



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**“UTILIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE
INFORMACION DEL PERSONAL MEDICO RELACIONADO CON EL
ESTANDAR INDISPENSABLE; COMUNICACIÓN EFECTIVA DEL CAPCE, EN
ATENCIÓN MEDICA CONTINUA DE LA UMF N°47”**

NUMERO DE REGISTRO R-2020-2402-021

PRESENTA:

MARTHA MAGDALENA ORTIZ REYES

ASESOR METODOLOGICO Y ESTADÍSTICO

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

Jefe de Servicio en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Asesor metodológico

LIC. JUAN ROBERTO HERNANDEZ NAVA

Asesor del área de Competitividad

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2017 – 2020



AUTORIZACIONES



DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefe de Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES.

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar
No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.
47, I.M.S.S

DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar
No. 47, I.M.S.S.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TITULO DE LA TESIS

**“UTILIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE INFORMACION DEL
PERSONAL MEDICO RELACIONADO CON EL ESTANDAR INDISPENSABLE;
COMUNICACIÓN EFECTIVA DEL CAPCE, EN ATENCION MEDICA CONTINUA DE LA UMF
N°47”**

PRESENTA:

MARTHA MAGDALENA ORTIZ REYES

ASESOR

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

Médico Familiar

Jefe de Servicio en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Maestría en Educación

FIRMAS

CO- ASESOR

LIC. JUAN ROBERTO HERNANDEZ NAVA

Asesor metodológico

Asesor del área de Competitividad

SINODALES

**Dra. Dora María Becerra López
PRESIDENTA**

**Dra. María del Pilar Arredondo Cuellar
Secretaria**

**Dr. Lorenzo de Jesús Cedillo Orlachia
Vocal**

**M.C. María del Pilar Fonseca Leal
Jefa de Investigación y Posgrado clínico
de la Facultad de Medicina**

**Dra. Dora María Becerra López
Coordinadora de la Especialidad en Medicina
Familiar**

INVESTIGADORES:

San Luis Potosí 2017-2020

AUTORES:

AUTOR

Martha Magdalena Ortiz Reyes

Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

Asesor Metodológico y Estadístico
Médico Familiar

Jefe de Servicio en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.
Maestría en Educación

LIC. JUAN ROBERTO HERNANDEZ NAVA

Asesor metodológico
Asesor del área de Competitividad

AGRADECIMIENTOS

- Primero quiero agradecer a Dios por darme el don de la vida, y darme la fortuna de poder ayudar al prójimo.
- Con amor eterno, profundo respeto y admiración infinita a mi Madre Martha Elva Reyes Briones por ser la única que creyó y apoyó el sueño de esa niña de cinco años que con ilusión le hablaba de ser doctora, por ser el motor que me impulsó a cada instante siempre inyectando amor a mi vida y ser quien hizo todo lo humanamente posible hasta ver mi sueño convertido en realidad, prometo devolverte con creces todo lo que has hecho por mí.
- A mi abuelita Lupita quien de niña siempre me cuidó, ayudó y amó incondicionalmente hasta el día de su muerte, está dedicada especialmente a ti, como lo prometí un día ya soy Doctora.
- A mi Padre Artemio y mis hermanos Aldo y Damián.
- A mis primas Laura, Tony y Lulú, gracias por acompañarme en cada paso en este largo camino, gracias por ser las hermanas que la vida me negó.
- Con mucho cariño a Jaime quien en complicidad con mi madre fue participe de este logro, gracias por acogerme como una hija y por preocuparte siempre.
- Con gran respeto a mi asesor de tesis el Dr. Gad Gamed Zavala Cruz por ayudarme y guiarme durante este proceso, sin su ayuda nada habría sido posible.
- A mis profesoras Dra. Dora María Becerra López y Dra. María del Pilar Arredondo Cuellar, por su gran trabajo y entrega al formarme como Médico Familiar.

RESUMEN

“UTILIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE INFORMACION DEL PERSONAL MEDICO RELACIONADO CON EL ESTANDAR INDISPENSABLE; COMUNICACIÓN EFECTIVA DEL CAPCE, EN ATENCION MEDICA CONTINUA DE LA UMF N°47”

Martha Magdalena Ortiz Reyes

Dr. Gad Gamed Zavala Cruz, Lic. Juan Roberto Hernández Nava

INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. **ANTECEDENTES:** Zavala y Cols. Implementaron una estrategia educativa sobre hipertensión en médicos familiares en San Luis Potosí en el año 2016 donde se encontró un cambio positivo significativo posterior a la implementación de la estrategia de una competencia inicial. **OBJETIVO:** Demostrar la utilidad de una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable comunicación efectiva del CAPCE en Atención medica continua de la UMF 47. **MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio de intervención, prospectivo, analítico, cuasiexperimental, realizado en Atención Medica y en el personal de dicha área en un periodo de 1 mes. Desarrollando una implementación de una estrategia educativa a través se los siguientes pasos: 1. Aplicación un examen pre estrategia, 2. Implementación de estrategia 3. Aplicación de examen pos estrategia, 4. Análisis inferencial de resultados. **RESULTADOS** El total de los participantes para el estudio fueron 15 de los cuales 53% son del género femenino y el 47% son del género masculino, En la evaluación inicial (pre intervención) se obtuvo una media de calificación 6.02 en una escala de 0 a 10 y en la evaluación final se obtuvo una media de 9.2 en una escala de 0-10, la media del género femenino en la evaluación inicial fue 5.5 y en la evaluación final fue de 9.1, la media del género masculino en la evaluación inicial fue de 6.6 y en la evaluación final 9.4 , las mujeres presentaron un cambio más importante de la calificación post-estrategia educativa. **CONCLUSIONES.** Una estrategia de aprendizaje constructivista mejoró el nivel de información sobre comunicación efectiva en un grupo de médicos familiares y no familiares de AMC.

ÍNDICE

Contenido	Pagina
1.- Marco Teórico	10
2.- Justificación	44
3.- Planteamiento del problema	45
4.- Objetivos	48
4.1.- Generales	48
4.2.- Específicos	48
5.- Hipótesis	48
6.- Material y métodos	49
6.1.- Tipo de estudio	49
6.1.1 Diseño de estudio	49
6.2.- Universo de estudio	49
6.3.- Unidad de estudio	49
6.4.- Límite de tiempo	49
6.5.- Muestra	49
6.5.1 Muestreo	49
6.6.- Criterios de selección	49
6.7.- Variables de estudio	50
6.8.- Procedimientos	51
6.8.- Plan de análisis.	52
6.9.- Instrumentos de recolección de información.	52
6.10.- Consideraciones éticas	52
7.- Recursos, financiamiento y factibilidad	53
Resultados	54
Discusión	62
Sugerencias	65
8.- Bibliografía	66
9.- Anexos	68

Índice de tablas y graficas

Contenido	Pagina
Grafica 1. Distribución de género en la población de estudio	54
Grafica 2. Distribución de edad en la población de estudio	55
Grafica 3. Distribución de categoría dentro del instituto en la población de estudio	56
Grafica 4. Distribución de turno en la población de estudio	56
Grafica 5. Distribución de años ejerciendo la profesión en la población de estudio	57
Grafica 6. Distribución de antigüedad en la población de estudio	57
Grafica 7. Resultados de Evaluación pre y post aplicación de estrategia educativa	58
Tabla 1. Coeficiente de Aprendizaje	59
Tabla 2. Validación del instrumento	61
Tabla 3. Análisis inferencial	62

Marco Teórico

Introducción

La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. La SP engloba actuaciones dirigidas a eliminar, reducir y/o mitigar los efectos adversos (EA) producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria. En este sentido, se considera EA a cualquier acontecimiento producido durante el proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente y con resultados que se expresan en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.¹

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumple con los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.²

Se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas permanentes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal en los procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser dirigidos a todo el personal, de tal forma que se garantice que al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos.³

En cuanto al ámbito formativo, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el área de la salud requieren contar con planes de estudio que incorporen transversalmente la temática de calidad y seguridad, esto contribuye a que todo profesional en formación conozca su contribución y responsabilidad en el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad. En este sentido, la formación de los profesionales de enfermería se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de salud sitúan a las enfermeras en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes. Su participación en la

mayoría de los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención.⁴

La comunicación es un fenómeno polivalente que define una serie de acciones por la que unas partes se ponen en común. Según el Diccionario de la RAE, el término engloba muchos significados, por lo que la idea etimológica es la más exacta a lo que nosotros necesitamos, quedando reducida a la transmisión de un punto a otro y puesta en común de ambos elementos.⁹

La comunicación en salud se define como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas concernientes con la salud. Incluye la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la atención sanitaria, la administración de recursos y la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de sus comunidades.¹⁰

Esto utilizando estrategias de enseñanza, para la capacitación del personal de salud como respuesta ante las necesidades de las organizaciones para garantizar una mejor atención y satisfacción del usuario

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en hospitales bien financiados y técnicamente osados al menos uno de cada diez pacientes que reciben atención en salud en el mundo, les ocurre un evento adverso. En Estados Unidos anualmente hay un reporte de 98.000 muertes por errores médicos, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tránsito, cáncer de seno o SIDA; en Canadá y Nueva Zelandia las consecuencias negativas debidas a errores médicos se presentan en el 10% de los pacientes hospitalizados, mientras que en Australia en el 16,6 %.²

Los datos de los países en desarrollo son cortos, aun así los expertos piensan que la situación es peor ya que se estima que por lo menos el 50% de todo el equipo

médico no es tangible y que 77% de los casos notificados de medicamentos adulterados y sin garantía de calidad ocurren en estos.²

Antecedentes históricos del panorama mundial en Seguridad del Paciente

- 1984-1999: durante este periodo muchos estudios se realizaron a nivel mundial, en los cuales se demostró la importancia de los eventos adversos eludibles asociados a la atención en salud. Uno de ellos fue el desarrollado en 1984, por Brennan de Harvard- Estados Unidos, sobre la incidencia de sucesos adversos y negligencias; realizado a una cohorte de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales del estado de Nueva York, el cual sigue siendo por su metodología un estudio de referencia para el conocimiento del problema. Se evidenció un 3,8 % de eventos adversos y 27,6 % de ellos eran evitables.³

Otro estudio realizado en EE.UU., UTAH por Thomas en 1992, a 14700 pacientes de 28 hospitales, estimó incidencia de eventos adversos de 2,9% y entre el 27,4 - 32,6 eran evitables. Así mismo, en este mismo año, en Australia se realizó el estudio de la Calidad en el Cuidado de Salud (QAHCS) en el cual examinó una muestra aleatoria de 14.179 pacientes admitidos a hospitales públicos y privados, e informó que el 16,6% de los ingresos están asociados con un EA, y que el 50,3% de los EA se asocia con la cirugía.³

El estudio realizado por Davis en Nueva Zelanda, en 1998, informó una frecuencia del 11.3% de eventos adversos, después de revisar los registros de 6579 pacientes en 13 hospitales y 37% eran eludibles.³

- 1999: el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, publicó el informe "Errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro", que afirmaba que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de fallos que podrían evitarse y orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones de salud,

internacionales, para el desarrollo de habilidades y recomendaciones enfocadas a control los daños o lesiones evitables en el paciente, por la atención en salud.³

- 2004: La Organización Mundial de la Salud creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" y fue puesta en marcha en octubre de ese año, con el propósito de arrancar, regular, difundir y acelerar la implementación de herramientas y comisiones para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo. Las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Promueve las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente para encontrar soluciones que permitan perfeccionar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes.³

- 2005: En este año, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, estableció la necesidad de trabajar en seis aspectos importantes a nivel mundial como el reto "una atención limpia es una atención más segura" – higiene de manos, con el fin de reducir las infecciones hospitalarias, en el 2008 lanzó el reto por la mejora de la seguridad en cirugía "la cirugía segura salva vidas" – abordado en varios criterios como cirugía limpia, anestesia segura, equipos quirúrgicos seguros así como medidas y mecanismos que aseguren la calidad lista de chequeo de cirugía segura; también fomentó la importancia de concentrar a los pacientes por su propia seguridad, homologar la taxonomía de la seguridad del paciente, realizar investigación en el campo de la seguridad del paciente, establecer soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad así como notificar las fallas en seguridad del paciente para aprender de los errores.³

En este mismo año, a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo, se realizó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) de carácter retrospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia de efectos adversos en los hospitales de España, establecer la proporción de éstos en el periodo de pre hospitalización, describir las causas inmediatas de los mismos, definir los evitables, conocer el

impacto de éstos en términos de incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria, en una muestra de 24 hospitales, sobre un total de 5.624 historias. Se detectó durante la hospitalización una incidencia de 9,3% de eventos adversos, relacionado directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) El 17,7% de los pacientes con Evento Adverso acumuló más de uno. Del total de los 473 pacientes con Eventos Adversos relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso).³

- 2006: El Consejo de Europa invitó a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones de salud.³

- 2007: El Consejo Directivo de la OPS, aprobó Resolución CSP27.R10: “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad el paciente”.³

- 2007 – 2009: Se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica) en 58 hospitales de 5 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) para valorar la prevalencia de los eventos adversos que fue de fue de 10.5% y 58,6% de ellos, eran evitables. Es el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha.³

Los eventos adversos estuvieron relacionados con Infección Nosocomial 37,97%, con un procedimiento 26,66%, con el cuidado 13,16%, con la medicación 9,22%, con el Diagnóstico 6,29%, otros EA 3,52% y pendiente de especificar 3,19%.³

- 2008: Un siguiente estudio también realizado en España es el APEAS en el cual se afrontó el análisis de la frecuencia y tipo de los EA en Atención Primaria; fue uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud,

abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería. Esta investigación llevó a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas y con 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería; se analizaron los datos de 96.047 consultas; la prevalencia de pacientes con algún Efecto Adversos fue de 10,11% y un 6,7 de los pacientes acumuló más de un EA.³

- 2010 – 2011: estudio AMBEAS, primer estudio de prevalencia e incidencia de eventos adversos en servicios ambulatorios México, Colombia, Perú y Brasil. Se identificaron 42 eventos adversos, el 59% relacionados con la medicación, 14,3% con la prescripción, 7.1% fallos en la comunicación, 9.5% otros motivos y 4.8% sin establecer.³

- 2012: la Organización Mundial de la Salud, realizó reunión en Ginebra sobre seguridad en Atención Primaria con el fin de analizar los datos disponibles sobre frecuencia, características, posibilidades de prevención y gravedad de los eventos adversos y valorar los retos ante una situación de crisis económica y la posibilidad de establecer estudios comunes entre países. Se priorizaron las siguientes recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en atención primaria; formar los profesionales en seguridad del paciente, promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías, desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria, Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación, facilitar el aprendizaje de los errores y asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en atención primaria se pongan en práctica.³

MARCO CONCEPTUAL

Calidad y Seguridad en el paciente

La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. La SP engloba actuaciones dirigidas

a eliminar, reducir y/o mitigar los efectos adversos (EA) producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria. En este sentido, se considera EA a cualquier acontecimiento producido durante el proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente y con resultados que se expresan en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.¹

Uno de los objetivos permanentes y más relevantes de los sistemas de salud en el mundo es el de lograr la calidad de los servicios que ofrecen a la población, de modo que para saber si tal objetivo se ha conseguido es necesario definir la calidad para tener un referente o parámetro contra el cual se puedan comparar los resultados de evaluaciones y mediciones.¹

La calidad es subjetiva debido a que su evaluación obedece del juicio de la persona que evalúa. Pero la subjetividad es menor en la medida que el evaluador utiliza una medida de referencia o un estándar que acota su juicio y lo torna menos subjetivo. Por otra parte, la definición es relativa debido a que el dictamen de calidad siempre se sustenta en una evaluación comparativa: un bien o un servicio tiene más o menos calidad, en comparación con otro similar.¹

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se suministra a los usuarios cumple con los estándares internacionales de calidad y los resguarda de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el trabajo de todos los involucrados en el área de la salud.²

Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos esenciales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para avalar una atención libre de riesgo y que ayude a mejorar los efectos en la salud de la población.²

Se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas permanentes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal

en los procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser encaminados a todo el personal, de tal forma que se certifique que al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias apropiadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos.³

Para lograr el reto de la calidad y la seguridad de la atención se requiere un compromiso institucional, multidisciplinario, interdisciplinario y a nivel individual tanto por parte de los proveedores como por el propio usuario receptor de la atención. La contribución de todos y cada uno de los representantes sociales implicados en el ámbito de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cuente con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la corresponsabilidad de todos es primordial.³

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.³

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de las operaciones o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del ejercicio; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del ambiente en el que se facilita la vigilancia sanitaria.³

Los sistemas de salud afrontan retos de gran magnitud y en el futuro cercano éstos serán aún de mayor extensión. Son innegables los avances en materia de atención médica, que en las últimas décadas han sido evidentes, como el incremento en la esperanza de vida o el gran adelanto tecnológico que ha permitido mayor exactitud en la integración diagnóstica y efectividad en la terapéutica. Sin embargo, los retos a los cuales se tendrá que dar respuesta son equivalentemente importantes: incremento considerable de la patología crónico–degenerativa y de la población geriátrica y enfermedades emergentes y catastróficas, entre otros, condición que no

sólo afecta a la salud de la población y hace más compleja su atención, sino pone en riesgo el estado económico de todos los sistemas de salud.¹

Hablar de calidad de la atención médica no es un tema nuevo, han sido múltiples las propuestas y esfuerzos con este propósito y, aunque es más reciente el tema de seguridad, a la fecha no se concibe una adecuada atención médica sin que exista una relación estrecha entre este binomio. A partir del reporte del Instituto de Medicina (IOM) de EUA, llamado *To err is human: building a safer health system*, se hicieron innegables los errores en la práctica médica y sus graves consecuencias, motivando con ello un movimiento mundial a favor de la seguridad del paciente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP).¹

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1841 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamentado en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende claramente del Presidente de la República.⁴

El proceso de certificación de corporaciones de atención médica consta de tres pasos: la autoevaluación, la auditoría y el dictamen; lo que pretende es una homologación internacional con criterios reconocidos por la Organización Mundial de la Salud, en que se consideran las metas internacionales de seguridad del paciente, cuya valoración permite distinguir el trabajo con los estándares nacionales e internacionales y contar con el registro obligado que lo demuestre; se evalúan estándares centrados en la atención del paciente así como aquellos centrados en la gestión de la institución médica.⁴

Entre los estándares centrados en el paciente, se consideran el acceso a la atención y continuidad de la misma, los derechos del paciente y de su familia, la evaluación y atención de los pacientes, los servicios auxiliares de diagnóstico, el tipo de anestesia y atención quirúrgica, el manejo y uso de medicamentos y la educación del paciente y de su familia.⁴

En los estándares centrados en la gestión se consideran las medidas implementadas en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, la prevención y control de las infecciones, el gobierno y liderazgo de la dirección, la gestión y seguridad de la instalación, la calificación y educación del personal y el manejo de la comunicación y la información.⁴

La Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el ánimo de dar respuesta a esta preocupación global, consciente y concedora de sus propias áreas de oportunidad, ha desarrollado el Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.⁵

El IOM propone la siguiente definición: “la calidad de atención es el grado en el que los servicios sanitarios aumentan, para los individuos y las poblaciones, la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.⁵

La propuesta es cerciorar que cada paciente reciba la atención conveniente para mantener la salud, prever la enfermedad o sus posibles complicaciones y, en su caso, establecer diagnóstico u ofrecer la terapia ideal tomando en consideración todos los factores propios del paciente o del profesional de la salud para lograr el mejor resultado con el menor riesgo posible y la mayor satisfacción, con el uso responsable y correcto de los recursos.⁵

El tema de la calidad ha estado presente desde hace tiempo.

En relación con el ámbito clínico, integrado por las instituciones de salud y los proveedores de atención, se requiere: a) Contar con políticas institucionales donde se posicione la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas, b) Establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos, que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora y correctivas en caso necesario y, c)

Desarrollar una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad, donde no exista miedo a notificar los errores y el reporte se convierta en una oportunidad de aprendizaje a nivel individual y organizacional.²

Así mismo, se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas constantes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal en los procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser dirigidos a todo el personal, con énfasis en los de nuevo ingreso, de tal forma que se garantice que, al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos.²

En cuanto al ámbito formativo, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el área de la salud requieren contar con planes de estudio que incorporen transversalmente la temática de calidad y seguridad, esto contribuye a que todo profesional en formación conozca su contribución y responsabilidad en el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad. En este sentido, la formación de los profesionales de enfermería se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de salud sitúan a las enfermeras en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes. Su participación en la mayoría de los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención.⁴

Finalmente, respecto al ámbito del usuario receptor de la atención, promover su participación ciudadana en temas de calidad y seguridad es fundamental para lograr sistemas de salud más seguros. El empoderamiento del paciente se considera una

medida crucial, la OMS define el empoderamiento como el proceso a través del cual las personas obtienen control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. Esto implica desarrollar la comprensión del paciente de su propio rol en la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de su salud, así como el conocimiento y las habilidades suficientes para poder comprender la mejora de su salud; además de lo anterior, es fundamental la presencia de un ambiente facilitador para su intervención.⁵

Existe evidencia de múltiples avances, a nivel local, nacional e internacional; sin embargo, las discrepancias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo.⁵

La estrategia de seguridad del paciente en desarrollo desde el año 2005, e incluida en el plan de calidad para el SNS en el año 2006, promueve acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, mejorar la comprensión sobre los eventos adversos y promover la ejecución de prácticas seguras en los centros asistenciales. El aspecto primordial de esta estrategia es que se viene desarrollando a través de alianzas con diversas instituciones a nivel nacional e internacional para hacer de la seguridad el centro de las políticas sanitarias. A nivel nacional destacan la declaración por la seguridad registrada por sociedades científicas del ámbito sanitario español y el compromiso de los pacientes por la seguridad del paciente suscrito por las asociaciones de pacientes. A nivel internacional, el MSPSI está presente en los grupos de trabajo internacionales que sobre seguridad de pacientes se han constituido en la OCDE, Comisión Europea (EUNetPAS, Patient Safety and Quality of Care Working Group) y OMS (estudio IBEAS, programa Bacteriemia Zero, campaña de higiene de manos, desarrollo de la taxonomía y sistema de clasificación de eventos adversos, o programa de pacientes por la seguridad, entre otros).⁵

La Constitución de la OMS señala que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para, religión, ideología política, condición económica o social. Los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía respecto al grado en que cumplen estas condiciones.⁵

Modelo Nacional de Competitividad

A través de los años, un importante número de organizaciones han encontrado en el Modelo la respuesta para desarrollar y fortalecer su propio modelo de administración. Las organizaciones que han participado en el Premio Nacional de Calidad y han logrado obtenerlo se han convertido en referentes por la forma de reconocer a los desafíos que se presentan en el entorno, garantizar su crecimiento y consolidación, tanto en los mercados nacionales como internacionales.⁶ El Modelo Nacional para la Competitividad (MNC) es un referente de prácticas de excelencia que se fundamenta en principios. Estos principios delimitan las prácticas, cultura y forma en que toman de decisiones las organizaciones de alto desempeño.⁶

El Modelo Nacional de Competitividad es la guía directiva para desarrollar las capacidades que requieren las organizaciones para competir, aprovechando y dando respuesta a las oportunidades y retos de su entorno.⁶

Dado que el MNC no es una norma o estándares, los componentes de las prácticas que integran los impulsores no deben considerarse como listas de verificación, son las características de prácticas ejemplares que la organización podrá definir para el diseño, mejora e innovación de sus impulsores.⁶

El contenido del MNC facilita la implementación de dichas prácticas ejemplares a través de sus ocho impulsores que se presentan como se describe a continuación: impulsar la competitividad de las organizaciones, facilitando la reflexión estratégica

para identificar y desarrollar capacidades y ventajas competitivas difíciles de imitar; la ejecución impecable de las estrategias; el aprovechamiento y respuesta a las oportunidades del entorno en el que operan, y con ello la excelencia sostenible.⁶

Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE)

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.⁷

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.⁷ En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras registraran como válidos los servicios que se estuvieran ofreciendo.⁷

México carecía de una instancia certificadora de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con buena calidad. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo, aún no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado.⁷ Como antecedentes inmediatos se tenía que:

En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de

Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, publicado en la Revista Salud Pública de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.⁷

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud.⁷

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.⁷

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la

intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.⁷ Como resultado de lo anterior, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.⁷
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.⁷
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.⁷

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.⁷

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada establecimiento y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 establecimientos.⁷

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que les antecedieron⁷:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.⁷
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.⁷

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de

Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.⁷

Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)⁷; de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.⁷

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.⁷

En este tenor, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones, por lo anterior, se realizó una investigación basada en:

- El análisis de los incumplimientos de dichos establecimientos en los últimos dos años.⁷
- Las mejores prácticas de atención médica.⁷
- La actualización de la normatividad vigente.⁷

- La opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindan atención médica.⁷

Como resultado de la investigación se publicaron los nuevos Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades vigentes a partir del 1 de julio de 2012. Actualizándose con la presente versión el 1 de junio de 2015.⁷

ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.⁷

Propósito de ECG.12

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas.⁷ Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.⁷

Elementos Medibles de ECG.12

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todo el establecimiento.⁷
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento.⁷
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.⁷
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.⁷
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.⁷

PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD

El Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente busca crear una cultura organizacional de colaboración y compromiso a la calidad a través de un enfoque multidisciplinario que impacte en todos los procesos y sistemas críticos de las unidades médicas, para lo cual la DPM ha obtenido de manera exitosa la certificación ante el Consejo de Salubridad General en algunas de las unidades médicas, sin embargo, es percibido como una prioridad solo para las unidades médicas inscritas en el procesos de certificación del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención médica (SiNaCEAM). En este sentido, la presente guía facilitará al Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en el desarrollo de los elementos mínimos que integran el Plan de Calidad y Seguridad, y asegurar que los esfuerzos en su implementación favorezcan la participación de las áreas con mayor vulnerabilidad a riesgos.⁸

La calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud son el eje central de la cultura organizacional de toda Unidad Médica y debe trabajarse día a día en su integración a los pensamientos de cada personal operativo y directivo y/o con línea de mando, y trascender en su comportamiento habitual, y formar parte del programa de capacitación y asesoría continua a todo el personal directivo y operativo.⁸

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es un documento gerencial de planeación, que se renueva cada año, y considera cinco elementos clave: la evaluación integral de los riesgos y problemas de toda la Unidad Médica, los resultados encontrados y repostados por el Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas (que a su vez alimenta a la primera), como resultado del análisis de estos dos puntos y el uso de materiales de calidad, se establece la estandarización de los procesos, la implementación de barreras de seguridad y sus Indicadores, y el rediseño de procesos de riesgo. (Herramienta proactiva AMEF).⁸

Comunicación efectiva

La comunicación es un fenómeno polivalente que define una serie de acciones por la que unas partes se ponen en común. Según el Diccionario de la RAE, el término engloba muchos significados, por lo que la idea etimológica es la más exacta a lo que nosotros necesitamos, quedando reducida a la transmisión de un punto a otro y puesta en común de ambos elementos.⁹

La comunicación es un proceso esencial en toda relación social; es el componente que reglamenta, hace posible la interacción entre las personas, y permite crear un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón constante y continuo. ¹⁰

La comunicación tiende a ser un instrumento preciso por la cual se transmite información de cualquier tipo, generando con ello un intercambio de perspectivas, experiencias y opiniones. Sin embargo, aun cuando los seres humanos tenemos la capacidad de comunicar, este proceso no es acogido con frecuencia o las formas en las que se realizan no son las adecuadas y el mensaje que se desea transmitir no es aceptado en su totalidad. ¹¹

Componentes básicos de la comunicación

a. Emisor: El emisor es el sujeto que diseña y dirige un contenido con información. El contenido debe ser lo más apegado a la realidad, separando los hechos reales de las opiniones subjetivas. El emisor debe disponer de habilidades comunicativas, recursos culturales, educativos, etc.¹¹

b. Mensaje: Seis son los requisitos que debe contener un mensaje, a fin de evitar toda posible deformación de lo que verdaderamente se desea transmitir.¹¹

c. Canal: Por canal de comunicación se entiende el vehículo o medio que transporta los mensajes: memoranda, carta, teléfono, radio, conferencias, películas, internet, televisión, etc.¹¹

d. Receptor: Es la persona que recibe la información entregada. Se debe tener en cuenta que en toda comunicación subsiste la tendencia a desarrollar mecanismos de defensa por parte del receptor, sobre todo cuando las informaciones llevan a cabo alguna modificación del status quo en que se vive y se actúa. ¹¹

La comunicación juega un papel imprescindible en la sociedad de hoy día y la salud es uno de los ejes primordiales en esta sociedad. Salud y comunicación son dos conceptos que no pueden entenderse sin estar íntimamente relacionados, pues la comunicación puede afectar de manera positiva o negativa a la salud personal o social de la misma forma que el estado de salud interviene en la comunicación. ¹¹

La finalidad esencial de la comunicación efectiva, es que el trasmisor y el receptor codifiquen de manera exitosa el mensaje que se intercambia, elevando así el nivel de comprensión entre uno y otro, o sea que el mensaje transmitido supere las barreras en la comunicación, dándose una comunicación bidireccional. ¹¹

En tal sentido, la comunicación efectiva va más allá del simple intercambio de información entre emisor y receptor, involucra acciones palabras y otras interacciones que incorporan el hecho de respetar las percepciones y emociones de los transmisores y destinatarios del mensaje a comunicar, y en base a esto, llegar a tomar decisiones, establecer retroalimentación, propiciar acuerdos, discutir discrepancias e incluso buscar otra opinión. ¹¹

Existen diferentes maneras de comunicarse: expresión verbal, no verbal, visual, gestos y expresiones, así como postura y posición. A pesar de que la comunicación verbal es la que más se utiliza, la no verbal es el reflejo de lo que realmente queremos expresar y se evidencia de distintas formas: la manera en cómo comunicamos y si en realidad se muestra un interés en lo que se dice. ⁹

La comunicación en salud

Se define como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas concernientes con la salud. Incluye la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la atención

sanitaria, la administración de recursos y la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de sus comunidades.¹⁰

Existen muchas y diferentes expectativas (o necesidades) del enfermo con respecto a la comunicación. Son aspectos de gran impacto de satisfacción de los usuarios, pudiendo resumirse en:

- Recibir información suficiente, accesible y comprensible.¹⁰
- Apoyo y orientación en la toma de decisiones.¹⁰
- Garantía de confidencialidad sobre los contenidos.¹⁰
- Respeto a la intimidad de las personas implicadas.¹⁰

Una efectiva comunicación para la salud debe disponer un contenido con las siguientes características¹⁰:

- Exactitud. El contenido del mensaje debe ser sin errores de interpretación o que dé lugar al receptor a realizar conclusiones falsas.¹⁰
- Disponibilidad. El contenido debe estar disponible al público objetivo de la forma más apropiada de recepción que presente este público.¹⁰
- Comparación. El contenido debe reflejar las ventajas y puntos positivos.¹⁰
- Consistencia. El contenido principal debe estar presente de forma redundante a lo largo del tiempo.¹⁰
- Nivel cultural. El contenido ha de estar adaptado a las características que presente el público objetivo (educación, etnia, discapacidad, etc.).¹⁰
- Basado en la evidencia. El contenido debe estar basado en un riguroso y relevante control científico.¹⁰
- Alcance. El contenido debe llegar o estar accesible al mayor número de población del público objetivo.¹⁰

- Seguridad. La fuente del contenido debe ser segura y actualizada.¹⁰
- Repetición. El contenido debe ser enviado o accesible de forma continuada en el tiempo.¹⁰
- Oportunismo. El contenido debe ser entregado o disponible cuando el público esté más receptivo.¹⁰
- Comprensión. El nivel del lenguaje y formato del contenido deben estar adaptados a una audiencia específica.¹⁰

Comunicación Efectiva

Mejora la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales y/o telefónicas, mediante el uso del proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir- Confirmar y Verificar.¹²

-Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico: Se debe contar con una bitácora específica para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas. Esta bitácora se ubicará en la central de Enfermería en cada servicio de hospital.¹²

- Del proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir- Confirmar y Verificar: El personal de salud que reciba cualquier indicación verbal y/o telefónica, debe anotar en la bitácora los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), nombre, cargo y firma de la persona que emitió y de la que recibió la orden, y la fecha y hora en que se recibió la orden.¹²

El personal que emita o reciba cualquier indicación verbal debe cumplir el siguiente proceso¹²:

- A) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.¹²
- B) La persona que reciba la orden debe escribirla en la bitácora.¹²

- C) La persona que recibió la orden debe leer la orden a la persona que la emitió.¹²
 - D) La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.¹²
 - E) La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al expediente.¹²
 - F) La persona que emitió la orden debe confirmarla y verificar que se encuentra en el expediente clínico firmándola en un plazo no mayor de 24 horas en caso de ser entre semana y no más de 72 horas en turnos especiales.¹²
- De la emisión y transmisión de órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias con el proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir¹²:
- a) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente¹²
 - b) La persona que recibe la orden debe repetirla en voz alta¹²
 - c) La persona que emitió la orden debe confirmar que la orden es correcta¹²
 - d) La persona que recibió la orden debe transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente¹²
- De la comunicación durante la transferencia de pacientes: El personal de salud utilizará la técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro¹².
- De las prescripciones médicas:

Letra legible.¹²

Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, las dosis y las unidades de dosificación. (En especial en aquellos medicamentos que tengan terminación ol ya que puede haber confusión con números "01").¹²

Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal.¹²

Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocara un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.¹²

Cuando la dosis es un número superior a 1000 siempre deben utilizarse “comas” para separar los millares o utilizar las palabras mil o 1 millón.¹²

Nunca deben abreviarse las palabras unidad, microgramos, día, una vez al día, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante y por.¹²

- La notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete: Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notifican directamente al médico responsable del paciente, los médicos residentes o enfermeras, podrán recibir la información de los valores críticos para informar de manera inmediata al médico responsable.¹²

En pacientes ambulatorios cada establecimiento debe contar con un procedimiento para comunicar los resultados críticos a los pacientes.¹²

- Referencia y/o Contrarreferencia: Debe elaborarla un médico del establecimiento y debe contener¹²:

- a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.¹²
- b) Copia del resumen clínico que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.¹²
- c) Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento que recibe.¹²
- d) Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.¹²
- e) Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.¹²

El establecimiento debe disponer de un directorio de unidades a las que puede enviar pacientes.¹²

- Del egreso del paciente: Debe elaborarlo un médico y contener¹²
 - a) Datos de identificación del paciente¹²
 - b) Fecha de ingreso/egreso¹²
 - c) Motivo del egreso¹²
 - d) Diagnósticos finales¹²
 - e) Resumen de la evolución y del estado actual¹²
 - f) Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.¹²
 - g) Problemas clínicos pendientes¹²
 - h) Plan de manejo y tratamiento¹²
 - i) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria¹²
 - j) Atención de factores de riesgo¹²
 - k) Pronóstico¹²

GESTIÓN DE RIESGO

Gestión de riesgos: proceso de identificación, priorización, análisis de causas e implementación de las medidas aplicables, para la reducción del riesgo a un nivel aceptable y la documentación de la decisión final.¹³

Aquellos riesgos o dificultades que afectan los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones¹³:

- Riesgos y problemas de los cuatro sistemas críticos (MMU, PCI, FMS, SQE).¹³
- Implementación de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.¹³

- Supervisión de los procesos.¹³
- Evaluaciones del desempeño.¹³
- Accidentes de trabajo.¹³
- Información de quejas.¹³
- Notificaciones de eventos adversos, centinela y cuasifallas.¹³

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

La obligatoriedad de llevar a cabo una planeación estratégica está sustentada en el marco legal. El artículo 17, Capítulo III, de la Ley de Planeación establece que las entidades paraestatales deberán “elaborar los programas anuales para la ejecución de los programas sectoriales y, en su caso, institucionales”. Una de las funciones más significativas de la gestión directiva es la planeación, la cual permite identificar a dónde se quiere llegar, cómo se hará, cuánto se quiere lograr y quién lo llevará a cabo. Esta es la base para establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los objetivos; dicho de otra forma, el control de la gestión no se puede llevar a cabo sin un proceso de planeación, además incluye el análisis de factores internos y externos que admite identificar riesgos y prevenir crisis producidas por cambios imprevistos del entorno. La organización como la unidad médica debe estar capacitada para responder a las expectativas de sus usuarios en tiempos cada vez más cortos, y solo podrá hacerlo si previamente ha desarrollado un conjunto de recursos y capacidades que la hagan competitiva.¹⁴

El concepto estrategia no es nuevo, se remonta a 1954 cuando Peter Druker lo definió como “la forma en que los gerentes modificaban las situaciones empresariales para lograr los objetivos planteados”. De manera formal, la planeación estratégica aparece en 1970, desde entonces ha sido objeto de múltiples definiciones, interpretaciones y modelos. Hay que destacar que este documento de planeación estratégica incluye el nivel de planeación táctica que ayudará la elaboración de la planeación operativa.¹⁴

La planeación estratégica es el conjunto de acciones y actividades de planeación que el cuerpo de gobierno de la unidad médica realiza para la operación de los

servicios de salud del Instituto; donde incluye los procesos, esquemas, proyectos o iniciativas con base en su estructura, su desarrollo para los tres años siguientes.¹⁴

De acuerdo con las definiciones de Modelo de Competitividad consideradas en la norma que establece las disposiciones para la ejecución y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad (MC), el plan estratégico es “el documento que contiene la misión, visión, diagnóstico, estrategias, objetivos estratégicos y plan para alcanzarlos en el mediano y largo plazo”. La misma norma nos dice que el cuerpo de gobierno, a través de un liderazgo estratégico, debe conducir a la unidad a una cultura de competitividad basada en su filosofía organizacional.¹⁴

La elaboración del plan estratégico requiere información de la organización respecto a al nivel de desempeño de los servicios que la conforman, recursos, usuarios, talento humano, identificación de riesgos, nivel de desempeño de las unidades que la conforman; de tal forma que el directivo tenga clara la factibilidad del logro de sus objetivos, establecer retos e identificar la dirección correcta hacia las metas. De acuerdo a los objetivos Plan IMSS 2018-2024, al área médica le corresponde garantizar la calidad de los servicios de salud a través del apego a estándares y guías de atención, y mejorar la eficiencia del gasto, por lo que la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) solicita el cumplimiento de los atributos de la calidad de la atención: centrada en el paciente, segura, oportuna, efectiva, eficiente y equitativa.¹⁴

GESTIÓN DE PROCESOS

En el año 2014 la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud (DMGSS), emitió la Guía Técnica para elaborar el plan operativo para la implementación de estrategias en los servicios de unidades médicas de primero y segundo nivel de atención, con la finalidad de facilitar a los jefes de servicio la elaboración de un documento que permitiera de forma sencilla concentrar elementos mínimos necesarios para definir objetivos, tareas y controles, para coadyuvar con esta herramienta a la ejecución del plan estratégico de la unidad,

teniendo como propósito fundamental, establecer la planeación de mejora de los procesos.¹⁵

Los sistemas de salud en el mundo tienen como fin, facilitar el logro del bienestar de la población, que permita el desarrollo humano. La complejidad de este “bienestar” radica en los componentes no relacionados con el propio sistema de salud, pero en su interior también se observa la fragmentación de la atención con grandes diferencias en la calidad de los servicios, dentro del mismo sector, existen metas de carácter individual y obvian la interdependencia del sistema, viéndose afectado no solo el tipo de atención, sino los costos negativos en la misma. “Los sistemas de salud tienden a ser ineficientes a la hora de promover la salud de la población y de proveer servicios de calidad que resulten en experiencias excelentes de atención, particularmente si se tiene en cuenta la magnitud de los recursos invertidos”.¹⁵

La realidad de operación de los servicios de salud, en particular en la iniciativa pública, revela una ineficiente operación de los procesos de atención, encaminados a un trabajo independiente entre sí, sin objetivos (metas) en la organización, con una tendencia a la escasa comunicación, sin conocimiento profundo de la calidad de la prestación del servicio, con altos niveles de desperdicio de insumos, medicamentos y materiales, así como una fuerte tendencia a lograr metas de productividad por el personal de salud. Las supervisiones realizadas por la DMGSS ratifican esta tendencia y de ahí la importancia de trabajar con un enfoque sistémico para la mejora de los procesos de atención en salud. Los esfuerzos realizados por el IMSS han sido relevantes para brindar la mejor atención posible a los usuarios tanto en las instalaciones de la organización, como en espacios extramuros.¹⁵

El trabajo del personal de salud debe tener permanentemente presente los siguientes objetivos:

- “Conservar y mejorar la salud de la población, centrándose en la prevención y el bienestar”.¹⁵
- “Proporcionar una atención centrada en el paciente, segura, eficaz, oportuna y equitativa”.¹⁵

- “Reducir o controlar el costo diario per cápita en el presupuesto para la salud de la población, optimizando recursos.¹⁵
- Incrementar la promoción y educación de la salud en la población usuaria.¹⁵
- Favorecer la prevención sobre el desarrollo de la enfermedad.¹⁵
- Otorgar servicios de calidad a través de equipos interprofesionales, favoreciendo la generación de redes de atención.¹⁵

La forma de asegurar estos propósitos es a través de identificar con toda claridad, objetivos estratégicos y específicos, indicadores y metas para el logro de los mismos y las acciones operativas que se efectuarán para lograr los cambios esperados, que en general consisten en:

- Resultados positivos en relación a mejorar la salud de la población.¹⁵
- Atención centrada en el paciente con cumplimiento a los atributos del servicio, medido a través de: oportunidad, eficacia en la atención, prestación del servicio médico seguro y que cada usuario reciba lo que necesita, de acuerdo a su estado de salud.¹⁵
- Una mayor participación de los usuarios en su autocuidado.¹⁵
- Reducción de costos en la atención médica, a través de un uso racional de los mismos.¹⁵
- Una mayor satisfacción de la población derivado de servicios de mayor calidad.¹⁵

La forma de conocer si se está avanzando en la mejora de los procesos para el logro de objetivos, es a través de una determinación cuantitativa. Debiéndose considerar paramétricas relacionadas con el proceso que se está atendiendo, hacer concordancia con cada una de las mediciones y la relación lógica que se busca entre la medición y el objetivo.¹⁵

En el ámbito sanitario se entiende por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido”. En el IMSS, esta definición adquiere una connotación asistencial para la salud.¹⁵

Con fines de alinear los conceptos clave entre las diferentes directrices del Instituto, en el presente documento se definen como lo señala la “Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad MC” 1000-001-003¹⁵:

La situación actual prevaleciente en cuanto a la necesidad de ser más eficientes con los recursos, nos obliga a pensar en una metodología de planeación e implementación donde se oriente la mejora continua de los procesos, como un proceso de cambio, identificando y analizando los problemas y los desperdicios existentes.¹⁵

A través de esta forma de pensar, los procesos dirigidos por los diferentes directivos en salud, se deben organizar de forma más eficaz, mejorando la detección de errores, evitando daños a la salud, con una gran participación de todo el personal involucrado y estandarizando adecuadamente las acciones necesarias para el cambio esperado. *La mejora continua es agregar valor al proceso.* Los detalles de la implementación y de otras directrices relacionados con el tema de calidad de los servicios de salud, así como de la implementación de la mejora a través de nuestro Modelo Institucional de Competitividad, van más allá del propósito de esta guía técnica, por lo que sugerimos recurrir a otras fuentes de información para detalles metodológicos.¹⁵

MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS

Es una filosofía para asegurar la estabilización del proceso y la posibilidad de mejora. Es la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones.¹⁶

“La Mejora Continua debe hacerse con un enfoque de procesos de forma holística y sistémica. La unidad médica debe analizar y mejorar los procesos que más aportan a la eficiencia (cumplimiento de los objetivos estratégicos y enfoque al usuario) y/ o a la eficiencia (capacidad de mejorar en el aporte de valor añadido, altamente repetitivos o con altas desviaciones con respecto a lo esperado). La mejora de un proceso puede realizarse al elevar la calidad, con la disminución de

actividades que no aporten valor añadido, por la incorporación de mejoras al servicio que eleven sus prestaciones, la mejora de la actividad humana (cultura organizacional, liderazgo, motivación, clima, aprendizaje, etcétera), la incorporación de prácticas de excelencia (Benchmarking), la capacidad de determinación de los riesgos del proceso y su control de manera proactiva (puntos críticos de control); así como la mejora en busca de elevar la sostenibilidad de la producción.”¹⁶

Es una palabra japonesa que quiere decir “*mejoramiento*”. Es un mejoramiento continuo que incluye a todos los integrantes de la organización como son los directivos y personal operativo por igual. La Mejora Continua es Kaizen. “La palabra Kaizen se asume como un símbolo a los problemas y luchas de cada día, y del modo en el que los empleados se enfrentan a todo ello. De hecho, en ocasiones el Kaizen ha sido visto como una fuerza ética”³. Brunet y New⁴ definen Kaizen: “Un mecanismo penetrante de actividades continuas, donde las personas involucradas juegan un rol explícito, para identificar y asegurar impactos o mejoras que contribuyen a las metas organizacionales”.¹⁶

Las técnicas y herramientas del Kaizen han variado a través del tiempo, Las más utilizadas corresponden a: Estandarización, eliminación de muda, técnicas de comunicación, generación de disciplina, entrenamiento, filosofía de 5s, equipos de mejora. ¹⁶

Estrategias de enseñanza

La educación es una realidad compleja que involucra multiplicidad de factores, tendencias y perspectivas, y su praxis no se circunscribe únicamente al ámbito escolar (educación formal) sino que se complementa e incluye elementos provenientes de otras esferas y posibilidades de intervención (educación no formal, educación informal), siempre con la intencionalidad de la optimización personal en el contexto y en la época, no como una actividad o función abstracta sino en el devenir histórico-social.¹⁷

Las estrategias de enseñanza se definen como los procedimientos, utilizados por el docente para promover aprendizajes significativos, implican actividades programadas y orientadas a un objetivo en particular.¹⁸

Existen deferentes maneras de conceptualizar el aprendizaje, teniendo cada una de ellas diferentes repercusiones en función de qué efectos prácticos tenga dicha concepción. Muchas de las ideas respecto a cómo trabaja o cómo debe realizarse el proceso educativo se han elaborado y se han constituido como un modelo pedagógico más o menos sólido.¹⁹

Éstas deben ser utilitarias y significativas para aumentar el beneficio en las actividades anunciadas, los materiales deben ser claros, bien elaborados y atractivos, la instrucción debe manifestar que estrategias pueden ser usadas, cómo y cuándo pueden aplicarse y por qué son de utilidad²⁰.

Tienen las EA como principales características:

- 1.- Su aplicación no es automática sino controlada.²⁰
- 2.- Implican un uso selectivo de los propios recursos y capacidades disponibles.²⁰
- 3.- Las estrategias están constituidas de otros elementos más simples, que son las técnicas de aprendizaje, las destrezas o habilidades.²⁰

Las estrategias de aprendizaje pueden clasificarse en función de qué tan generales o específicas son, del dominio del conocimiento al que se aplican, del tipo de aprendizaje que favorecen (asociación o reestructuración), de su finalidad, del tipo de técnicas particulares que conjuntan, etcétera.²⁰

Modelo tradicional

El modelo pedagógico tradicional, el más empleado a lo largo de la historia, propone que el papel de la educación es la de transmitir un conjunto de conocimientos. En esta relación entre alumno, educador y contenido el alumno es únicamente un recipiente pasivo, absorbiendo los contenidos que el educador vierte sobre él. El rol protagonista recae sobre el educador, que será el agente activo.²¹

Este tipo de modelo propone una metodología basada en la retención memorística de la información, a partir de la repetición continuada de tareas y sin precisar de un ajuste que permita la otorgación de un sentido al material aprendido.²¹

Modelo conductista

El modelo pedagógico conductista reflexiona también que el papel de la educación es la de transferencia de saberes, viéndola como una manera de generar la reserva de aprendizajes. Se basa en el paradigma conductista en su vertiente operante, proponiendo que a todo estímulo le sigue su respuesta y la repetición de esta se ve determinada por las posibles consecuencias de dicha respuesta. A nivel educativo se pretende el aprendizaje por modelamiento de la conducta, fijando la información a través del refuerzo.²¹

Modelo Constructivista

Los principales exponentes y defensores de este modelo, son: Jean Piaget (1896-1980), Lawrence Kohlberg (1927-1987), George Kelly (1905-1967), David Ausubel (1918-2008), Lev S. Vigotsky (1896- 1934) y Joseph Novak (1932-), entre otros.²¹

El constructivismo, sustentado en la premisa de que cada persona construye su perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales. El constructivismo se enfoca a la preparación del que aprende para resolver problemas en condiciones ambiguas (Schuman, 1996).²² Refiere que el conocimiento nuevo es interpretado por el conocimiento previamente adquirido y luego relacionado con el conocimiento ya existente.

La finalidad de la educación es alcanzar la comprensión cognitiva, de modo que se favorezca altamente el cambio conceptual; pero todo ello se debe ir dando de manera natural a través del contacto directo del individuo con su medio social y de la interacción con el mismo.²³

El modelo constructivista se basa en la posición de que el cerebro intenta naturalmente sacar el significado del mundo interpretando la experiencia a través del conocimiento ya existente y posteriormente construyendo conocimiento nuevo en un proceso idéntico al razonamiento hipotético-deductivo o al método científico.²³

Se puede decir que el modelo constructivista cobra gran vigencia, en cuanto que los procesos pasaron del magistralismo a la construcción del conocimiento a partir de

las concepciones previas de los estudiantes y de su contacto directo con el entorno, mediante talleres, experiencias de investigación y su interacción con los compañeros de clase, dándole cabida al error como método para construcción de conocimientos universalmente válidos.²⁴

2.- Justificación.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que en los últimos cinco años, desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro « To err is Human: building a safer Health system» en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.²⁵

Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología».²⁵

En México el Consejo de Salubridad General (Organismo Nacional con la facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en el país) ha fomentado que las Instituciones públicas se certifiquen con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad en el paciente, todo ello, a través de la implementación de las metas internacionales.²⁵

El propósito de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas con relación a la seguridad, por medio del desarrollo de un sistema que permita identificar políticas globales para el cumplimiento de las mismas, y brindar una atención segura y de calidad. Los objetivos de las mismas,

destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificadas en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica. Por tal motivo, con la implementación de acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica como prioridad, a través de las estrategias planteadas en las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, se reducirán significativamente los eventos adversos.¹²

Una de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y en este contexto es la “comunicación efectiva”, en donde, el personal del Instituto previene errores que involucran las comunicaciones más propensas al error, y utiliza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar en la comunicación verbal de indicaciones y/o en situaciones de urgencia que se pueden dar durante los procesos asistenciales en las áreas de hospitalización, urgencias, terapia Intensiva, quemados y quirófano. En nuestra Unidad el fenómeno trascendente ya que está presente en Atención Medica Continua, si bien no hay datos cuantificables, cualitativamente es importante resaltar que el problema existe, tomando como premisa la pirámide de Heinrich, es importante señalar que esta acción esencial se presenta inevitablemente con fallos. De tal suerte y ante la tendencia de la unidad de participar en premios de calidad y en la recertificación de esta última es altamente relevante y razonable capacitar al personal para ejecutar dicho proyecto.

3.- Planteamiento del problema:

La apreciación que el usuario tiene sobre la calidad de la atención médica que recibe es un elemento que se ha medido en sociedades con características distintas, en donde la obediencia de las necesidades personales y de seguridad en la institución de salud que atiende a los derechohabientes se ha asociado a la presentación de quejas por baja satisfacción.²⁷

Una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son elementos que en diversos estudios se han considerado esenciales para incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y disminuir la frecuencia de quejas y de procedimientos de reembolso, pago por daños o percepción de atención médica deficiente o inadecuada, pero la comunicación entre profesionales de la salud también es un proceso de alta magnitud y relevancia para garantizar la calidad y seguridad en el paciente.²⁷

Según reportes de la CONAMED en 2019 hubo 773 quejas en relación a la relación Médico-Paciente, de las cuales 315 fueron por falta de información y 310 fueron por información errónea o incompleta, lo cual nos marca la importancia de la comunicación efectiva en la relación médico-paciente, y entre los mismos miembros de la organización para disminuir o evitar este tipo de quejas.²⁸

Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente son una serie de acciones específicas llamadas también como barreras de seguridad que previenen los riesgos; además de que la probabilidad de eventos adversos y centinela sea menor. La clave para la implementación de las acciones esenciales es llevar a cabo la acción o acciones específicas de manera correcta y en el momento oportuno, de tal manera que ayuden a “dificultar el error” dentro de ciertos procedimientos específicos que se llevan a cabo en el proceso de atención; contemplado lo anterior como la base de un cuidado seguro.²⁹

Existen en total 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente, 161 estándares centrados en el paciente y 166 estándares centrados en la gestión y 1300 elementos medibles.

La comunicación efectiva es altamente trascendente ya que cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa

al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. La organización elabora, en colaboración, un proceso para recibir órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio y gabinete verbales y telefónicas, mediante la implementación del proceso Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.²⁹

En el campo médico, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación médico-paciente; implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención médica y más aún la seguridad para el paciente.³⁰ Actualmente en nuestros sistemas de salud se cuentan algunas estrategias que permiten que la atención los pacientes sea más eficaz y de mayor grado de satisfacción al usuario, sin embargo, aún no se logra llegar a la meta de satisfacción total del beneficiario ya que en algunos servicios no se implementan de forma adecuada este tipo de estrategias ya sea por la demanda o por la falta de conocimiento por parte del personal de salud, por lo que en este trabajo se pretende implementar una estrategia educativa donde podamos medir el nivel de información sobre el estándar indispensable centrado en la gestión de CAPCE comunicación efectiva antes y después de implementar dicha estrategia educativa.

De no realizarse estrategias educativas de capacitación en comunicación efectiva y no implementarse barreras el estándar es muy vulnerable desde una perspectiva de calidad debido a que se puede incrementar la probabilidad de que se presenten cuasifallas o eventos adversos derivados del mal entendimiento en las indicaciones entre el médico y la enfermera o entre jefe y operativo, lo que puede impactar de manera negativa en la seguridad del paciente.

Los Estándares de Certificación definen las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad.

La reducción constante de los riesgos para el paciente y el personal es compromiso del establecimiento por lo que el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente debe tener un enfoque general e integral cimentado en el liderazgo, cultura y cambio organizacional, proactividad y demostración de mejoras sostenidas.

Una comunicación deficiente entre los trabajadores del sistema de salud, como las órdenes escritas o verbales poco claras representan problemas subyacentes asociados a errores en la medicación.¹²

El objetivo es mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares a fin de obtener información correcta, oportuna y concreta durante el proceso de atención, y así reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales y/o telefónicas.¹²

Es importante resaltar que nuestro estudio es muy factible ya que no representa altos costos para el instituto, la estrategia educativa es muy puntual con diferentes herramientas didácticas y varias estrategias de aprendizaje, con ejemplos claros, con la finalidad de que el personal entienda y ejecute la barrera de comunicación efectiva dentro de la unidad.

Por lo tanto, la pregunta de investigación planteada es:

¿Es de utilidad una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable comunicación efectiva del CAPCE en Atención Médica Continua de la UMF N° 47?

4.- Objetivos:

4.1.- Objetivo general:

Demostrar la utilidad de la aplicación de una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable comunicación efectiva del CAPCE en Atención medica continua de la UMF 47

4.2.- Objetivos específicos:

- Desarrollar una estrategia educativa del estándar indispensable comunicación efectiva en AMC de la UMF 47
- Comprobar el grado de información que tienen los profesionales de salud sobre comunicación efectiva antes de la estrategia educativa.
- Comprobar el coeficiente de aprendizaje en los médicos de AMC de la UMF 47

5.- Hipótesis de investigación:

5.1.- Hipótesis nula:

Existe utilidad de una estrategia educativa que mejora el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable; comunicación efectiva del CAPCE, en atención médica continua de la UMF N°47

5.2.- Hipótesis Alternativa:

Una estrategia educativa no mejora el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable; comunicación efectiva del CAPCE, en atención médica continua de la UMF N°47

6.- Material y métodos:

6.1.- Tipo de estudio:

-Intervención, cuasiexperimental, prospectivo, analítico,

6.1.1- Tipo de diseño de estudio:

Ensayo de antes y después.

6.2.- Universo de estudio:

-Médicos de la UMF#47 de Atención Médica Continua de los 3 turnos.

6.3.- Unidad de investigación:

-Médicos de la UMF#47 de Atención Médica Continua de los 3 turnos.

6.4.- Límite de tiempo:

- 2019- 2020

6.5.- Muestra:

15 Médicos de Atención Medica Continua de la UMF 47 de todos los turnos, no se realizó cálculo de tamaño de muestra porque es una estrategia educativa y se tomaron en cuenta la población total del estudio.

6.5.1 Muestreo:

No probabilístico por conveniencia,

6.6.- Criterios de selección:

6.6.1.- Criterios de inclusión:

Médicos familiares y no familiares:

- Hombres o mujeres.
- De cualquier antigüedad laboral.
- Adscritos al servicio de Atención Médica Continua de medicina familiar.
- Adscritos de manera definitiva a consultorio.
- Que acepten participar en el estudio.
- Médicos que firmen el consentimiento informado.

6.6.2.- Criterios de exclusión:

- Personal que cursen con periodo vacacional durante la capacitación.

6.6.3.- Criterios de eliminación:

Médicos:

- Que decidan retirarse del programa de capacitación
- Que cambien de adscripción.
- Que se jubilen.
- Que sean promovidos a una categoría diferente.
- Que presenten incapacidad temporal para el trabajo en el periodo del estudio
- Asistencia menor al 80% en la estrategia educativa.
- Que dejen examen sin contestar
- Médicos que no firmen el consentimiento informado

6.7.- Variables de estudio:

Definición de variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala
Estrategia Educativa	Independiente	Conjunto de actividades, diseñadas para lograr de forma eficaz y eficiente la consecución de los objetivos educativos esperados. ³²	Técnicas didácticas para promover el aprendizaje. 80% de asistencia	Si / No	Nominal/dicotómica
Nivel de información	Dependiente	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. ³²	Conocimiento que el personal de AMC tiene sobre la comunicación efectiva (Calificación)	Proporcional 0-10	Proporcional
Coefficiente de aprendizaje	Dependiente	Es la razón entre lo aprendido en un área de desarrollo intelectual acotada por los conocimientos previos que el alumno posee y los conocimientos esperados. ³²	La diferencia entre la calificación final y la calificación inicial entre la calificación inicial	0-1	Proporcional
Turno	Control	Horario en el que se encuentran laborando el personal de la unidad	Horario en el que se encuentran laborando el personal de la unidad	Matutino/Vespertino/Nocturno y Jornada Acumulada	Ordinal
Edad	Control	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Años cumplidos al momento del estudio	20-60	Proporcional
Tiempo de antigüedad	Control	Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo	Años que ha laborado dentro del IMSS	0-35	Proporcional
Sexo	Control	Rasgo inherente de las voces que designan personas del sexo masculino o femenino	Personal de salud masculino o femenino	1 Femenino 2 masculino	Nominal/dicotómica

6.8.- Procedimientos:

1.- Posterior a la identificación de riesgos y su desarrollo en la matriz de riesgos por la Unidad, se toma el estándar indispensable de comunicación efectiva.

2.- Se obtiene registro del trabajo de investigación **número de Registro R-2020-2402-021**

3.-Se desarrolló una capacitación del estándar indispensable comunicación efectiva: se aplicó una estrategia educativa con una evaluación pre y una evaluación post, esta evaluación se llevó a cabo por medio de un examen que fue diseñado y validado por una ronda de expertos, posteriormente se creó un programa académico sustentado en el CAPCE y las acciones esenciales para la seguridad del paciente, se solicitó a las autoridades de la UMF N° 47 el permiso para la realización dentro de AMC, se solicitó la participación de los médicos adscritos en AMC que cumplen con los criterios de inclusión y previa firma del consentimiento informado una vez que aceptaron participar en el trabajo de investigación, se les otorgó una hoja de recolección de datos, y una evaluación con el instrumento CE-20, el programa se dividió en introducción a la comunicación efectiva y elementos de la comunicación efectiva, con una capacitación con clase impartida por el investigador principal y se les entregó material escrito para mayor comprensión del tema, posteriormente se realizó una evaluación a los médicos.

Una vez terminado esto, se concentró toda la información en una base de datos, tomando en cuenta la información de las hojas de recolección de datos y los resultados del instrumento aplicado pre y post, se concentró en una hoja de Excel, obtuvimos el coeficiente de aprendizaje por alumno y en promedio para realizar el análisis estadístico.

Procedimiento de identificación de estándar ejecutado en la unidad	
Capacitación del estándar indispensable del CAPCE Comunicación Efectiva	Pretest, capacitación del estándar indispensable y Posttest

Medición de los resultados de la estrategia	Análisis estadístico
--	-----------------------------

6.8.- Plan de Análisis:

Análisis estadístico descriptivo e inferencial, coeficiente de aprendizaje, T de student y tau de Kendall

6.9.- Instrumentos de recolección de información:

CE-20

Cedula de recolección de datos

6.10.- Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizara de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.³¹

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio sin riesgo dado que la intervención incluirá una estrategia educativa.³¹

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitara el consentimiento informado de los sujetos de investigación (estrategia educativa) y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se maneja en forma confidencial, no se registraran los nombres de los participantes.³¹

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28. 29, 30, 31 y 32.³¹

Los datos personales de los participantes se mantendrán bajo resguardo del investigador principal.

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.11.- Productos esperados:

Una mejora en la calidad en la atención del derechohabiente y reducción de las quejas por una mala relación médico-paciente

Proponer una barrera de calidad

Desarrollar una propuesta de Mejora

Publicación.

7.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

1.- Humanos: Investigador principal (residente en medicina familiar) y asesores estadísticos, metodológicos y clínicos (2), médicos que participaron en el estudio.

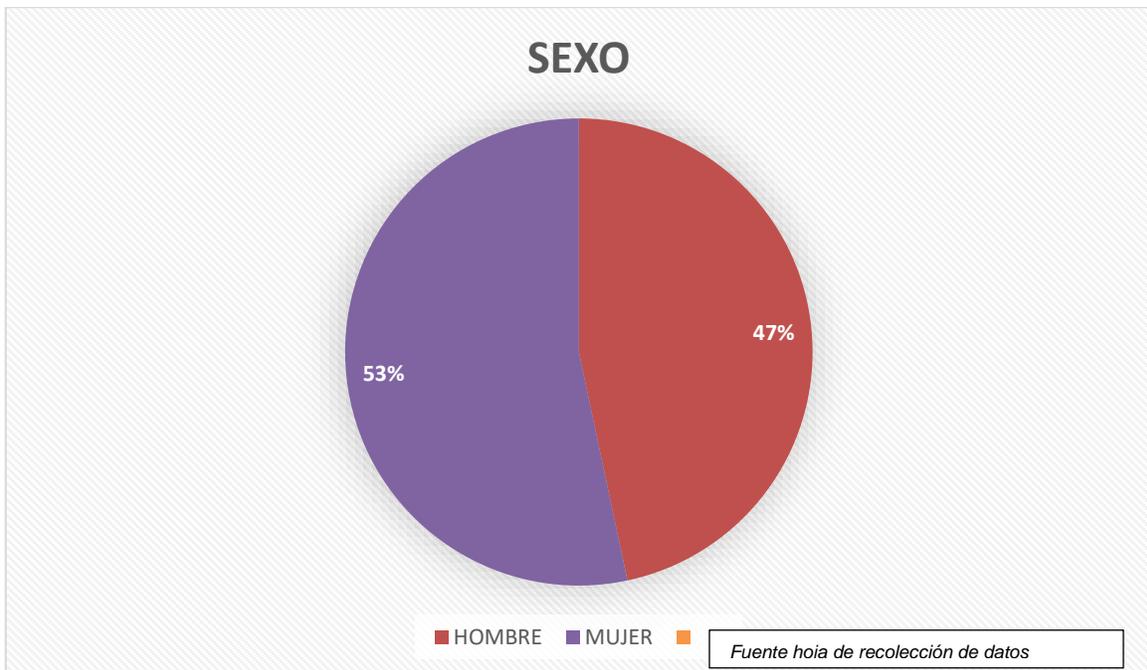
2.- Materiales:

Material	Costo
Computadora	\$ 8,000.00
Impresora	\$ 3,000.00
Cartuchos de tinta negra	\$ 1,500.00
Hojas tamaño carta	\$ 300.00
Lápices	\$ 150.00
Plumas negras	\$ 150.00

Cañón	\$ 5,000.00
Total	\$ 18,050.00

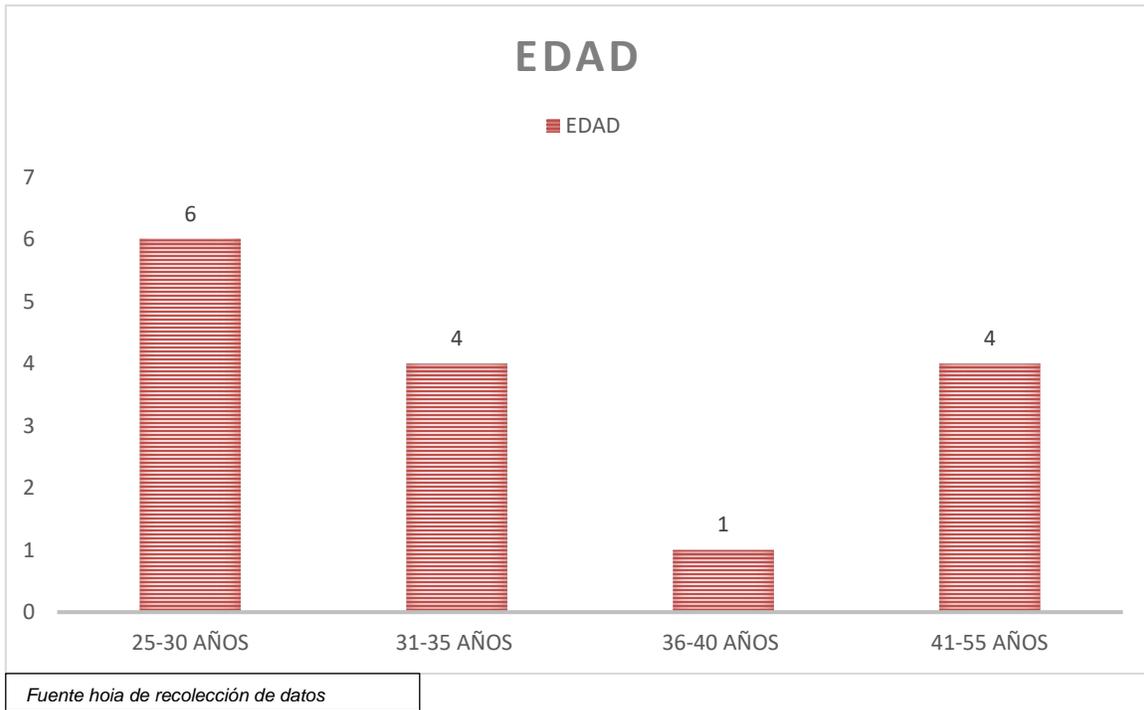
RESULTADOS

Grafica 1. Distribución de género en la población de estudio



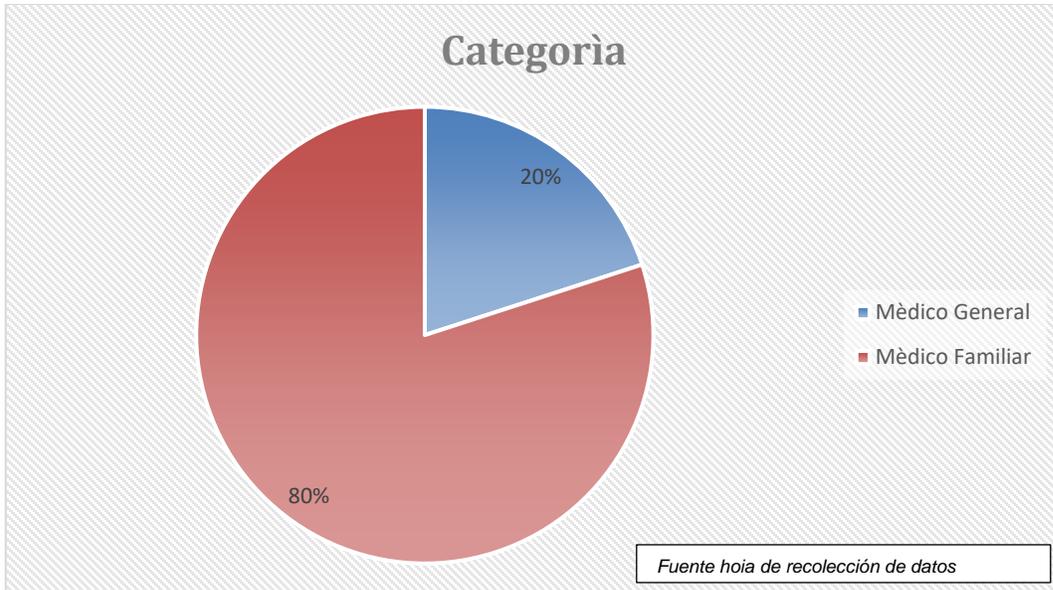
Descripción: El total de los participantes para el estudio fueron 15 de los cuales 53% son del sexo femenino y el 47% son del sexo masculino (gráfica 1).

Grafica 2. Distribución de edad en la población de estudio



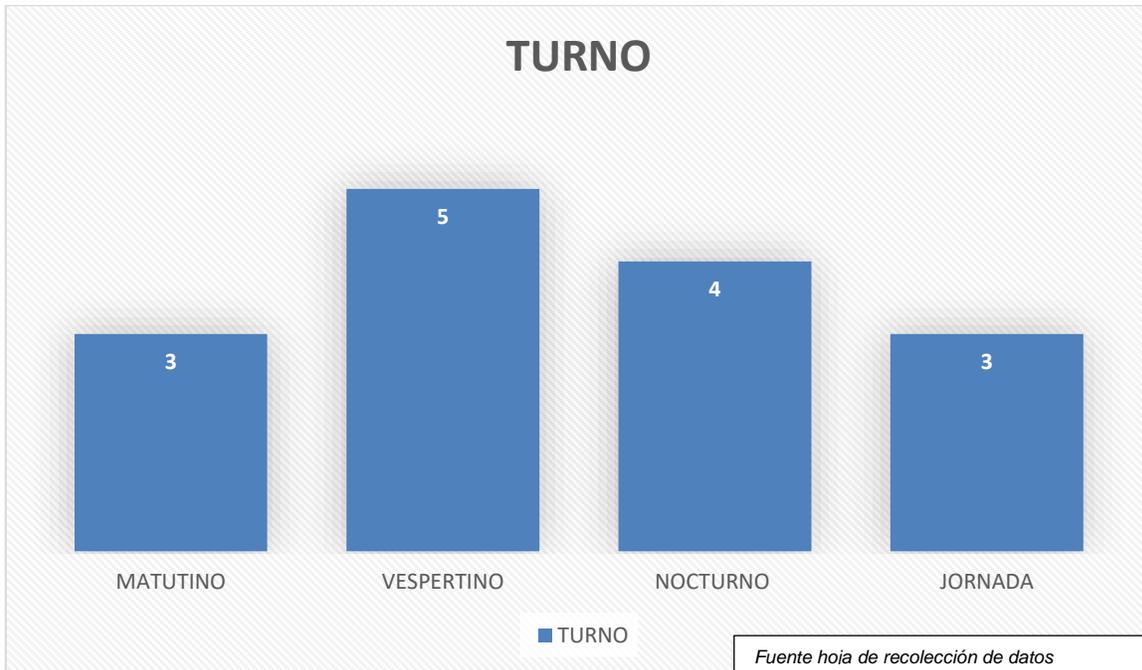
Descripción: Cuentan con una edad mínima de 27 años y una máxima de 51 años, con el predominio del rango de edad entre los 31 y 55 años. (Ver figura 2)

Grafica 3. Distribución de categoría dentro del instituto en la población de estudio



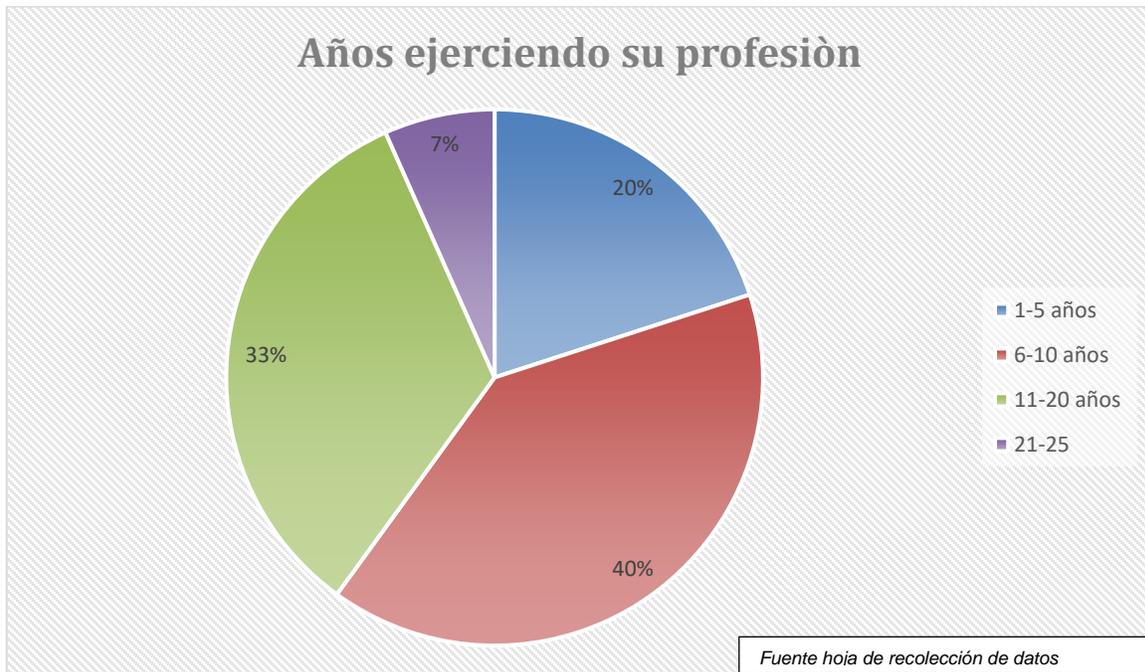
Con respecto a la categoría tenemos que el 80% son Médicos Familiares y el 20% Médicos Generales (Ver grafica 3)

Gráfica 4. Distribución de turno en la población de estudio



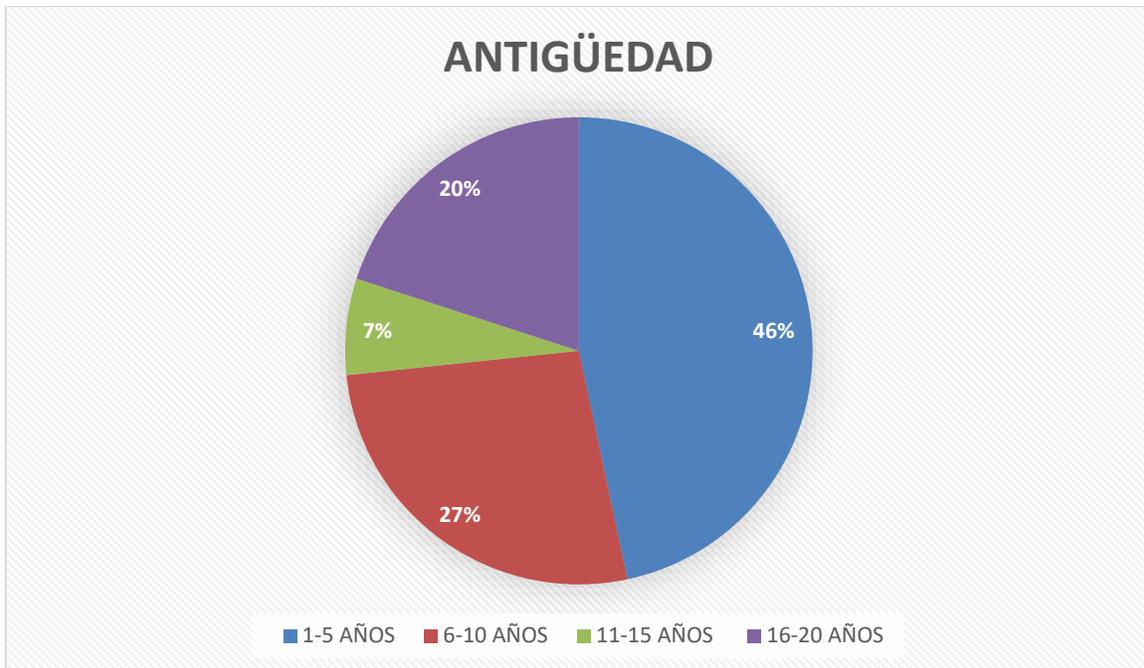
En cuanto al turno, encontramos que el 33% es del turno vespertino, el 27% del turno nocturno, el 20% de turno matutino y el 20% de jornada acumulada. (Ver grafica 4)

Gráfica 5. Distribución de años ejerciendo la profesión en la población de estudio



Se observó que en años ejerciendo su profesión el rango fue de 3-25 años, predominando el grupo de 6-10 años con el 40% del total. (Ver gráfica 5)

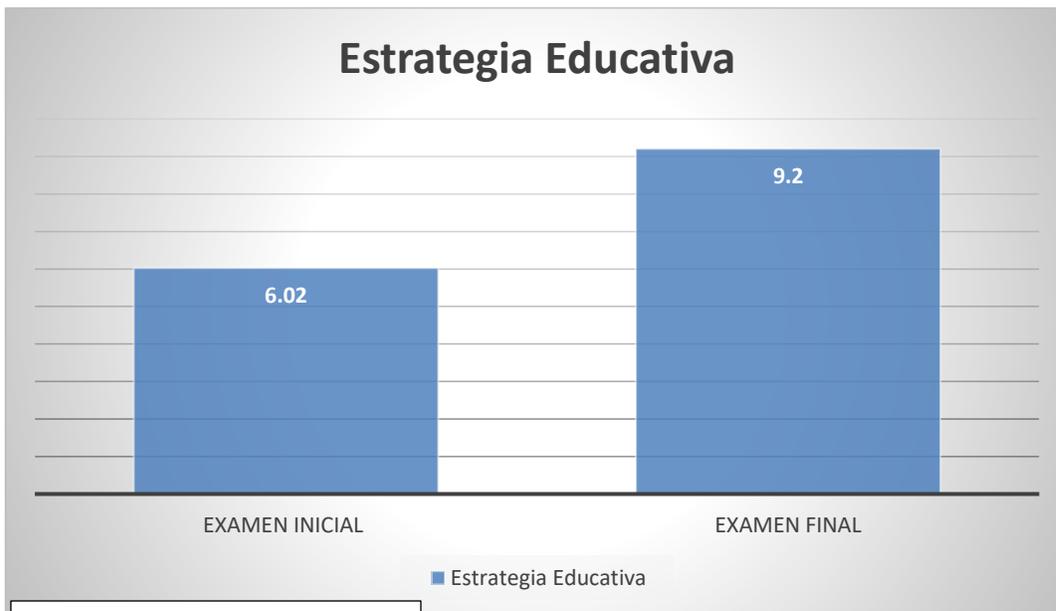
Gráfica 6 Distribución de Antigüedad en la población de estudio



Fuente hoja de recolección de datos

En cuanto a la antigüedad laboral en el IMSS fue de 2 a 25 años, con un predominio entre los 2 y los 5 años con un 40%. (Ver gráfica 6)

Gráfica 7 Resultados en evaluación pre y post estrategia educativa en la población de estudio



Fuente examen pre y pos estrategia

En la evaluación inicial (pre intervención) se obtuvo una media de calificación 6.02 en una escala de 0 a 10 y en la evaluación final se obtuvo una media de 9.2 en una escala de 0-10. (Ver gráfica 7)

El coeficiente de aprendizaje se entiende como la razón entre lo aprendido en un área de desarrollo intelectual acotada por los conocimientos previos que el alumno posee y los conocimientos que se esperan.

Para llevar a cabo esta descripción se calculó el coeficiente de aprendizaje global y por alumno, el cual se calculó como la diferencia del rendimiento de la calificación final y el rendimiento de la calificación inicial entre el rendimiento de la calificación inicial.

Observando que el promedio de coeficiente de aprendizaje en nuestro estudio fue de 0.52

Los resultados de las evaluaciones pre y post intervención, así como el coeficiente de aprendizaje por alumno

Tabla 1.

Participante	Coeficiente de aprendizaje	Pre- intervención	Post- intervención
1	0.15	8.6	10
2	0.22	7.6	9.3
3	0.55	6	9.3
4	0.62	5.3	8.6
5	0.55	6	9.3
6	0.75	5.3	9.3
7	0.30	6.6	8.6
8	1.3	4	9.3

9	0.51	6.6	10
10	0.86	4.6	8.6
11	0.43	6	8.6
12	1.02	4.6	9.3
13	0.75	5.3	9.3
14	0.27	7.3	9.3
15	0.40	6.6	9.3

Respecto a la validación del instrumento

Índice de Validez de Contenido (IVC)

La validez de contenido se considera condición necesaria para realizar interpretaciones de las puntuaciones de los test.

La validez de contenido yace generalmente en el juicio de expertos (métodos de juicio). Se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que el test trata de evaluar. Por tanto, la validez de contenido se basa en (a) la definición precisa del dominio y (b) en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa.

$$\text{IVC} = \frac{n - N/2}{N/2}$$

Donde:

n = número de expertos que otorgan la calificación de esencial a la pregunta

N = número total de expertos que evalúa el contenido del instrumento

Los valores posibles son:

- 1) Valores negativos: cuando menos la mitad de los expertos calificó la pregunta como esencial
- 2) Cero: cuando menos la mitad de los expertos calificó la pregunta como esencial
- 3) Valores positivos: entre más cercano el valor a 1 mayor será la concordancia de los expertos en la importancia de la pregunta

Tabla 2.

Pregunta	Numero de expertos que validaron la pregunta	IVC
1	5	1
2	4	0.6
3	5	1
4	4	0.6
5	3	0.2
6	5	1
7	4	0.6
8	3	0.2
9	5	1
10	5	1
11	4	0.6

12	3	0.2
13	5	1
14	5	1
15	5	1

El IVC (índice de Validez de contenido) los valores =1 representan la concordancia de 5 de 5 evaluadores, los de 0.6 representan 4 de 5, los de 0.2 3 de 5, los de -0.2 2 de 5, los de -0.6 representan 1 de 5

Tabla 3. Análisis inferencial del cambio en la media de calificación antes y después del estudio

Media de calificación Pre-intervención	Significancia estadística	Media de calificación Pos-intervención	Significancia estadística
6.02	P= <0.05	9.2	P= <0.05
5.5	P= <0.05	9.1	P= <0.05
6.6	P= <0.05	9.4	P= <0.05

Análisis inferencial con t de student, las mujeres presentaron un cambio más importante de la calificación post-estrategia educativa (R=0.326 y p= <0.05) con prueba de tau de Kendall

DISCUSION

En el año 2019 en México según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se interpusieron 773 quejas en relación a la relación Médico-Paciente, de las cuales 315 fueron por falta de información y 310 fueron por información errónea o incompleta, lo cual nos marca la importancia de la comunicación efectiva en la relación médico-paciente, y entre los mismos miembros de la organización para disminuir o evitar este tipo de quejas.

La educación continua para el personal de salud es importante ya que estamos en mundo de constante cambio, y es importante que el personal de salud identifique, conozca y domine sobre un tema imprescindible y que forma parte de las acciones esenciales para la seguridad del paciente como lo es la comunicación efectiva, esto basándonos en la necesidad de capacitación constante por parte de los directivos para mantener a su personal a la vanguardia en temas de calidad.

Dado lo anterior surge este proyecto de investigación para determinar la utilidad de implementar una estrategia educativa, con la finalidad de primero medir el nivel de información que tienen los médicos de Atención Médica Continua con respecto a la comunicación efectiva, y posterior a la implementación de dicha estrategia educativa volver a medir el nivel de información mediante un instrumento previamente validado.

Una de las limitantes que tuvo este estudio, es que en la búsqueda bibliográfica no existen muchos estudios que implementen estrategias educativas en relación a la comunicación efectiva, se han hecho múltiples trabajos que implementan estrategias educativas pero no con respecto a la comunicación efectiva, sin embargo esto representa una ventaja para nuestro estudio ya que considera que estamos innovando en cuanto a mantener al personal médico informado y actualizado en temas que involucren la seguridad del paciente.

En una revisión de la literatura local García Maderas, Mendoza y cols. realizaron una estrategia educativa en el año de 2017 sobre Diabetes Mellitus, enfocada al área médica donde se encontraron resultados con un coeficiente de aprendizaje promedio de 0.45 con una desviación estándar del 0.33, lo cual nos indica que si hubo resultados positivos en la aplicación de esta estrategia educativa.³²

En otra revisión de literatura local Zavala y Cols. Implementaron una estrategia educativa sobre hipertensión en médicos familiares en San Luis Potosí en el año 2016 donde se encontró un cambio positivo significativo posterior a la implementación de la estrategia de una competencia inicial (antes de la intervención) con puntuación “media” (calificación promedio de 53% en una escala

de 0 a 100%), a un nivel de competencia “muy bueno” (calificación promedio de 91% en una escala de 0 a 100%).³³

CONCLUSIONES

A través de esta intervención educativa logramos mejorar en promedio de 40% el promedio básico de este tema, en general se obtuvo un aumento en la media de la calificación inicial de 6.02 (pre estrategia) a una calificación global de 9.2 (pos estrategia), con respecto a la correlación con el género se obtuvo que el género femenino obtuvo una media inicial del 5.5 (pre estrategia) y final 9.1 (pos estrategia), el género masculino con una media inicial de 6.6 (pre estrategia) y una final de 9.4 (pos estrategia) lo que nos indica que el coeficiente de aprendizaje fue mayor en el género femenino que en el masculino, con mayor significancia, encontrando en ambos casos cambios positivos como los que se encontraron en los estudios de García Madera y cols³¹ y Zavala y cols³³.

En lo que al material didáctico se refiere se realizó en base al CAPCE y las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, se trató de hacerlo de una manera sencilla y entendible ya que no son temas muy comunes entre la práctica diaria del personal médico sin embargo es un tema muy importante ya que si se entiende de manera correcta podemos evitar muchas quejas por parte de los usuarios de los servicios de salud ya que una parte importante de las quejas ante la CONAMED es por una mala comunicación en la relación médico-paciente, la mayoría de nuestros participantes estuvieron satisfechos con el material didáctico que se les presentó, concordando que aunque no es un tema muy común es muy importante que como personal de salud dominemos este tema para mejorar la calidad del servicio que estamos presentando y así evitar problemas en el futuro relacionados con la comunicación efectiva o la falta de la misma.

Como personal de salud es importante que dominemos este tipo de temas, porque cada vez es más frecuente que nos enfrentemos a diferentes escenarios donde tanto con el personal que laboramos como con los pacientes es necesario que nos comuniquemos de manera efectiva, una forma de hacerlo es teniendo

capacitaciones constantes para evitar cometer errores en este proceso y que se logre con éxito ya sea entre el personal y entre los pacientes y sus familiares.

Recomendaciones

Se sugiere que esta estrategia sea repetida constantemente con la finalidad que sea implementada ya posteriormente como una barrera.

Las nuevas perspectivas de investigación implementar barreras, seguirlas, supervisarlas, medirlas y posteriormente hacer una comparativa nueva de la estrategia como una barrera de seguridad del paciente en distintas unidades de medicina familiar.

8.- Bibliografía:

1. Miriam Estepa del Árbol y cols, Córdoba, Eficacia de los programas de seguridad del paciente. España, 2016, artículo de revisión
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
3. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care. 2009; 18(6): 424-428.
4. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. Diciembre 2009.
5. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Seguridad del paciente al alcance de todos, 2013
6. C. privado de C. COMPES, Informe nacional de competitividad 2017 - 2018. 10, 404 (2017).
7. CAPCE: Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, Vigentes a partir de 1 Julio de 2012.
8. Guía técnica para Elaborar el Plan de Calidad y Seguridad en el Paciente, V2019
9. D Catalán Matamoros, M Muñoz-Cruzado y Barba, MT Fuentes Hervías, Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. Revisión, 2010

10. Adela Alba-Leonel, Guillermo Fajardo-Ortiz, Eloísa Tixtha López, Joaquín Papaqui-Hernández, La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México, *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012
11. Lenis La Madriz, Jenniz La Madriz, Comunicación Efectiva como estrategia didáctica para potenciar el proceso enseñanza aprendizaje, *Revista Educare* pp 74-92, abril 2013
12. Acciones esenciales para la seguridad del paciente, consejo de salubridad General, Secretaria de Salud, Secretaria del Desarrollo e Integración del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud
13. Asesoría a directivos de Unidades Médicas, modelo de gestión de Riesgo
14. Guía técnica para la elaboración del plan estratégico en la unidad médica V2019
15. Guía técnica de gestión por procesos y planeación operativa, V2019
16. Guía mejora continua de procesos, glosario para una filosofía de trabajo, V2019
17. Vásquez Rodríguez, Fernando - Compilador/a o Editor/a, ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA, Investigaciones sobre didáctica en instituciones educativas de la ciudad de Pasto, Bogotá DC, 2010
18. Manual de estrategias enseñanza aprendizaje, Doris María Parra Pineda, 1era edición Diciembre 2003, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Medellín Colombia
19. García Martínez, Verónica; Fabila Echauri, Angélica María Modelos pedagógicos y teorías del aprendizaje en la educación a distancia Apertura, vol. 3, núm. 2, 2011
20. Díaz B., F. y Hernández R., G. (1999). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. McGraw Hill, México, 232p.
21. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/modelos-pedagogicos>
22. Vergara Ríos, Gabriel; Cuentas Urdaneta, Heriberto Actual vigencia de los modelos pedagógicos en el contexto educativo *Opción*, vol. 31, núm. 6, 2015, pp. 914-934
23. Reg Dennick, Constructivism: reflections on twenty five years teaching the constructivist approach in medical education, *Int J Med Educ.* 2016; 7: 200–205.
24. Alexander Ortiz Ocaña, Modelos Pedagógicos y teorías del aprendizaje ¿Cómo elaborar el modelo pedagógico de la institución educativa? Cuba 2013
25. M. García-Barbero, La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monografías humanitas*, 209–220 (2004).
26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
27. Raúl Peña-Viveros, MC, José Raymundo Rodríguez-Moctezuma, MC, M en Invest Clin, Juan Manuel López-Carmona, Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social

28. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/526001/2019_Cuadro_Estadistico_8_4toTrim.pdf
29. José Luis Ramírez Arias, Raquel Ocampo Lujano, Irene Pérez Páez, Daniel Velázquez Trinidad, Ma. Elena Yarza Solórzano, La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica, ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 9, No. 3, julio-septiembre 2011
30. Modelo del CGS para la atención en salud con calidad y seguridad. Estándares para certificar hospitales. Consejo de Salubridad General. México; 2015
31. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Última Reforma DOF 08-06-2011
32. García Madera Julia Isaura, Terrazas Rodríguez Lorraine, Mendoza Romo Miguel Ángel, Sánchez Aguilar Jesús Martín, Efecto de una estrategia educativa para la mejora del conocimiento en la atención del paciente diabético tipo 2 por personal de salud en la unidad de medicina Familiar No. 45
33. Amy Elia Montes-Carlón, Gad Gamed Zavala-Cruz, Daniel Rodríguez-Gómez, Carlos Vicente Rodríguez-Pérez, Rafael Natividad Nieva-de Jesús, Héctor de Jesús Andrade-Rodríguez, Evaluación de la aptitud clínica ante el manejo de crisis hipertensivas en el primer nivel de atención médica, Aten Fam 2016, 23(3)

9. Anexos/cronograma de actividades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:

“ UTILIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE INFORMACION DEL PERSONAL MEDICO RELACIONADO CON EL ESTANDAR INDISPENSABLE; COMUNICACIÓN EFECTIVA DEL CAPCE, EN ATENCION MEDICA CONTINUA DE LA UMF N°47”

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

San Luis Potosí

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

En la actualidad la seguridad en el paciente se ha vuelto una prioridad en el los sistemas de salud, la importancia de medir el conocimiento del personal de salud es inevitable, ya que la existencia de riesgos está comprobada en todos los establecimientos del sector salud, el instituto se beneficia en este estudio porque una manera de mejorar la atención al derechohabiente es darse cuenta las deficiencias que tiene el personal e impartiendo capacitación continua para el mismo en vías de mejorar la atención y disminuir los riesgos que de cierta manera son inherentes en el proceso de atención primaria en salud, lo que se traduce en una mejora en el proceso y en la mejora de la atención al derechohabiente que sea medible en base al conocimiento del personal de salud.

Objetivo: “ Demostrar la utilidad de una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable comunicación efectiva del CAPCE en Atención medica continua de la UMF 47

Procedimientos:

Participar en un curso-capacitación para la medición del nivel de información del personal médico con respecto al estándar indispensable comunicación efectiva del CAPCE

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Obtener mayor conocimientos en el estándar indispensable centrado en la gestión Comunicación efectiva del CAPCE

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Es de libre decisión si se quiere o no se quiere participar en el estudio, pudiéndose retirar en el momento en el que así lo decida

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso). Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Cronograma de actividades							
IMSS							
Dra. Martha Magdalena Ortiz Reyes							
	1	2	3	4	5	6	7
Fase conceptual							
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de la bibliografía							
Definición del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Diseño y planeación							
Selección del diseño							
Identificación de la población a estudiar							
Especificación de los métodos para medir variables							
Diseño de muestreo							

Terminación y revisión del plan de investigación							
Registro							
Fase empírica							
Colecta de datos							
Preparación de datos para el análisis							
Fase analítica							
Análisis de datos							
Interpretación de resultados							
Fase de difusión							
1.- octubre 2019 2.- diciembre 2019 3.- enero 2020 4.- enero 2020 5, 6 y 7: febrero 2020							

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

Edad: _____ Sexo: M _____ H _____

Grado Académico: _____

Años de Profesión: _____

Turno: Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____

Antigüedad en el IMSS: _____

Instrumento de evaluación

CE-20

Instrumento para la evaluación del nivel de información sobre el Estándar Indispensable Comunicación Efectiva del CAPCE

Instrucciones: Lee atentamente y subraya la respuesta correcta

1.- ¿Qué producto u objeto debe existir exclusivamente para anotar órdenes verbales y/o telefónicas?

- a) una bitácora
- b) una pluma
- c) tijeras
- d) nada

2.- ¿Cuáles son los datos de identificación del paciente?

- a) Nombre
- b) nombre completo y fecha de nacimiento
- c) fecha y hora de ingreso
- d) Numero de Seguridad Social

3.- ¿Cuántos son los pasos que se deben seguir para emitir o recibir una orden verbal y/o telefónica?

- a) 4 c) 6
- b) 5 d) 7

4.- ¿cuáles son los pasos para recibir o emitir una orden verbal y/o telefónica?

- a) escuchar atentamente, escribirla en la bitácora, leer la orden a quien la emitió, confirmar la orden, transcribir de la bitácora al expediente clínico, confirmar que se encuentre en el expediente clínico
- b) escuchar, escribir en la bitácora, leer la orden a quien la emitió, confirmar la orden, repetir la orden
- c) identificación del paciente, resumen médico, confirmar que se encuentre en expediente clínico.

d) escuchar atentamente, escribirla en la bitácora, confirmar la orden, transcribir a bitácora.

5.- ¿a qué se refiere la técnica SAER?

- a) saber, atención, escuchar y repetir la orden
- b) situación, antecedentes, evaluación y recomendación
- c) situación, antecedentes, evaluación y repetir
- d) nombre completo y firma

6.- ¿En qué momento se utiliza la técnica SAER?

- a) Al escuchar un código rojo
- b) durante la transferencia de pacientes
- c) al notificar una defunción
- d) durante un traslado de pacientes

7.- ¿cómo deben realizarse las prescripciones médicas en el expediente clínico?

- a) en color azul
- b) con dos puntos
- c) con letra legible, colocar espacio entre nombre de medicamento con la sustancia activa, colocar dosis con número entero o decimales según sea el caso, sin abreviaturas, colocar una coma entre los números superiores a mil
- d) con letra legible, colocar nombre de medicamentos, dosis e intervalo

8.- ¿Qué personal debe elaborar una referencia/Contrarreferencia?

- a) La enfermera
- b) el medico a cargo
- c) un interno o Residente
- c) un pasante de enfermería

9.- ¿Qué datos debe contener una nota de egreso del paciente?

- a) identificación de pacientes, fecha ingreso/egreso, motivo de egreso, diagnósticos finales, resumen evolución y estado actual, manejo hospitalario, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones, pronóstico, atención de factores de riesgo

b) Identificación de pacientes, motivo de egreso, diagnósticos finales, manejo hospitalario, plan de manejo y tratamiento.

c) Identificación de pacientes, fecha ingreso/egreso, motivo de egreso, diagnósticos finales, resumen evolución, manejo hospitalario, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones.

d) Nombre completo, firma del paciente y datos de alarma.

10.- ¿Qué información debe contener una referencia/Contrarreferencia?

a) nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, copia de resumen clínico, fecha y hora que fue referido y que se recibió al paciente, nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe

b) nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, copia de resumen clínico, datos del establecimiento que envía y al que se envía, fecha y hora que fue referido y que se recibió al paciente, nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe

c) motivo de consulta y datos de alarma

d) nombre completo del paciente, copia de resumen clínico, datos del establecimiento que envía y al que se envía, nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe

11.- La comunicación efectiva ¿a qué tipo de estándar pertenece?

a) centrado en el paciente

b) centrado en la gestión

c) centrado en la institución

d) centrada en el proceso

12.- ¿Qué clase de estándar es la comunicación efectiva?

a) recomendado

b) indispensable

c) nombrado

d) adquirido

13.- ¿En qué proceso se utiliza más la comunicación efectiva en el Servicio de Atención Médica Continua?

a) en Triage

- b) en Vasectomías
- c) en una Consulta médica
- d) en todas las anteriores

14.- ¿Cuáles son los componentes de la comunicación?

- a) receptor y emisor
- b) emisor, mensaje, canal y receptor
- c) oral y escrita
- d) formal e informal

15.- ¿A cuál acción esencial en seguridad del paciente pertenece la Comunicación Efectiva?

- a) 1
- b) 5
- c) 2
- d) 6

NOMBRE DEL DOCUMENTO
<p>PROGRAMA CURSO TEMATICO DENOMINADO :</p> <p><i>“Comunicación Efectiva”</i></p>

SINTESIS DEL DOCUMENTO
<p>El presente documento contiene una breve explicación de la importancia de la comunicación efectiva como acción esencial de calidad y seguridad en el paciente es importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de mejorar el modelo de gestión de calidad en la UMF N°47</p>

ÁMBITO DE APLICACIÓN
<p>Atención Medica Continua</p>

AUTORIZACIÓN

FECHA DE
EMISION:

28.01.2020

Coordinador de curso:

DRA. MARTHA MAGDALENA ORTIZ
REYES

Revisa

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

CONTENIDO

I.- INTRODUCCIÓN

II.- ANTECEDENTES y JUSTIFICACION

III.- ORGANIZACIÓN

IV.- CARTA DESCRIPTIVA

V.- EVALUACIÓN

VI.- BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCION

Este taller va dirigido a médicos y personal de enfermería inmerso en los procesos de Atención Médica Continua de la Unidad de Medicina Familiar N°47, el propósito es informar acerca de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, específicamente “Comunicación efectiva”, promoviendo mejoras específicas con relación a la seguridad, por medio del desarrollo de un sistema que permita identificar políticas globales para el cumplimiento de las mismas, y brindar una atención segura y de calidad.

En el campo médico, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación médico-paciente; implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención médica y más aún la seguridad para el paciente.

El taller está enfocado en que el personal médico de Atención Médica Continua conozca, comprenda y ejecute la comunicación efectiva tanto entre el mismo personal como en la atención que se brinda al paciente.

II.-ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que en los últimos cinco años, desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro «To err is Human: building a safer health system» en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología».

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son una serie de acciones específicas llamadas también como barreras de seguridad que previenen los riesgos; además de que la probabilidad de eventos adversos y centinela sea menor. La clave para la implementación de las metas es llevar a cabo la acción o acciones específicas de manera correcta y en el momento oportuno, de tal manera que ayuden a “dificultar el error” dentro de ciertos procedimientos específicos que se llevan a cabo en el proceso de atención; contemplado lo anterior como la base de un cuidado seguro.

Una comunicación deficiente entre los trabajadores del sistema de salud, como las órdenes escritas o verbales poco claras representan problemas subyacentes asociados a errores en la medicación.

En nuestra Unidad el fenómeno trascendente ya que está presente en Atención Médica Continua, si bien no hay datos cuantificables, cualitativamente es importante resaltar que el problema existe, tomando como premisa la pirámide de Heinrich, es importante señalar que esta acción esencial se presenta inevitablemente con fallos. De tal suerte y ante la tendencia de la unidad de participar en premios de calidad y en la recertificación de esta última es altamente relevante y razonable capacitar al personal para ejecutar dicho proyecto.

III- ORGANIZACIÓN

SEDE: AMC/UMF N°47

No	CUPO	DURACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO
1	20	1 día	06 de febrero de 2020	07 de febrero de 2020

ESCENARIO: Atención Medica Continua

RECONOCIMIENTO:

Agradecimiento al talento humano participante

PERSONAL AL QUE VA DIRIGIDO.

Médicos familiares y Médicos generales adscritos al área de atención médica continua

MODALIDAD: Temático con prácticas.

PROFESORES: 1 instructor y 1 coordinador.

Coordinador: Dr. Gad Gamed Zavala Cruz

Instructor: Dra. Martha Magdalena Ortiz Reyes

Tipo de problema en el que se pretende incidir a través del curso:

Aumentar la difusión de la acción esencial “comunicación efectiva” en el servicio de Atención Medica Continua

Aspectos de la experiencia profesional y docente que confieren solidez a la práctica:

Coordinador: Maestría en Educación y en Administración de Hospitales.

Instructor: Residente de Medicina Familiar.

Estrategias a desarrollar:

- ✓ Vinculación de los temas del curso con ejercicios participativos en el servicio.
- ✓ Análisis y discusión de situaciones concretas (problemas).

Temas relevantes del curso (contenidos):

- Elementos de una comunicación efectiva
- Protocolo de barrera de comunicación efectiva

Aptitudes del alumno a desarrollar: *Que el alumno sea capaz de implementar la barrera del estándar indispensable centrado en la gestión; comunicación efectiva.*

OBJETIVO:

Capacitar al alumno en relación al estándar centrado en la gestión de comunicación efectiva con la finalidad de establecer una barrera de calidad.

UNIVERSO AL QUE VA DIRIGIDO.

Médicos familiares y no familiares adscritos al área de atención médica continua

Estrategia Educativa

Docente						
Elaboró	DRA. MARTHA MAGDALENA ORTIZ REYES DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ LIC. JUAN ROBERTO HERNANDEZ NAVA					
Fecha de elaboración	Enero 2020					
Asignatura	Comunicación Efectiva					
Módulo	Estándar Centrado en la Gestión					
Objetivo del Módulo	Capacitar el estándar de comunicación efectiva					
Fecha	06 de febrero de 2020 al 07 de febrero de 2020					
Horas	8 horas					
Lugar	UMF 47					
Unidad	Objetivo de la unidad	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
1.- Introducción al curso de comunicación efectiva	1.- Calificar de manera preliminar el grado de conocimientos de los alumnos. Obtener un panorama general del grado de conocimientos del alumno respecto el curso. 2.- Conocer la definición de comunicación efectiva.	1.- Examen de evaluación de conocimientos. 2.- Conocer el contenido del curso. 3.- Definición comunicación efectiva	1.- Evaluación preliminar teórico con examen de opción múltiple. 2.- Implementación de técnicas ergonómicas al inicio del curso. 3.- Estrategias Motivacionales. Intrínsecas y extrínsecas. 4.- Conferencia/ponencia del profesor. Enfoque superficial. Síntesis integradora por parte del profesor. 5.- Técnicas generadoras de creatividad, a través de un seminario de investigación.	Constructivista Convencionales Impresos (examen) Audiovisuales (diapositivas) Sin duda alguna, para un curso con temas aparentemente áridos, los recursos didácticos como los audiovisuales son útiles, esto, para mejorar su comprensión y atención en el tema	Evaluación inicial	3 hrs.
2.- Elementos de una comunicación efectiva	1.- Conocer los elementos de comunicación efectiva	1.- Elementos de comunicación efectiva	1.- Evaluación preliminar teórico con examen de opción múltiple. 2.- Implementación de técnicas ergonómicas al inicio del curso. 3.- Estrategias Motivacionales. Intrínsecas y extrínsecas. 4.- Conferencia/ponencia del profesor. Enfoque superficial. Síntesis integradora por parte del profesor. 5.- Técnicas generadoras de creatividad, a través de un seminario de investigación.	Constructivista Convencionales Impresos (examen) Audiovisuales (diapositivas) Sin duda alguna, para un curso con temas aparentemente áridos, los recursos didácticos como los audiovisuales son útiles, esto, para mejorar su comprensión y atención en el tema	Participación	3 hrs.

V. BIBLIOGRAFIA

- Miriam Estepa del Árbol y cols, Córdoba, Eficacia de los programas de seguridad del paciente. España, 2016, artículo de revisión
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
- Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care. 2009; 18(6): 424-428.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. Diciembre 2009.
- Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Seguridad del paciente al alcance de todos, 2013
- C. privado de C. COMPES, Informe nacional de competitividad 2017 - 2018. 10, 404 (2017).
- CAPCE: Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, Vigentes a partir de 1 Julio de 2012.
- Guía técnica para Elaborar el Plan de Calidad y Seguridad en el Paciente, V2019

EVALUACION

- Asistencia: 30%
- Participación: 30%
- Escrito Final: 40%

FORMATIVA:

Evaluar a través de la participación y disposición del participante para recibir, generar y seleccionar el conocimiento, interés por adquirir información, actitud de aceptación o rechazo del conocimiento, apreciación en el desarrollo de las actividades y prácticas de aprendizaje, puntualidad y asistencia.

SUMATIVA:

- Mediante la post-evaluación, en relación a conocimientos adquiridos.
- Realización de actividad y prácticas de aprendizaje durante el curso.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

- Evaluación de los educandos: a través de cuestionario estructurado y validado (CE-20).

