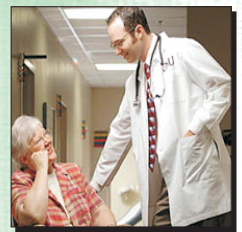


GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

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



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
SANDRA E. GALLEGOS M.D.
Consultores



GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNÁN DARÍO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.
JOSÉ EDUARDO FLÓREZ
SAMUEL FRANCISCO ROJAS
Equipo Técnico

***Experto Clínico que revisó:
Dr. Edgar Sarmiento
Director Médico Clínica San Rafael***





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MARCO TEÓRICO



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

La presente instrucción está dirigida a todo el personal profesional de enfermería y médicos, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, así como a los auxiliares de enfermería y camilleros, familia, comunidad, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria y cuidado del paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador del paquete de **“Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes”**, sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo del paquete instruccional integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas (fundamentales en cualquier práctica) y se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema del paquete.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.



INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de atención hospitalaria, es posible que un paciente sea tratado por una serie de profesionales de la salud y especialistas en múltiples entornos, que pueden ir desde la atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de urgencias, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación; esto sin contar con el traslado entre servicios e instituciones. Además de “recorrer” los distintos servicios asistenciales, los pacientes se moverán en áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular. Lo que se pretende dar a entender, es que a un solo paciente lo atienden una gran cantidad de profesionales del sector salud, ya que el “servicio de atención en salud, dependiendo del nivel de complejidad” está compuesto por una gran variedad de procesos por los que debe pasar el paciente, en donde interactúa con un profesional distinto. Por si fuera poco, en la práctica asistencial, es común que los profesionales de la salud trabajen por turnos, lo que aumenta el número del personal asistencial que atiende a un solo paciente.

Entonces, además de los procedimientos a los que se somete al paciente; es importante que se coordinen todos los profesionales que prestan el servicio para garantizar una atención segura; es aquí cuando el proceso de comunicación de todos los profesionales que atienden a los pacientes toma una importancia capital, pues de no hacerlo es factible que alguno de ellos cometa algún error por falta de conocimiento sobre el tratamiento y el paciente, pues no fue comunicado a tiempo por el resto del personal de la salud.

Pero los profesionales no son los únicos que atienden al paciente, también quienes lo cuidan deben tener atención especial a las recomendaciones de profesional que lo atiende; estamos hablando de personal asistencial auxiliar y de los propios familiares de los pacientes, pues deben tener unas directrices claras y unas

recomendaciones específicas sobre el modo de tratar a los pacientes.

Como pudimos evidenciar, en un proceso donde intervienen tantos y tan diversos individuos, es fundamental establecer unos procesos de comunicación eficaces, pues con un solo individuo que no tenga claro su actuar, se puede generar un fallo al tratamiento y un daño al paciente.

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para el mejoramiento de la Comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.

Objetivos Específicos

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.
- Mejorar y estandarizar la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica, que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.
- Delimitar las acciones administrativas, políticas, que favorecen la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.

2. LAS FALLAS EN LA COMUNICACIÓN COMO GENERADORA DE EVENTOS ADVERSOS

Gallagher señala: "Ha comenzado una transformación sobre cómo la profesión médica comunica a los pacientes acerca de los errores. Dentro de una década, la información franca y completa de los eventos a los pacientes será la norma, más que la excepción... Esta conducta será un paso crítico para restaurar la confianza pública en la honestidad e integridad del sistema de salud".

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

De todos los errores en el tratamiento de pacientes en los hospitales, "se estima que hasta el 75 por ciento involucra cierta falta de comunicación". Es un gran problema", dijo el coautor del estudio Richard M. Frankel, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Indiana en Indianápolis. Su informe aparece en la edición de diciembre de 2005, de *Academic Medicine*.

La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006 (1) presentando un 65% como primera causa de evento centinela y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU.(2). De los 25 000 a 30 000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos (3). Además de la comunica-

ción, el entrenamiento y la evaluación del paciente son las principales causas de eventos adversos (4).

La comunicación en el momento del traspaso (entre servicios, unidades e instituciones) está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente (5). La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso SBAR (sigla en inglés correspondiente a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes (6,7).

Valiéndonos de la revisión sobre los problemas de comunicación como causales eventos adversos y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con proceso comunicaciones poco efectivos, estas son:

- No estandarizar los mecanismos de comunicación
- Utilización de acrónimos no estandarizados ni socializados en la historia clínica
- Reporte de exámenes inoportuno y a destiempo.
- No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la comunicación equivocada pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

3. HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE QUIENES ATIENDEN Y CUIDAN AL PACIENTE.

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal de eventos adversos”) y partiendo de los problemas de comunicación como causales eventos adversos, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con la comunicación equivocada entre personas que atienden y cuidan a los pacientes.

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso las escaras. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las acciones inseguras más recurrentes en la comunicación equivocada entre personas que atienden y cuidan a los pacientes, a modo de ejemplo.

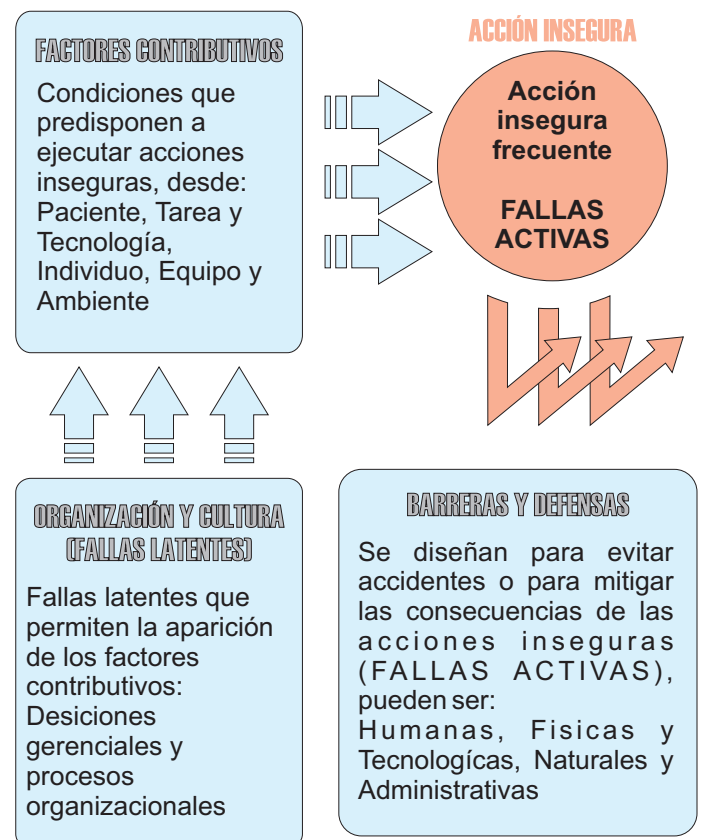
Es importante que como ejercicio didáctico, los

alumnos del paquete instruccional puedan desarrollar este análisis al resto de las causas más frecuentes señaladas o no en el presente documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para entender mucho mejor el esquema de análisis causal desarrollado a las primeras acciones inseguras más frecuente, nos valemos de un esquema gráfico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:



ANÁLISIS CAUSAL 1

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología,
- Personalidad, edad, género

Tarea y tecnología:

- Traslado continuo institucional entre servicio u departamentos.
- Ayudas para la toma de decisiones.
- Modelos socioculturales favorables.
- Procesos de comunicación vertical y horizontal.

Individuos:

- Personal no idóneo.
- Fatiga de personal,
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.

Equipo de trabajo:

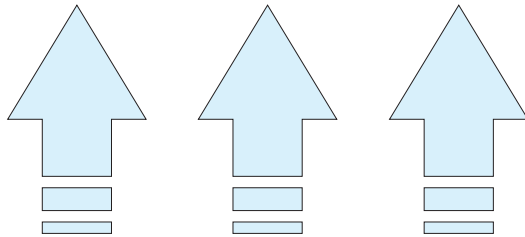
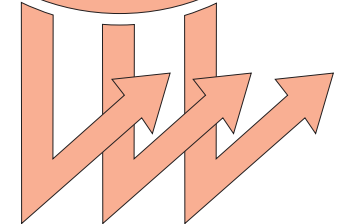
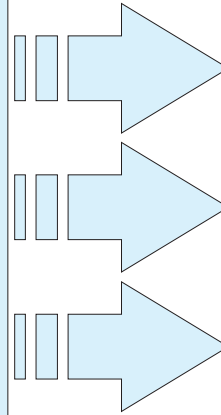
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Falta de supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Falta de entrenamiento en puesto de trabajo.
- Falta de Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Ausencia de sinergias.

Ambiente:

- Patrón de turnos.
- Clima organizacional
- Desconocimiento de los canales de comunicación

ACCIÓN INSEGURA

No estandarizar los mecanismos de comunicación



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención
- Políticas de contratación de personal.
- Programas de capacitación y actualización
- Políticas institucionales de comunicación intrainstitucional
- Plan Estratégico de Comunicaciones

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento.
- Hacer de la comunicación un proceso activo, de profesionales de la salud y/o agentes comunitarios de salud como las comunidades y las familias, que tienen un rol en el proceso y que cada uno puede aportar a una comunicación más efectiva que impacte positivamente en la salud.
- Mejorar y verificar la adherencia del individuo y sus cuidadores a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos.
- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes medicas verbales y escritas.

Naturales:

- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.
- Circularidad de la Comunicación. Trabajo comunitario y en redes.

Físicas:

- Mejorar las relaciones médico-paciente, a través de diferentes medios visual, textual, auditivo y personas (orientadores, facilitadores comunitarios).
- La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente.
- Información concerniente a riesgos para los individuos a través de medios textuales, visuales, auditivos.
- Instaurar comunicación pre-venta, persona a persona.

Administrativas:

- Personal suficiente y entrenado.
- Programa de capacitación en Comunicación Clínica
- Promover revisiones de Narrativa. Capacitación.
- Velar por que las poblaciones en riesgo (emisor-receptor) dispongan de la información necesaria para tomar decisiones con conocimiento de causa, y adopten las medidas pertinentes.
- Diseño listas de chequeo
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas y promover su utilización por parte de los usuarios.



ANÁLISIS CAUSAL 2

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Tarea y tecnología:

- Proceso no claro del diligenciamiento historia clínica.
- Claridad de la estructura comunicacional.

Individuos:

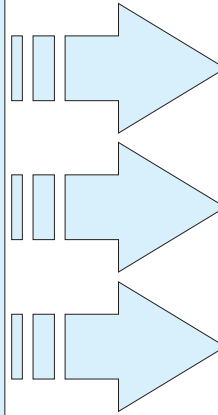
- Personal no idóneo.
- Fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Desconocimiento por parte del personal de las tareas y su documentación en historia clínica.

Equipo de trabajo:

- Falta de comunicación verbal.
- Dificultades en los procesos de comunicación vertical y horizontal.
- Falta de Supervisión y disponibilidad de soporte.
- Falta de entrenamiento en puesto de trabajo

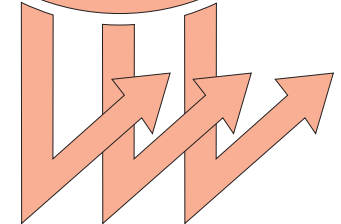
Ambiente:

- Patrón de turnos.
- Sistema de Historia clínica (física o electrónica)



ACCIÓN INSEGURA

Utilización de acrónimos no estandarizados ni socializados en la historia clínica



BARRERAS Y DEFENSAS

Administrativas:

- Cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Creación del comité de historias clínicas.
- Auditoría constante de historias clínicas.
- Programas de capacitación permanente sobre la normatividad vigente sobre Historia Clínica y su confidencialidad y el reporte claro y racionalidad técnico científica de la misma..

Humanas:

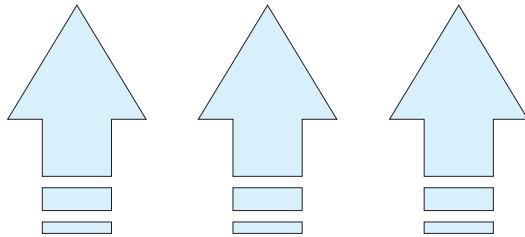
- Generar el Manual de Acrónimos de la Institución.

Físicas:

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

Naturales:

- Generar espacios naturales de comunicación.



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas para la elaboración de protocolos y Manuales sobre la documentación clínica y Manual de Acrónimos o abreviaturas que no se usaran en la institución.
- Ambiente laboral que genere una cultura de confidencialidad de la información y reporte adecuado de la misma, por parte de los interlocutores.
- Políticas institucionales definiendo El plan estratégico de Comunicación.



ANÁLISIS CAUSAL 3

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología.
- edad.

Tarea y tecnología:

- Falta de procesos de entrega de resultados y seguimiento.
- Falta de adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica.
- Tiempos no claros para la entrega y reporte de exámenes clínicos.

Equipo de trabajo:

- Deficiencia en la optimización de tiempos y puestos de trabajo, realizando estudios de tiempos y movimientos.
- Deficiencia en la comunicación verbal y escrita, y comunicación horizontal y vertical.

Individuos:

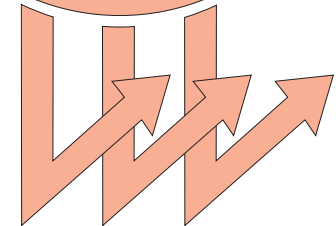
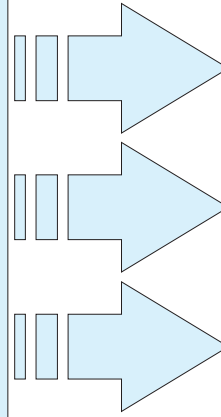
- Personal no idóneo.
- Falta de conocimiento de las tareas, habilidades, competencias,
- fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.

Ambiente:

- Patrón de turnos.
- Mal Clima organizacional
- Problemas en el Transporte de resultados en instituciones que cuentan con varias sedes.
- Manuales y protocolos de entrega y medición de tiempos de entrega.

ACCIÓN INSEGURA

Reporte de exámenes inoportuno y a destiempo.



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Realizar mediciones de oportunidad de entrega de resultados para confrontarlas con los estándares institucionales.
- Compromiso con los reportes oportunos.

Naturales:

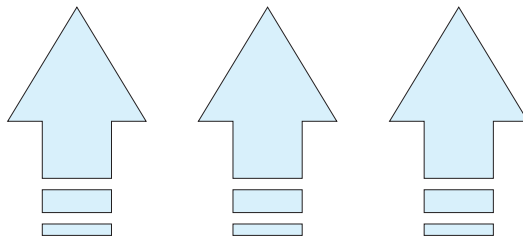
- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.

Administrativas:

- Cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Programa de capacitación en Comunicación Clínica
- Uso eficaz de los recursos de comunicación entre los actores del sistema de salud local, nacional.
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas y promover su utilización por parte de los usuarios.

Físicas:

- Contar con equipos acorde a las necesidades de la Institución.
- Hacer uso de la tecnología para lograr reportes a tiempo. (programas de sistemas de reporte de exámenes clínicos)
- Hacer uso de la telemedicina.



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención para el reporte de pruebas análisis de sangre, radiografías, para ayudar a diagnosticar problemas médicos.
- Listas de chequeo de Promoción de Mejoramiento de la Comunicación y la seguridad, para la entrega de resultados en tiempos establecidos por Norma institucional y general a nivel local, nacional.
- Ambiente laboral óptimo, con estudios de puestos de trabajo.
- Políticas de contratación de personal
- Programas de capacitación.
- Políticas institucionales definiendo Procesos de mejoramiento de la Comunicación y la Seguridad para trabajar sobre tiempos estándares.



ANÁLISIS CAUSAL 4

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente

Tarea y tecnología:

- Falta de Protocolos basados en la evidencia.
- Falta adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica.
- Deficiencia en la entrega de turnos del personal de salud.
- Falta de guías de Referencia y Contrareferencia.

Ambiente:

- Personal insuficiente.
- Patrón de turnos.
- Deficiencia de espacios para la entrega de turno.

Individuos:

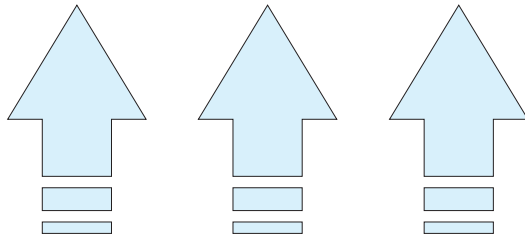
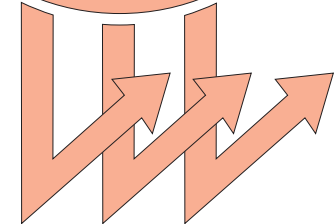
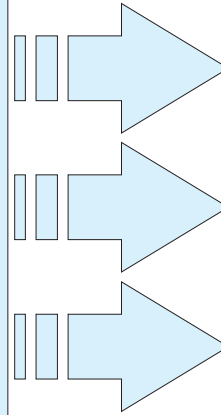
- Personal no idóneo.
- desconocimiento de las tareas, protocolos y guías de atención.
- Fatiga de personal.
- Sobrecarga de trabajo.

Equipo de trabajo:

- Inadecuada comunicación verbal y escrita y comunicación vertical y horizontal.
- Falta de canales de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.

ACCIÓN INSEGURA

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



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, del Sistema de Referencia y Contrareferencia y entrega de turnos a nivel hospitalario.
- Listas de chequeo en entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del Sistema de referencia y Contrareferencia.
- Ambiente laboral.
- Políticas de contratación de personal.
- Programas de capacitación constante.
- Políticas institucionales definiendo los tipos de entregas de turno y realizar seguimiento a las mismas, para observar su efectividad (Rondas de seguridad).
- Políticas institucionales que definan el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Lista de chequeo en cambios de turnos.
- Lista de chequeo para traslado de paciente intra e interinstitucional.

Naturales:

- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.
- Generar espacios adecuados para la entrega de turnos.

Administrativas:

- Cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Programa de capacitación en manual de referencia y contrareferencia de la institución.
- Uso eficaz de los recursos de comunicación entre los actores del sistema de salud local, nacional.
- Velar porque se dé siempre la posibilidad de una comunicación en doble vía para los procesos de referencia y contrareferencia.
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet, y promover su utilización por parte de los usuarios.

Físicas:

- Identificación de pacientes con código de colores, código de barras, etc...
- Canales de Comunicación:
- Cara a cara, por ejemplo, trabajadores de salud, compañeros,
- miembros de la familia, líderes de la comunidad.
- Transmisión en grupo, por ejemplo, en el aula o en los lugares habituales de encuentro.



4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implementar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Definir Políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.
- Definir políticas institucionales sobre qué tipo de Acrónimos y Siglas se pueden utilizar en la institución
- Un estudio de traspasos entre médicos llegó a la conclusión de que la comunicación precisa y no ambigua, cara a cara entre las personas, era la mejor manera de asegurar traspasos efectivos (8).
- La racionalización y estandarización de los informes de cambio de turno puede mejorar el razonamiento crítico, al igual que minimizar el tiempo que se pasa lejos del paciente (9).
- Las rondas de colaboración (multidisciplinarias) se están empleando en forma efectiva para mejorar la comunicación y el traspaso de información importante relacionada con la atención del paciente (10).
- Establecer programas de capacitación en comunicación y trabajo en equipos multidisciplinarios (ver paquete “Modelo Pedagógico”)
- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de salud
- Estandarizar listas de chequeo en la entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del Sistema de referencia y Contrarreferencia
- El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se torna de vital importancia (11,12).
- Política institucional promoviendo la participación del paciente y su familia en indagar sobre su patología y el plan de tratamiento.

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para mejorar la comunicación entre personas que atienden y cuidan al paciente pueden ser

- ***Proporción de personal que transcribe en la historia clínica las ordenes verbales***

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.



6. EXPERIENCIAS EXITOSAS

Mejora la comunicación entre el personal que atiende y cuida a los pacientes es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se aplican de manera correcta las buenas prácticas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación algunos ejemplos:

PRÁCTICA 1.

BEWELL MOBILE TECHNOLOGY, INC., SAN MATEO MEDICAL CENTER.
Lugar: San Mateo Medical Center, San Francisco



Libertad y Orden

USA

Practica: Teléfonos móviles con software personalizado de gestión de la enfermedad en pacientes con asma jóvenes. Esto les ha permitido comunicarse y recibir información en tiempo real de los proveedores por lo menos en una base diaria. La comunicación se centra en cómo manejar mejor el asma de forma permanente, con la meta de reducir las exacerbaciones que pueden conducir a costosos episodios agudos. La iniciativa de mejora del cumplimiento con la agenda diaria y con los regímenes de medicación, que a su vez condujo a resultados de los pacientes mejor y con menos uso de medicamentos de rescate, y menos visitas al servicio de urgencias y de días escolares perdidos.

Población: Edad: Niños (6-12 años), adolescentes (13-18 años); Ubicación Geográfica Ciudad; Raza y origen étnica Hispanos / Latinos-Latina; Poblaciones Vulnerables Niños; empobrecidos; Pacientes no asegurados; médico o social complejo, no habla Inglés / Inglés de competencia limitada; minorías raciales, las poblaciones urbanas

Problema abordado: La autogestión es un componente crítico de la atención a los más de 90 millones de pacientes que viven con enfermedades crónicas, pero muchos pacientes no están bien equipados para manejar sus condiciones, sin auto instrumentos eficaces de gestión. Esta falta de auto-apoyo a la gestión eficaz conduce a hospitalizaciones costosas y el departamento de emergencia (ED).

➤ La falta de auto-apoyo a la gestión: los enfermos crónicos, tienen necesidad de información periódica para tratar sus afecciones de forma eficaz. En ausencia de dichos comentarios, los pacientes pueden no responder adecuadamente pronto o cuando su salud está en riesgo y pueden tener dificultades para que sigan motivados en relación con las actividades

de cuidado. La mayoría de pacientes con enfermedades crónicas podrían beneficiarse de información en tiempo real sobre su actual estado de salud y desarrollo. Dispositivos de control existentes puede ser costoso y engorroso, especialmente para los pacientes con múltiples enfermedades crónicas que pueden requerir un dispositivo especializado para cada condición.

➤ Liderazgo para la admisión costo y visitas a: La falta de auto-apoyo a la gestión puede llevar a situaciones emergentes y las exacerbaciones agudas que a menudo requieren hospitalizaciones costosas y / o visitas ED. De hecho, gran parte del 75 por ciento de la atención de la salud en general los costos atribuibles a enfermedades crónicas cuidado uno, podrían evitarse mediante una mejor gestión de estas condiciones. Al menos la mitad de los ingresos hospitalarios para la atención primaria de las condiciones sensibles podrían evitarse mediante una mejor gestión de la condición del paciente en el ambulatorio setting.² Esta cifra puede ser mayor para ciertas minorías, como los afroamericanos y los hispanos, que tienen mayores las tasas de hospitalización evitable para las principales enfermedades crónicas que los blancos.

7. GLOSARIO DE TERMINOS

COMUNICACIÓN: De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo:





- Las relaciones médico-paciente.
- La adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos.
- La construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto.
- La diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones.
- La comunicación preventiva.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación

TRABAJO EN EQUIPO: Pritchard: define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común. Davis y Newstrom: define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y

comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsables y entusiásticamente a la tarea. Para Polliack, como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

SINERGIA: El término consiste en que se consiguen ventajas en el trabajo asociado. Es el efecto adicional que dos organismos obtienen por trabajar de común acuerdo, la sinergia es la suma de energías individuales que se multiplica progresivamente, reflejándose sobre la totalidad del grupo. La valoración de las diferencias (mentales, emocionales, psicológicas) es la esencia de la sinergia. Y la clave para valorar esas diferencias consiste en comprender que todas las personas ven el mundo no como es, sino como son ellas mismas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Root causes of sentinel events, all categories. Oakbrook, IL: Joint Commission, 2006
http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg, accessed 12 June 2006).
- (2). Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. MAG Mutual Healthcare Risk Manager, 2005, 11(28):1-2.
http://www.magmutual.com/mmic/articles/2005_11_28.pdf.
- (3). Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. BMJ, 1995, 310:1487
- (4). AHRQ Publication No. 02-0041b
Current as of September 2002



- (5). 2006 National Patient Safety Goal FAQs. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 2006 http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf, accessed 11 June 2006).
- (6). SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>, accessed 12 June 2006).
- (7). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.
- (8). Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80:1094–1099
- (9). Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 2003, 34(8):58–59.
- (10). Joint Commission International Center for Patient Safety Communications Expert Panel, October 2006 meeting.
- (11). Coleman EA. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. et al. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166:1822–1828. .
- (12). Forster AJ. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:161–167. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1080>

Bibliografía de Profundización

BIBLIOGRAFÍA.

- Fundación Corona. Centro de Gestión Hospitalaria. HUMANICE LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS DE SALUD. Alfaomega Grupo Editor. 2001.
- Kerguerlen C.A. Fundación Corona. Centro de Gestión Hospitalaria. GESTION EL MEJORAMIENTO DE SUS PROCESOS CLINICOS. Alfaomega grupo Editor. 2001.
- Krief B. COMUNICACIÓN SOCIAL COMPARTIDA. PARTNERSHIP. ESTUDIO DE IMAGEN.
- Mascaray E. MAS ALLA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA. Gestión 2000. Legis.
- Cuesta. u y Ugarte. a y Menendez. T. COMUNICACION Y SALUD: AVANCES EN MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EDITORIAL COMPLUTENSE 2008.
- Colin F y Restrepo-Estrada. COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO.
- ### CIBERGRAFÍA.
- Ruiz Moral. R. PROGRAMAS DE FORMACION EN COMUNICACIÓN CLINICA UNA REVISION DE SU EFICACIA EN EL CONTEXTO DE LA ENSEÑANZA MEDICA, 2003. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000500009.
- GRUPO COMUNICACIÓN Y SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR) 2009. <http://grupocomunicacionhupr.blogspot.com/2009/02/union-del-grupo-comunicacion-y-salud.html>.
- GUÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA PLANIFICAR LA COMUNICACIÓN EN CASO DE BROTES EPIDÉMICOS, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243597447_spa.pdf.
- FORMACION EN PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD.



<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>.

GUIA DE MANEJO DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN DURANTE CRISIS EN UNIDADES DE SALUD. SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD. DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO Y PLANEACION EN SALUD.

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/pandemia/PS%20materiales/Gu%EDa%20manejo%20de%20medios.pdf>.

Mosquera M. PhD. Comisionado OPS, 2003.
COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS, TEORIAS Y EXPERIENCIAS.

http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf.

Washington, D.C. Abril 2001.

<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>.

EQUIPO DE SALUD.

<http://equiposalud.blogspot.com/>.

Universidad CES Antioquia. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo18646DocumentNo9843.PDF>.

Lev Vygotsk.

http://es.wikipedia.org/wiki/Lev_Vygotski.

COMPETENCIAS LABORALES: BASE PARA MEJORAR LA EMPLEABILIDAD DELASPERSONAS. Bogota, 2003.

http://www.oei.es/etp/competencias_laborales_base_mejora_empleabilidad_personas.pdf.

DEFINICIONES DE NIVEL OCUPACIONAL, PUESTO DE TRABAJO, CARGO, FUNCION, TAREA, ELEMENTO Y MICROMOVIMIENTO. 2001.

<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/No9/Definiciones%20administracin.htm>.

COMPETENCIAS LABORALES: BASE PARA MEJORAR LA EMPLEABILIDAD DE LAS PERSONAS

http://www.oei.es/etp/competencias_laborales_base_mejora_empleabilidad_personas.pdf





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



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

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes”; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas, (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”)

Como instructor también debe comprender a profundidad cómo funciona la Guía del Alumno, para así asesorarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Competencias Institucionales

- Aplicar a su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente como causa de eventos adversos.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario, relacionadas con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, y que contribuyen a la aparición de eventos adversos en el paciente.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras relacionadas con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, y que generan la aparición de problemas.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción en el ámbito de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, para prevenir la aparición de eventos adversos en el paciente.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- La comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, como la causa más común en la aparición de eventos adversos.
- Acciones inseguras que contribuyen en la aparición de eventos adversos.
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias relacionados con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, que favorecen la aparición de eventos adversos en el paciente.
- Cultura organización y en la generación de factores contributivos para que la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, sea la causa mas común en la aparición de eventos adversos
- Planes de acción y barreras de seguridad para mejorar la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente

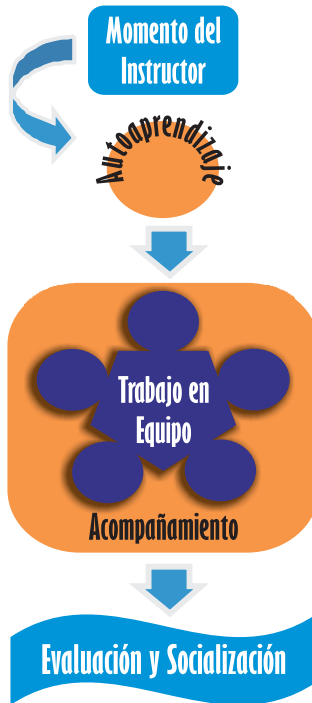
De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Protocolos para garantizar las comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente
- Protocolos Derechos Humanos relacionados con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, para ello se plantea desarrollar la formación en momentos de

aprendizaje que se fundamenten en el trabajo en equipo; más adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los procesos de capacitación y su secuencia lógica:



Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de la formación.

Momento del Instructor

Es el momento de la clase. Este momento se desarrollara en un aproximadamente 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, estamos hablando de 85 minutos. El instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema, entregando material de lectura (Marco Teórico) para la indagación y profundiza-

ción con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá, si se le propone una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan:

- Identificar la experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Generar un diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematizar y explorar necesidades y expectativas.
- Precisar los objetivos de aprendizaje

Adquisición:

En esta fase el instructor procura que el participante a la formación codifique la información que se pone a su disposición, que reciba la información, que la clasifique y la organice, según su nivel, desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiéndose de la presentación del paquete en cuestión expone al alumno el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario,

utilizando diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.

- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apoyarse en la experiencia previa del alumno y ejemplificarla, basado en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).



Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que los alumnos se apropian de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor no participe activamente, en este caso particular:

- Entrega al estudiante la “Guía del Alumno” sobre “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes” y explica el desarrollo de este documento (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

Trabajo en Equipo

El trabajo en equipo potencia las posibilidades de aprendizaje. Este es el momento de aprendizaje que constituye eje fundamental para desarrollar propuesta pedagógica, que contribuya a la formación de aprendizajes significativos, y por lo tanto el que mayor

intensidad horaria se le asigna. Se sugiere realizar actividades en equipos que cubran por lo menos el 50% total de la formación. Aquí se privilegiará la implementación de estrategias didácticas pertinentes para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, la comunicación su mejoramiento y las interrelaciones entre el cuidador y las personas que atienden al paciente, recomendamos desarrollar “Sociodrama”.

Este momento lo desarrollará el instructor de la siguiente manera:

Organización:

- Organiza a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Técnica Didáctica:

- Explica mediante un ejemplo el significado y el diseño de un sociodrama
- El grupo grande se divide en subgrupos para que estos diseñen un sencillo guión que permita posteriormente realizar una representación de una situación real, breve y conflictiva sobre el tema de central del paquete de comunicaciones, frente al grupo grande para que éste la analice.
- Remita a los subgrupos a la elaboración del diseño de dichos guiones sobre la(s) temática (s) asignada(s) con las respectivas instrucciones que les permita alcanzar el propósito de formación. Atienda las inquietudes que se presente. Asigne el tiempo que tienen los equipos para el alistamiento y preparación del guión, utilizando la técnica del sociodrama.
- Una vez se ha elaborado en cada equipo el guión respectivo sobre la temática de la comunicación, se procede a la representación dramatizada ante el grupo plenario. Se conceden máximo 5 minutos para cada dramatización. Permita que cada equipo represente creativamente los eventos adversos generados por las deficiencias de las comunicaciones entre los cuidadores y las personas que atienden al paciente

Conclusiones:

- Invite a que cada el grupo plenario participe, opine y argumente en torno a la situación representada. Permita e incentive de una participación profunda y reflexionada.

Aunque proponemos el sociodrama para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



Acompañamiento

➤ Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta a los equipos conformados en proceso de construcción individual aprendizaje individual y grupal, tanto en el alistamiento, como en la representación y en todos los momentos de la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en el ejercicio entregada para tal efecto.
- Asume las funciones de tutor del personal formado capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde aproximadamente al 15% del tiempo total de la formación, y tiene que ver con el cierre de esta; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicitación de las conclusiones grupales.
- Una vez revisado los análisis de las diferentes dramatizaciones y sus correspondientes conclusiones, sintetiza y resume los aspectos centrales del paquete, en especial las que tienen que ver con la prevención de elementos adversos que tienen que ver con las deficiencias

- de la comunicación, entre las personas que tienen que ver con la seguridad del paciente
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas comprender el mejoramiento de la comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes
- Invita a los alumnos a desarrollar la autoevaluación que se presente en la “Guía del Alumno”
- Cierre de la sesión, donde participan los liderazgos asignados.

Agenda Propuesta “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	85
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	120
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	35
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	240

Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.





Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes”,
- Guía del Alumno “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes”
- Sociodrama, Lúdicas.
- Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes para el mejoramiento de la Comunicación y las interrelaciones entre el cuidador y las personas que atienden al paciente.
- Diapositivas del paquete “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción con su bibliografía y cibergrafía correspondiente.

vigentes.

- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para la disminución de riesgos y aparición eventos adversos en el Mejoramiento de la Comunicación y las interrelaciones entre el cuidador y las personas que se dedican a la atención del paciente

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos sobre el mejoramiento de la comunicación y las interrelaciones entre el cuidador y las personas que atienden al paciente.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la comunicación su mejoramiento y las interrelaciones que se instauran entre el cuidador y las personas que se encargan de la atención del paciente.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



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

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas, y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender, que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general está instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, prácticas que prevengan la aparición de la caídas de los pacientes.

1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

Competencias a Desarrollar

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

Resultados de Aprendizaje

- Conceptualizar sobre la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente como causa de eventos adversos.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario, relacionadas con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, y que contribuyen a la aparición de eventos adversos en el paciente.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras relacionadas con la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, y que generan la aparición de problemas.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción en el ámbito de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente, para prevenir la aparición de eventos adversos en el paciente.

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre la disminución de riesgos en la atención del paciente y el mejoramiento de la comunicación y la interrelación entre los cuidadores y las personas que atienden al paciente, para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de eventos adversos en la atención del paciente, la comunicación su mejoramiento y la interrelación entre cuidadores y las personas que atienden al paciente; compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno:

Recuerde estimado alumno que en los servicios de Medicina las múltiples interacciones que se presentan entre el paciente y los diferentes profesionales y auxiliares, la frecuencia de procedimientos que se realizan como apoyo al diagnóstico y procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos, la utilización de múltiples medicamentos, el estrés y la fatiga, la necesidad de una comunicación continua y estrecha entre los diferentes actores de la prestación del servicio y entre los mismos y familiares, entre otros, hacen que los pacientes críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para la ocurrencia de diferentes eventos adversos.

Las estructuras comunicativas varían en función del medio y de la modalidad o género utilizado. El soporte audio-gráfico-visual-textual que se utilice sugiere unas determinadas posibilidades que propicia un modelo u

otro distinto de acercarse al mundo de la salud. El soporte gráfico-textual de la prensa es totalmente adecuado para tratar temas específicos con la profundidad suficiente que requiera el tipo de publicación (prensa comercial de carácter generalista o prensa especializada). La posibilidad de acercamiento a la prensa escrita de una forma reflexiva, discursiva, racional y crítica es la mejor aliada de la construcción conceptual de contenidos culturales tanto de salud como de otras temáticas.

El soporte audiovisual de la televisión, su fascinación e implantación mayoritaria la hacen no ya necesaria sino indispensable en cualquier tratamiento de salud, fundamentalmente en un modelo de promoción en cuanto la actuación sobre los estilos de vida y el medio ambiente. El acceso a los mensajes televisivos se realiza de forma emotiva más que racional, por lo que las modificaciones actitudinales y la creación de hábitos y valores se posibilita desde este medio de comunicación.

En cualquier medio de comunicación se utilizan determinadas modalidades comunicativas que hacen variar su propia estructura. Las modalidades clásicas y básicas son: La información, la formación, el entretenimiento, la publicidad.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para poder dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para apropiarse de la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de actividades de aprendizaje mediante las cuales se contribuirá el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema del mejoramiento de la Comunicación y las interrelaciones entre los cuidadores y las personas a cargo de la atención del paciente y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a el mejoramiento de la Comunicación y las interrelaciones entre los cuidadores y las personas que se dedican a la atención del paciente.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.



Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida.
- Participación en la sesión de formación.
- Observación y análisis de las Diapositivas en la clase.
- Reflexión sobre la importancia que la comunicación entre quienes atienden y cuidan a los paciente tiene en la seguridad del paciente.
- Seminario participativo.

Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras de caídas de los paciente:

- Revisar la bibliografía específica del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente” para comprender el Protocolo.
- Determinar las acciones inseguras mas frecuentes según revisión bibliográfica
- Identificar cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar que Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Observar y analizar las diapositivas en clase
- Participar activamente en el sociodrama.
- Debate dirigido o discusión del sociodrama.

Recomendaciones y actividades preventivas para mejorar la comunicación; Manejo de la Seguridad:

- Proponer barreras de defensa, que eviten las fallas de comunicación entre quienes atienden y cuidan al paciente.
- Mediante la revisión de practicas exitosas, identificar variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” practicas de atención en salud.
- Proponer modelos de monitorización para la gestión del mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.

Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador. Basado en lo anterior determine las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica. Identifique cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan, Identificando qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando la bibliografía y cibergrafía específica del tema (ver Marco Teórico).
- Participe activamente en el Estudio de caso y la dramatización planteada en torno a éste, denominado “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los paciente”.
- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que mejoren la comunicación y estudien las interrelaciones entre los cuidadores y las personas que se dedican a la atención de los pacientes.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los paciente”, a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica del mejoramiento de la comunicación y las interrelaciones entre los cuidadores y las personas que se dedican a la atención del paciente.
- Señala las acciones inseguras que predisponen la no promoción de la comunicación, su mejoramiento y la interrelación entre cuidadores



y personas que se dedican a la atención del paciente

- Analiza los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras
- Propone barreras de entrada, basados en buenas prácticas para la disminución de riesgos y ocurrencia de inconvenientes con la comunicación su mejoramiento y las interrelaciones entre cuidadores y las personas que atienden a los pacientes.
- Aplica correctamente, en el tema, el análisis causal del Protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de la comunicación entre personas que atienden y cuidan al paciente.
- Acciones inseguras relacionadas con la deficiente comunicación entre quienes atienden y cuidan al paciente
- Factores Contribuyentes asociados a las acciones inseguras
- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para mejorar la comunicación entre quienes atienden y cuidan al paciente
- Indicadores y formas de monitorizar la caída de los pacientes como evento adverso

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de un caso.

Dentro de la institución, se mejorará la comunicación entre quienes atienden y cuidan a los paciente, y se mitigarán sus consecuencias en caso tal que hallan fallas.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación
“Formación en Línea”(www.ocsav.info):
e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



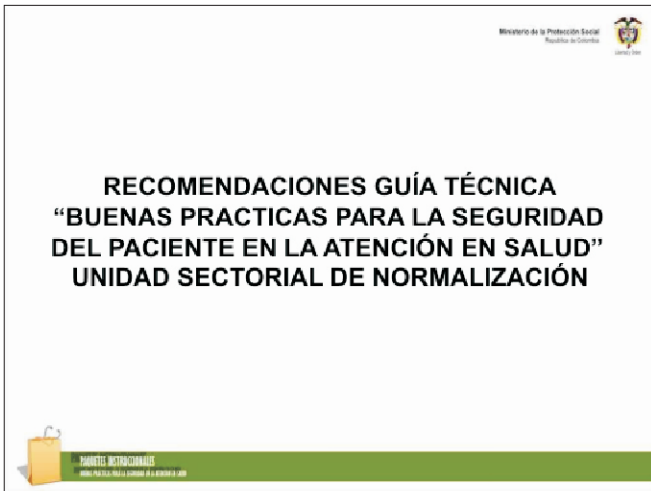
PRESENTACIÓN DE POWER POINT



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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

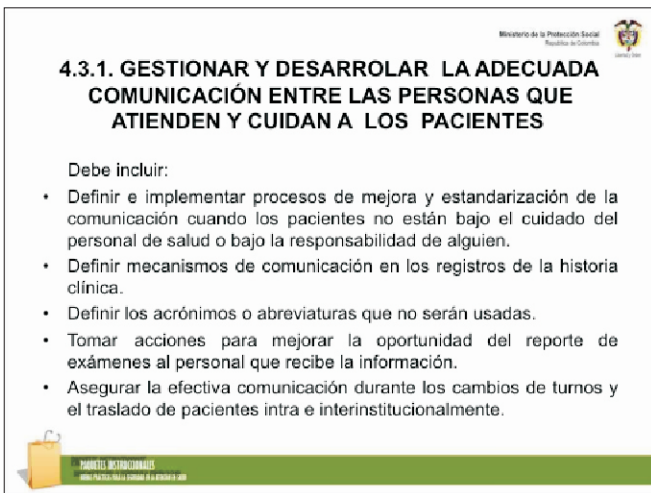
PAQUETES INSTRUCCIONALES
GUÍA TÉCNICA: “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
“BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**

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



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

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






PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

Durante el proceso de atención hospitalaria, es posible que un paciente sea tratado por una serie de profesionales de la salud y especialistas en múltiples entornos, que pueden ir desde la atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de urgencias, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación; esto sin contar con el traslado entre servicios e instituciones.




PARTELES INTERCAMBIALES
www.proteccion-social.gov.co

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

Además de "recorrer" los distintos servicios asistenciales, los pacientes se moverán en áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular. Lo que se pretende dar a entender, es que a un solo paciente lo atienden una gran cantidad de profesionales del sector salud, ya que el "servicio de atención en salud, dependiendo del nivel de complejidad"




PARTELES INTERCAMBIALES
www.proteccion-social.gov.co

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

Está compuesto por una gran variedad de procesos por los que debe pasar el paciente, en donde interactúa con un profesional distinto. Por si fuera poco, en la práctica asistencial, es común que los profesionales de la salud trabajen por turnos, lo que aumenta el número del personal asistencial que atiende a un solo paciente.



PARTELES INTERCAMBIALES
www.proteccion-social.gov.co




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para el mejoramiento de la Comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.



PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.
- Mejorar y estandarizar la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica, que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.
- Delimitar las acciones administrativas, políticas, que favorecen la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

LAS FALLAS EN LA COMUNICACIÓN COMO GENERADORA DE EVENTOS ADVERSOS

Gallagher señala: "Ha comenzado una transformación sobre cómo la profesión médica comunica a los pacientes acerca de los errores. Dentro de una década, la información franca y completa de los eventos a los pacientes será la norma, más que la excepción... Esta conducta será un paso crítico para restaurar la confianza pública en la honestidad e integridad del sistema de salud"

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- No estandarizar los mecanismos de comunicación
- Utilización de acrónimos no estandarizados ni socializados en la historia clínica
- Reporte de exámenes inoportuno y a destiempo
- No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE QUIENES ATIENDEN Y CUIDAN AL PACIENTE

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video "Análisis Causal de eventos adversos") y partiendo de los problemas de comunicación como causales eventos adversos, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Establecer programas de capacitación en comunicación y trabajo en equipos multidisciplinarios (ver paquete "Modelo Pedagógico")

- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de salud
- Estandarizar listas de chequeo en la entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del Sistema de referencia y Contrarreferencia
- El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se toma de vital importancia.
- Política institucional promoviendo la participación del paciente y su familia en indagar sobre su patología y el plan de tratamiento.

PAQUETE INSTRUCCIONAL
de 1999, 2004, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoria de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para mejorar la comunicación entre personas que atienden y cuidan al paciente pueden ser

- Proporción de personal que transcribe en la historia clínica las ordenes verbales

PAQUETE INSTRUCCIONAL
de 1999, 2004, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



ANEXOS



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

1. REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para alcanzar este propósito, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De esta forma, la comunicación va mas allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los

1. REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

El modelo de Comunicación para el Cambio Social describe un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.

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

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

Bandura explicó que el comportamiento humano puede estar influenciado por el "modelamiento" que tiene lugar cuando la gente se identifica con alguien a quien admira para posteriormente intentar imitar a esa persona. Las radio y telenovelas de Eduentretenimiento usan esta característica humana para promover mensajes y valores localmente identificables, a través de personajes que se constituyen en modelos a seguir para la población. Educación con Entretenimiento: una Estrategia de Comunicación para el Cambio Social.

Metodologías para la Planeación de la Comunicación en Salud

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

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

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

En el Proceso P del Center for Communication Programs de la John Hopkins University sugiere que no sólo debe tenerse en cuenta el contenido y la evaluación de los programas de comunicación, sino también que el desarrollo

1. REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

de estos programas sea el incremento sistemático y estratégico. El diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los proyectos de comunicación siguen los "procesos y principios para proyectos de comunicación en salud". Este modelo, se propone además, como sistemático y racional, porque se refiere continuamente a los datos encontrados en la fase de investigación; es práctico para la aplicación de los campos en todos los niveles; es estratégico, en el establecimiento de objetivos a largo plazo. Este proceso consta de seis pasos que son seguidos para implementar estrategias de comunicación:

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

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

- Inicia con una revisión de la información de base,
- Establece los objetivos,
- Analiza y segmenta la audiencia,
- Identifica los mensajes y conceptos a ser comunicados y los pone a prueba.

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

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

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

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

La evaluación se constituye en un tipo especial de investigación, que necesita ser definida en la fase de planificación de todo programa o proyecto de comunicación en salud. La evaluación puede ser utilizada como una forma de valoración de resultados en relación a objetivos y metas previamente definidos, de manera que podamos extraer lecciones que puedan contribuir para la toma de futuras decisiones o de lineamientos con

1. REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

relación al programa. La evaluación puede ser dirigida al proceso, a las actividades realizadas, al contexto donde el programa se ejecuta o a los resultados a corto, mediano o largo plazo. La atención prestada a los varios componentes de un programa cambiará de acuerdo con los propósitos de la evaluación y de las decisiones tomadas por las personas e instituciones implicadas en el proyecto. De esta forma, la evaluación debe suministrar información y conocimientos en relación con los factores que facilitan y limitan el proceso, al igual que los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo.

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

En algunas de las experiencias en comunicación en salud que aparecen el portal, se definen claramente los indicadores de proceso y evaluación, mientras que en otras, sólo se puede inferir que sus indicadores son establecidos al final del proceso. Se pueden evaluar diferentes partes de un programa en distintas etapas de éste. En el inicio, se puede evaluar el plan de acción; durante el programa se evalúa la manera en que se está llevando a cabo y al final se puede enfocar exclusivamente en los resultados.

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

Aquí se debe incluir el examen de los mensajes, materiales y estrategias de comunicación en el curso de la implementación. Sin embargo, diversos autores afirman que es muy difícil concluir, con absoluta certeza, cuáles son las causas del cambio de comportamiento en temas concernientes a la salud reproductiva y a otros aspectos de salud tratados en las intervenciones de comunicación en salud. Como consecuencia de estos obstáculos, en muchas investigaciones se usan las herramientas cuantitativas y cualitativas que sean necesarias para determinar si los cambios de comportamiento reportados se pueden relacionar con la exposición a los contenidos y acciones de los programas.

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

Finalmente, la evaluación de impacto proporciona los resultados de las intervenciones. A partir de la revisión de las experiencias, podemos establecer que casi todos los proyectos presentado en han sido cautelosos en incluir indicadores de impacto, tales como la reducción de las tasas de mortalidad o morbilidad como consecuencia de las iniciativas de comunicación en salud. Es importante considerar en este punto, la dificultad que existe en establecer con precisión el impacto de la comunicación en estos indicadores, ya que existen otros factores que influyen en los cambios que ocurren en las tasas de morbimortalidad o en el mejoramiento del estado de salud. Otro indicador importante que no aparece explícito en las experiencias, son los dirigidos a establecer la relación costo efectividad, los cuales nos proporcionarían insumos valiosos para la sostenibilidad de los proyectos.

1. REFLEXIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

Finalmente, los retos que nos quedan son:

- Fortalecimiento y la motivación del talento humano, para el desarrollo de planes de investigación de salud pública, a nivel local e institucional, dentro del componente de comunicación social.
- Institucionalizar el componente de comunicación social en los planes nacionales y regionales de salud pública no solo mediante el fortalecimiento de la inversión en capacitación e investigación, sino también en lograr la participación activa de otras disciplinas para formar profesionales competentes en el campo de la comunicación en salud.
- Se deben definir los roles y funciones en los niveles central, regional (provincial, departamental, seccional, estadual) y local con acciones diferenciadas tanto en la planificación y ejecución del componente de comunicación dentro de los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto implica el fortalecimiento de capacidad local e institucional, que a su vez está conectada a la formación del recurso humano.
- Definir lineamientos de comunicación social, metas, indicadores de proceso, de resultados intermedios y a largo plazo de impacto, comunes en Latino América con el fin de producir evidencias en comunicación en salud y establecer comparaciones entre experiencias en la región. Esta tarea deberá contemplar la diversidad socio-cultural, política y económica de los países.
- Construcción de una base conjunta para la recolección de datos sobre experiencias exitosas de comunicación social en los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, de acuerdo a los lineamientos de comunicación social definidos.
- Adelantar procesos de capacitación con miras a una excelencia técnica, en planificación en comunicación en salud (investigación, diseño, monitoreo y evaluación), para los niveles técnicos.
- Identificar los elementos claves para la sostenibilidad de los programas de comunicación en salud y la institucionalización del mismo.
- Fomentar un mayor diálogo entre las experiencias provenientes del sur y del norte mediante el fortalecimiento de este escenario Web con la participación de profesionales que trabajan en procesos de comunicación social en salud.



2. TÉCNICA DIDÁCTICA: SOCIODRAMA

Instrucciones:

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



VERSIÓN:

1.0

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia