemia, debe crear una cultura organizacional poderosa. Esto no es inalcanzable. Se requiere seguir el camino adecuado, trabajar duro y contar con las personas correctas.

Pero es claro que para crearla no es suficiente pasar por una lista de control, atender un conjunto de protocolos o adoptar tal o cual plan de acción. Se trata de tener creencias, una misión y una visión claras, compromisos a largo plazo, voluntad suficiente y un camino que se transita sin pretextos. Nada de eso se da sin la participación y el compromiso de todos los que hacen parte de un hospital o clínica.

Se necesita tener claro que el trabajo de salud implica atender a personas, no enfermedades o casos y que la misión es trabajar con los pacientes y familiares, no solo para ellos.

En palabras Planetree: se trata de seguir la filosofía y los Criterios de atención centrada en la persona.

Investigaciones realizadas por la Academia de Medicina de Estados Unidos indican que una

cultura organizacional de atención centrada en la persona no solo permite elevar la satisfacción de pacientes, familiares y personal, sino que aumenta exponencialmente las posibilidades de cura de los enfermos, baja su nivel de recaídas y potencia la seguridad clínica. Además, mejora el perfil empresarial y los retornos financieros de las organizaciones de salud.

Hoy sabemos que la calidad de la atención hospitalaria depende fundamentalmente de si está o no centrada en las personas. Dicho de otra manera, la forma en que se presta la atención es tan importante como la atención en sí misma.

RECONSIDERAR

Los momentos difíciles y tristes que vivimos en las entidades de salud de muchos países latinoamericanos por la pandemia nos llaman a reconsiderar el servicio que prestamos y cómo lo hacemos, nos obliga a repensar los valores que hemos desarrollado y la cultura que hemos cimentado. Hay una nueva realidad que ciertamente nos exige adaptarnos y responder, pero más allá de esto, que es lo urgente - lo que agobia ahora y casi siempre a los sistemas de salud- hay que voltear la vista a lo importante, lo que da sustento y futuro a lo que hacemos. La cultura organizacional centrada en la persona es clave del éxito. Crearla, desarrollarla o potenciarla es la mejor inversión que se puede hacer.

ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA RICARDO



Ricardo Armando Otero Casamayor

raotero@intramed.net



1.

¿Quién es Ricardo Otero? ¿Qué puede usted decir de Ricardo?

- Soy médico (UBA 1968), nacido hace 76 años en Quilmes, localidad de la Provincia de Buenos Aires, al sureste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hijo único de una familia de clase media (padre publicista y madre ama de casa).
- Casado con una Licenciada en Kinesiología (UBA 1967). Una hija, Licenciada en Biotecnología (UN de Quilmes, 2006), y Doctora en Ciencias Básicas y Aplicadas (UN de Quilmes, 2012).
- Posgrados: Auditor Médico (Sociedad Argentina de Auditoría Médica, 1984); Especialista en Economía y Gestión en Salud (ISALUD, 2001); Máster Universitario en Dirección y Gestión de Servicios de Salud (Alcalá, 2006).

2.

Un breve Curriculum, de su vida laboral.

¿Dónde ha trabajado? De la actualidad hacia atrás:

- 2018 a la actualidad, Asesor, Instituto Técnico para la Acreditación de Servicios de Salud (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).
- 2017 a la actualidad, Member of the Knowledge Board, The International Society for Quality and Safety in Healthcare, (London, UK).
- 2009 a la actualidad, Jefe del Área Calidad, Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC (Florencio Varela, Pcia. de Buenos Aires).
- 2006 a 2008, Asesor de Gabinete, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- 2002 a 2006, Gerente de Prestaciones, Administración de Programas Especiales, Ministerio de Salud de la Nación.
- 1994 a 2018, Director Técnico, Instituto Técnico para la Acreditación de Servicios de Salud (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).
- 1978 a 1987, Médico Asistente, Jefe de Departamento y Consultor, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- 2002 a la actualidad, miembro de la Comisión Directiva, ex Presidente y ex Secretario de la Sociedad Argentina para la calidad en Atención de la Salud.
- 1990 a la actualidad, International Surveyor, The International Society for Quality in Healthcare (Dublin, Ireland).
- 1984 a la actualidad, socio, ex integrante y ex secretario de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Auditoría Médica (actualmente Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria -SADAM-).

3.

¿Qué hizo que su mirada profesional se volviera hacia el mundo de la Calidad? ¿Qué pasó en su trabajo que le hizo sentir que era necesario un cambio?

- Me topé con el concepto de Calidad al matricularme en 1985 al Curso de Auditoría Médica que dictaba la por entonces Sociedad Argentina de Auditoría Médica. Tuve docentes que

desde aquella época fueron impulsores de la Calidad en Salud en Argentina, como los Dres. Carlos García Díaz[†], Camilo Marracino y Hugo Arce. En aquel momento, yo era un médico asistencial que buscaba en la Auditoría simplemente un medio para incrementar sus ingresos. Por ese entonces esta capacitación encajaba perfectamente con mi desempeño en la Seguridad Social (en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, la mayor organización argentina de su tipo, que cuenta actualmente con casi 5.000.000 de afiliados).

- A partir de allí, comencé a interesarme en la calidad, porque entendí que era un camino para mejorar no sólo los servicios que recibe la población, sino también la equidad distributiva, que en América Latina tiene aún un largo camino por recorrer. Sabía por experiencia propia que nuestros servicios asistenciales tenían déficits (no sólo económicos, sino también operativos), que podrían mitigarse a través de la mejora de la calidad.

4.

¿Cómo definiría usted “Calidad”, desde su experiencia?

- Para mí, calidad es hacer lo que debe hacerse, en el momento en que debe hacerse y de la mejor manera posible. Pero también significa defender esta idea, entendiendo que la calidad debe ejercerse, no declamarse. En mi país al menos, la declamación es un recurso habitual de las autoridades, pero cuando llega el momento de tomar decisiones (léase invertir fondos), resulta que entran en juego otras consideraciones que terminan resultando en carencia de recursos humanos y mate-

riales. La calidad no es barata, tiene un precio, y mientras los decisores no se comprometan realmente, seguiremos teniendo falencias. De todos modos, no todo es negativo, en estos casi 35 años que llevo en el tema, he podido ver avances, en especial en el subsector privado, a través de la implementación de herramientas como la Acreditación Hospitalaria, la Certificación ISO de Sistemas de Gestión de la Calidad y el Premio Nacional a la Calidad. Sería injusto dejar afuera al sector público, que también ha mejorado, aunque en menor grado. Curiosamente, los tres primeros hospitales en lograr el Premio Nacional a la Calidad en la Argentina han sido públicos: el Hospital Zonal de Agudos Gral. Manuel Belgrano (Provincia de Buenos Aires), en 1994 y los hospitales Neuropsiquiátrico Dr. Carlos Pereyra (Provincia de Mendoza) y Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Éstos dos últimos en 1996.

5.

¿Cree usted que es posible modificar Culturas en las organizaciones de salud?

- Sí, por supuesto. No es un camino fácil, pero si no se lo intenta no habrá posibilidades de éxito. El cambio cultural es la meta más profunda a que debemos apuntar, puesto que sólo a su través podremos hacer que los avances alcanzados se sustenten, en lugar de ser esporádicos o de corta duración. El cambio de cultura es lo que permitirá a la calidad formar parte de la estructura de las organizaciones sanitarias. Quizás esto pueda ser ejemplificado a través de la creación de la JCI. ¿Porqué la Joint Commission de los EE. UU. creó su rama internacional? No fue exclusivamente por necesidad económica -que fue una de las razo-



nes-: las mayores organizaciones de la Seguridad Social de ese país¹ decidieron contratar sólo a establecimientos acreditados, lo que tuvo varias consecuencias. La primera, que a partir de allí a nadie se le ocurriría desarrollar un nuevo hospital sin tener el manual de la JCAHO al lado de la mesa de dibujo de los arquitectos y sobre los escritorios de desarrolladores y planificadores. La segunda, en poco tiempo, el 95% de los hospitales estadounidenses estaban acreditados. Y la tercera, así la JCAHO se quedó sin nuevos clientes en su propio país. Es decir, la calidad (aunque fuera para poder prestar servicios a beneficiarios de la seguridad social), se había convertido en una necesidad imperiosa, casi una obligación, para los establecimientos sanitarios y terminó integrándose a su misma esencia. Que los resultados globales no siempre hayan acompañado esta realidad depende de otras muchas variables que no se pueden discutir en este momento.

6.

¿Cuáles son los cambios que habría que desarrollar dentro de un establecimiento para aplicar una política de salud orientada a la Seguridad?

- Considero que el primer paso debe ser dado por la conducción: la calidad se dirige desde arriba hacia abajo y se ejecuta de abajo hacia arriba. Si la conducción no se compromete, las metas de una política de calidad serán dudosamente alcanzables. El segundo paso es disponer de profesionales con conocimiento de las herramientas procedimentales, que puedan detectar y comprometer a los líderes na-

turales de la organización, capaces a su vez de conseguir el empeño del resto de sus colegas para con la calidad. Por supuesto que no es necesario que estos líderes naturales ostenten cargos de conducción. Como ejemplo, en el hospital en el que trabajo, el proceso de admisión de pacientes críticos ha sido certificado y recertificado por norma ISO 9001:2008 y nuevamente certificado por la versión 2015. Pero ese proceso está compuesto a su vez por veinticuatro subprocesos, cada uno de los cuales tiene un responsable. Sólo cuatro de esos responsables de proceso son jefes de servicio. El resto son profesionales, técnicos y administrativos de nivel operativo. Por supuesto que están acompañados de otros compañeros de trabajo, formando equipos que desarrollan, consensuan e implementan procedimientos de calidad, así como controlan su marcha y los resultados obtenidos.

7.

¿Por qué parece tan difícil lograr un cambio de conductas culturales o costumbres?

- El Diccionario de la Lengua Española define la cultura como *“el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”*. Se trata de un concepto que inicialmente fue limitado a lo personal (la cultura de alguien), para poco a poco ir extendiendo su significado al nivel de los grupos poblacionales. Esto implica que la cultura es una característica propia que los diferentes grupos humanos desarrollan a través del tiempo. La consecuencia es que las culturas son inherentes a cada grupo social. Incluso dentro

1- Medicare y Medicaid.

de un mismo grupo puede haber más de una cultura, con diferencias más o menos complejas dentro de un mismo marco referencial general². Y éste es el quid de la cuestión: una cultura, si bien es dinámica, no surge de improviso ni se cambia de ese modo. En el caso específico de la salud hay que tener en cuenta las definiciones de Mintzberg acerca de lo que llama las burocracias profesionales -de las que el hospital es el ejemplo más acabado-, en las que el “obrero” tiene capacidad de decisión, las decisiones que toma en el ejercicio de sus funciones son poco o nada influenciadas por la conducción de la organización y cuya cultura conductual ha sido desarrollada en base a lo aprendido antes y fuera de la organización en la que se desempeña. Es decir, durante el período de aprendizaje en la en la Facultad de Medicina cuando era, digamos, una pieza de alfarería maleable y muy influenciada. Por lo tanto, más allá de las habilidades adquiridas una vez convertido en profesional, lo aprendido, bien o mal, en esa época, seguirá estando presente durante toda su vida y lo influirá a la hora de la toma de decisiones. Cambiar esto no sólo es difícil, sino que también es lento, requiriendo de una dedicación constante e irreductible en la que los liderazgos juegan un rol primordial, aunque no suficiente. Al igual que la calidad, el cambio cultural fluye desde abajo y no a la inversa.

8.

Desde su mirada, ¿cómo definiría a la Seguridad del Paciente?

- Seguridad del Paciente es un concepto que ha venido desarrollándose en forma parale-

la a las tendencias de una atención médica centrada en el paciente y a la aparición de la bioética, luego del final de la Segunda Guerra Mundial. En efecto, hasta hace no más de cincuenta años, la atención estaba centrada en los profesionales de la salud, y las estructuras y procesos desarrollados en los hospitales anteriores a las últimas décadas del siglo XX son un ejemplo: camas diferenciadas por especialidad, servicios por especialidad casi autosuficientes, con pocos contactos entre sí más allá de los imprescindibles en casos muy complejos, carencia absoluta de pensamiento sistémico, etc. Hospitales donde el paciente iba hacia el médico y no a la inversa. La introducción de conceptos clave como la atención por cuidados progresivos ha ido cambiando esto, siendo uno de los aspectos del cambio cultural al que nos referíamos previamente. Seguridad fue al principio un concepto dedicado casi exclusivamente al ámbito laboral de los trabajadores de salud (todos conocemos lo que se denomina Seguridad e Higiene, ¿verdad?), y luego, poco a poco, especialmente con la aparición del concepto de Eventos Adversos, fue estableciéndose como un paradigma con identidad propia dentro del espectro de la calidad sanitaria. Pero ambas opciones están dirigidas a comunidades específicas, por un lado los trabajadores y por el otro los pacientes. Sin embargo, la capacidad de enfermar de las organizaciones sanitarias no se limita a ellas, como puede evidenciarse cuando se estudia la gestión de residuos peligrosos (de cuya capacidad de producción por parte del hospital no puede discutirse). Así, en la actualidad, aparece el concepto de Seguridad de las Personas, englobando a todos aquellos que tengan relación con las organiza-

2 - Es interesante lo apuntado por Jesús Monsterín en ¡Vivan los animales! (1998), respecto a la enorme influencia que la cultura tiene en las diferencias de comportamiento entre los chimpancés silvestres y aquellos criados en cautividad.



ciones asistenciales, aun cuando no ingresen físicamente a ellos. De todos modos y volviendo al ámbito más limitado de la Seguridad del Paciente, existe hoy en día un gran número de herramientas validadas internacionalmente para su detección (Global Trigger Tools, notificación no punitiva de eventos adversos), y prevención (bundles para reducir caídas o IACS), a pesar de lo cual, salvo ejemplos puntuales y limitados, los eventos adversos siguen produciéndose. El principal escollo es la dificultad de pasar del conocimiento de los Eventos a la ejecución de medidas efectivas de corrección y prevención. Ejemplo de ello son las úlceras por presión: en los Estados Unidos son considerados Eventos Centinela (lo que implica que no debieran repetirse), mientras que en nuestros países siguen gozando de alta incidencia, aún cuando conocemos porqué y cómo se inician y disponemos de procedimientos para su detección y prevención, pero fallamos en la aplicación de medidas correctivas eficaces.

9.

¿Se pueden mejorar los estándares de Calidad o Seguridad en una institución de salud sin atentar contra sus resultados económicos? ¿La Seguridad del Paciente es una política económica adecuada?

- Son preguntas difíciles de responder, porque depende de la presencia de un sinnúmero de factores que tienen distinta influencia según las diferentes ámbitos geográficos, políticos, sociales, económicos y culturales del sistema sanitario bajo análisis. Por ejemplo, en los países de alto desarrollo económico en los que la gestión social se enfoca claramente en la defensa de los derechos de las personas, la respuesta es claramente positiva, como puede

evidenciarse a poco que analicemos la extensión y profundidad de las medidas de calidad y seguridad que se aplican. Sin embargo, en el resto del mundo, donde pareciera que predomina una visión económica cortoplacista, pareciera que ello no es así y no se tiene en cuenta que éste no es un gasto, sino una inversión a futuro. En mi opinión, decir que la Seguridad es o no una política adecuada implica una falacia, puesto que debe ser tomada como una política imprescindible para lograr mejores resultados, tanto en el ámbito público como en el privado.

10.

Según su experiencia: ¿Cuál es su opinión respecto a la participación de los pacientes en la prevención de posibles riesgos, como apoyo a la seguridad de la atención?

- Lo resumo en una palabra: fundamental. Al menos, así debe ser en lo que hace a los pacientes en internación. En una escala descendente en orden de importancia de las fuentes de información para la gestión de riesgos, ocuparía el primer lugar, seguida por el personal de enfermería. Descontando al paciente por razones obvias, sus familiares y el personal de enfermería constituyen los colectivos que están más en contacto y durante mayor tiempo, por lo que conocen perfectamente las eventuales falencias y brindar información que puede ayudar a reducirlos. Así, es necesario que los sistemas de salud impulsen y estimulen la participación de los pacientes y sus familiares. A nivel mundial el capítulo Pacientes en Defensa de su Seguridad de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS), es un ejemplo. A pesar de ello, al menos en mi país, esta colaboración es difícil de alcanzar (y creo que esta dificultad es trasladable a toda la región),

en especial debido a la persistencia en muchos ámbitos del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1978). En mi experiencia personal, poco faltó para que se iniciara una rebelión cuando, siguiendo el ejemplo de algunos hospitales del National Health Service (Gran Bretaña), propuse que los profesionales portaran un broche con la leyenda “pregúnteme si me lavé las manos”. Por supuesto, la idea quedó en el olvido hasta la actualidad. Pero en la Ciudad de Buenos Aires, al menos un establecimiento de gran prestigio³, tiene una importante experiencia en el desarrollo de este impulso, a través de la creación en 2017 de un Comité de Pacientes, que ha llegado a desarrollar en este año su primer congreso. Una de las principales actividades que este Comité desarrolló fue “definir aquellos momentos del recorrido que tienen alto impacto emocional para los pacientes, para así establecer los que deben ser revisados de cara a una mejor experiencia”.

11.

Su consejo a los profesionales mas jóvenes.

- Pensar en los pacientes, pensar en los familiares, pensar en las personas. Dar a sus necesidades y expectativas la más alta prioridad, escuchar, comprender, empatizar. Los pacientes son la razón de ser de la profesión que han elegido y no los convidados de piedra. La empatía es una de las vías de abordaje más eficaces para el éxito de la atención de la salud.

12.

Su consejo a los formadores.

- Incluir a la calidad y la seguridad de los pacientes en las currícula de grado. Como dije antes, ése es el momento adecuado para ello, porque la receptividad está en su plenitud. Incorporarlas al profesional ya formado y con experiencia no es imposible, pero requiere de un esfuerzo mucho mayor y sus resultados serán seguramente menores. Si queremos alcanzar un cambio cultural ése es el camino a transitar. Por otra parte, no creo que deba ser tratado como una asignatura individual. La calidad debe ser enfocada sistemáticamente, por lo que no se la debe encasillar en una asignatura específica, sino incluir aspectos que hacen a la calidad en cada uno de los componentes de los programas de formación en todas las disciplinas asistenciales.

PD.: ¿Algo más que agregar? Recomendaciones y Sugerencias.

- La calidad es como la felicidad: una meta inalcanzable, aunque uno pueda gozar de períodos de satisfacción. Es una búsqueda constante y un camino de ida en el que no se pueden tomar respiros. Cada respiro será irremediamente, un paso atrás. Lo sé por experiencia propia y podría aportar ejemplos en los que el haber alcanzado un resultado favorable hizo que aflojáramos la constante prédica, con lo que la siguiente medición hizo que nos diéramos de bruces con la realidad.

- Medir, medir, medir y seguir midiendo. Para utilizar un lugar común, lo que no se mide no se conoce; lo que no se conoce no se puede mejorar.

³ - Específicamente, el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA).



REVISTA DE REVISTA

En aras de cumplir nuestra misión de difundir las prácticas sobre Seguridad del Paciente, hechos, acontecimientos, reflexiones, pensamientos que nos mueven a pensar, que es posible colaborar y co-construir sistemas de salud seguros para pacientes y profesionales.

Colocamos en nuestras manos publicaciones del último tiempo.

**Editor Revista Chilena de
Seguridad del Paciente**

revista@fspchile.org

GESTIÓN DEL RIESGO EN CONDICIONES PELIGROSAS : LA IMPROVISACIÓN NO ES SUFICIENTE

Rene Amalberti

FONCSI , Toulouse , France
Correspondence to Professor Rene Amalberti,
FONCSI, Toulouse 31029, France;
rene.amalberti@foncsi.org

Charles Vincent

Experimental Psychology, University of Oxford,
London, UK

View Full Text: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-qs-2019-009443>

En este artículo los profesores Amalberti y Vincent, hacen incapie en la necesidad de desarrollar estrategias destinadas para manejar el riesgo en momentos en que los estándares ordinarios de calidad y seguridad no pueden ser cumplidos y la seguridad de los pacientes está comprometida. Nos hacen volver la mirada a “Gestionar el riesgo en lugar de buscar la seguridad absoluta” y cómo se puede minimizar el riesgo en condiciones esencialmente peligrosas. Sus reflexiones en relación a que nunca seremos capaces de eliminar el riesgo y peligros en el hacer de la Salud, la adaptación de un sistema permanentemente es estado de stress, deben hacernos llevar la mirada hacia la Gestión del Riesgo.

AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE ON DEFINITIONS AND TERMINOLOGY. USED TO DESCRIBE SERIOUS REPORTABLE PATIENT SAFETY INCIDENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Josephine Hegarty, PhD,* Sarah Jane Flaherty, PhD,* Mohamad M. Saab, PhD,* John Goodwin, MA,* Nuala Walshe, MSc, MTLHE,* Teresa Wills, PhD,* Vera J.C. McCarthy, PhD,* Siobhan Murphy, MSc,* Alana Cutliffe, BSc,* Elaine Meehan, PhD,* Ciara Landers, MSc,* Elaine Lehane, PhD,* Aoife Lane, PhD,* Margaret Landers, PhD,* Caroline Kilty, PhD,* Deirdre Madden, PhD,† Mary Tumelty, PhD,† and Corina Naughton, PhD*

**J Patient Saf • Volume 00, Number 00,
Month 2020**

https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/9000/An_International_Perspective_on_Definitions_and.99159.aspx

Los sistemas de notificación de incidentes ayudan a prevenir el daño, pero existe una considerable variabilidad en la forma en que se notifican los incidentes de seguridad de los pacientes, los autores realizaron búsquedas en múltiples bases de datos electrónicas y de literatura para los artículos publicados entre 2009 y 2019.

Las variaciones en la terminología y los sistemas de presentación de informes entre los países podrían contribuir a que se perdieran oportunidades de aprendizaje. Las definiciones internacionales normalizadas y los sistemas de presentación de informes sin culpabilidad permitirían la comparación y el aprendizaje internacional para mejorar la seguridad del paciente.



AVANZANDO HACIA UN ENFOQUE DE SEGURIDAD II

Suzette Woodward

Independent Researcher, London, UK
151 Buckingham Palace Road, Victoria, London
SW1W 9SZ, UK.
suzette.woodward@gmail.com

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2516043519855264>

En su introducción nos cuenta que: Afortunadamente, la forma en que pensamos la seguridad está cambiando. Hay tres conceptos en particular que toda persona que trabaje en el ámbito de la seguridad debería estudiar para replantearse y replantearse la forma en que hacemos la seguridad en la atención sanitaria: los sistemas adaptativos complejos, los tres modelos de seguridad y la seguridad II.

Erik Hollnagel describe dos puntos de vista contrastantes sobre la seguridad:

- la reducción del daño mediante el estudio del fracaso (acuñado como seguridad I)
- y el estudio de cómo las personas y los sistemas son capaces de tener éxito bajo las variaciones de modo que el número de resultados previstos y aceptables sea lo más alto posible (acuñado como seguridad II)

Hollnagel sostiene que los mismos comportamientos y decisiones que producen una buena atención también pueden producir una mala atención. Las mismas decisiones que conducen al éxito también pueden conducir al fracaso.

Este trabajo nos debe llevar a mirar lo que hemos hecho y lo que vamos a hacer.

SAFETY I VS SAFETY II: AN OVERVIEW

https://safety4sea.com/cm-safety-i-vs-safety-ii-an-overview/?_cf_chl_jschl_tk=-37ceaefe7f24909cbd5797d266b70f0245ce5d61-1587247046-0-ARVMG-W9F9dqBAXmYmTkRzOk6RSIUgPaFJI2SR5B8P-qOHAnV4trDd2GwG6EVUSTXEn3xH-QxUATEiumt2asG7JgiEgZSiVEPo12Af-0Hm-9QWQbsSI8gauosqs0-rYmHP-MWZmh-klvsEqtxTGDy8Z08NIXgivdrAHBaVyRIDbUOPwfrTldf-WFeFkUB-Fhz-F_xSai-2miMLxaQHlKmv8BQsXw63qWfj-sp4Ql-tisg4d7UelCYF8ZFufsokq3o1RrzK9PyYQi-4g9A7qd8jF3-mkhR5on4p6w_myRLsR-99DoT9L-kTR-2wMbSjaV1OZLtuO_-IBuAD-2qKfAFFfxsXbOwNnk

Un libro blanco de 2013 de los profesores Erik Hollnagel, Robert L Wears y Jeffrey Braithwaite vino a redefinir la forma en que vemos la seguridad con la introducción de una nueva definición en el ámbito de aplicación:

El concepto de “Seguridad I” argumenta que debemos dejar de centrarnos sólo en cómo evitar que las cosas vayan mal y en cambio enfatizar por qué las cosas van bien.

La perspectiva de ‘Seguridad II’ actúa como un complemento evolutivo del pensamiento convencional de seguridad, llamado ‘Seguridad I’.

Seguridad I toma los accidentes como punto de enfoque e intenta prevenir que ocurran cosas malas, mientras que Seguridad II hace hincapié en asegurar que todo lo que sea posible vaya bien, expandiendo mucho más que el área de prevención de incidentes y promoviendo una verdadera gestión de la seguridad sobre una simple evaluación de riesgos.

Un breve resumen e interesante mirada comparativa Seguridad I y II.

TEAMSTEPS® IS AN EFFECTIVE TOOL TO LEVEL THE HIERARCHY IN HEALTHCARE COMMUNICATION BY EMPOWERING ALL STAKEHOLDERS

Timothy C. Clapper

To cite this article: Timothy C. Clapper (2018) TeamSTEPS® is an effective tool to level the hierarchy in healthcare communication by empowering all stakeholders, *Journal of Communication in Healthcare*, 11:4, 241-244, DOI: 10.1080/17538068.2018.1561806

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1561806>

TeamSTEPS fue desarrollado por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos y la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHQR). TeamSTEPS mejora la seguridad y transforma la cultura en la atención médica mediante un mejor trabajo en equipo, comunicación, liderazgo, conciencia situacional y apoyo mutuo.

El autor señala: “ Al igual que en otras industrias, la jerarquía seguirá existiendo en la atención sanitaria y podría afectar negativamente a la calidad y la seguridad. En nuestra experiencia, TeamSTEPS® ha sido una herramienta efectiva para nivelar la jerarquía inherente a las estructuras organizativas. A través de la implementación de las herramientas y habilidades de TeamSTEPS®, los miembros de arriba a abajo pueden tener una voz que será escuchada”

Creemos que el desarrollo de habilidades de Trabajo en Equipo y Comunicación Efectiva, son fundamentales para una buena y exitosa Gestión de la Seguridad del Paciente.

SUPPORTING THE EMOTIONAL WELL-BEING OF HEALTH CARE WORKERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Albert W. Wu

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Baltimore, MD, USA.

Peter Buckle

Imperial College London, UK

Elliott R. Haut

Johns Hopkins School of Medicine, USA

Tomasso Bellandi

Regional Health Service of Tuscany, Italy

Shunzo Koizumi

Saga University, Japan

Alpana mair

Health and Social Care Directorate, Scottish Government, UK

John Øvretveit

Karolinska Institutet Medical University, Sweden

Chris Power

Canadian Patient Safety Institute, Canada

Hugo Sax

University Hospital Zurich, Switzerland

Eric J. Thomas

University of Texas McGovern Medical School, USA

David Newman-Toker

Johns Hopkins School of Medicine, USA

Charles Vincent

Oxford University, United Kingdom

charles.vincent@psy.ox.ac.uk

Corresponding author:

Albert W. Wu, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA. awu@jhu.edu

Journal of Patient Safety and Risk Management 2020, Vol. 25(3) 93-96

First Published June 17, 2020 Editorial

<https://doi.org/10.1177/2516043520931971>

Los autores describen que, “la pandemia de COVID-19 está emergiendo como la crisis de salud definitiva de nuestra generación. Las organizaciones de atención médica ya constituían un entorno de alto riesgo para los trabajadores, que están expuestos diariamente al sufrimiento de sus pacientes, la tragedia y el potencial de fracaso. Ahora, el personal de atención médica de todo tipo se esfuerza por satisfacer las demandas de cuidar a los pacientes con el nuevo coronavirus. El cuidado de pacientes con COVID-19 los pone en riesgo personal de infección y también representa una amenaza para su bienestar emocional”.

Una propuesta de los autores que identificaron áreas prioritarias centrales para mantener y promover el bienestar de la fuerza laboral durante la pandemia. Estos incluían satisfacer necesidades básicas, mejorar el liderazgo y la comunicación en situaciones de crisis, promover el bienestar y brindar apoyo mental y emocional.

Un artículo muy interesante de la mano de uno de los más grandes pensadores respecto de segundas víctimas.



“Yo, el COVID y la Seguridad del Paciente en 100 palabras”

BASES PRELIMINARES DE CONCURSO

“YO, el COVID y la Seguridad del Paciente en 100 palabras”

1. Podrán participar SOLO funcionarios de la Salud de cualquier parte del mundo. No pueden participar personas jurídicas, sino sólo personas naturales.

2. La temática de los cuentos debe estar relacionada con la experiencia personal en esta pandemia COVID -19 y la Seguridad del Paciente.

3. Los cuentos deben ser inéditos y no superar las 100 palabras, sin contar el título.

4. Cada participante puede presentar un cuento, el que sólo se puede enviar ingresando al correo revista@fspchile.org

El archivo debe estar individualizado con el pseudónimo del autor.

El resto de los datos se adjuntarán en una ficha que se puede descargar en www.fspchile.org

Se debe acreditar ser funcionarios de la Salud, con certificado de título del autor o contrato de trabajo.

5. El plazo de recepción se abrirá el 1 de Octubre de 2020 y cerrará impostergablemente el 15 de Octubre a las 24:00 hrs hora de Chile.

6. El jurado estará integrado por personas relacionadas con las comunicaciones, artes y las letras na-

cionales, por definir, quienes contarán con la colaboración de un comité de preselección coordinado por los organizadores.

7. El jurado seleccionará veinte cuentos finalistas, de los cuales dirimirá un Primer Lugar, un Segundo Lugar, un Tercer Lugar y Menciones Honrosas entre todos quienes hayan participado.

Premios:

- 1er lugar : USD 1.500.

- 2do lugar: USD 1.000.

- 3er lugar : USD 500.

- 4º al 20º lugar un Diplomado o Curso a elección de los programas académicos de FSP CHILE.

8. Luego de la ceremonia de premiación, los 20 cuentos finalistas serán publicados en la Revista Chilena de Seguridad del Paciente de Diciembre 2020.

9. No se devolverán los cuentos recibidos.

10. Los cuentos deben tener el carácter de originales (de autoría propia) e inéditos (no haber sido publicados antes en cualquier formato). En caso de infringirse lo anterior, el participante será responsable por todo tipo de daños y los organizadores podrán ejercer las acciones judiciales, civiles o penales, que correspondan.

11. La sola participación en el concurso significará la aceptación de estas bases y otorga el derecho exclusivo, gratuito, sin límite temporal ni territorial a los organizadores para que, sin fines de lucro, ejerzan todos los derechos señalados en el art. 18 de la Ley N° 17.336, y, especialmente, puedan editar, publicar, distribuir, traducir, transformar, adaptar y reproducir en cualquier medio las obras participantes.

12. Preguntas a hugoguajardo@fspchile.org

13. Bases en Notaría Bustos. Paseo Arauco N° 620. Fono 42 - 283 5276 - Chillán.



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos en Salud
- Diplomado en Gestión de Calidad en Salud

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

- Taller de Gestión de Riesgos en Salud basado en ISO 31.000
- Taller de Gestión de Incidentes en Seguridad basados en Protocolo de Londres

CURSOS ON LINE

- Curso Cómo realizar Analisis de Eventos Adversos y Centinelas basado en Protocolo de Londres
- Curso Uso Seguro de Medicamentos
- Herramienta para Identificar Eventos Adversos en Atención Cerrada basado en Global Triggers Tools
- Curso Calidad, Seguridad del Paciente y Acreditación para Profesionales de Atención Primaria en Salud
- Curso Gestión de Riesgos en Salud

CONGRESOS Y JORNADAS

Como parte de la implementación de nuestra Misión, realizamos Congresos y Jornadas que tienen como objetivo dar a conocer la Seguridad del Paciente y las herramientas que se pueden utilizar en su gestión.



NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE es el órgano de difusión de la Fundación para la Seguridad del Paciente - CHILE. Es una revista destinada a los profesionales relacionados con la atención de pacientes y a todos aquellos que la Seguridad de los Paciente sea parte de su interés.

Los trabajos que se publiquen serán revisados por el Comité Científico; y se exigen los elementos científicos básicos para aceptar su publicación, siendo de responsabilidad de los autores la veracidad y coherencia de los escritos.

Presentamos las consideraciones generales, en las secciones descritas, en aras de crecimiento y libertad podemos incorporar otras que sean necesarias.

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

Trabajos de investigación clínica o experimentales. Su extensión no debe sobrepasar las 2500 palabras. Los originales deben atenerse a las normas internacionales para la publicación de trabajos médicos científicos, y pueden ser devueltos al autor (autores) para su corrección o para darles una forma adecuada.

El orden de las diversas partes de un trabajo científico es el siguiente:

- Resumen: debe contener el objetivo del trabajo, los hallazgos principales y las conclusiones que no exceda las 300 palabras. Resumen en español e inglés encabezado por el título del trabajo.
- Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser de acuerdo al Index Medicus. Los autores son responsables de la exactitud de las referencias.

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

Revisión bibliográfica de temas de Seguridad del Paciente que requieren una actualización, ya sea porque hay nuevos datos o conocimientos sobre el tema, existen nuevas tecnologías e implican un avance del tema relacionado. Su extensión no debe sobrepasar las 2.500 palabras.

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

Documentos de Consenso y Recomendaciones de los grupos de trabajo (propias o en colaboración con otras Sociedades Científicas)

4. CASOS CLÍNICOS

Análisis de casos, incidentes, eventos adversos, centinela que signifiquen un aporte docente importante en Seguridad del Paciente. Estos deberán incluir un breve resumen de la anamnesis, las investigaciones de laboratorio que sólo tengan relación con el cuadro en cuestión, un pequeño comentario y un resumen final. Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

5. CRÓNICAS

Esta sección de la revista destinada a divulgar las actividades que se realizan durante el año por la sociedad u en otras organizaciones. Publicaremos resúmenes de una clase, conferencia, en Seguridad del Paciente. Junto al resumen, se dispondrá de link para .pdf in extenso en www.fspchile.org

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

Resúmenes de contribuciones presentadas en Congresos o Jornadas, que se realizan durante el año, en cualquier evento relacionado a Seguridad del Paciente, las cuales deben ser enviadas por sus autores.

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

Resumen o análisis de publicaciones importantes en Seguridad del Paciente aparecidos en otras revistas.

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

Las buenas practicas, sencillas y simples, creemos que deben ser compartidas para ser adaptadas en vuestro lugar de trabajo. Compartir lo que hacemos.

10. CURSOS Y CONGRESOS

Cronología y actualización de cursos y congresos en Seguridad del Paciente.

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

a. Todo manuscrito debe indicar el nombre y apellido del o de los autores, servicio, cátedra o departamento universitario de donde procede, y, al pie del mismo, su dirección postal e-mail. Los trabajos deben tener una extensión y un número de gráficos y tablas razonables.

b. Se sugiere considerar que 1 pagina en nuestra edición, considera 500 palabras.

c. El Comité Científico podrá pedir al autor la reducción de los trabajos muy extensos. Todos los trabajos de la revista serán de acceso abierto y podrán ser reproducidos mencionando sus autores y origen.

d. El Comité Científico se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos enviados a publicación.

e. Los autores serán notificados de la aceptación o rechazo del manuscrito, que se le devolverá con las recomendaciones hechas por los revisores.

f. Queremos y podemos publicar trabajos o articulos de revisión, que ya hayan sido publicados en otros medios, con autorización expresa del autor y del medio en que fue publicado.

ÉTICA

a. La Revista Chilena de Seguridad del Paciente respalda las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki relacionada a la investigación en seres humanos.

b. El editor se reserva el derecho de rechazar los manuscritos que no respeten dichas recomendaciones.

c. Todos los trabajos deben establecer en el texto que el protocolo fue aprobado por el comité de ética de la investigación de su institución y que se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos del estudio o de sus tutores, si el comité así lo requirió.

d. Es necesario citar la fuente de financiamiento del trabajo de investigación si la hubiere.

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

Somos una organización sin fines de lucro, que centra su hacer en generar espacios de colaboración y crecimiento para que nuestros pacientes y aquellos que cuiden de ellos, estén en ambientes de mínimo riesgo, educando y motivando a los profesionales para instalar Gestión de Riesgos en aras de la Seguridad del Paciente.

Parque Andalucía, Granada 1125,
Región de Ñuble, Chillán / Chile

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org