

## Seguridad sistémica\*

**Dr. Fabián Vítolo**  
**NOBLE Cía de Seguros**

Para Donald Berwick, Presidente Emérito del IHI (Institute for Health Care Improvement), el movimiento mundial por la seguridad del paciente se encuentra en un punto de inflexión. Si bien puede resultar una simplificación, nos hemos dedicado más de quince años a trabajar proyecto por proyecto: identificamos un peligro y tratamos de mitigarlo, ya sean úlceras por presión, retención de objetos quirúrgicos, caídas, infecciones hospitalarias, etc. Y eso no está mal, ya que el problema es acuciante y seguramente los miles de pacientes que evitaron estas complicaciones deben estar más que agradecidos. Sin embargo, nos encontramos ahora en un nuevo nivel de maduración, que consiste en buscar la seguridad de todo el sistema. Y este es un tipo de desafío diferente (Berwick, 2016). Significa crear un entorno, una organización, una comunidad donde la búsqueda constante de la reducción de riesgos, la mitigación de peligros y la seguridad se encuentren integradas en todo lo que se hace. Para profundizar el concepto, Berwick traza una analogía con el profesionalismo. El concepto mismo de profesionalismo excede los proyectos. Nuestro deber como médicos, enfermeros o personal sanitario trasciende los momentos. Une entre otras cosas el trabajo, la dignidad, el respeto, la deferencia a las necesidades del paciente y el poner sus intereses por encima de los nuestros. Las ideas que sostienen la esencia del profesionalismo no son proyectos. La seguridad de los pacientes y de quienes los cuidan también deberían regirse por estos principios. Necesitamos que la gestión de riesgos y la seguridad formen parte del ADN de nuestro sistema.

Las palabras de Berwick coinciden con la de la mayoría de los especialistas en seguridad del paciente. Si bien a lo largo de las últimas décadas se ha madurado en la comprensión del problema del daño asociado a la asistencia sanitaria, este progreso ha estado acompañado por una disminución de la intensidad del foco sobre el tema. La seguridad del paciente no debería ser relegada al asiento trasero, procediendo anárquicamente sólo sobre aquellos daños específicos que actualmente se miden y que son objeto de mejoras a través de incentivos o castigos.

*\*Basado en el documento "A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care" Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare 2017" Resumen, traducción libre y adaptación: Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros (Mayo 2021)*

El avance en seguridad del paciente requiere pasar de intervenciones graduales y fragmentadas hacia un abordaje sistémico total de la seguridad (NPSF, 2015). La adopción de este tipo de abordaje implica la priorización por parte de los líderes de una cultura de seguridad del paciente y de bienestar/seguridad de los trabajadores de la salud. Significa un desarrollo mucho más completo de la ciencia, de los indicadores y de las herramientas de seguridad del paciente. Para garantizar el máximo impacto, resulta importante pasar de la competencia en seguridad a la coordinación y colaboración de toda la organización. Un abordaje de este tipo también implica pensar en la seguridad en todos los aspectos de la atención en la continuidad de cuidados y no sólo en los hospitales. También incluye la creación en todos los puntos del viaje de alianzas con los pacientes y sus familias, para asegurar que sus voces sean escuchadas.

Para ayudar a la comprensión de lo que significa el concepto de seguridad sistémica, IHI elaboró un marco con los componentes a considerar para el desarrollo de una cultura y un sistema de aprendizaje en seguridad. En este artículo, se describe el marco y se analizan cada uno de estos componentes.

## Marco para una atención segura, confiable y efectiva (IHI, 2017)

### Introducción

Las organizaciones de salud tienen la absoluta responsabilidad de ofrecer a sus pacientes una atención segura, confiable y efectiva. Sin embargo, el cumplimiento consistente de esta obligación puede llegar a ser una tarea muy ardua, y las organizaciones se enfrentan a menudo al desafío de llevar a delante un conjunto equilibrado de proyectos de mejora que les permita alcanzar los objetivos de calidad y seguridad del sistema. Tal vez tengan ya en marcha proyectos aislados de mejora de seguridad en algunas áreas, o quizás realicen periódicamente encuestas de clima de seguridad, pero todavía sigue sin quedar muy claro cómo se entrelazan e interactúan estos distintos esfuerzos tendientes a lograr una atención más segura y confiable. Los datos provenientes de distintas fuentes son difíciles de combinar, dificultando el desarrollo de programas de seguridad sistémicos que ataquen todas las causas posibles de errores y daños.

En este contexto, un grupo de expertos en la materia del Institute for Healthcare Improvement (IHI) y de la organización Safe & Reliable Healthcare (SRH), han colaborado durante 15 años para desarrollar el *“Marco para una Atención*

*Segura, Confiable y Efectiva*", que se presenta a continuación. Este marco busca aportar claridad y orientación a las organizaciones de salud destacando aquellos componentes estratégicos claves para alcanzar una excelencia operativa y clínica en términos de seguridad y confiabilidad (IHI; Frankel et al, 2013). Está compuesto por dos dominios fundacionales – cultura y sistema de aprendizaje- y nueve componentes interrelacionados: liderazgo, seguridad psicológica, rendición de cuentas, comunicación y trabajo en equipo, negociación, transparencia, confiabilidad, medición y mejora, y aprendizaje continuo. El núcleo del marco está representado por la participación de los pacientes y sus familias, quienes son el motor que debe impulsar todos los esfuerzos para conseguir una atención segura, confiable y eficaz (ver cuadro).

**Figura 1. Marco para una Atención Segura, Confiable y Efectiva**



El marco sirve para distintos propósitos. Las organizaciones de salud pueden utilizarlo en primer lugar como un mapa de ruta que los guíe en la aplicación de los principios que contiene. También pueden utilizarlo como una herramienta de diagnóstico, que les permita determinar en qué medida están aplicando los distintos componentes del marco.

Con la orientación que brinda este marco, las organizaciones podrán, con el tiempo, mejorar la seguridad, confiabilidad y efectividad de la atención que prestan. Sin embargo, el rediseño de un sistema de atención es complicado y nunca conviene precipitarse. Aunque el marco ayuda a las organizaciones a ordenar sus esfuerzos en la búsqueda de sistemas más seguros y confiables, y

a pesar de que su implementación garantiza el abordaje de los componentes claves para el éxito sostenido, resulta esencial que las organizaciones de salud dispongan del tiempo y los recursos necesarios para realizar el trabajo. Deben además evaluar su desempeño actual en los dos dominios y nueve componentes del marco: ¿Están trabajando actualmente en la implementación de algún aspecto del marco? ¿En qué medida el proyecto está progresando? ¿Qué es lo que está funcionando? ¿Qué es lo que no? Al establecer estos puntos de referencia, quedará más claro dónde concentrar los esfuerzos.

El propósito de este documento conjunto del Intitute for Healthcare Improvement (IHI) y de Safe & Reliable Healthcare (SHR) consiste en explicar el marco, describir con un poco más de detalle los dos dominios y sus componentes, y ofrecer definiciones, estrategias y ejemplos del mundo real, a fin de ayudar a que las organizaciones de salud comprendan claramente cada faceta y empiecen a trabajar. Existen en la actualidad numerosas herramientas y métodos para apoyar una atención segura y confiable, y muchas de ellas se esbozan en el documento. Sin embargo, los autores no pretendieron abarcar cada uno de estos componentes en toda su profundidad.

## **Los dos dominios generales: cultura y sistema de aprendizaje**

Como se adelantó, el marco se basa en dos dominios o aspectos esenciales e interrelacionados: la cultura y el sistema de aprendizaje. En este contexto, la cultura debe ser entendida como el producto de valores, actitudes, competencias y comportamientos, tanto individuales como grupales que sirven de base para construir un sistema de aprendizaje.

Un sistema de aprendizaje se caracteriza por la capacidad auto-reflexión e identificación de los puntos fuertes y los defectos de las personas y grupos, tanto en tiempo real como en intervalos de revisión periódica. En la atención de la salud, esto obliga a que los líderes de las organizaciones destaquen la importancia de la reflexión continua sobre la propia práctica y la evaluación del desempeño. Supone el ejercicio constante de comportamientos de equipo acordados que faciliten esa reflexión; los briefings (breves sesiones informativas antes de comenzar una tarea) o debriefings (breves reuniones de análisis luego de realizada la tarea) son buenos ejemplos de ello. Cuando funcionan, los sistemas de aprendizaje permiten identificar los defectos y actuar sobre ellos; premian la proactividad en lugar de la reactividad. El aprendizaje continuo y la cultura de seguridad, al identificar y resolver los defectos clínicos, culturales y operativos se refuerzan mutuamente. Aplicando efectivamente la

ciencia de la mejora, las organizaciones podrán encontrar su camino dentro de los distintos componentes del marco.

La Figura 1 facilita la comprensión holística del marco. En la misma se lo representa como un modelo circular en el que cada componente encaja con los demás. Esto refuerza la idea de que todas las partes están interconectadas y son interdependientes, y de que el éxito en un área se basa en el éxito en otra. El marco ayuda a dar sentido al trabajo previo de la organización en materia de seguridad, poniendo de relieve los puntos fuertes y las lagunas.

El núcleo o centro del marco está representado por la participación de los pacientes y sus familias. Esto busca destacar que todo el esfuerzo que supone la ejecución del marco debe estar orientado a la obtención de los mejores resultados posibles para ellos durante todo el proceso de atención.

Como los dos dominios generales ("Cultura" y "Sistema de Aprendizaje") son los elementos fundacionales del marco, puede resultar difícil saber por dónde empezar a trabajar. Resulta una especie de problema del huevo y la gallina: las organizaciones necesitan tener una cultura que les permita aprender, y necesitan aprender para cambiar la cultura. En definitiva, no existe un lugar perfecto para comenzar; está justificado dedicarse primero a cualquiera de los dos ámbitos.

Este documento comienza deconstruyendo los componentes de la cultura y luego los del sistema de aprendizaje. Sin embargo, los lectores deben tener en cuenta que ambos ámbitos son sinérgicos y que, en muchos casos, las organizaciones deberán trabajar de manera simultánea en varios componentes, abarcando los dos dominios. El objetivo final es que se logren desarrollar todos los componentes y se trabaje de manera conjunta para generar un sistema que ofrezca una atención segura, confiable y efectiva a todos los pacientes, todo el tiempo.

## LOS COMPONENTES DE LA CULTURA

Como se muestra en la Figura 1, el marco incluye cuatro componentes culturales (seguridad psicológica, rendición de cuentas, comunicación/trabajo en equipo y negociación), además de un componente compartido (liderazgo), que se inscribe en ambos dominios (cultura y sistema de aprendizaje). A continuación, se examinan detenidamente cada uno de estos componentes

culturales, proporcionando una definición y los pasos para implementar las ideas en la práctica diaria

## Liderazgo

En la gestión de salud, como en cualquier industria, la principal función de los líderes consiste en influir sobre sus "seguidores" para que desarrollen comportamientos, hábitos, procesos y tecnologías que lleven a un rendimiento excepcional y en constante mejora. En el marco desarrollado por IHI (Instituto para la Mejora en Salud de los EE.UU), los líderes no se identifican por su posición o rango; existen en todos los niveles y en todos los grupos, incluso entre los pacientes y sus familias. De hecho, el marco es indiferente la posición que ocupa la persona en el organigrama institucional; reconoce tácitamente que los líderes de la alta dirección son los responsables de desarrollar la estrategia y alinear a la organización; los líderes de nivel medio de gestionar, y los líderes clínicos del desarrollar profesionalmente a su personal asistencial, poniendo en el centro al paciente y su familia. Cada función de liderazgo requiere de distintos atributos, si bien existen expectativas similares para cada puesto de liderazgo, independientemente de la función.

El marco requiere que todos los líderes, formales e informales se comprometan a lograr una excelencia operativa segura, confiable y efectiva. Esencialmente, los líderes tienen cuatro responsabilidades principales:

- **Garantizar el sistema de aprendizaje:** Deben comprometerse plenamente con el trabajo de autorreflexión que conduce a la transparencia; comprender y aplicar los principios de la ciencia de la mejora, la ciencia de la confiabilidad y del aprendizaje continuo; e inspirar ese trabajo en toda la organización.
- **Crear seguridad psicológica:** Deben asegurarse de que cualquier persona de la organización, incluidos los pacientes y sus familias, puedan expresar cómodamente sus preocupaciones, sugerencias e ideas de cambio.
- **Fomentar la confianza:** Deben generar un entorno de respeto innegociable, garantizando que las personas sientan que sus opiniones se valoran y que cualquier comportamiento negativo o abusivo se aborda rápidamente.

- **Garantizar la alineación con los valores:** Deben aplicar los valores de la organización en todas las decisiones que tomen, ya sea al servicio de la seguridad, la eficacia, la atención centrada en la persona, la puntualidad, la eficiencia o la equidad.

Cuando los líderes cumplen sistemáticamente con estas responsabilidades, sientan las bases de una cultura y un sistema de aprendizaje centrados en la seguridad y la confiabilidad.

## Cómo pasar del concepto a la realidad

Un liderazgo sólido implica una serie de actitudes que se manifiestan en acciones. Por lo tanto, las organizaciones pueden evaluar y cultivar el liderazgo fomentando, supervisando y comprobando determinadas acciones.

Las siguientes preguntas pueden ayudar a las organizaciones a evaluar su actual panorama de liderazgo y a identificar oportunidades de mejora:

- ¿Cómo capacita la organización a las personas para los puestos de liderazgo?
- ¿Qué grado de eficacia tiene la organización en la planificación de la sucesión de los puestos de liderazgo?
- ¿Cuánto tiempo y energía dedican los directivos y el consejo de administración a los temas de calidad y seguridad en las reuniones del consejo? (la cantidad de tiempo recomendada es el 25%). ¿Se priorizan los temas de seguridad y confiabilidad en el orden del día de las reuniones?
- ¿Tienen los líderes al menos una comprensión tácita del marco de seguridad sistémica y sus componentes, así como de sus funciones como líderes?
- ¿Se comprometen los líderes a revisar los tableros de comando y aprendizaje que documentan los problemas que tiene la gente y lo que se está haciendo para resolverlos) (Para más información sobre los tableros de aprendizaje ver en el apartado "Transparencia" más adelante en este documento)?

- ¿Establecen los líderes de todos los niveles objetivos claros que sean factibles? ¿Saben todos los trabajadores cómo pueden contribuir al objetivo general de la organización?

Las encuestas de cultura de seguridad son especialmente valiosas porque suelen proporcionar información sobre la percepción que el personal tiene de sus líderes. Algunos de los aspectos que indagan estas encuestas de cultura son por ejemplo si el personal siente que sus jefes los entrenan, si existe la percepción de que los valores de sus jefes se encuentran alineados los valores que pregona la organización, y si estos valores se manifiestan en sus acciones concretas.

Los líderes también deben ser accesibles, escuchar más de lo que hablan y responder a las preocupaciones. En toda organización debe existir una comunicación interna que vincule las respuestas de los líderes con las preocupaciones de los cuidadores de la primera línea de atención, garantizando esencialmente que el personal sienta que sus voces son escuchadas. Esta retroalimentación es fundamental, ya que los estudios demuestran que cuando los líderes hablan con la gente y responden con retroalimentación y acciones, la gente se siente escuchada y las puntuaciones en el ítem "compromiso" suben entre un 20 y un 50 por ciento, incluyendo las puntuaciones que piden la eficacia del liderazgo. Sin embargo, cuando los líderes escuchan pero no responden, o cuando sus respuestas no son conocidas por el personal de primera línea, las puntuaciones de compromiso y la percepción de la eficacia del liderazgo caen entre un 10 y un 20%, según los resultados de SCORE 2016 (Michigan Health and Hospital Association.)

## Seguridad psicológica

Este concepto fue acuñado por James Reason en su libro *"Managing the Risks of Organizational Accidents"* (1997), y fue popularizado por Amy Edmonson en sus primeros escritos y en su libro, *"Teaming"* (2012). Aunque coloquialmente se define a la seguridad psicológica como "la posibilidad de hablar de mis preocupaciones", la misma tiene muchos matices y se caracteriza por los siguientes cuatro atributos. Hay seguridad psicológica cuando:

- Cualquiera puede realizar preguntas sin parecer estúpido.
- Cualquiera puede pedir ayuda u opiniones parecer incompetente.



- Cualquiera puede ser respetuosamente crítico sin parecer negativo.
- Cualquiera puede sugerir ideas innovadoras sin ser percibido como disruptivo.

Cada uno de estos atributos se manifiesta en distintos lugares y momentos dentro del entorno laboral y sirve de apoyo a distintas actividades. El poder hacer preguntas sin parecer estúpido, por ejemplo, se relaciona con el aprendizaje en el entorno clínico, mientras que el pedir opiniones sin parecer incompetente es un componente natural de una comunicación efectiva en los equipos de trabajo.

Desafortunadamente, muchos entornos sociales comunes, incluyendo nuestras escuelas, familias y amigos, refuerzan todo lo contrario a la seguridad psicológica y no apoyan el valor de hacer preguntas, buscar opiniones o sugerir innovaciones. Un entorno de seguridad psicológica rompe este ciclo; estas conductas no sólo son bienvenidas, sino que se esperan.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

La seguridad psicológica requiere el aplanamiento de jerarquías y un sistema de aprendizaje sólido que genere un entorno en el que las personas puedan hacer sugerencias con comodidad, pudiendo incluso plantear ideas algo extravagantes que quizás "no encajen" en ese momento, pero que tal vez otros puedan moldear para que sean útiles. Los líderes deben ser modelos de conducta y cultivar el modelo de cultura justa aplicando las lecciones aprendidas con criterio y su juicio con moderación, admitiendo sus propios fracasos y errores. El "coaching" y el "feedback" son los principales mecanismos para lograr la seguridad psicológica en el trabajo. Las reuniones individuales periódicas con el personal ofrecen un escenario privilegiado para esta labor. Los jefes deben reunirse individualmente con las personas que les reportan –al menos 10 minutos al mes–, y hacerles preguntas concretas, como las siguientes:

- ¿Qué es lo que está funcionando bien?
- ¿Qué es lo que no está funcionando bien y dificultando el entorno?
- ¿Cómo estamos gestionando el entorno?

- ¿A quiénes deberíamos destacar por su excelente trabajo?
- ¿Qué sugerencia de mejoras tenés?

Como ya se ha dicho, la respuesta a los comentarios del personal es fundamental. Ellos necesitan ver que sus preocupaciones y sugerencias son escuchadas y atendidas.

Además de mantener reuniones uno a uno, los jefes deben organizar reuniones grupales breves para compartir rápidamente la información y animar a la gente a hablar. Antes de la primera reunión de este tipo, el jefe puede pedir a determinadas personas de su staff que planteen cuestiones a discutir para que los demás miembros del equipo vean que las ideas y críticas constructivas son bienvenidas. Cuando las personas se dan cuenta que sus aportes son bien recibidos son más naturales.

Para sentar las bases de la seguridad psicológica, las organizaciones deben transmitir claramente a todos los jefes y al personal que la misma es una expectativa de la dirección. Todos deben crear y apoyar la seguridad psicológica como parte de su trabajo. Es posible que el personal de primera línea no se dé cuenta de su derecho a esperar esto, y por lo tanto, no reclame estos comportamientos de apoyo por parte de sus colegas y jefes.

## Rendición de cuentas

Este componente del marco subraya la importancia de hacer que las personas rindan cuentas de sus decisiones y acciones individuales, pero no de los defectos de los procesos o sistemas. Cada individuo debe asumir el compromiso de encarnar los valores de la organización. Como miembro de un equipo, cada persona es además responsable de actuar de una manera comprometida, auto-regulada, competente y valiente (Kelley, 1988). A su vez, la organización es responsable de tratar a las personas de manera justa y equitativa "cuando las cosas salen mal" (Massachusetts Coalition, 2006)

El concepto de una cultura justa y equitativa requiere de un algoritmo sencillo y preciso que fomente un entorno en el que los miembros del personal acepten la responsabilidad por sus propios actos, pero donde también sientan que la organización los tratará de manera justa y no los culpará de cosas que están fuera de su control. El algoritmo, junto con las políticas y prácticas que lo

describen, debe ejercitarse regularmente para poder ser aplicado con precisión cuando resulte necesario. Esto implica su revisión periódica simulando distintos escenarios y debatiendo estos conceptos con ejemplos concretos en las reuniones de personal.

La literatura presenta algunos algoritmos de rendición de cuentas diferentes; los más conocidos son el Algoritmo de Cultura Justa, basado en el trabajo de David Marx (2001), y el Árbol de Decisión de Incidentes de James Reason (1997). El algoritmo que se presenta aquí tiene aspectos de ambos modelos (Frankel, 2010).

Cuando algo sale mal y el paciente resulta dañado, evalúe las acciones del miembro del personal implicado utilizando el siguiente algoritmo:

- *¿Fueron sus acciones dolosas? ¿Tuvieron la intención de causar daño?*
  - Sí - Esto apunta a una posible actividad delictiva, y la organización debe proceder en consecuencia.
  - No - La evaluación debe pasar a la siguiente pregunta

- *¿Estaba con el sensorio conservado? ¿Podía pensar con claridad?*

La claridad en el pensamiento puede haberse visto afectada por problemas de salud, factores de estrés social graves como un divorcio o un hijo enfermo, o por abuso de alcohol o drogas (legales e ilegales)

- No – La organización debe recurrir al programa de asistencia a los empleados o aplicar medidas disciplinarias si corresponde
- Sí - La evaluación debe pasar a la siguiente pregunta
- *¿Fueron sus acciones apropiadas y razonables?*

En este punto, las organizaciones deben utilizar la "Prueba de Sustitución" de Reason para orientar la respuesta, preguntando a otras tres personas con habilidades parecidas a las de la persona que se equivocó si en una situación similar hubieran hecho lo mismo. Si la respuesta es afirmativa, lo más probable es que se trate de un problema del sistema.

Debe observarse, sin embargo que éste no es siempre el caso; hay veces en las que grupos enteros de personas se desvían de lo que sería un comportamiento seguro y razonable. Veamos por ejemplo el siguiente caso: el análisis de un evento adverso originado en una sobredosis de opiáceos administrada a una madre durante el puerperio inmediato reveló que el servicio de maternidad de un hospital, compuesto por 30 obstetras y 300 obstétricas y enfermeras profesionales se puso de acuerdo en predefinir una orden permanente razonable de 2 mg de morfina para el dolor luego de la cesárea, que se podía repetir según fuera necesario hasta alcanzar 30 mg de morfina, una dosis extremadamente alta. Con esta orden estructurada, las pacientes de ese servicio estaban recibiendo en promedio 17 mg de morfina. Una simple modificación a la orden permanente (que las enfermeras tuvieran que re-discutir la analgesia con los médicos de cabecera una vez de administrados 10 mg de morfina), disminuyó la dosis media de morfina a 11 mg.

Cuando los grupos se desvían de prácticas seguras colectivamente, la organización debe pedirles que reflexionen sobre sus comportamientos y luego recalibren. Si un paciente resulta dañado a consecuencia del comportamiento del grupo, los individuos involucrados en el evento siguen siendo responsables de sus decisiones y la organización debe gestionar hábilmente el equilibrio entre la rendición de cuentas y la seguridad psicológica. Las influencias externas, como la litigiosidad por mala praxis, suelen inclinar la balanza hacia el lado de la responsabilidad individual. Los líderes de las organizaciones deben reflexionar continuamente sobre sus valores (ej: transparencia, justicia, centro en el paciente) mientras navegan por estos complejos acontecimientos.

- *¿Fueron sus acciones involuntarias? ¿Fueron riesgosas? ¿Fueron temerarias?*

Si la acción fue involuntaria, entonces con toda probabilidad haya un problema sistémico en juego. Si se trató de un acto inseguro, seguramente hubo problemas de juicio y se minimizó el riesgo. Por lo general, la capacitación o las discusiones grupales, en las cuales los participantes se ponen de acuerdo sobre las normas y sus por qué pueden ayudar. Por último, si el comportamiento de la persona fue absolutamente temerario o imprudente, es decir, si la persona asumió de manera consciente y voluntaria riesgos innecesarios, entonces resulta culpable de su comportamiento y debe rendir cuentas.

- *¿Tiene la persona un historial de actos inseguros?*

Si un mismo individuo ha estado involucrado en múltiples eventos adversos, es muy posible que no sea apto para el puesto que ocupa. En estas situaciones, resulta razonable que las autoridades de la organización evalúen la capacidad de esa persona para desempeñar su función; las posibles consecuencias podrían ser la reasignación de tareas o el despido.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

Independientemente de que una organización decida utilizar el algoritmo recién descrito u otro protocolo de rendición de cuentas, siempre resulta necesario implementar políticas y normas que definan cómo se juzgarán las conductas. El algoritmo que se decida debe ser difundido a todos los miembros de la organización, asegurándose de que el mismo sea aplicado de manera consistente en todos los servicios luego eventos adversos.

La organización debería involucrar a todo el personal en ejercicios de simulación de este algoritmo ante distintos escenarios, y conocer cómo se evaluaron en el pasado los casos que realmente salieron mal: de esa forma se los ayuda a practicar el comportamiento deseado, para que el algoritmo pueda ser aplicado con precisión cuando sea necesario y se convierta en la norma. Al menos dos veces al año debería convocarse a los mandos medios (jefes de servicio, supervisores) para que revisen juntos un caso ejemplo, ya sea real o simulado, utilizando el algoritmo. Después de esta simulación, estos mandos medios deberían revisar el caso con el personal asistencial de la primera línea en las reuniones periódicas del servicio. De esta forma, las organizaciones pueden garantizar la utilización de un único conjunto de reglas en todos los servicios y que el algoritmo se aplique a todos por igual.

## **Trabajo en equipo y comunicación**

Los grupos de trabajo efectivos desarrollan normas de conducta que conducen a un entendimiento compartido, anticipándose a las necesidades o problemas y utilizando métodos acordados para gestionar distintas situaciones, incluyendo aquellas que implican conflictos. Aquellos grupos que logran hacer esto bien reflejan un alto grado de trabajo en equipo y una sólida comunicación.

Entre los rasgos distintivos de los equipos de alto rendimiento se encuentran el trabajo conjunto para planificar el futuro, la reflexión sobre el pasado, la comunicación efectiva y la gestión del riesgo. Esto aplica a todo tipo de equipos, ya sea un equipo quirúrgico o un grupo de enfermeros que trabajan para una misma empresa de atención domiciliaria.

- **Planifique las acciones:** Dedique tiempo, aunque sea brevemente en reuniones cortas informativas sobre seguridad ("briefings") o durante la "pausa" antes de iniciar la cirugía, para delinear los próximos pasos, discutir los posibles riesgos y acordar el mejor camino para gestionar el riesgo, la seguridad y la eficacia.
- **Reflexione sobre lo actuado:** Utilice los informes del equipo ("debriefings") para evaluar lo que ha salido bien y lo que no tanto, buscando identificar posibles áreas de mejora. Los equipos verdaderamente sólidos evalúan no sólo las actividades técnicas operativas, sino también la interacción social del grupo. ¿Se cohesionaron bien como equipo? ¿Todos conocían el plan? ¿Se garantizó la seguridad psicológica?
- **Comuníquese claramente:** Los equipos de alto rendimiento utilizan sistemas de comunicación estructurada mediante los cuales se comparte información crítica de manera coherente, sucinta y respetuosa. Excelentes ejemplos de esto son las técnicas SBAR (Situación-Background. Assessment and Recommendation) (IHI SBAR Technique; Graham and Bonacum, 2004), y I PASS (Importancia de la enfermedad. -Paciente-Acciones-Situaciones contingentes y Síntesis) (Starmer et al, 2012). Mediante estas técnicas, los miembros del equipo pueden comunicar de manera rápida y exhaustiva un gran volumen de información que resulta crítica para tomar decisiones. La técnica "Read Back" (Escribo-Repito-Confirмо) es otra herramienta de comunicación estructurada en la cual la persona que oye el mensaje, lo escribe y lee de nuevo lo que ha escuchado para evitar malas interpretaciones en la comunicación y fomentar la precisión (Graham and Bonacum, 2004).
- **Gestione el riesgo:** En algunos momentos críticos, los equipos pueden utilizar una palabra o frase designada que indique que se percibe un riesgo y que habilita al equipo a dejar de hacer lo que se está haciendo y realizar un balance de la situación. Tal vez el equipo no esté siguiendo el plan acordado, o la dinámica de la situación haya cambiado. Esto puede

ocurrir, por ejemplo, cuando un miembro de equipo ya no entiende lo que el grupo está haciendo en relación al plan establecido, o cuando percibe un mayor riesgo.

Podemos graficar esta gestión del riesgo con un ejemplo: supongamos que un cirujano que está realizando una colecistectomía laparoscópica difícil lleva 30 minutos intentando identificar el colédoco entre el abundante tejido cicatrizal que rodea a la vesícula, y su frustración comienza a ser evidente. En ese momento, la instrumentadora o el anestesiólogo podrían sugerir que tal vez otro par de ojos experimentados serían útiles. En la mayoría de los quirófanos actuales, esto sería visto como una intromisión inadmisible y una afrenta a la habilidad del cirujano. Sin embargo, la realidad es que cualquiera corre el riesgo de sufrir una "fijación" con la tarea y que puede ser beneficioso contar con las múltiples perspectivas de un equipo multidisciplinario,

En una cultura que fomenta la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, se autoriza explícitamente a los miembros del equipo a asumir la responsabilidad no sólo por sus conductas, sino también por la de los otros, en un marco de aplanamiento de jerarquías. Sólo así puede alcanzarse una atención segura, confiable y efectiva. Para que el equipo interactúe de esta manera, cada miembro tiene que conocer el plan, dentro de una dinámica que apoye la seguridad psicológica. Las normas de conducta acordadas deben ser recordadas cada vez que resulte necesario.

Según Kelley (1988), la consecución de estos objetivos, tan ambiciosos como necesarios, obliga a que los miembros del equipo se comprometan y sean competentes, valientes y auto-regulados. Esto les permite planificar, reflexionar, comunicar con claridad y gestionar el riesgo.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

En la mayoría de los casos, los equipos llegan a encarnar las características mencionadas sólo después de una práctica regular. Para calibrar en qué punto de maduración se encuentra un equipo, los directivos deberían visitar periódicamente los servicios y buscar las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se transmiten información como equipo? ¿Cuál es el proceso para garantizar que todos los miembros del equipo conozcan el plan?

- ¿En qué momento se realiza el "briefing"? (reunión breve para planificar acciones) ¿Cómo se gestiona el trabajo del equipo cuando los miembros del mismo entran de turno a diferentes horas?
- ¿Cómo se realiza el "debriefing"? (reuniones breves de reflexión sobre lo actuado) ¿Qué actividades se realizan para identificar lo que ha funcionado y lo que no? ¿Cuándo se lleva a cabo?

Las autoridades de la organización deben hacer responsables a los mandos medios de establecer estas normas de conducta y trabajo en equipo, adaptándolas a los matices de sus distintos entornos de trabajo. Los miembros del servicio deben percibir que estas normas están para apoyar su trabajo y hacerlos más efectivos. Si un jefe no quiere o no puede asumir esta responsabilidad, es poco probable que pueda ser eficaz en su gestión.

## Negociación y resolución de conflictos

Dado el nivel de complejidad de la atención sanitaria y la necesidad de tomar decisiones entre grupos de personas inteligentes y apasionadas que tienen puntos de vista diferentes, las organizaciones deben gestionar el conflicto y negociar en busca de un verdadero acuerdo sobre asuntos importantes.

Según Kenneth Thomas (1976), existen cinco tipos de negociación que se dan entre individuos y grupos:

### **Evitador**

Este estilo de negociación refleja una baja consideración tanto por el resultado como por la relación. Generalmente una de las partes evita por completo la interacción, lo que suele dejar hilos sueltos y caminos poco claros, abriendo la posibilidad a nuevos desacuerdos y problemas. Puede caracterizarse como una estrategia de negociación en la que todos pierden (lose-lose)

### **Complaciente**

En este estilo de negociación, una de las partes consiente a la otra para evitar el conflicto. Refleja una baja importancia por el resultado a expensas de una gran preocupación por no alterar la relación. La persona que cede suele comprometerse y aceptar las reglas de quien se impone. Se puede caracterizar como una estrategia en la que uno pierde y otra gana (lose-win)



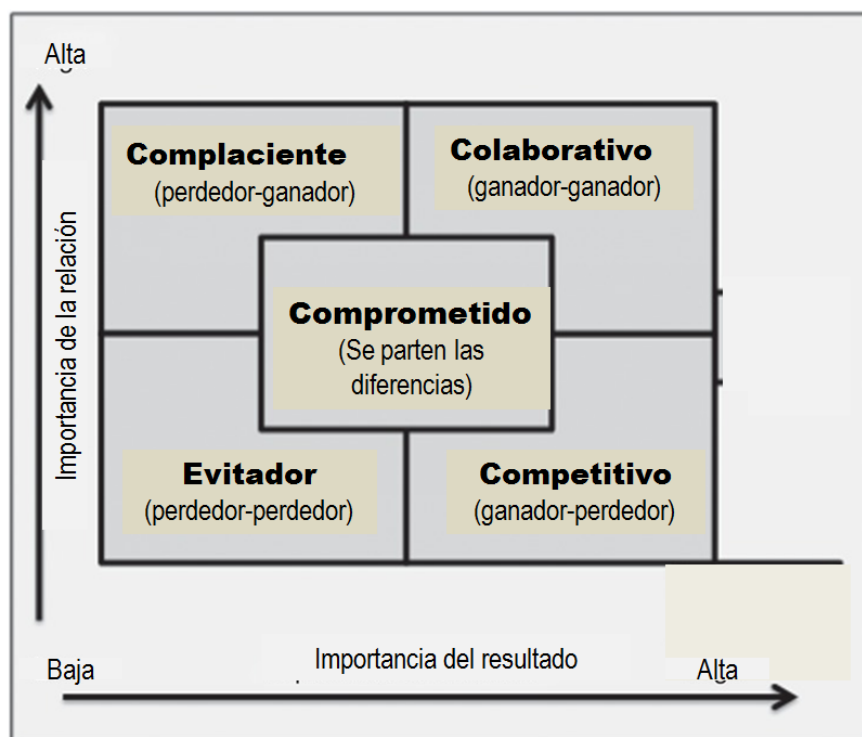
## Competitivo

En este estilo, ambas partes se esfuerzan por ser el "ganador". Le da una gran importancia al resultado de la negociación, pero poca al efecto que pueda tener sobre la relación. Suele entrar en juego el "regateo". También se caracteriza por ser una estrategia en la que uno gana y otro pierde (win-lose)

## Colaborativo

El estilo colaborativo le da una gran importancia al resultado, pero también se preocupa por la relación. Ambas partes trabajan juntas para encontrar una solución mutuamente aceptable con el fin de mantener la relación en curso y lograr resultados en las que todos salgan ganando (win-win). La negociación colaborativa también incorpora la idea del pensamiento innovador que lleva a encontrar nuevas oportunidades que beneficien a ambas partes. Quienes se embarcan en una negociación colaborativa no tienen problemas en dar más de lo que reciben, participan en lugar de retirarse y respetan las reglas del juego.

**Figura 2 Grilla de estilos de negociación**



## Comprometido

En este estilo de negociación, ambas partes "pierden" un poco, y cada una de ellas renuncia a algo para llegar a un acuerdo. Combina elementos de los otros cuatro estilos. Tanto la relación como los resultados se consideran importantes, pero en vez de crear valor adicional para que ambas partes puedan obtener lo que necesitan, este estilo "parte las diferencias". Puede ser una posición alternativa útil cuando se buscan resultados pero no hay tiempo ni recursos suficientes para seguir la opción colaborativa; evita a su vez el estilo competitivo de "ganar a toda costa" que destruirá la relación.

Los equipos de salud deben comprometerse a utilizar la negociación colaborativa siempre que sea posible. Este suele ser el único estilo de negociación que produce soluciones viables para gestionar los recursos, brindar las mejores opciones para los pacientes y preservar la relación entre las partes.

Los rasgos distintivos de la negociación colaborativa son la indagación/apreciación del punto de vista del otro y la autorreflexión, que permiten a los negociadores descubrir las razones que subyacen en las distintas posiciones. La indagación apreciativa consiste en hacer preguntas sencillas para conocer mejor las necesidades e intereses de la otra persona. La autorreflexión, por su parte, se produce cuando cada participante se esfuerza por comprender los deseos que están llevando a la mesa de negociación. Durante las negociaciones, ambas partes deben trabajar para reconocer sus propias emociones y mantenerlas bajo control. Cuando los participantes se sienten frustrados o enfadados, por ejemplo, son menos capaces de distinguir las posiciones de los intereses y de participar eficazmente en negociaciones colaborativas.

A lo largo de una negociación, los individuos deben intentar ser conscientes del momento en el que su estado mental les está frenando el proceso de negociación, Esto puede requerir que el individuo se aleje momentáneamente, o se tome una pausa.

Aunque constituya un verdadero desafío, los beneficios de una negociación colaborativa merecen el esfuerzo. Al participar simultáneamente en la indagación apreciativa y la autorreflexión, los negociadores tienen más posibilidades de que se satisfagan las necesidades de ambas partes e identifiquen aspectos de un problema que no se habían tenido en cuenta inicialmente. Esto puede dar como resultado soluciones originales que resuelvan los problemas en beneficio de todos.

## Cómo pasar del concepto a la realidad

La negociación es una habilidad que requiere entrenamiento y debe practicarse con regularidad, focalizándose en los conceptos que se discuten. De lo contrario, es mucho más probable que los participantes, ante un desacuerdo, caigan en interacciones menos eficaces e insatisfactorias. Las organizaciones deberían generar una conciencia colectiva de negociación colaborativa, haciendo eje en sus principales componentes cada vez que puedan. Los miembros más valientes del equipo adoptarán esta idea, y la garantía de seguridad psicológica sentará las bases para que se produzca dicha negociación.

## LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE APRENDIZAJE

Al igual que el dominio o área "cultura", el dominio "sistema de aprendizaje" tiene cuatro componentes: transparencia, confiabilidad, medición/mejora, y aprendizaje continuo), además del componente compartido de liderazgo. A continuación, se analizan cada uno de estos componentes, junto con los pasos necesarios para llevarlos a cabo en la práctica diaria.

### Liderazgo

Al igual que en el área de la cultura, los líderes desempeñan un papel fundamental en apoyo a un sistema de aprendizaje sólido. Actúan como guardianes del sistema de aprendizaje, lo que significa que deben comprender, fomentar y aplicar plenamente los conceptos de mejora, confiabilidad y aprendizaje continuo. Mediante la auto-reflexión periódica, los líderes estimulan la transparencia en todos los niveles e inspiran el aprendizaje no sólo en sus áreas de responsabilidad sino en toda la organización.

### Transparencia

En general, la transparencia operativa existe cuando las autoridades, el personal, los pacientes, sus familias, las organizaciones similares y la comunidad pueden ver las actividades implicadas en el proceso de aprendizaje de la institución. Las organizaciones transparentes dejan bien en claro su

proceso de toma de decisiones, evalúan permanentemente su desempeño y tienen el valor de mostrar los resultados de su trabajo abiertamente.

Cuando se utiliza para describir la interacción entre personas, grupos y comunidades, la transparencia implica apertura, comunicación y rendición de cuentas. Esto puede manifestarse de manera diferente según el contexto (NPSF-Lucian Leape Institute, 2015):

- **Transparencia entre los médicos y el personal asistencial**, que existe cuando no se tiene temor para opinar, brindar sugerencias o señalar problemas.
- **Transparencia con los pacientes**, que se pone especialmente a prueba en el caso de haberse producido un evento adverso; implica describir claramente lo ocurrido y lo que se está haciendo para evitar que vuelva a ocurrir.
- **Transparencia entre organizaciones**, lo cual implica compartir las buenas prácticas y aplicar las lecciones aprendidas.
- **Transparencia con la comunidad**, lo cual requiere un sólido intercambio de información para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas y puedan acceder fácilmente a la atención que necesitan.

Los tableros de comando (digitales o en pizarras), que muestran visualmente los procesos claves, las métricas y las evidencias de mejoras en los distintos servicios son fundamentales para promover la transparencia operativa, ya que ofrecen una forma de observar el proceso de aprendizaje en acción. Estos tableros permiten que el personal fije su vista en ciertos procesos o actividades específicas que son necesarias para tener éxito en las operaciones de todos los días y para facilitar el aprendizaje. Pueden servir además para informar al equipo acerca de quién es el responsable de determinada tarea. Los equipos asistenciales deben estar capacitados para interpretar estos tableros, de modo tal que puedan comprender qué partes de un proceso están funcionando bien y cuáles no. Las autoridades de las organizaciones, por su parte, deben aprender a configurar la información de estos tableros para que resulten de interés a los prestadores de la primera línea de atención.

El funcionamiento de un tablero de comando puede entenderse mejor con un ejemplo real, como puede ser el trabajo que se realiza para reducir las

infecciones del sitio quirúrgico mejorando la confiabilidad de las prácticas de seguridad peri-operatorias. El tablero de comando puede poner de relieve ciertos pasos claves (y las métricas de esos pasos) que se sabe influyen sobre la prevención de infecciones: garantizar que los antibióticos profilácticos se realicen en tiempo y forma; garantizar el baño pre quirúrgico, asegurarse de que los pacientes ingresen normotérmicos a sala de recuperación, garantizar que los niveles de glucosa en sangre se manejen adecuadamente durante la intervención de pacientes diabéticos, etc. Un tablero de comando robusto muestra el porcentaje de veces que se cumple con estos procesos fundamentales y su evolución en el tiempo, permitiendo saber si se está mejorando o no. La utilización un sistema de semáforo (rojo, amarillo, verde), por ejemplo, permite entender fácilmente los resultados de cada una de estas prácticas de manera visual,

Otro ejemplo de cómo pueden utilizarse estos tableros de comando y aprendizaje en entornos de atención ambulatoria, es poniendo de relieve las acciones que se toman para reducir los reingresos hospitalarios innecesarios tras el alta. Se trata de un problema complejo en el que intervienen una multiplicidad de factores, dentro de los cuales se incluyen el acceso de los pacientes a una farmacia local, que dispongan de dinero para obtener los medicamentos adecuados y que los tomen según las indicaciones. Otros factores dependen específicamente de las condiciones en las que se da el alta de internación a un paciente (ej: si los pacientes con insuficiencia cardíaca se pesan todos los días). Las métricas de la efectividad con al que los asistentes sociales y el personal sanitario de atención primaria evalúan y gestionan estos factores pueden alimentar los tableros, informando a los grupos encargados de la atención clínica de la eficacia del apoyo que se presta a los subgrupos de pacientes especialmente vulnerables.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

Los tableros de comando y aprendizaje deben integrarse al trabajo de todos los días. Las autoridades de la organización deben establecer sus expectativas de que todos los jefes generen en sus servicios estos tableros para destacar y comunicar el resultado del trabajo de todos los días. Para ello, las organizaciones deben formar a sus directivos para que sepan crear, utilizar y responder a los tableros.

Los directivos deben visitar de forma rutinaria los centros de trabajo para discutir sobre los distintos componentes del tablero. Durante estas visitas, los

prestadores de la primera línea de atención y los gerentes tienen la oportunidad a través del tablero de revisar los objetivos generales, las acciones o cambios que se realizan para cumplir dichos objetivos y los indicadores de desempeño actual. Estas sesiones en el campo también sirven para entrenar a los altos ejecutivos, destacando la importancia de la auto-reflexión y el deseo de hacer visibles los defectos.

## Confiabilidad

En otras industrias, la confiabilidad se define como la capacidad de un sistema para producir con éxito un determinado producto según las especificaciones de manera repetida y sostenida en el tiempo. En el caso de la prestación de servicios de salud, ese producto consiste en una atención segura, eficiente y centrada en la persona. La confiabilidad de la atención clínica significa un verdadero desafío, debido a la complejidad de muchos procesos que dependen en gran medida de los seres humanos y de sus interacciones entre sí. La exhortación a trabajar bien y la vigilancia son absolutamente insuficientes para contrarrestar las debilidades humanas, y a veces los buenos profesionales se equivocan con consecuencias nefastas. Las grandes organizaciones diseñan sistemas que aprovechan las fortalezas intrínsecas de las personas y que mitigan sus debilidades, aumentando la probabilidad de un desempeño confiable. Las organizaciones mediocres, en cambio, asumen que la vigilancia y las fortalezas intrínsecas ej: (estar más atentos) y la vigilancia serán capaces por sí solas de superar la falibilidad humana y las debilidades organizativas inherentes.

Para alcanzar un alto nivel de confiabilidad en los procesos y sistemas, las organizaciones deben aplicar la mejor evidencia científica y minimizar la variabilidad que no tenga que ver con factores específicos de los pacientes. El objetivo es un funcionamiento libre de fallas a lo largo del tiempo. Es esto lo que constituye la ciencia de la confiabilidad. Existen cuatro principios fundamentales para lograr que los sistemas y procesos sean más confiables (Nolan et al. 2004):

- **Estandarizar:** Consiste en diseñar procesos para que las personas hagan siempre lo mismo. La estandarización hace que sea más fácil entrenar a las personas en los procesos, y ayuda a poner en evidencia las fallas, permitiendo que la organización proyecte de manera más precisa las mejoras necesarias.

- **Simplificar:** Cuanto más complejo es un proceso, menores son las probabilidades de que tenga éxito, ya que existen más oportunidades para cometer errores. Por otra parte, el personal puede tratar de evitar el cumplimiento de procesos que son demasiado difíciles o que requieren mucho tiempo. La simplificación de los procesos, sin embargo, ayuda a que sea más fácil hacer lo correcto.
- **Reducir la autonomía:** Los profesionales de la salud han sido históricamente autónomos, tomando decisiones basadas en sus preferencias personales o en una creencia acérrima en su perspectiva y experiencia. Sin embargo, esto puede dar lugar a variaciones en la atención y a resultados poco consistentes. Para lograr una mayor confiabilidad, las organizaciones deben buscar que todos sus profesionales cumplan con las mejores prácticas basadas en la evidencia, a menos que se encuentren contraindicadas en pacientes específicos.
- **Destacar los desvíos de la práctica:** Los médicos tienen a veces buenas razones para desviarse de los procesos estandarizados. Las organizaciones de salud inteligentes generan entornos en los cuales se les permite a los médicos aplicar su experiencia de manera criteriosa y desviarse de los protocolos cuando lo consideren necesario, pero también están atentas y capturan incansablemente todos los desvíos de las prácticas para su análisis. Una vez analizadas, las nuevas ideas o desvíos pueden conducir a una mayor capacitación de los médicos o a la modificación del protocolo. Ambas cosas resultan en una mayor confiabilidad.

Cuando existen contraindicaciones para cumplir con una directriz, los profesionales sanitarios deben documentar las razones que justifican el apartamiento de la práctica asistencial estándar, de modo tal que la organización pueda aprender y determinar si el proceso debe modificarse. En el caso de pacientes en ARM, por ejemplo, está demostrado que la cabecera de la cama debe estar elevada entre 30 y 45 grados (CDC, 2016). Para la mayoría de los pacientes, esto es lo correcto. Sin embargo, existen algunos pacientes que debido a su situación médica o a sus características específicas, no se beneficiarían con la elevación de la cabecera. En estos casos, está bien apartarse de las mejores prácticas, siempre que el equipo a cargo de la atención del paciente haya considerado

debidamente la evidencia y documentado las razones por las cuales decidieron seguir otro método.

Para la mayoría de las condiciones y situaciones clínicas existe una atención basada en la evidencia que los pacientes deberían recibir siempre, a menos que esté contraindicada. Cuando la evidencia no dicta una vía asistencial concreta, los médicos necesitan trabajar de manera conjunta para identificar la vía más sencilla y confiable y comprometerse a cumplir con el tratamiento acordado. Al hacer esto, simplifican la vía de atención, permitiendo que las organizaciones sean más eficientes y que la atención sea más confiable. A medida que se desarrollan nuevas evidencias, los abordajes asistenciales deben revisarse periódicamente para garantizar que las prácticas acordadas sigan siendo pertinentes.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

La confiabilidad no se produce por accidente; hay que planificarla. Esto implica la aplicación de los principios básicos de la confiabilidad a cada proceso o sistema que deba mejorarse. Dentro de estos principios se encuentran los métodos de evaluación, de cálculo y de la ciencia de la mejora en sistemas complejos.

Para comenzar, los equipos pueden utilizar diagramas de flujo que permitan visualizar el proceso o sistema actual. Luego, debería hacerse foco en el grupo de pacientes que se encuentren en mayor riesgo (ej: pacientes quirúrgicos, en quimioterapia, adultos mayores, etc). Una vez abordada la confiabilidad de la atención en estas poblaciones, podrán abordarse otras.

Las organizaciones deben esforzarse por alcanzar el mayor nivel de confiabilidad posible en cada proceso. En algunas circunstancias, se requiere un 100% de confiabilidad (ej: paciente, sitio y procedimiento correcto; transfusión de sangre y hemoderivados). Sin embargo, en ciertas circunstancias que podrían denominarse "procesos no catastróficos" (aquellos en los cuales en caso de ocurrir un error es improbable que el paciente sufra un daño en las próximas horas), una confiabilidad del 95% es perfectamente aceptable., ya que para alcanzar ese último 5% suele requerirse una gran inversión de tiempo y recursos, sin que haya relación entre el costo y el beneficio. En estos casos, la organización debe asegurarse de contar con otros procesos para identificar y corregir esos defectos.



A medida que el trabajo de rediseño avanza, el equipo debe supervisar continuamente el proceso, comprobando si produce los resultados esperados. En este punto, el equipo debe asegurarse de que la confiabilidad se extiende a todos los aspectos del proceso: no sólo si las personas lo ejecutan de manera confiable, sino también si los resultados obtenidos se ajustan a los objetivos. Si el proceso no genera los resultados deseados o el desempeño comienza a decaer con el tiempo, el equipo deberá revisar el proceso e identificar y abordar las causas raíces.

Consideremos, por ejemplo, el proceso de traslado de pacientes desde la guardia de emergencias a piso de internación. Los emergentólogos pueden hacer un gran trabajo evaluando al paciente y determinando que necesita ser ingresado. El personal de piso, por su parte, puede hacer un trabajo igual de bueno con la persona ya ingresada. Sin embargo, si el tiempo de traslado se prolonga y el paciente languidece por horas en un pasillo sin que se sepa quién es el responsable de su atención en ese momento, el sistema no es tan confiable como debería.

Así como debe planificarse, la confiabilidad también debe ser fomentada y alimentada. La dirección tiene que brindarle al personal, el tiempo, el espacio y la formación necesaria para que puedan aplicar los métodos y herramientas que permitan mejorar la confiabilidad de los procesos. Si sólo se opta por capacitar al personal y solicitarle que se esfuerce más o preste más atención a la tarea, pero no se crea un entorno que haga esto factible, no se mejorarán los resultados. El personal también tiene que desarrollar sus habilidades de confiabilidad y mejora, para lo cual deben recibir la capacitación necesaria que les permita aplicar estas herramientas en su trabajo diario. La dirección también debe garantizar un ambiente de seguridad psicológica, para que el personal se sienta cómodo ofreciendo ideas sobre cómo hacer que los procesos sean más confiables.

Consideremos ahora el ejemplo de un hospital en donde un miembro del personal, durante una de las reuniones con la dirección, sugiere que el proceso de conciliación de la medicación carece de un alto nivel de confiabilidad porque no es igual para todos los pacientes, existiendo una diferencia muy marcada entre los pacientes que se atienden por guardia y los que son intervenidos quirúrgicamente de manera programada. En el ámbito de urgencias, cuando el paciente llega, los médicos y enfermeros están ocupados y suelen empezar el tratamiento sin revisar la lista completa de medicamentos que toma el paciente. En cambio, los pacientes programados para una cirugía electiva casi siempre tienen su lista de medicación perfectamente conciliada. En este último entorno,

el equipo asistencial dispone de tiempo para discutir los medicamentos del paciente antes del procedimiento y existe un plan de respaldo (backup) mediante el cual el anestesiólogo revisa antes de la inducción la lista de medicamentos del paciente. Si la lista no está completa o no está disponible durante la evaluación preanestésica, se toman medidas para obtenerla y remediar el problema. En el servicio de urgencias, hay muy poco tiempo para un plan de respaldo de esta naturaleza.

En la misma reunión en dirección el equipo analiza las dos situaciones y concluye que el proceso de conciliación de medicación que se aplica para pacientes programados para cirugías electivas claramente no funciona para los pacientes de urgencias; sin embargo, algunos aspectos de la evaluación preoperatoria sí son susceptibles de ser probados en urgencias. Se decide entonces poner en marcha un plan de backup para que el personal revise la lista de medicación en la unidad de internación, utilizando técnicas similares a las que usan los anestesiólogos antes de las cirugías. En este ejemplo, la confiabilidad mejora, principalmente gracias a la seguridad psicológica que permite que un miembro del equipo plantee un problema, generando la oportunidad de reflexionar sobre las mejoras en curso y proponer una mejor práctica.

Analicemos ahora otro ejemplo. Durante una recorrida ejecutiva de seguridad por los pisos de internación, los miembros del personal informan a los directores que están teniendo problemas para garantizar que todos los pacientes con indicación de vacuna antimeumocócica la reciban efectivamente antes del alta. Los directivos preguntan qué procesos se han puesto en marcha. Los médicos y enfermeros les responden que han probado e implementado un proceso estandarizado por el cual, el día antes del alta, se evalúa a todos los pacientes para determinar si cumplen los criterios para recibir la vacuna. Por protocolo acordado, el personal de enfermería aplica la vacuna si se cumplen los criterios. Sin embargo, debido a los cambios de turno, al alta temprana o a la falta de disponibilidad de vacunas en el piso, a veces los pacientes son enviados a casa sin recibir la vacuna.

El director le pide entonces al personal de piso sugerencias para mejorar el proceso. Como este proceso ya se encontraba estandarizado y funcionaba bien más del 80% de las veces, el personal sugirió que se implementara un plan de seguimiento post-alta para identificar a todos los pacientes con criterio que no habían recibido la vacuna antes de retirarse del hospital. El llamado al paciente 24 hs. luego de la externación ya era una práctica establecida, Sólo había que agregar al cuestionario la pregunta acerca de si había sido vacunado en el

hospital. En ese caso, si el paciente respondía "sí", el asunto quedaría cerrado. Si respondía "no", o "no lo sé", la enfermera debía notificar al paciente que se pondría en contacto con su médico de cabecera para informarle que el paciente necesita la vacuna.

## Medición y mejora

Este componente del marco busca mejorar los procesos de trabajo y los resultados para los pacientes, mediante la utilización de herramientas validadas de mejora continua y la medición de los resultados en el tiempo. Consiste en aplicar los principios de la ciencia de la mejora para desarrollar, probar, implementar y difundir cambios que permitan obtener mejores resultados.

Debe observarse, sin embargo, que querer mejorar no necesariamente significa que se estén haciendo mal las cosas o que existan fallas en los procesos; tan solo quiere decir que probablemente haya una forma mejor de hacer algo. A veces, las mejoras se gatillan en respuesta a defectos clínicos, culturales u operativos, como podrían ser el aumento de las infecciones, la escasa participación de los pacientes o el pobre compromiso del personal. Sin embargo, cada vez es más frecuente que los proyectos de mejora se centren en prevenir los problemas antes de que surjan, lo cual sólo puede hacerse si se conocen profundamente los procesos asistenciales y operativos.

Antes de iniciar un proyecto de mejora, las organizaciones tienen que entender primero el sistema que están tratando de mejorar. Existen muchas herramientas de gestión que ayudan a hacer visibles los pasos del proceso o sistema: mapas visuales de procesos o diagramas de flujo, por ejemplo. Al combinar el aprendizaje de los organigramas con la experiencia de los usuarios y los datos, es posible "ver" dónde se producen los defectos e identificar las oportunidades para mejorar los procesos.

## Modelo de mejora

Una vez identificados los defectos, un abordaje de mejora sistemática como el "Modelo de Mejora" (Langley et al, 2009; IHI "How to improve") ayuda a que los equipos rediseñen sus procesos y puedan conseguir los resultados que buscan los pacientes, sus familias y el personal (Ver figura 3)

Figura 3. Modelo de Mejora (Langley et al. "The Improvement Guide", 2009)



Este Modelo de Mejora aporta una metodología sistemática a los conocimientos que se tienen sobre la materia en cuestión para crear las mejoras deseadas. El modelo se compone de tres preguntas y de un ciclo PDSA (Planifico-Hago-Evalúo-Ajusto) para probar los cambios y evaluar si condujeron o no a mejoras.

### **Pregunta 1: ¿Qué es lo que estamos tratando de lograr? (Objetivo)**

La respuesta a esta pregunta permite que el equipo de mejora tenga una visión clara del proyecto. Un objetivo bien enunciado debe especificar qué mejoras se esperan y en cuánto tiempo. Por ejemplo: "Reduciremos las caídas de pacientes en las unidades de internación en un 25% en los próximos seis meses", o "Reduciremos las tasas de trombos en pacientes con fibrilación auricular en un 20% en los próximos 12 meses", o "Reduciremos la incidencia de neumonía neumocócica en pacientes mayores de 65 años en un 30% en los próximos 16 meses". Una declaración de objetivos clara, concisa, cuantificable y limitada en el tiempo ayuda a que todos entiendan los objetivos del trabajo y el plazo en el que se va a realizar.

## **Pregunta 2: ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora? (Métricas)**

Este es el componente de medición del Modelo de Mejora. Al principio del trabajo, un equipo puede optar por comenzar a realizar mediciones más bien sencillas, formulando preguntas tales como: "El cambio que implementamos obtuvo los resultados que queríamos (Sí/No)? O, "¿Fue fácil de hacer? (Sí/No).

A medida que el trabajo de mejora se expande, la medición se vuelve más compleja. En este momento, las organizaciones pueden querer analizar los indicadores de proceso, es decir, los pasos que se dan para conseguir un resultado, que es en última instancia lo que las organizaciones sanitarias buscan mejorar. Sin embargo, un resultado no mejorará si no se mejora el proceso que lo determina. Recién cuando la organización tiene un proceso confiable se puede comprobar si dicho proceso es capaz de producir el resultado deseado.

Las organizaciones también deben recopilar y revisar los indicadores de equilibrio. Estos indicadores revelan si los cambios que se realizan para mejorar una parte del sistema han tenido un impacto negativo no deseado en otras partes de medidas. En el cuadro 1. Figuran ejemplos de estos tres tipos de indicadores (de proceso, de resultado y de equilibrio).

**Cuadro 1. Ejemplos de indicadores de proceso, de resultado y de equilibrio**

Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Equilibrio
Porcentaje de pacientes evaluados por el riesgo de trombosis venosa	Porcentaje de pacientes con trombosis venosa	Porcentaje de pacientes que sangraron debido al uso agresivo de la terapia anticoagulante
Porcentaje de pacientes vacunados contra neumonía neumocócica	Incidencia de neumonía neumocócica	Porcentaje de pacientes que recibieron la vacuna y que tuvieron una reacción alérgica

La evolución de estos indicadores debe mostrarse a lo largo del tiempo en Gráficos de Control Estadístico de Procesos (SPC), permitiendo al equipo ver si los cambios que están probando producen el efecto deseado. Estos gráficos también permiten distinguir entre las variaciones de causas comunes y las variaciones de causas especiales en el proceso que se está mejorando.

### ***Pregunta 3: ¿Qué cambios podemos realizar para mejorar? (Ideas de Cambio)***

Esta parte del Modelo de Mejora consiste en generar ideas de cambio y ponerlas a prueba. Las ideas a probar pueden provenir de cualquier parte. De hecho, las mejores fuentes suelen ser las personas que participan del proceso que se va a mejorar y los pacientes para quienes se lo diseña. La adaptación de ideas de otras organizaciones o sectores también puede ser una forma creativa y útil de ampliar el pensamiento del equipo. Los conceptos de cambio estándar, como los que se ofrecen en el libro "The Improvement Guide" (Langley et al, 2009) suelen ser muy útiles a la hora de identificar y aplicar los cambios.

### ***Probando los cambios: El ciclo PDSA (Planificar-Hacer.Evaluar-Ajustar)***

Una vez contestadas las tres preguntas del Modelo de Mejora, el equipo ya tiene más clara la mejora planificada y puede comenzar a probarla. Utilizando las ideas de cambio surgidas de la tercera pregunta, se debe seguir el ciclo PDSA

- Planificar (Plan): Se planifica la prueba u observación, incluyendo un plan de recolección de datos.
- Hacer (Do): Se prueba el cambio propuesto a pequeña escala
- Evalúo (Study): Se reserva un tiempo para analizar los datos y estudiar los resultados.
- Actúo-Ajusto (Act): Se perfecciona el cambio, en base a lo aprendido durante la prueba

Los ciclos de prueba y mejora PDSA son iterativos: cada nuevo ciclo se basa en lo aprendido en el anterior. Las pruebas comienzan a pequeña escala y se repiten hasta obtener los resultados deseados, extendiéndose luego a grupos

cada vez mayores hasta que el nuevo proceso se implanta en todos los lugares en los cuales se pueda beneficiar a los pacientes.

El equipo encargado de realizar las mejoras es el responsable de realizar las pruebas. Por eso es de vital importancia que este equipo incluya a todas las personas que participan del proceso que se quiere mejorar; ellos son los expertos en la materia. A su vez, estos "expertos" deben ser entrenados, asesorados y guiados por otro grupo de expertos en ciencia de la mejora. La confluencia y sinergia de estos dos grupos aumenta las probabilidades de éxito del proyecto.

Pongamos el ejemplo de un equipo de mejora centrado en la prevención de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) durante la internación y exploremos las ideas de cambio que se podrían poner a prueba utilizando ciclos PDSA. Como primera medida, el equipo necesita un proceso para identificar a los pacientes de riesgo y tratarlos adecuadamente con medicación anticoagulante y otras modalidades, como las medias de compresión. El equipo discute entonces cómo podría identificar de manera consistente a los pacientes de alto riesgo; decide entonces desarrollar y probar un listado de verificación (checklist) diseñado para ese fin. Los expertos en la materia aportan información sobre factores de riesgo específicos que deben ser incluidos en el listado de verificación. Los médicos y el personal que trabaja en el área en cuestión conocen el flujo de trabajo. Aunque la información técnica contenida en el checklist es correcta, el equipo no sabe si el listado va a ser utilizado de manera adecuada y consistente, ni si será realmente eficaz para prevenir la formación de trombos en los pacientes de riesgo; por eso, resulta necesario probarla.

El equipo empieza entonces a formularse preguntas:

- ¿Están presentados los ítems del listado de verificación en un formato lógico y legible?
- ¿Cuánto tiempo se tardará en completar el listado de verificación?
- ¿Quién va a administrar el listado de verificación?
- ¿Dónde y cuándo se realizará?

Estas y muchas otras preguntas requerirán pruebas iterativas de cambio utilizando ciclos PDSA para desarrollar un proceso exitoso de identificación de los pacientes con mayor riesgo de TVP y TEP. Una vez que el equipo determinó las respuestas a estas preguntas, sigue los mismos pasos para desarrollar otro proceso que garantice que todos los pacientes de riesgo reciban el tratamiento preventivo que necesitan.

El equipo sólo puede mejorar el proceso si cuenta con información, y esa información sólo puede obtenerse probando y midiendo. Por lo tanto, si el equipo prueba los cambios a diario, puede aprender y mejorar todos los días hasta que el proceso llegue a un punto de maduración en el que funcione sin problemas dentro del tiempo asignado y los pacientes se identifiquen de manera confiable en la prueba piloto. Luego, la mejora puede extenderse o escalarse a todas las áreas en las que los pacientes puedan beneficiarse.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

Todo el personal de la organización debería estar adecuadamente capacitado en los principios de la ciencia de la mejora, independientemente de la herramienta que se desee utilizar -Gestión Lean, Six Sigma, Modelo de Mejora, etc.- (Scoville and Little, 2014). Algunas organizaciones prefieren crear su propio modelo específico compilando lo mejor de los distintos métodos de mejora. Como hay muchos modelos y herramientas de mejora para elegir, para no confundir al personal se debe hacer todo lo posible para simplificar el enfoque y la terminología de modo tal que el modelo pueda ser comprendido y compartido por toda la organización.

Independientemente del modelo específico de mejora que se termine utilizando, los líderes de la organización, los gerentes y jefes de servicio deben tener un conocimiento lo suficientemente profundo del modelo, no solo para mejorar su propia gestión sino para poder impulsar la mejora en toda la organización. Deben ser capaces de brindar asesoramiento y de formular a su gente las preguntas más adecuadas en torno al tablero de comando y aprendizaje. También deben ser capaces de interpretar los datos de los gráficos de ejecución y de control, pudiendo distinguir entre las variaciones de causa común y las de causa especial.

Las personas con responsabilidad de gestión necesitan un conocimiento más profundo de los métodos de mejora para poder entrenar y ayudar al personal de primera línea en los desafíos que plantea cualquier proyecto de mejora.



También deben saber cómo recolectar, mostrar y analizar los datos en forma de gráficos de ejecución y de control.

Los médicos, enfermeros y resto del personal asistencial deben a su vez saber cómo realizar pequeñas pruebas de cambio, aplicar la metodología de mejora propuesta, prestar atención a los indicadores clave y saber interpretar los datos que aparecen en los gráficos de control; sólo así podrán medir su desempeño y el efecto de sus esfuerzos de mejora.

Todo esto se ve muy respaldado si la organización cuenta dentro de sus filas con personas que han recibido una formación de avanzada en alguno de estos métodos de mejora (ej; Gestión Lean, Six Sigma) para que puedan a su vez asesorar y entrenar al personal de toda la organización. Estos asesores no dirigen ni ejecutan el trabajo real de mejora; esto es responsabilidad del equipo de primera línea de atención, quienes conocen mejor los procesos y para quienes la mejora continua debe formar parte de su trabajo diario. Sin embargo, estos asesores de mejora sí pueden aportar valiosos conocimientos y orientar acerca de los sistemas de medición más eficaces y confiables; en otras palabras, definir los indicadores a seguir y desarrollar los métodos de recolección y visualización de datos), un componente fundamental de la mejora.

En resumen, es de esperar que la organización escoja y utilice una metodología de mejora, que recoja datos a lo largo del tiempo y que los muestre en gráficos de control de ejecución. Las decisiones basadas en datos reflejan una comprensión más profunda de la mejora.

## Aprendizaje continuo

El aprendizaje continuo implica la identificación y prevención, tanto de manera proactiva como en tiempo real, de los defectos del sistema y de los daños que produce. Algunos autores sostienen que el sector salud necesita ampliar la definición de daño para incluir, además de los eventos adversos resultantes de errores, el daño ocasionado por las inequidades en la atención y las faltas de respeto (Feeley, 2016; Wyatt et al. 2016)

Cada vez se dedica más tiempo y atención al aprendizaje proactivo que al reactivo. Las organizaciones que aprenden están obsesionadas en la búsqueda de nuevas formas de trabajar, para lograr así cada vez mejores resultados que a su vez mejoren la vida de los pacientes, sus familias y el personal.

En todos los niveles del sistema de salud se generan continuamente una enorme cantidad de datos e información (en hospitales, entornos ambulatorios, durante la internación domiciliaria, a nivel de ministerios, etc.). Lamentablemente, estos datos no suelen convertirse en información contextualizada que pueda compartirse oportunamente con los profesionales en un formato útil que les permita generar acciones de mejora. En la actualidad (al menos en los Estados Unidos), los datos generados por los mismos profesionales (reportes de incidentes, recorridas ejecutivas, tableros de comando, briefings, etc), suelen incorporarse a informes que cumplen los requisitos legales y regulatorios, pero a menudo se infrutilizan, dificultando los cambios y las mejoras reales en el punto de atención.

El aprendizaje continuo requiere de ciclos de retroalimentación que permita aprender de los distintos sistemas de recolección de datos, compartir lo aprendido y generar nuevas ideas que impulsen la acción y nuevos aprendizajes.

## **Cómo pasar del concepto a la realidad**

En las organizaciones con sistemas de aprendizaje sólidos, los datos se convierten en la materia prima del aprendizaje. Una organización abierta al aprendizaje continuo presenta, entre otras, las siguientes características:

- Tanto los datos clínicos como los operativos que tienen importancia para los pacientes, sus familias y el personal se comparten de forma amplia y transparente, al igual que los planes de acción y los plazos acordados. Como ejemplos de datos clínicos se pueden citar las tasas de infección, de adherencia a la higiene de manos o de caídas de pacientes con daños. Un ejemplo de dato operativo, por otra parte, son los tiempos de espera.
- Se comparte ampliamente tanto el aprendizaje generado a partir de errores como el que surge de los éxitos y las mejoras.
- Los "casi-accidentes" (situaciones en las cuales el personal interceptó un evento potencialmente dañoso), se consideran valiosas oportunidades de aprendizaje. La información obtenida a partir de los mismos se comparte para mejorar la cultura de seguridad, demostrando transparencia y seguridad psicológica.

- La búsqueda de posibles soluciones a los problemas actuales y potenciales se extiende más allá de los límites de la propia organización, intentando aprender de otras organizaciones o industrias.
- Se dedican tiempo y recursos para aprender tanto de lo que funciona como de lo que falla.
- El aprendizaje se genera y comparte entre el personal, entre los distintos servicios de la organización y entre distintas organizaciones.
- Los ciclos de retroalimentación (feedback) son oportunos y orientados a la acción. La organización examina el resultado de los esfuerzos, agregando la información proveniente de los distintos sistemas de recolección de datos; las decisiones se toman según la importancia relativa de los datos.
- Existe un compromiso para identificar proactivamente los problemas, reuniéndose con el personal y utilizando tableros de comando y técnicas de comunicación estructurada.
- Los pacientes y sus familias participan activamente en su propia atención, y su perspectiva ayuda a desarrollar un aprendizaje más profundo en todo el sistema.

Para alimentar un sistema de aprendizaje sólido, las organizaciones deben integrar la excelencia operativa en el trabajo y las operaciones de todos los días; el aprendizaje no debe tratarse como un proyecto de mejora independiente. Junto con la mejora continua debe formar parte de una cultura en constante búsqueda de una atención más segura, confiable y eficaz, basada en nuevos conocimientos científicos, nuevos enfoques o nuevos procedimientos.

## Participación de los pacientes y sus familias

El núcleo del marco del IHI de cultura y aprendizaje está representado por la participación de los pacientes y sus familias. Todo el esfuerzo que supone la ejecución de las tareas descritas en este documento debe estar dirigido a conseguir un mayor involucramiento de estos actores y a obtener mejores resultados para ellos durante la continuidad de la atención.

En las organizaciones seguras y confiables, los pacientes y sus familias son considerados miembros del equipo asistencial, a la par de los médicos y el resto del personal sanitario. Por lo tanto, este marco también tiene implicancias significativas para ellos. A continuación, se describen las formas en que la participación de los pacientes y sus familias se entrelazan con los distintos dominios del marco de cultura y aprendizaje

## **Liderazgo y rendición de cuentas**

En cada encuentro asistencial, los pacientes y el resto del equipo sanitario deben acordar una serie de objetivos y definir con precisión las funciones y la responsabilidad de cumplir con lo que se necesita para alcanzar esos objetivos. Los miembros del equipo clínico asesoran sobre los componentes diagnósticos y terapéuticos y los pacientes aportan sus puntos de vista, hasta llegar a un acuerdo acerca de lo que constituye un objetivo razonable. Cuando las personas están de acuerdo con el camino elegido y se sienten en parte responsables, las probabilidades de éxito son mayores. Una persona con dolor crónico, por ejemplo, puede concluir junto con su equipo médico que un alivio del 100% no parece un objetivo razonable, mientras que sí le puede parecer alcanzable reducirlo a un nivel tolerable de manera sostenida. Si tanto los médicos como los pacientes persiguen los mismos objetivos y manejan las mismas expectativas, es más fácil alcanzar los objetivos y reconocer el éxito.

## **Seguridad psicológica**

Los pacientes deben sentirse psicológicamente seguros para poder compartir sus preocupaciones con el equipo clínico. Las opiniones, ideas, preguntas y dudas que ellos expresan deben ser recibidas de manera abierta y libre de prejuicios. El tipo de respuesta del médico marcará, desde el primer encuentro, el tono que tendrá la relación.

También debe animarse a los pacientes a ser transparentes sobre sus síntomas, signos y grado de cumplimiento del tratamiento. Esta información permite que los médicos puedan ajustar mejor sus planes diagnósticos y terapéuticos. Si un paciente no siente seguridad psicológica, puede llegar a contenerse por miedo a sentirse avergonzado. Si un paciente cree, por ejemplo, que el médico se enfadará o se sentirá decepcionado si le cuenta que no siguió completamente un régimen de medicación, puede no ser totalmente honesto acerca de esta situación y de las razones de su incumplimiento. Sin embargo, si el médico anima al paciente a compartir la información completa y no reacciona

negativamente, se fomentan un intercambio de puntos de vista mucho más completo y preciso.

## Negociación

Al igual que ocurre con la negociación entre los distintos miembros del equipo clínico, los médicos deben entablar con sus pacientes y familias una negociación colaborativa. Si el médico quiere realmente determinar si el paciente tiene la voluntad de realizar cambios, la pregunta no debería ser *“¿Qué le pasa?”*, sino *“¿Qué le importa?”* (Barry and Edgman-Levitan, 2012). Un aspecto clave para tener éxito con los objetivos de salud de los pacientes es conocer sus prioridades y las de su familia, así como también sus preocupaciones y resultados deseados. Por ejemplo, una paciente de edad avanzada que cuida a sus nietos todos los días puede negarse a tomar su medicación para la hipertensión porque la mareja, lo que disminuye su capacidad de atención. Al conocer esta información, el médico puede buscar una solución que preserve su salud y que a la vez cumpla con sus objetivos.

## Transparencia

La transparencia con los pacientes y sus familias es importante porque elimina el mito de la infalibilidad del equipo clínico. Cuando se producen eventos adversos graves, la transparencia es especialmente importante; si la organización de salud no responde a estos acontecimientos de manera oportuna y eficaz se enfrenta a riesgos tales como la pérdida de confianza, la falta de cicatrización de heridas y la ausencia de aprendizaje colectivo (Conway et al, 2011).

En la medida que las personas comprendan que la organización de salud está tratando de mejorar sus procesos para aumentar la seguridad y la confiabilidad, los pacientes reconocerán cada vez más la necesidad de su participación en el diseño del sistema. Por ejemplo, si los médicos son transparentes en cuanto a que no siempre hacen un adecuado seguimiento de los estudios que solicitan a los pacientes y que muchas veces fallan en la comunicación de los resultados o para derivarlos, los pacientes podrían estar más activados para asumir la responsabilidad y obtenerlos directamente ellos desde el portal de pacientes de la historia electrónica. Y con esto no se trata de sugerir que las organizaciones deban depender de los pacientes para el seguimiento, sino que la transparencia acerca de las posibles lagunas en la comunicación puede ayudar a que el proceso sea más confiable.

## Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, los pacientes deben poder confiar en que siempre recibirán una atención segura y eficaz. Nadie quiere recibir una atención "menos que perfecta" o, lo que es peor, sufrir un daño involuntario a causa de la misma. Los mismos pacientes son de hecho un activo muy importante a la hora de descubrir la forma de hacer que los procesos sean más confiables, ayudando a sostener en el largo plazo la excelencia clínica y operativa de las organizaciones de salud.

## Medición y mejoras

Los pacientes también son un activo valioso en lo que respecta a la mejora de las organizaciones, ya que aportan su perspectiva única, principalmente en todo lo concerniente a su experiencia durante la atención. Una forma de involucrar a los pacientes y sus familias en los proyectos de mejora consiste en pedirles activamente que aporten sus ideas y experiencias, compartiendo con ellos los datos sobre el resultado de los esfuerzos en curso. Los gráficos de ejecución sobre medidas que importan a los pacientes (ej: tiempo de espera) son un método fácil de entender; su colocación en zonas visibles y accesibles para los pacientes (como las salas de espera) es una forma involucrar a los pacientes y sus familias en las mejoras, además de generar transparencia. En muchos sistemas de salud de avanzada, los pacientes participan directamente como miembros de equipos de mejora multidisciplinarios.

Para garantizar que los pacientes y sus familias se involucren en su atención, las organizaciones deben tener en cuenta tanto sus necesidades clínicas como sociales. Aunque muchos de estos últimos aspectos de la atención son difíciles de comprender y abordar, no deberían ser pasadas por alto porque influyen mucho en el éxito clínico. El compromiso con una cultura centrada en el paciente y con un sistema de aprendizaje ayuda a garantizar que las organizaciones hagan bien este trabajo.

Si no se involucra a los pacientes y sus familias en los dos grandes dominios del marco y en sus respectivos componentes, es poco probable que las organizaciones puedan cumplir con el objetivo de crear sistemas que garanticen una atención segura, confiable y eficaz.

## Conclusión

La realidad del entorno sanitario actual muestra que los sistemas que sustentan la atención de los pacientes son muy complejos y propensos a errores. Por otra parte la mayoría de las organizaciones carecen de un método integral para reducirlos. El Marco para una Atención Segura, Confiable y Eficaz del IHI está diseñado para guiar a las organizaciones en este camino. Los dos grandes dominios y los nueve componentes –con los pacientes y sus familias en el centro- refuerzan la idea que todas las partes del marco de trabajo están interconectadas y son interdependientes: el éxito en un área se basa en éxito en otra.

Aunque este marco seguirá sin duda evolucionando, se trata de un punto de partida sólido. Es de esperar que las organizaciones puedan utilizarlo para guiar sus esfuerzos por mejorar la seguridad, la confiabilidad y la eficacia de la atención que prestan, y que compartan a su vez con los autores del marco y con otros su aprendizaje para seguir perfeccionándolo en función de su experiencia.

## Bibliografía

La idea de este artículo sobre "Seguridad Sistémica" surgió de una breve reflexión que encontré de Donald Berwick, Presidente Emérito del Institute for Healthcare Improvement: *How does patient safety needs to change?* (31 octubre 2016), <https://www.youtube.com/watch?v=8ey0Sv7USV0&t=53s>. En la primera página y media de este artículo transcribo sus conceptos y agrego otros surgidos del informe que en el año 2015 realizara la National Patient Safety Foundation de los Estados Unidos: "Free from Harm: accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human."

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>

El resto resulta de la traducción libre y adaptación del documento: "A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care" (White Paper), una producción conjunta del Institute for Healthcare Improvement (IHI) y Safe & Reliable Healthcare (SRH).

Cita: Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

Puede accederse al White Paper original en ingles a través del siguiente link:

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Safe-Reliable-Effective-Care.aspx>

## Referencias

Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making: Pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*. 2012 Mar;366(9):780-781.

Berwick D. *How does patient safety needs to change?* (31 octubre 2016), <https://www.youtube.com/watch?v=8ey0Sv7USV0&t=53s>

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-Associated [VAP] and non-ventilator Pneumonia [PNEU]) Event. January 2016.

Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. [www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx)



Edmondson AC. *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012.

Feeley D. "A Second Look at the Report on Medical Errors." Institute for Healthcare Improvement Blog. July 14, 2016.

Frankel Leonard M; A, Federico F, Frush K, Haraden C (editors). *The Essential Guide for Patient Safety Officers*. Chicago, IL: Joint Commission Resources with the Institute for Healthcare Improvement; 2013.

[www.ihl.org/resources/Pages/Publications/EssentialGuideforPatientSafetyOfficers.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/EssentialGuideforPatientSafetyOfficers.aspx)

Frankel Leonard M. The path to safe and reliable health care. *Patient Education Counsel*. 2010;80:288-292.

Graham LM, Bonacum S. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i85-90.

IHI. Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Executive Development Program.

[www.ihl.org/education/InPersonTraining/PatientSafetyExecutive/Pages/default.aspx](http://www.ihl.org/education/InPersonTraining/PatientSafetyExecutive/Pages/default.aspx)

IHI Institute for Healthcare Improvement. "SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model."

[www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx)

IHI Institute for Healthcare Improvement. "How to Improve."

[www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx)

Kelley RE. In praise of followers. *Harvard Business Review*. 1988 Nov;66:142-148.

Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009.

Marx D. *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*. New York, NY: Columbia University: Trustees of Columbia University in the City of New York; 2001

Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA.; March 2006.

[www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx)

Michigan Health and Hospital Association. "Creating a Culture of High Reliability: Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement (SCORE)." [www.mha.org/MHA-Keystone-Center-Patient-Safety-Organization/High-Reliability-in-Healthcare/High-Reliability-Culture](http://www.mha.org/MHA-Keystone-Center-Patient-Safety-Organization/High-Reliability-in-Healthcare/High-Reliability-Culture)

Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004.

[www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx)

NPSF. National Patient Safety Foundation (2015) "Free from Harm: accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human."

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>

NPSF National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.

Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, Hants, England: Ashgate; 1997.

Scoville R, Little K. *Comparing Lean and Quality Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2014.

[www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx)

Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC; I-PASS Study Group. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*. 2012 Feb;129(2):201-4.

Thomas KW. Conflict and conflict management. In: Dunnette MD (ed). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago, IL: Rand-McNally; 1976:889-935.

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, MA:

Institute for Healthcare Improvement; 2016.

[www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx)