



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“La calidad de atención como camino hacia el derecho a la salud.
Propuesta de Curso Optativo en la Facultad de Ciencias Médicas de
la UNLP: El caso Expósito”

ALUMNA: Fernanda Arrondo Costanzo

DIRECTORA: María Raquel Coscarelli

2018

“Si no puedes hacer
el bien, por lo menos
no hagas daño.



“Primum non nocere”
HIPÓCRATES
Sigo V a.c. 460 a.c

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. TITULO..... | 3 |
| 2. RESUMEN DESCRIPTIVO DEL TRABAJO REALIZADO..... | 3 |
| 3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA, CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN .. | 3 |
| 4. MARCO CONCEPTUAL / FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 6 |
| Equidad, calidad, humanización y seguridad en salud | 6 |
| Teoría del curriculum y perfil médico..... | 10 |
| Estrategias metodológicas en el proceso de enseñanza y aprendizaje | 12 |
| 5. OBJETIVOS DEL PROYECTO..... | 14 |
| Objetivo General..... | 14 |
| Objetivos específicos | 14 |
| 6. ANTECEDENTES DE EXPERIENCIAS..... | 15 |
| 7. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO | 16 |
| 8. CURSO OPTATIVO: “EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL” | |
| 17 | |
| Marco referencial | 17 |
| Programa del Curso..... | 23 |
| Presentación..... | 23 |
| Objetivos pedagógicos..... | 24 |
| Unidades temáticas | 24 |
| Desarrollo metodológico | 26 |
| Carga horaria..... | 27 |
| Ubicación en el Plan de Estudios..... | 27 |
| Modalidad de seguimiento y evaluación..... | 28 |
| Desarrollo de los encuentros..... | 29 |
| Reconstrucción de la práctica de enseñanza: | 31 |
| Bibliografía del curso | 35 |
| Actividades a realizar previas al desarrollo del curso | 38 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 38 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA DEL PROYECTO..... | 38 |
| 11. ANEXO I: GUION DEL PROYECTO AUDIOVIDUAL “PRIMUM NON NOCERE” | |
| (LO PRIMERO ES NO HACER DAÑO). EL CASO EXPÓSITO PAULO QUALITAS... 43 | |

1. TITULO

La calidad de atención como camino hacia el derecho a la salud

Curso Optativo en la Facultad de Ciencias Médicas. UNLP: “El caso Expósito”

2. RESUMEN DESCRIPTIVO DEL TRABAJO REALIZADO

El presente trabajo tiene por objeto el diseño de un curso optativo para proponer su inclusión en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata (en adelante FCM.UNLP), y así fortalecer el tratamiento curricular de los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la atención de la salud.

El mismo, y a través del análisis de un material en formato audiovisual denominado “El caso Expósito”, propone reflexionar sobre ciertas tradiciones de la práctica profesional que se reproducen a través de las generaciones e incorporar en los futuros egresados conocimientos específicos, a fin de contribuir a incrementar la masa crítica de profesionales sensibilizados y capacitados en este problema prioritario de salud pública. De esta manera se podrán generar compromisos a largo plazo, que impacten positivamente en la salud y satisfacción de la población.

Este cambio de paradigma, que pone en tensión al llamado modelo médico hegemónico, debe ir acompañado de una ruptura metodológica, que repiense el vínculo docente-alumno-contenido. Es por ello que se propone desarrollar en el aula, a través de las relaciones entre alumnos y con los docentes, los valores, principios y formas de pensamiento necesarios para el abordaje de este tipo de problemas en la práctica profesional: trabajo en equipo, colaborativo, interdisciplinario, horizontal y predispuesto a la autocrítica.

3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA, CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la atención de la salud, se evidencian mediante indicadores de salud pública específicos que alertan sobre su magnitud.

Es así como se pueden observar diferencias sistemáticas en la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la esperanza de vida de diferentes grupos poblacionales. Los hijos del 20% más pobre de todas las familias tienen casi el

doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que los del 20% más rico. El 99% de las muertes maternas que se registran todos los años a nivel mundial tienen lugar en países en desarrollo, la diferencia en la esperanza de vida entre los países es de hasta 36 años, entre otros ejemplos (OMS¹). En cuanto a la seguridad del paciente, se han realizado estudios en América Latina que revelaron que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados sufrirán un evento adverso² que le provocará daño durante su estancia (OMS. IBEAS, 2010:3).

Sin embargo, en muchas ocasiones, se consideran “normales” las distancias existentes entre el estado de salud de diferentes grupos sociales, la brecha en la calidad de atención recibida, como así también la presencia de eventos adversos. Pareciera como si este estado de las cosas se hubiera naturalizado en la comunidad en general y como así también en el sector de los trabajadores de la Salud.

Se observa que el tratamiento de estas cuestiones resulta escaso en todos los niveles comunitarios: la sociedad en general, la educación de grado, la comunidad médica y de todo el equipo de salud.

Uno de los factores que limita su abordaje es el arraigo del llamado modelo médico hegemónico, el cual afianza su perdurabilidad en convicciones culturales aún vigentes como, por ejemplo, la supremacía del biologismo sobre otros modelos explicativos de los problemas de salud-enfermedad, y condiciones de trabajo que estimulan el individualismo. Esta creencia, excede a la comunidad médica y se expresa en los modos de relación de los componentes del sistema entre sí y con el contexto, configurando una matriz social con estas características.

Es así como la formación de nuevas generaciones reproduce particularidades de dicho modelo: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad,

¹ Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es

² Eventos Adversos: todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. (IBEAS. OMS, 2010)

superespecialización, relación médico-paciente asimétrica, entre otras (Susana Belmartino, 1987, Eduardo L. Menéndez, 1988, Delia Outomuro, 2008).

En la FCM-UNLP, especialmente a nivel de la formación de grado, se observa insuficiencia en el tratamiento curricular de los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la atención de la salud. El currículum está orientado a contenidos biológicos, y en general, acompañado por una práctica docente aún marcadamente enciclopedista e individualista.

Si bien la relevancia de la inclusión de estos contenidos es inapelable, no son suficientes ante una visión renovada y más amplia de la práctica médica, que incorpore a los factores sociales, ambientales, psicológicos y culturales en sus modelos explicativos de los problemas de salud-enfermedad. Asimismo, resulta necesario un cambio cultural, la incorporación de nuevas formas de pensamiento orientadas a la horizontalidad de los vínculos, al trabajo en equipo, a la integralidad del análisis y a la toma de decisiones colectivas basadas en información y evidencia científica.

Es por ello que se considera ineludible una ruptura epistemológica de la formación médica, la cual debe ir acompañada de una ruptura metodológica, una alteración en las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido, que acompañe el aprendizaje cognoscitivo, pero sobre todo afectivo, sin descuidar un marco contextual y relacional para entender los diversos problemas que enfrenta la práctica médica.

En relación con lo expuesto, el presente trabajo tiene por objeto el diseño de un curso optativo sobre equidad, calidad, humanización y seguridad en salud, para proponer su inclusión en el currículum de grado de la FCM de la UNLP; el cual utilizará como recurso el tratamiento de un caso producido en formato audiovisual que acompañará el desarrollo de todo el programa.

En este caso, construido junto a otro docente de la Facultad de Ciencias Médicas, en base a nuestra experiencia de lo que acontece en los hospitales y centros de salud, se narrará la historia de Expósito Paulo Qualitas. (en latín, Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), un trabajador de 37 años, casado, dos hijos, el cual recorre el proceso de atención a partir de un problema de salud de moderada complejidad y alta prevalencia (frecuencia), debiendo sortear barreras y situaciones problemáticas de diversa naturaleza.

El método de estudio de casos, junto con la revalorización de las relaciones interpersonales y del trabajo en equipo y colaborativo, en un marco situacional, pretenden desnaturalizar en los estudiantes de medicina los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la Salud. Asimismo, apuntan a favorecer la interpelación respecto de sus ideas previas sobre la práctica médica, generando la problematización del perfil médico actual, en función de su adecuación a las demandas éticas y sociales.

4. MARCO CONCEPTUAL / FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este apartado, se plantean cuestiones que se consideran centrales para la configuración tanto del problema enunciado precedentemente, como de la propuesta para su abordaje. Se parte de una necesidad social que demanda para su tratamiento, un cambio cultural. El concepto de cambio cultural, se emparenta inevitablemente con la noción de innovación en la educación, lo que genera la necesidad de ahondar en todo el proceso educativo: desde la formación y características del currículum, hasta las estrategias metodológicas que se materializan dentro y fuera del aula.

Equidad, calidad, humanización y seguridad en salud

Economistas contemporáneos definen a las desigualdades en salud y educación como componentes intrínsecos de la pobreza, junto con el nivel de ingreso (Yunus, 1998, Sen, 2000). Lo mismo se concluye en la Declaración de Alma Ata, la cual afirma que el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social (OMS.UNICEF, 1978).

Históricamente los resultados de un sistema de salud se han medido a través de indicadores de mortalidad y morbilidad³. Comparando su magnitud en diferentes períodos de tiempo y con otros países, se llega a una conclusión sobre el funcionamiento del sistema.

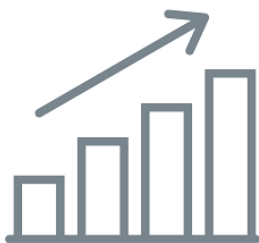
Sin embargo estos valores promedio, no permiten ahondar sobre la *inequidades* del sistema de salud, definida como “las diferencias sistemáticas observadas en el estado de salud de los distintos grupos de población” (OMS⁴),

³ Morbilidad= enfermedades

⁴ Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es

para lo cual se requieren tasas específicas según grupos étnicos, nivel de ingreso, género, región geográfica y cualquier otra variable de análisis que permita observar estas diferencias en los resultados de salud.

Existen ciertos indicadores que son trazadores a la hora de medir la equidad en



salud: mortalidad infantil, mortalidad materna y esperanza de vida, ya que captan las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema y las políticas en salud. En los tres se pueden advertir diferencias sistemáticas entre grupos

poblacionales, no existiendo motivos biológicos ni genéticos que las expliquen.

La mortalidad en menores de un año es de 100 de cada 1000 nacidos vivos (en adelante NV) en Angola, 13 de cada 1000 NV en Argentina y 2,4 de cada 1000 NV en Japón. La mortalidad materna es de 40 cada 100.000 NV en Argentina, 50 de cada 100.000 NV en Brasil y 5 de cada 100.000 NV en Japón. Los niños que nacen en Angola pueden esperar vivir 50 años, los que nacen en Argentina 75 años y los que nacen en Japón 83 años (OMS⁵).

Si bien, el análisis de la morbimortalidad general y específica es elemental, actualmente, los especialistas en salud pública creen que estos indicadores no son suficientes para evaluar el funcionamiento de un sistema de salud, proclamando la denuncia, registro y análisis de indicadores más refinados relacionados con la *seguridad* del sistema y servicios de salud. Éstos darían cuenta de los problemas de organización y gestión, los cuales persisten alimentados por las características de una cultura que se debe transfigurar, a través de la formación y educación continua.

La seguridad en la atención, se mide a través de la frecuencia de eventos adversos (en adelante EA): todo accidente imprevisto e inesperado que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. (OMS. IBEAS, 2009: 24).

Lógicamente, se supone que la frecuencia de EA se incrementa en los grupos poblacionales más vulnerables, sin embargo, no se cuenta con datos precisos, ya que la denuncia o registro de este tipo de situaciones (infecciones, lesiones

⁵ Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es

producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones, utilización de dosis equivocadas de un fármaco), no es habitual.

El “Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos en Salud” (IBEAS), fue el primero llevado a cabo a gran escala en América Latina en el año 2010, para medir los EA en 58 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Se analizaron 11.555 pacientes hospitalizados, arrojando los siguientes resultados: la prevalencia de pacientes que sufrieron EA hallada en el estudio fue de un 10,5%. El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización. Un 18,2% de los EA causaron un reingreso. De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad. Los EA más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial. La mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios.

Cuando se habla de estándares, se incorpora el concepto de *calidad* de la atención de la salud, la cual se operacionaliza a través de una serie de requisitos, cuyo cumplimiento minimiza la probabilidad de ocurrencia de resultados no deseados e incrementa la satisfacción del paciente y su familia.

Si bien estos estándares están definidos de acuerdo a la experiencia y evidencia científica, su implementación requiere, como se ha mencionado precedentemente, de un cambio cultural. El desarrollo de una “cultura hacia la calidad de atención”.

La magnitud del problema, motiva a que diversas instituciones referentes en la materia, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Joint Commission, la ISQuas (Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Academia Nacional de Medicina (ANM), el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), hayan priorizado su tratamiento, diseñando programas y proyectos específicos. Todas las instituciones mencionadas, coinciden en que los programas de difusión y capacitación, generarán una masa crítica de personas comprometidas en tal sentido, favoreciendo futuras intervenciones en los

diferentes ámbitos involucrados (reguladores, prestadores, financiadores, formadores del sistema de salud, pacientes y comunidad en general).

Ottaway, citado en Coscarelli (2013:77), explicaba que cualquier cambio para lograr impacto social requiere tener un sector de apoyo que obre como fuerza social con influencia en la comunidad. Con la misma orientación, Zabalza-Zabalza Cerdeiriña (2012:31-31), hace referencia a cuatro elementos necesarios para que toda innovación supere las dificultades que naturalmente se oponen a su florecimiento. El primero de los elementos, la estructura, determina la capacidad innovadora de la institución, e incluye conceptos como el liderazgo, la estructura de coordinación, la cultura institucional y el clima de las relaciones interpersonales. El segundo elemento es la información, la que produce el efecto de expandir las ideas, e implicar a más gente en el proyecto. El tercero, la evaluación, permite tener una idea clara y sistemática de cómo se está desarrollando el proceso e introducir reajustes. Además, menciona la necesidad de que para innovar (hacer cosas distintas), se requiere de un “querer hacer” (componente actitudinal), pero también de un “saber hacer”, por lo que toda propuesta de innovación, debe incluir paralelamente una propuesta de formación (cuarto elemento).

En este sentido, para la conformación de la masa crítica indispensable para el éxito de la innovación propuesta, se han formulado numerosos caminos de carácter formativo. Algunos de ellos enfocándose en el paciente y su familia, con la premisa de que se debe educar a los mismos para que adopten un rol activo en el proceso de atención de la salud, siendo corresponsables de su seguridad. Otros focalizados en los médicos y otros profesionales del equipo de salud, a través de incipientes cursos de posgrado y difusión en Congresos y Jornadas específicos. Y un tercer camino, orientado al estudiante de grado de Ciencias de la Salud, el cual se considera estratégico por ser un ámbito crítico para el desarrollo temprano de competencias orientadas a la calidad de atención y seguridad del paciente, y su potencial transferencia cuando sean líderes del sistema de salud, estableciéndose como modelos de conducta para los demás integrantes del sistema.

Si bien los programas curriculares de las carreras de Medicina se encuentran en permanente cambio, la incorporación de esta temática todavía no se ha debatido en profundidad.

En la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina (2011: 23-24), se identifican una serie de factores han limitado su tratamiento. En primer lugar, la falta de consenso por parte de los formadores, de que la enseñanza y el aprendizaje de esta disciplina constituyen una parte esencial de las carreras de Medicina de grado. En segundo lugar, se observa cierta renuencia a la hora de abordar los conocimientos que se originan desde fuera de la medicina. Un tercer factor que podría afectar es el énfasis histórico puesto sobre la terapéutica de la enfermedad, más que en la prevención de las patologías lo que genera una cultura a la que le resulta difícil concederle mérito al “no hecho”, esto es, un hecho adverso que puede prevenirse. Por último, las actitudes arraigadas en la relación tradicional docente-alumno, no favorecen la enseñanza y aprendizaje de este tipo de contenidos.

Teoría del curriculum y perfil médico

Para una comprensión más acabada de estos factores, resulta pertinente tomar de De Alba (1998), algunas líneas de reflexión que permiten pensar al *curriculum* en un plano epistemológico general amplio. La autora, propone el análisis curricular desde una “perspectiva social amplia”, aludiendo al conjunto de multideterminaciones que conforman la totalidad social, donde los procesos educativos son parte de la misma.

Esta totalidad social implica comprender las estrechas interrelaciones de diversos aspectos de la realidad (dimensiones de análisis: cultural, política, social, económica, ideológica), que están presentes en forma explícita o implícita en el curriculum, evitando caer en determinismos y reduccionismos, pero sin dejar de lado la importancia concluyente de cada dimensión.

En términos de Bourdieu (1970), citado en De Alba (1998), el curriculum es un arbitrario cultural; sin embargo, tal arbitrario está conformado por elementos de diversas conformaciones culturales y por ello contiene rasgos culturales hegemónicos, pero también rasgos culturales opuestos, que son germen y expresión de resistencia. Estos rasgos son congruentes con el proyecto político de cada grupo.

De esta forma, ningún curriculum es neutro y aséptico como lo han pretendido las posiciones de corte empírico-analítico, y la formación médica no es la excepción.

Delia Outomuro (2008), concluye que “el modelo médico biologista encuentra un antecedente filosófico en la dicotomía cuerpo-mente, inaugurada por Descartes y enfatizada por el positivismo en el siglo XIX. Este dualismo ha marcado fuertemente desde entonces tanto la investigación científica como la praxis médica. Del binomio cuerpo-mente se ha privilegiado lo más fácilmente mensurable, es decir, el cuerpo. A éste se lo ha concebido como una máquina y a la medicina como el método destinado a componer lo descompuesto. Desde este paradigma, lo que anda mal, lo que no funciona correctamente no es el hombre en su dimensión integral, sino tan sólo una parte de él. Lo que se pretende no es curar al hombre, concebido como "ser en el mundo", sino sólo al cuerpo. Este modo de entender la medicina ha alcanzado sin duda importantes logros. No obstante, en las últimas décadas comenzó a sentirse la insatisfacción de los destinatarios de los sistemas de salud y de los propios profesionales (...). En la educación médica de los últimos años se observa una dualidad. Por un lado, se acepta, proclama y declama que el hombre es una unidad biopsicosocial indivisible y que, por lo tanto, la enfermedad y la salud se vinculan estrechamente a esa tríada. Sin embargo, por otro, los currículos médicos cristalizan una fuerte matriz somatista en un conjunto de disciplinas consideradas básicas, a las que se les asigna una importante carga horaria. Bajo esta visión, la medicina se cobija entre las ciencias duras y se distancia de las ciencias blandas” Outomuro (2008).

Sin embargo “...tomamos como natural ciertas costumbres, como incuestionables e inmodificables ya que asumimos que así lo impone la naturaleza y que siempre ha sido así; cuando la realidad es que las conductas sociales son sociales y no tienen nada que ver con la naturaleza”. (Vicent Marqués, 1992:15)

Este modelo se haya profundamente arraigado en todos los ámbitos, incluyendo el de la enseñanza universitaria. Es así como es formador de nuevas generaciones de médicos, lo que ha redundado en un particular *perfil de médico* que se ajusta y reproduce sus características.

La naturalización del llamado modelo médico hegemónico se contrapone con el desarrollo de un cambio cultural, orientado a una visión integral del paciente y

su familia, la humanización en el trato, el trabajo en equipo e interdisciplinario y la normatización de la atención, entre otros principios.

Estrategias metodológicas en el proceso de enseñanza y aprendizaje

Esta contraposición se reproduce en la dimensión didáctica-áulica. Es allí, en "... el microcosmos cotidiano donde se revelan con lente de aumento los rasgos que caracterizan a la vida institucional y las luchas que en ella se libran por la persistencia de líneas caducas o por la incorporación de nuevas formas de pensamiento". (Lucarelli, 2004:2)

En este sentido, Dino Salinas (1997), menciona la presencia de una clara disociación entre el currículum como proyecto o plan que guía las acciones de enseñanza (enfoque conceptual) y lo que realmente ocurre en el aula, el acontecer diario del currículum (enfoque cultural). En este sentido, el docente establece puentes entre ambos enfoques, en un "campo de juego" limitado dentro del cual puede ejercer cierta autonomía creativa. Las prácticas escolares son la evidencia más clara del modelo cultural: lo que se selecciona, organiza, distribuye, transmite y valora. (Dino Salinas, 1997:29-35)

La incorporación al currículum de los contenidos propuestos requiere de una innovación en la enseñanza. "Cuando hablamos de innovación, nos estamos refiriendo a un proceso que consiste en introducir elementos nuevos (NOVA) en lo que ya veníamos haciendo (IN) a través de acciones (CION) que llevará un tiempo completar y que exige una cierta continuidad y esfuerzo (...). Es mucho más que hablar de lo que sería conveniente. Tampoco se trata de partir de cero, sino de mejorar lo que se tenía" Zabalza- Zabalza Cerdeiriña (2012:27)

La innovación alude centralmente a un cambio planificado, organizado, no espontáneo, que implica afrontar una cuestión de carácter institucional: la fuerza de lo instituido. El mundo de la práctica debe ser parte de la generación y recreación de los cambios pues es allí donde se encuentran las problemáticas propias de las instituciones y los sujetos que las vivencian. Coscarelli (2013: 76-79)

Como ya se ha mencionado, la innovación propuesta en este trabajo, requiere de una ruptura epistemológica y de las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido. En términos de Lucarelli (2004), ruptura de objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza, evaluación, recursos,

prácticas de enseñar y aprender, que posibilite la formación de sujetos que desarrollen tanto aprendizajes cognoscitivos como afectivos en situaciones alternativas a la tradicional.

En la búsqueda de alternativas que mejor se ajusten a este diseño de intervención, se incorpora el concepto de curriculum flexible, el cual, según Obaya- Martínez (2002), tiene la particularidad de incorporar *materias optativas* que el estudiante podrá seleccionar de acuerdo a sus intereses y aptitudes. Méndez Puga (2004), resalta la importancia del adjetivo optativo/a, el cual le confiere a una materia un carácter peculiar, una materia que se prefiere a otras y que pone al estudiante ante la posibilidad de elegir, ejercitando el proceso decisorio y confiriendo al sujeto una mayor responsabilidad y protagonismo en su proceso de aprendizaje. Este autor, también reflexiona sobre la heterogeneidad de los grupos, ante la convivencia de estudiantes de diversas secciones y grados de avance en la carrera, lo que genera oportunidades de interacción privilegiadas, y dinámicas diferentes al de una materia fija. Una propuesta curricular de estas características, debe proponer pedagogías más activas. Correa Uribe (2002), enfatiza en las estrategias de aprendizaje por descubrimiento y emplea como métodos de enseñanza: el método de casos, aprendizaje basado en problemas, el método de proyectos, entre otros, los que permiten modificar el tipo de interacción entre docentes y alumnos.

Asimismo, Davini (2008:115) plantea, entre múltiples estrategias, la de invertir la secuencia metódica, partiendo de los problemas y situaciones de la práctica, para luego incorporar los conceptos académicos y ampliar la información necesaria para iluminar la comprensión y/o resolución de estas situaciones. (Davini, 2008:115). De esta forma se podría ejercitar el juicio profesional para la toma de decisiones en la acción en contextos y situaciones reales, complejas e integrales. La autora desarrolla diferentes formas de implementación del método de casos, desde descripciones breves hasta casos que se utilizan para desarrollar un programa completo. Sin embargo, todos comparten como requerimiento un ambiente de enseñanza activo y participativo, donde se promueva el intercambio y la cooperación entre los estudiantes, desarrollando habilidades para el trabajo junto con otros, más allá de los momentos de análisis individual; donde el rol del docente es predominantemente de guía, aunque puede incluir momentos de instrucción.

Aprender a trabajar colaborativamente en *grupos* es un objetivo en sí mismo, posibilitando conductas ciudadanas en las que la ayuda, el trabajo y la responsabilidad compartida sean parte de la formación. Litwin (2008:107).

La presentación del caso puede realizarse a través de formato escrito (documento, narración dramática, diario, carta ficticia) o audiovisual. Este último, contempla los cambios en el sujeto que aprende: “un individuo formado por la imagen, de manera que forma, movimiento y color son los “medios” en los que se desarrolla el pensamiento” (homo videns). Díaz Barriga Ángel (1991) Por último, sería favorable otorgar continuidad a las interrelaciones entre alumnos y con el docente, más allá de la dimensión áulica, teniendo en cuenta las características de un nuevo estudiante hiperconectado y los cambios en el proceso comunicacional. Casco (2007)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Diseñar un curso optativo sobre equidad, calidad, humanización y seguridad en salud, a fin de proponer su inclusión en el curriculum de grado de la FCM. UNLP, para contribuir a incrementar la masa crítica de profesionales sensibilizados en este problema prioritario de salud pública.

Objetivos específicos

- Promover la interpelación de los estudiantes de medicina respecto a sus ideas previas sobre la práctica médica, generando la problematización del perfil médico actual, en función de su adecuación a las demandas sociales.
- Favorecer el desarrollo del juicio profesional para la toma de decisiones en la acción en contextos y situaciones reales, complejas e integrales (casos, simulaciones) que muestren las barreras que debe sortear un paciente en su proceso de atención médica.
- Desarrollar en el aula los valores, principios y formas de pensamiento necesarios para el abordaje de problemas de equidad, calidad, seguridad y humanización de la atención de la salud en la práctica profesional: trabajo en equipo, colaborativo, interdisciplinario, horizontal; a través de las relaciones entre alumnos y con los docentes.

6. ANTECEDENTES DE EXPERIENCIAS

Como ya se ha expresado, instituciones de renombre nacional e internacional, advierten que la situación actual en cuanto a la equidad, calidad, humanización y seguridad en salud es desfavorable, y puntualizan líneas de acción para su tratamiento, todas ellas relacionadas con el desarrollo de una masa crítica. También se ha explicitado la necesidad de un proceso formativo que acompañe a toda innovación para que resulte exitosa. Es así, como resulta esencial indagar sobre las incipientes experiencias en relación a esta temática, en el ámbito universitario del cual somos parte.

El Instituto Avedis Donabedian – Universidad Autónoma de Barcelona, creado en el año 2006, lleva a cabo, a nivel de la formación de grado (4º, 5º y 6º año), una asignatura optativa sobre calidad asistencial: “Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial”, diseñada para proporcionar a los alumnos un nivel de comprensión sobre la historia, teoría, principios, principales componentes y técnicas de la Mejora de la Calidad en el ámbito sanitario.

En la Argentina se observan algunos antecedentes relacionados con la educación en Seguridad del Paciente en pregrado. En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS), inaugura en abril de 2013 “La Guía Curricular Multiprofesional OMS en Seguridad del Paciente en Países del Mercosur”, en un evento especial que tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. La Guía Curricular es un programa integral destinado a incluir el tema seguridad del paciente, en el currículo de grado de las facultades de ciencias de la salud de todo el mundo.

La Universidad del Salvador fue designada recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) centro piloto para la implementación de esta Guía. En proceso de implementación, todavía se desconocen los resultados de esta innovación.

Sin embargo, y al estar la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación⁶ alineada con la OPS, se

⁶ responsable de la articulación con las áreas competentes del Ministerio de Educación para definir prioridades de formación en salud. (Comisión Interministerial Salud-Educación para la regulación de la formación técnica)

espera que el contenido de esta Guía se impulse mediante diferentes estrategias al resto de las carreras de grado.

Con respecto a la educación de posgrado, en la última década, se ha observado la proliferación de cursos y carreras relacionadas con esta temática, aspirando a cubrir el vacío en este tipo de conocimiento, que se observa en los egresados de grado de muchas de las profesiones que integran un equipo de salud.

Sin embargo, este proyecto, pone énfasis en la necesidad de incluir este tipo de formación en los niveles iniciales, para anticipar el desarrollo de las competencias requeridas en los profesionales de la salud, que garanticen superar las dificultades que naturalmente surgirán en la implementación de un proceso de innovación de estas características.

7. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE INNOVACION ELABORADO

El proyecto consiste en el diseño de un curso optativo en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP sobre equidad, calidad, humanización y seguridad en salud, utilizando como recurso metodológico el caso “Expósito Paulo Qualitas” (en latín, Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), un trabajador de 37 años, casado, dos hijos, que recorre el proceso de atención a partir de un problema de salud de moderada complejidad y alta prevalencia.

Este caso, construido junto a otro docente de la Facultad de Ciencias Médicas, tuvo su origen en el marco de una convocatoria de la TV Universidad para presentar proyectos documentales. Denominamos a nuestro proyecto audiovisual *Primum non nocere*” (lo primero es no hacer daño), y a su protagonista: Expósito. Nuestra intención era contar, en base a nuestra experiencia, lo que acontece cotidianamente en los hospitales y centros de salud. Es por ello que en su recorrido Expósito sorteaba barreras y situaciones problemáticas relacionadas con la falta de equidad, calidad, humanización y seguridad en salud. El guion de este audiovisual alternaba entre circunstancias vividas por Expósito y opiniones de especialistas sobre cada escena de ficción. También incluía entrevistas a representantes de los diferentes actores del sistema de salud, integrantes del equipo de salud, estudiantes y población en

general, para contar con diferentes visiones del problema definido. (Ver Anexo I).

8. CURSO OPTATIVO: “EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”⁷

Marco referencial

Para elaborar el Programa del curso optativo, resulta necesario ahondar en el marco de referencia en el que cobra sentido. Tanto en la misión y objetivos de la Facultad de Ciencias Médicas y del Departamento de Ciencias Sociales, como en el perfil del egresado que propone la Facultad, lo establecido por la Resolución N° 1314/07 del Ministerio de educación de la Nación y el Plan de Estudios de la carrera.

La **misión de la Facultad** de Ciencias Médicas de la UNLP, ha sido definida de la siguiente manera: “Desarrollar la formación académica, humanística, científica y técnica de los profesionales en Ciencias de la Salud, orientada hacia la satisfacción de las necesidades sociales de Salud, canalizando las demandas de la Sociedad articulándolas con la docencia, investigación y extensión”. Alineado con esta misión, el **perfil profesional médico** que postula la Facultad prioriza el compromiso social, promoviendo la articulación docencia-investigación-servicio, con participación activa en todos los niveles de prevención y capacidades de planificación estratégica para la solución de los problemas de salud del individuo y la comunidad.

El **Departamento de Ciencias Sociales**, en este marco, propone incorporar el contacto temprano y continuo de los estudiantes con la realidad a lo largo de la carrera, incorporando el conocimiento de las ciencias sociales en terreno, a fin de desarrollar la inteligencia analítica, práctica y creativa.

Por último, **La Resolución N° 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencias y Tecnología**, aprueba los contenidos curriculares básicos (definidos a través de competencias profesionales esperadas, ejes curriculares, unidades

⁷ Se considera que la seguridad y humanización son dimensiones de la calidad (en su concepción amplia). Además, la asistencia de calidad, extendida a los grupos vulnerables, favorece la equidad en salud. Es por ello que en el título se sintetizaron todos los conceptos en el de calidad, con el objeto de no extender su magnitud.

temáticas, contenidos básicos de cada unidad temática), la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares de acreditación para la carrera de medicina.

El **Plan de Estudios de la Carrera de Medicina** de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, del año 2004⁸, se organiza en un ciclo básico de 1235 horas (primer y segundo año) y un ciclo clínico de 2465 horas (de tercero a quinto año). A estas 3700 horas de materias obligatorias, se le suma la práctica final obligatoria de 1600 horas (sexto año) y como mínimo 270 horas de materias optativas (distribuidas a lo largo de la carrera). De esta manera, la carga horaria total asciende a 5570 horas.

Esta carga horaria se distribuye en 51 materias, de diferente duración, que pertenecen a los Departamentos de:

- Departamento de Ciencias Morfológicas (3 materias)
- Departamento de Ciencias Fisiológicas (5 materias)
- Departamento de Articulación de las Ciencias Básicas y Clínicas (7 materias)
- Departamento de Medicina Interna y especialidades Clínicas (11 materias)
- Departamento de Cirugía y especialidades Quirúrgicas (7 materias)
- Departamento de Tocoginecología y Pediatría (4 materias)
- **Departamento de Ciencias Sociales (11 materias)**
- Departamento de Ciencias Humanísticas (3 materias)
- Departamento de la P. F. O.
- Departamento de Pedagogía Médica

En el año 2004, se crea el Departamento de Ciencias Sociales cuando se decide implementar una estructura departamental, en función de un requerimiento de la Comisión de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), y las exigencias de la Ley de Educación Superior para las “carreras de riesgo” como Medicina. Lo integran las siguientes Cátedras:

- Ciencias Sociales y Medicina (1 año- obligatoria)
- Epidemiología (2 año- obligatoria)

⁸ <http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/medicina/plan-2004>

- Salud y Medicina Comunitaria (3 año- obligatoria)
- Salud Pública I (4 año- obligatoria)
- Salud Pública II (5 año- obligatoria)
- Deontología y Medicina Legal (5 año - obligatoria)
- Ecología Humana y Promoción de la Salud (2 año- optativa)
- Salud Ambiental (3 año- optativa)
- La informática aplicada al análisis y presentación de trabajos científicos en ciencias de la salud (3 año- optativa)
- Educación para la Salud (3 año- optativa)
- Introducción a la Epistemología de la Salud (4 año- optativa)

Resulta necesario considerar los contenidos de las materias que integran el Departamento de Ciencias Sociales. En primer lugar, para indagar sobre las potencialidades de articulación en pos del objetivo conjunto del Departamento, y, además, para conocer los saberes previos con los que arribaría el alumno, de acuerdo a la ubicación del curso en el Plan de Estudios.

Por este motivo, se analizó cada programa de exámenes finales, y se identificaron los contenidos que se relacionan con la temática a abordar en el curso optativo, y a los que se podrá hacer referencia en el momento de integrar conocimientos.

La materia **Ciencias Sociales y Medicina**, de carácter obligatorio en primer año, desarrolla una reseña histórica sobre los cambios en el “oficio médico”, desde su origen hasta la medicina contemporánea y revolución tecnológica. Los cambios de paradigma y la evolución en su relación con los diferentes saberes, y su impacto en los servicios y sistemas de salud. Incorpora conceptos relacionados con la equidad en salud: la situación de salud diferencial de acuerdo a regiones o clases sociales. También analiza las características en la relación médico-paciente y al enfermo en diferentes contextos: sólo, en familia y en el sistema asistencial. Contiene un módulo dedicado a la gestión de organizaciones de salud, donde incluye la evolución legislativa de la medicina, incorporando temas como la mala praxis, el consentimiento informado y los derechos de los pacientes. Otro módulo está destinado por completo a la comunicación y la salud, comprendiendo desde la comunicación organizacional hasta la comunicación médico paciente.

Finalmente, dedica sus últimos dos módulos a la entrevista clínica y a la historia clínica desde sus diferentes dimensiones.

Epidemiología, de carácter obligatorio en segundo año, se articula con Ciencias Sociales y Medicina, mediante la continuidad epistemológica. En Ciencias Sociales y Medicina se aborda el “qué se investiga y bajo qué marco teórico” y en Epidemiología se continúa esta temática con el “cómo se investiga”, es decir los aspectos instrumentales metodológicos, con énfasis en el abordaje cuantitativo del objeto de estudio: mediciones en epidemiología, tasas, indicadores, análisis estadístico, perfil social y epidemiológico.

En **Salud y Medicina Comunitaria**, de carácter obligatorio en tercer año, se aprenden técnicas y herramientas de planificación, incorporando técnicas de investigación cualitativa y herramientas para el análisis explicativo de problemas y su priorización. También se analizan los modelos médicos, entre ellos el modelo biomédico y modelo biopsicosocial o antropológico, y los principios y valores éticos de la atención de la salud y de los sistemas de atención. Se incorpora el concepto de determinantes de la salud, profundizando en el ambiente local: físico y social. Se hace hincapié en la salud como producto social, en la metodología para la formulación de proyectos de intervención comunitaria, en los diferentes ámbitos y estrategias de promoción de la salud, en la relevancia de la participación social y comunitaria, en la influencia de la familia en la salud y la enfermedad. Las últimas dos unidades están destinadas a la comunicación y educación para la salud, y a la identificación de diferentes niveles de atención, ahondando en la estrategia de atención primaria y en la necesidad de equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención.

Salud Pública I y II, de carácter obligatorio en cuarto y quinto año respectivamente, profundizan contenidos de las materias precedentes: Ciencias Sociales y Medicina, Epidemiología y Salud y Medicina Comunitaria.

Además, desarrolla las principales características y relaciones de los subsectores del sistema de salud: prestador, financiador, regulador; el rol del Estado y sus jurisdicciones, y los niveles de atención y su interrelación.

De esta manera, estudia los mecanismos de financiación de la salud, con sus sistemas de retribución: modulada, capitada, por prestación, y su relación con los costos de las prestaciones. Presenta los nomencladores de prestaciones, la

Clasificación Internacional de enfermedades, las guías de práctica clínica, la auditoría médica y principales normativas del sistema de salud. Incorpora el concepto de Indicadores de estructura, rendimiento y producción de los prestadores del sistema de salud.

Además, se estudian políticas públicas de salud, sociales y ambientales nacionales e internacionales y los indicadores de desarrollo humano. Analiza la evolución de la atención médica en la Argentina y su crisis, desde la perspectiva de la comunidad y el paciente: relación médico paciente, satisfacción del paciente. Incorpora la perspectiva de la atención médica como un proceso: estructura, procesos y resultados de la atención médica. Desarrolla los conceptos de equidad y calidad en salud, y los de accesibilidad, integridad y oportunidad en la atención. Explora el tema de la categorización, acreditación y certificación de los prestadores, y de la certificación y recertificación profesional. Dedicar una unidad a la gestión de los efectores y a la articulación entre asistencia y administración. Por último, incorpora temas de medicina laboral: accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Deontología y Medicina Legal, de carácter obligatorio quinto año, recorre contenidos que van desde los deberes y principios de carácter ético que deben regir en todo momento las actuaciones de los profesionales que trabajan como médicos, hasta la relación entre la medicina y las ciencias jurídicas, especialmente el derecho penal. De esta manera, en el desarrollo de la deontología médica, aborda temas como el juramento hipocrático y códigos de ética médica. Incorpora cuestiones de bioética: los derechos del paciente, el consentimiento idóneo, la autonomía y justicia social de los servicios de salud, encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Además, profundiza temas como el ejercicio ilegal de la medicina, el secreto médico y la denuncia obligatoria de enfermedades. Con respecto a la medicina legal, desarrolla contenidos relacionados con medicina forense, criminología y peritajes; y medicina legal laboral.

Algunas materias optativas, de 50 horas de duración, refuerzan o anticipan los contenidos de las materias obligatorias, generalmente mediante metodologías de enseñanza diferentes.

En el caso de **Ecología humana y Promoción de la Salud**, anticipa algunos contenidos de la materia Salud y Medicina Comunitaria.

Salud Ambiental también se vincula con la materia Salud y Medicina Comunitaria, fortalece el concepto de determinantes de la salud y explora en profundidad uno de ellos: el ambiente (dimensión social y física)

De la misma manera, **Educación para la Salud**, profundiza contenidos de la materia Salud y Medicina Comunitaria, que como se mencionó precedentemente dedica una unidad a esta temática.

La informática aplicada al análisis y presentación de trabajos científicos en ciencias de la salud se enlaza con Epidemiología, utilizando el aula de Informática, donde los alumnos analizan bases de datos obtenidas de investigaciones en salud de índole cuantitativas.

Introducción a la Epistemología de la Salud, reflexiona sobre la naturaleza, procedimientos, alcance y limitaciones de la ciencia como productora de conocimiento.

Por su directa relación, es ineludible considerar, además, los contenidos de las materias que integran el Departamento de Ciencias Humanísticas:

- Historia de la Medicina (2 año- optativa)
- Filosofía Médica (4 año- optativa)
- Bioética (5 año- optativa)

Historia de la medicina, recorre los paradigmas en la medicina a través de la historia y geografía, a través de hechos, ideas, protagonistas y descubrimientos.

Filosofía Médica, invita a ejercitar la reflexión crítica en las áreas antropológica, epistemológica y ética de la medicina. Se propone desarrollar la actitud humanista del profesional sanitario y lograr que los médicos adquieran el hábito reflexivo de fundamentación y crítica de la racionalidad médica, vale decir que no aprendan Filosofía sino a filosofar sobre su propio saber, quehacer profesional.

Por último, **Bioética**, reflexiona sobre los principios universalmente aceptados de la bioética: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Aborda la bioética clínica o “micro ética”: la ética al pie de la cama del enfermo y cuya resolución es responsabilidad de un profesional a cargo de la atención; y la “macro ética” o bioética social: problemas éticos sobre grupos o poblaciones, incluyendo el concepto de equidad.

Programa del Curso: “EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”

Presentación

Tanto en la misión de la Facultad de Ciencias Médicas, como en el perfil del profesional, se proclama el compromiso con la satisfacción de las necesidades sociales de Salud, y la articulación de esas necesidades con las actividades de docencia, investigación y extensión.

Actualmente, la comunidad demanda activamente al sistema de salud, mayor equidad, seguridad, calidad y humanización en la atención. Este reclamo, se sustenta además en mediciones estadísticas que preocupan a muchos otros actores del sistema de salud.

Sin embargo, la naturalización y vigencia del llamado modelo médico hegemónico y sus características: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad,



superespecialización, relación médico-paciente asimétrica, visión fragmentada del paciente, entre otras, limita el cambio cultural necesario y la adquisición por parte del futuro profesional, de las competencias que requiere el nuevo modelo y el perfil profesional declarado.

Por lo anteriormente expresado, se define como EJE TEMÁTICO de este curso la PROBLEMATIZACIÓN DEL MODELO MEDICO HEGEMÓNICO EN POS DE LA DESNATURALIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA. Este eje actuará como principio organizador que otorga sentido al conjunto que engloba, y como orientador de las reflexiones que se pretenden generar, al atravesar de manera transversal todos los contenidos del programa.

Se destaca, además, la naturaleza optativa del curso, lo que supone la elección del alumno en base a sus intereses y preocupaciones, lo que los convierte en

potenciales sujetos de cambio, hacia un paradigma de modelo médico humanista.

Objetivos pedagógicos

-Adquirir conocimientos sobre entidades, políticas, normativas y herramientas específicas relacionadas con la equidad, calidad, seguridad y humanización en salud.

-Obtener habilidades para analizar situaciones problemáticas de la práctica profesional y planificar acciones integrales en base a un diagnóstico basado en evidencia científica, que puedan generar impacto positivo en los problemas de equidad, calidad, seguridad y humanización.

-Desarrollar actitudes para el abordaje de problemas de equidad, calidad, seguridad y humanización de la atención de la salud en la práctica profesional: trabajo en equipo, colaborativo, interdisciplinario, horizontal.

Unidades temáticas

Unidad 1. Equidad en salud

Idea Básica: conocer y desnaturalizar las diferencias que se producen en la atención y estado de salud de diferentes grupos sociales, e incorporar en el análisis de las causas, determinantes que van más allá de los considerados por el modelo biologista. Determinantes sociales, culturales, ambientales, pero sobre todo los relativos a la organización y características de los sistemas y servicios de salud. De esta manera, se pretende sensibilizar al futuro profesional, acentuando su rol humanista en un sistema de salud considerado como un componente de desarrollo y justicia social.

Temas:

Concepto de equidad en Salud. Derecho a la salud y a la atención de calidad. Entidades y programas específicos. Políticas nacionales e internacionales. Indicadores para su medición y diagnóstico. Barreras de accesibilidad geográfica, económica, sociocultural. Barreras que introduce la propia organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Redes de atención. Derivación, referencia y contra referencia, interconsulta. Oportunidad, continuidad y contenido de la atención.

Unidad 2. Seguridad en salud

Idea Básica: reflexionar sobre el tradicional juramento médico “lo primero es no hacer daño” y sobre la importancia de la notificación y análisis de los errores y eventos que se producen en el proceso de atención, a fin de prevenirlos. Se pretende, además, reubicar al futuro profesional, alejándolo temporalmente de la asistencia individual de pacientes, para formar parte de un proceso integral que por su complejidad requiere ser normatizado y coordinado con un equipo interdisciplinario.

Temas:

Concepto de seguridad en salud. Hospital seguro. Seguridad del paciente y su familia. Seguridad del equipo de salud. Entidades y programas específicos. Políticas y normativa nacional e internacional. Indicadores para su medición y diagnóstico. Cultura de la seguridad. Identificación del paciente. Clasificación de urgencias. Cirugía segura. Seguridad de los medicamentos. Seguridad transfusional. Infecciones intrahospitalarias. Lavado de manos. Hospital limpio. Eventos adversos. Registro y denuncias de incidentes de seguridad. Análisis causa raíz. Planificación de acciones preventivas. Litigiosidad.

Unidad 3. Calidad en salud

Idea Básica: internalizar los principios de la gestión de calidad en organizaciones de salud, y conocer los estándares (requisitos) nacionales e internacionales de calidad. Se pretende, además, que el futuro profesional, incorpore herramientas básicas de gestión en pos de las competencias que demanda el sistema de salud.

Temas:

Concepto de calidad en salud. Calidad objetiva y subjetiva. Principios de la calidad. Entidades y programas específicos. Políticas nacionales e internacionales. Indicadores para su medición y diagnóstico. Enfoque en el paciente. Enfoque sistémico para la gestión. Gestión por procesos. Decisiones basadas en información. Prácticas basadas en evidencia científica. Estandarización de procesos asistenciales. Calidad de la historia clínica.

Evaluación: concepto, tipos y herramientas. Trabajo en equipo, interdisciplinario y en red. Desarrollo y participación del factor humano. Mejora continua.

Unidad 4. Humanización en salud

Idea Básica: ubicar al paciente y su familia en el centro, y tomar decisiones en base a su bienestar y no al de los demás actores del sistema. Se pretende consolidar en el futuro profesional el sentido de la vocación y la ética profesional. Recuperar la visión integral del paciente, la cual ha sido reemplazada por la actual fragmentación del ser humano para su diagnóstico y tratamiento.

Temas:

Concepto de humanización en salud. Respeto del marco ético-profesional.

Entidades y programas específicos. Políticas nacionales e internacionales.

Trato digno. Normativa. Derechos del paciente y su familia. Derecho a la privacidad. Derecho a la información. Consentimiento informado. Toma de decisiones compartidas entre el profesional sanitario y el paciente.

Desarrollo metodológico

El curso se desarrollará, a partir del análisis del caso “Expósito Paulo Qualitas” (en latín, Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad). Este hombre transita el proceso de atención a partir de un padecimiento frecuente y de moderada complejidad. Sin embargo, enfrenta complicaciones propias de la organización de los sistemas y servicios de salud, que complejizan su estado de salud y repercuten en su vida cotidiana.

De este caso audiovisual, que recorre todos los contenidos del curso, se extraerán conceptos clave que serán desarrollados en los encuentros, para generar en el estudiante interrogantes y búsqueda de información, que le permitan reflexionar sobre la magnitud y causa de los problemas vividos por Expósito, y el diseño de alternativas de solución.

De esta manera, se invierte la secuencia metodológica, identificando en el caso problemas de conocimiento, que deberán resolverse en el transcurso del curso, para poder analizar críticamente la realidad de los sistemas y servicios de salud, y sus actores intervinientes.

El docente, en su rol de tutor, acompañará a los alumnos en este proceso de aprendizaje por descubrimiento, clarificando las brechas entre los saberes adquiridos previamente y los necesarios para la comprensión acabada de la problemática que se presenta en el caso.

A partir de allí, y utilizando la tecnología disponible, el tutor orientará la búsqueda bibliográfica de los estudiantes en bibliotecas virtuales y páginas web de entidades reconocidas. Al mismo tiempo, se recurrirá a una plataforma virtual, para compartir información y reflexiones entre los integrantes del curso, extendiéndolo más allá de los momentos áulicos tradicionales.

Más allá de las innovaciones mencionadas en cuanto a la relación docente-alumno-contenido, y atendiendo al eje temático del curso, la principal pregunta de esta intervención y es cómo desarrollar en los alumnos nuevas formas de pensamiento acordes con el modelo médico humanista. Es por ello que se optó por un proceso de enseñanza- aprendizaje, orientado a la construcción grupal del conocimiento, en función del paciente y su familia como eje del proceso de atención de la salud, la revalorización de las relaciones interpersonales, el desarrollo de relaciones horizontales en la búsqueda de soluciones participativas a problemas comunes, promoviendo la ruptura de esquemas y estereotipos inhibidores de la creatividad.

Carga horaria

-Encuentros presenciales: 10 encuentros presenciales de frecuencia semanal, de 2 horas cada uno.

-Encuentros virtuales: 10 encuentros virtuales entre encuentros presenciales, de 3 horas cada uno.

-Total horas presenciales: 20 horas

-Total horas virtuales: 30 horas

-Total horas: 50 horas

Ubicación en el Plan de Estudios

A partir del análisis de los contenidos del Departamento de Ciencias Sociales y el de Ciencias Humanísticas, se propone situar este curso en el quinto de la carrera, por considerar que su temática y metodología ofrecen una experiencia

educacional que promueve la articulación de conocimientos y acerca al alumno a su práctica profesional.

Modalidad de seguimiento y evaluación

Evaluación del curso

Se parte de una concepción de la evaluación orientada a la construcción del conocimiento sobre el objeto de evaluación: en este caso el curso optativo. El principal interés no es su valoración, sino la retroalimentación entre los integrantes, a fin de favorecer el cumplimiento de los objetivos pedagógicos definidos.

Esta forma de evaluación, orientada a la mejora continua, está alineada con los principios que pregonan la gestión de la calidad (evaluación formativa, no punitiva) y que forma parte de la temática del curso.

A tal fin, “evaluar supone efectuar una lectura orientada sobre el objeto que se evalúa, en función de la cual el evaluador se pronuncia sobre la realidad. Dicho de otra manera, no existe una lectura directa de la experiencia. Hay siempre un proceso de interacción entre el evaluador y la realidad a evaluar. En ese proceso, en función de las propiedades de esa realidad, el evaluador construye el referente, es decir, aquello con relación a lo cual se va a efectuar la evaluación, aquello que le permitirá pronunciarse sobre la realidad que evalúa”. (Bertoni, Poggi, Teobaldo.1996. pág. 7)

De esta forma, una de las actividades a desarrollar en el último encuentro presencial, es la creación participativa del referente de evaluación del curso, bajo los fundamentos de la evaluación apreciativa, que apunta a comprender el objeto de estudio, no a juzgarlo.

La construcción del referente, se considera una instancia formativa adicional, para evaluar un proceso del cual todos forman parte y son responsables.

Este ejercicio entre docentes y alumnos, incorpora múltiples y heterogéneas miradas en el recorte de la realidad que indefectiblemente se realice. En este sentido, la evaluación implica tomar decisiones colectivas y travesar situaciones de negociación.

Evaluación del alumno

En el primer encuentro presencial, se analizarán los criterios de evaluación (referente) que se utilizarán para evaluar el desempeño de los alumnos, tanto en el aula como en el espacio virtual.

Este referente será construido en función de los objetivos pedagógicos del curso. Se ponderará la participación del estudiante en los equipos de trabajo y su rol en la construcción colectiva del conocimiento, la originalidad en la generación de preguntas de aprendizaje, la profundidad en la búsqueda bibliográfica, la creatividad y empatía con el paciente y su familia al desarrollar estrategias de intervención.

Al finalizar el curso, los alumnos recibirán una devolución sobre cada uno de los criterios de evaluación mencionados.

Desarrollo de los encuentros

Encuentro presencial 1

Luego de la presentación de los participantes del curso, se indagará sobre los motivos de la elección de este curso de carácter optativo y sobre sus expectativas en relación al mismo.

Posteriormente, se presentará el Programa del curso en función del marco contextual en el que está inmerso. Se hará hincapié en su eje temático y en las ideas básicas que pretende abordar cada unidad. Se explicarán los aspectos metodológicos y se ahondará en las actividades que se llevarán a cabo para su desarrollo.

Además, se presentará el ámbito virtual que se utilizará para extender la dimensión áulica y las características de su funcionamiento, se explicarán y entregarán los criterios de evaluación del alumno, y, por último, se solicitará que formen grupos de tres personas.

Encuentro presencial 1 a 9

El encuentro áulico comenzará con la proyección de un segmento del caso audiovisual.

Luego, cada grupo de tres personas tendrá un tiempo para identificar, cuáles son los conceptos principales que se desprenden de la escena.

En plenario, se identificarán los problemas que enfrenta Expósito, e inmediatamente se relacionará con el eje temático y temas centrales del curso, y con los saberes previos del estudiante, con el objeto de ubicar la situación observada en un marco teórico que permita su análisis.

Se registrarán las palabras clave en el pizarrón, desarrollando grupalmente un mapa conceptual.

El docente hará un cierre, resumiendo los conceptos e interrelaciones identificadas, y se identificarán las preguntas de aprendizaje que servirán de guía para la búsqueda bibliográfica e intercambio de información en el ámbito virtual.

Encuentro virtual 1 a 9

Entre encuentros presenciales, se utilizará el ámbito virtual, con un espacio público y uno privado por grupo.

En el sitio público, como inicio del intercambio, que será moderado por los docentes, se presentará el mapa conceptual y las preguntas de aprendizaje consensuadas en los encuentros presenciales. Las opiniones y reflexiones deberán realizarse en base a la búsqueda bibliográfica realizada por los alumnos.

En el sitio privado, cada grupo generará un documento colaborativo de tres carillas y dos citas bibliográficas, donde se responderán las preguntas de aprendizaje y en función de ello, se definirán estrategias de intervención para resolver el problema de Expósito.

Encuentro presencial 10

Se dedicará el último encuentro a la creación participativa del referente de evaluación del curso. Se definirán las dimensiones de análisis, los criterios de evaluación y sus escalas de medición.

Encuentro virtual 10

En el ámbito público del entorno, los alumnos y docentes, en base a la herramienta generada en encuentro presencial, evaluarán el curso optativo.

En el sitio privado, los docentes evaluarán el desempeño de los alumnos, utilizando los criterios de evaluación definidos desde el primer encuentro.

Reconstrucción de la práctica de enseñanza:

En la construcción metodológica de las prácticas de enseñanza, están presentes numerosas variables: contenido, sujeto que aprende, situaciones o ámbitos particulares, un contexto socio histórico concreto, visiones del mundo, trayectoria de vida e ideología del docente.

Docentes desde posiciones disímiles, generan conocimiento diferente, transmiten ideologías, pautas de comportamiento, rituales, que suelen tener más peso que el discurso formal.

Por este motivo, resulta elemental analizar la intencionalidad, la racionalidad que subyace en cada caso, a través de la reconstrucción crítica de la propia experiencia.

Se deben observar mecanismos sutiles que permitan develar el sentido y orientación de la práctica, tomar consciencia de creencias, intereses individuales y colectivos, analizarlos y asumir frente a ellos una postura crítica.

Es por ello que se propone la descripción de los encuentros, identificando acciones y decisiones, así como los supuestos subyacentes implicados, a través de un proceso de búsqueda e indagación de lo que está más allá de la apariencia.

Actividades, Decisiones, Principios y supuestos

La primera decisión fue la de que el curso tuviere el carácter de optativo. Si bien tuvo que ver con un análisis de factibilidad, existe el supuesto de que es una materia que se prefiere a otras y otorga al estudiante una mayor responsabilidad y protagonismo en su proceso de aprendizaje.

| Actividades encuentro presencial 1 | Decisiones | Supuestos |
|---|---|--|
| Presentación de los docentes y alumnos | | |
| Analizar el Programa del curso en función del marco contextual en el que está inmerso. Explicar los aspectos | Desarrollar el programa como una verdadera guía para el estudiante. | Importancia de la contextualización para propiciar la autonomía del estudiante |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| metodológicos y las actividades. Exponer los criterios con los que se evaluará al alumno. | | |
| Presentar el ámbito virtual | Trabajar en el espacio virtual | Valorización de procesos de enseñanza aprendizaje que contemplen interrelaciones de sus integrantes más allá de la dimensión áulica. |
| Conformar grupos de tres integrantes | Trabajar en grupos | Ponderación de la construcción colectiva del conocimiento y de la sinergia de grupos pequeños. |
| Actividades encuentros 1 a 9 | Decisiones | Supuestos |
| Proyectar un segmento del caso Expósito | Utilizar material audiovisual | Adaptación ante los cambios en el sujeto que aprende. “Un individuo formado por la imagen, de manera que forma, movimiento y color son los “medios” en los que se desarrolla el pensamiento” (homo videns) Díaz Barriga Ángel (1991). |
| Definir en grupo los conceptos principales que se desprenden de la escena | Trabajar en grupo | Aprender a trabajar colaborativamente en grupos es un objetivo en sí mismo, en tanto no sólo |

| | | |
|---|--|---|
| | | desarrolla y consolida conocimientos, sino que enseña el valor de la ayuda, el trabajo solidario, aprender a consensuar y respetar opiniones y el diseño compartido de propuestas y cursos de acción. Litwin (2008) |
| Identificar en plenario los problemas que enfrenta Expósito y relacionarlos con el eje temático, temas centrales del curso y saberes previos. | Relacionar el caso con teorías y conceptos disciplinares. | Integración de saberes. Aplicación del marco teórico. |
| Registrar en el pizarrón palabras clave. Desarrollar participativamente el mapa conceptual. | Integrar trabajos grupales. Consensuar | -Contextualización (recorte disciplinar). -Ponderación de la construcción colectiva del conocimiento -Valorización de un ambiente de enseñanza activo y participativo |
| Identificar en plenario las preguntas de aprendizaje. | -Posicionar al alumno en un rol activo y al docente como guía, tutor, moderador. -Fortalecer el proceso de toma de decisiones del alumno. | -Aprendizaje por descubrimiento. Generación de interrogantes -Ponderación de la construcción colectiva del conocimiento |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Presentar las preguntas de aprendizaje y el mapa conceptual en el ámbito virtual público, como inicio del intercambio.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Trabajar en el espacio virtual. -Mantener contacto cotidiano. -Posicionar al docente como moderador del intercambio, impulsando las opiniones sustentadas en bibliografía. | <ul style="list-style-type: none"> -Valorización de procesos de enseñanza aprendizaje que contemplen interrelaciones de sus integrantes más allá de la dimensión áulica. - Aprendizaje por descubrimiento. Búsqueda de datos e información para profundizar el análisis. Autonomía del alumno. -Valorización de procesos de enseñanza-aprendizaje horizontales donde valgan todas las opiniones (debidamente fundamentadas). |
| <p>Generar en grupo un documento colaborativo en el espacio virtual privado del grupo</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Trabajar en el espacio virtual. -Trabajar en grupo. | <ul style="list-style-type: none"> -Ponderación de la construcción colectiva del conocimiento -Estudiantes hiperconectados. |
| <p>Actividades encuentro 10</p> | <p>Decisiones</p> | <p>Supuestos</p> |
| <p>Crear participativamente la herramienta de evaluación del curso (referente)</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el curso | <ul style="list-style-type: none"> -Existe un proceso de interacción entre el evaluador y la realidad a evaluar, donde se construye el referente de evaluación. -Evaluación formativa, apreciativa, no punitiva -Mejora continua |

| | | |
|---|---|--|
| Evaluar el curso en base al referente construido | -Evaluar el curso | -Evaluación formativa, apreciativa, no punitiva. |
| Evaluar a los alumnos y hacer una devolución sobre cada criterio de evaluación. | -Evaluar al alumno en base a su proceso de aprendizaje. | Evaluación formativa, no sumativa |

Bibliografía del curso

En base a lo expuesto, una de las actividades que se les solicitará a los estudiantes es la búsqueda bibliográfica, y la calidad de tal búsqueda, será uno de los criterios de evaluación. Es por ello que se incorpora bibliografía a tal fin:

- Ramos Márquez LA. Estrategias para realizar una búsqueda de información biomédica en línea. Med Hosp may-jun 2013; 1(2):31-33
- Marín Martínez M, Romero Cuevas M. Búsqueda de información biomédica. Recursos en la nueva interfaz de PubMed. Cardiocore 2010; 45(2):72-78

Para guiar al alumno en su búsqueda, se sugerirán páginas web de entidades reconocidas y bibliotecas virtuales de salud.

- Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires <http://www.ms.gba.gov.ar/>
- Legislación en Salud en la República Argentina <http://leg.msal.gov.ar/>
- Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/es/>
- OMS-Seguridad del paciente <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Gapminder. <http://www.gapminder.org/>
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS) <http://www.bvs.org.ar/>
- Scientific Electronic Library Online (SciELO) <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
- SEDICI. Repositorio Institucional de la UNLP <http://sedici.unlp.edu.ar/>



Además, se propondrá la siguiente bibliografía, que acompaña los contenidos del curso:

Unidad 1. Equidad en salud

- Spinelli H, Urquía M, Bargallo ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. Buenos Aires: CEDES, 2002. p. 31. (Seminarios salud y política pública)
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000. p. 230. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf
- Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. Documento de Trabajo Nro. 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno. 2002
- Indicadores de recursos, acceso y cobertura. EN: Argentina. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de la Argentina. Buenos Aires, Argentina. Ministerio de Salud: 2012. p. 20

Unidad 2. Seguridad en salud

- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: guía del evaluador de hospitales seguros. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 114. Serie: Hospitales seguros frente a desastres, no. 1
- Aguirre Gas H, Vazquez Estupiñan F. El error médico. Eventos adversos. Ciruj nov-dic. 2006; 74(6):495-503
- Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. VíaSalud Jul. 2009;(48):6-21
- IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. p. 10
- Martínez SC (com.). Estandarización de procesos Asistenciales. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2007. p. 47. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf>.

-Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación: la cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. p. 24

-Organización Mundial de la Salud, Joint Commission International, Joint Commission. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007. p. [36].

Unidad 3. Calidad en salud

-Donabedian A. La calidad de atención médica. México, La prensa mexicana: 1991

-Delgado AEL. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. Barranquilla (Col) 2010; 26(1):143-154

-Aguirre Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev. Med. IMSS (Mex) 1997; 35(4):257-264

-Andreo Martínez JA. Gestión de calidad en medicina Interna. Desde Pareto al EFQM. Med. Clin. (Barc). 2012; 138(7):306-311

-Rodríguez León A, Lugo Zapata D. Garantía de la calidad en salud. Salud en tabasco 2006 12(3) sep.-dic.:551-554

-Guix Oliver J. Calidad en salud pública. Gac. Sanit. 2005; 19(4):325-332

-Santos Peña MA, Pazos Carrazana JL. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Medisur 2009; 1(5). Nota: Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos

-Paganini JM, Jaluf G, Arrondo Costanzo F. Guía para el análisis y evaluación de los hospitales del estado nacional, provincial y municipal. La Plata: Centro INUS, 2012. p. 51

Unidad 4. Humanización en salud

-Orosco JL. Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. Acta Bioethica 2011; 17 (1):9-17

-Aizenberg M. Derechos de los pacientes: ley 26.529. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires. p. 8.

Actividades a realizar previas al desarrollo del curso

El desarrollo de este curso, requiere de ciertas actividades y gestiones previas a su realización: la formación de un equipo interdisciplinario de docentes y alumnos que acompañen todo el proceso, la revisión del guion con docentes especialistas en enseñanza virtual a los efectos de evaluar y mejorar su diseño, la búsqueda de financiamiento y el desarrollo del caso en formato audiovisual, la formalización de la propuesta curricular, la definición del espacio virtual, la gestión del espacio físico y la difusión de la actividad.

9. CONCLUSIONES

La principal pregunta de intervención de este proyecto, estuvo orientada a cómo desarrollar en los alumnos nuevas formas de pensamiento y actitudes acordes con el modelo médico humanista, que le den sentido a los contenidos planteados en el Programa del Curso.

Se pretende, que el futuro profesional de salud, actúe críticamente ante situaciones concretas que se producen en el proceso de atención de la salud, y que transcurren inadvertidas. En este contexto, el paciente y su familia, además de padecer la enfermedad, tropiezan con barreras y dificultades que les impone el propio sistema de salud, que repercuten en el estado del paciente, pero además en la dinámica familiar.

Desnaturalizar ciertos problemas e indagar sobre su abordaje, no requiere solamente del aprendizaje de determinados conocimientos, sino también de habilidades específicas y sobre todo de actitudes que se deben conservar en la práctica profesional.

Como sabemos, el contenido no es independiente de la forma en que se presenta, ni de la relación que se establece entre el sujeto y el conocimiento.

Es por ello, que el verdadero desafío de este proyecto, se orienta a desarrollar la empatía con el paciente, y que, desde ese sentimiento, el alumno sea protagonista en su proceso de aprendizaje.

El carácter de curso optativo, supone un interés previo del alumno por la temática, lo que favorecería su participación activa en la construcción del conocimiento. En esta búsqueda, el docente, en su rol de tutor, orientará esta construcción desde su propia experiencia y sentir.

La intencionalidad buscada desde lo filosófico -epistemológico-, se concreta en lo metodológico.

El docente elige la propuesta metodológica según los objetivos del curso, las características del grupo de alumnos, el contexto, el momento histórico; elaborando así una propuesta personal de intervención, la cual será el sustento de la instrumentación de la enseñanza.

La planificación, está relacionada a la anticipación, que es esencial para poder lograr aquello que el docente se propone en su tarea de “que el alumno se apropie del conocimiento”. Pero a pesar de la planificación previa, siempre existe un cierto grado de incertidumbre que se manifiesta en el desarrollo de la clase.

Dentro del aula, el docente es un mediador entre las circunstancias previstas y lo que ocurre dentro de ella. Es allí donde las microdecisiones toman trascendencia. En cada clase se toman decisiones instantáneas, inmediatas, a fin de adaptarse a situaciones que se producen en el aula.

En el caso de este curso y lo que se propone, resulta fundamental la generación de un ambiente propicio para su desarrollo. La motivación del alumno es imprescindible para que se cumplan los objetivos planteados.

Es por ello, que más allá de lo anticipado en este proyecto, en el desarrollo del curso, se espera contar con la suficiente sensibilidad para detectar las señales emergentes e ir corrigiendo el recorrido, y de esta forma, crear un puente entre el enfoque conceptual y el enfoque cultural del curriculum, apelando a la autonomía creativa.

Más allá de incorporar un abanico de estrategias metodológicas, lo aprendido en el proceso de escritura de este proyecto, me avaló a reflexionar e innovar sobre mis propias prácticas, y a interrogarme todas las veces que sea necesario sobre qué debo hacer o proponer para que el alumno desarrolle y aprenda.

A través de esta dimensión reflexiva, espero reconstruir críticamente mi experiencia y generar teorías, objetivando modelos preexistentes e incorporando nuevas formas de enseñanza-aprendizaje generadas en permanente reelaboración.

10. BIBLIOGRAFÍA DEL TIF

- Belmartino Susana (1987). “Modelo Médico Hegemónico”. Ponencia Jornadas de APS-CONAMER. A.R.H.N.R.G. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Bertoni Alicia, Poggi Margarita, Teobaldo Marta (1996). “Evaluación nuevos significados para una práctica compleja”. Editorial Kapelusz, Buenos Aires
- Casco Miriam (2007) Prácticas comunicativas del ingresante y afiliación intelectual. V Encuentro Nacional y II Latinoamericano “La Universidad como objeto de investigación”. Tandil, Argentina.
- Correa Uribe Santiago (2002). “La flexibilidad curricular”. Biblioteca electrónica Universidad de Antioquia.
- Coscarelli María Raquel (2013): “Perspectivas de las innovaciones educativas”. En De docentes para docentes Experiencias innovadoras en Ciencias Naturales en la escuela pública. Editorial: El Colectivo, Buenos Aires.
- Davini María Cristina (2008). “Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores”. Cap 5: Métodos para la acción práctica en distintos contextos. Editorial Santillana, Buenos Aires.
- De Alba Alicia (1998) “Curriculum: crisis, Mito y perspectivas”. Miño y Dávila editores. Argentina
- Díaz Barriga Frida, Lule MA de Lourdes, Pacheco Pinzón Diana, Saad Dayán Elisa (1990) “Metodología de diseño curricular para la educación superior”. Trillas, México
- Díaz Barriga, Ángel (1991) Didáctica. Aportes para una polémica. Cap. 2 “La enseñanza y la evaluación en el contexto actual de la Universidad”. Aique Grupo Editor, Argentina, Buenos Aires.
- Edelstein Gloria (1996) "Lo metodológico. Un capítulo pendiente en el debate didáctico", en Corrientes Didácticas Contemporáneas. Editorial Paidós, Buenos Aires.

- Litwin Edith (2008) "El Oficio en Acción: construir actividades, seleccionar casos, plantear problemas". En El Oficio de Enseñar. Paidós Educador, Buenos Aires.
- Lucarelli Elisa (2004) "La innovación en la enseñanza ¿camino posible hacia la transformación de la enseñanza en la universidad?" Ponencia presentada en la 3° Jornadas de innovación Pedagógica en el Aula Universitaria. Universidad Nacional del Sur, junio.
- Marqués Josep Vicent (1992), "No es natural" en "Para una sociología de la vida cotidiana". Barcelona. Anagrama. (Pág.13-18).
- Méndez Puga Ana María (2004). "¿Cuál es el sentido de las materias optativas dentro del curriculum de la escuela de psicología?" Revista Uaricha Número 3. México
- Menéndez Eduardo. L (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. pág. 451- 464.
- Obaya V Adolfo y Martínez H Elva. (2002). "El curriculum flexible". Revista ContactoS. Número 46. FES Cuautitlán UNAM. México
- Organización Mundial de la Salud, Joint Commission International, Joint Commission. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007. p. [36]
- Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. p. 91
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. p. 209. Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud - Ministerio de Sanidad y Política Social España. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: España. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. p.165
- Organización Mundial de la Salud. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura, Ginebra, 2010. p 10. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina (2011). Traducción al español Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.
- Organización Mundial de la Salud. página web http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/.
- Outomuro Delia. Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2008 [citado 2014 Nov 25]; 14(1): 19-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100003>.
- Paganini, JM. La salud y la equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. La Plata: Centro INUS; 2001. p. 14. Disponible en URL: <http://www.inus.org.ar/documentacion/index.htm>
- Poggi Margarita (2008). “Evaluación educativa sobre sentidos y prácticas”. Revista Iberoamericana de evaluación educativa.vol 1. N°1
- Salinas Dino (1997). “Currículum, racionalidad y discurso didáctico”. En “Apuntes y Aportes para la Gestión Curricular “. Margarita Poggi (compiladora). Editorial Kapelusz. Bs.As.
- Sen A. Desarrollo y Libertad. Madrid: Planeta, 2000
- Whitethed, M. Concepts and Principles of equity and health. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud, 1990. 18
- Yunus, M. (1998). Hacia un Mundo sin Pobreza. Editorial Andres Bello.
- Zabalza, M y Zabalza Cerdeiriña, A (2012). “Innovación y cambio en las instituciones educativas”. Editorial Homo Sapiens Ediciones. Rosario. Argentina

11. ANEXO I: GUION DEL PROYECTO AUDIOVIDUAL “PRIMUM NON NOCERE” (LO PRIMERO ES NO HACER DAÑO). EL CASO EXPÓSITO PAULO QUALITAS

LOCUTOR OFF

La prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de equidad, calidad de atención y seguridad del paciente. El tradicional juramento médico (“Lo primero es no hacer daño”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros miembros del equipo de salud, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria.

Lo primero que debemos hacer es reconocer esta realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.



INTERIOR OFICINA -DIA

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados nos brindan su opinión y una introducción de tipo académica, pero resumida y ágil. Si es posible se hará en forma conjunta, generando el intercambio de opiniones entre los participantes.

Dimensiones a tratar en la introducción: conceptualización de equidad en salud, calidad de atención y seguridad del paciente. Situación actual del problema, magnitud, extensión, urgencia en su tratamiento y factibilidad de solución.

Entrevistas a responsables de los programas y proyectos actuales que impulsan la equidad en salud, calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente, a estudiantes, miembros del equipo de salud, pacientes actuales o potenciales

Se entrevistará a:

- Representantes de la Universidad, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, otras Facultades relacionadas.
- Representante de Organización Panamericana de la Salud (OPS),
- Representante de Ministerio de Salud de la Nación (MSAL),
- Representante de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- Representante de la Academia Nacional de Medicina (ANM)
- Representante de Organizaciones de Pacientes, ONG´S,
- Estudiantes. Integrantes del Equipo de Salud. Pacientes. Otros.

Junto a ellos, uno de los estudiantes de medicina oficia de testigo y toma nota de los conceptos más importantes y conclusiones que se desprenden del progreso natural de las opiniones.

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off extiende y redondea los conceptos que a su vez se muestran en gráficos.

ANIMACION- 1º PARTE

INTERIOR CASA DE LOS QUALITAS – DIA



Simulando un plano de apertura de una sitcom, vemos el interior de una casa, como un gran living, en el que están Sonia y los niños. Entra en escena Expósito, un hombre de 40 años aproximadamente. Los personajes se asemejan a los de tiras cómicas.

Cuando entra Expósito, se oyen aplausos (como en una sitcom ante el protagonista). Aparece una leyenda: “Expósito Paulo Qualitas”

Debajo de la anterior leyenda, aparece otra leyenda: “Expósito = Expuesto; Paulo = Poca; Qualitas = Calidad”

Risas de sitcom.

-SONIA: ¿Cómo te fue?

-EXPÓSITO: Bien, trabajando todo el día. Y sigo con este dolor.

Expósito se sienta al lado de los niños, quienes están jugando. Se toca esquina superior derecha del abdomen.

Grafico pasa por parte inferior de la pantalla. Ellos lo miran y asienten con la cabeza, leyéndolo: “Desde hace 1 mes Expósito siente una molestia en el hipocondrio derecho que se le pasa a la región lumbar. Empezó leve, pero

hace unos días nota que el dolor aumentó sensiblemente. Tiene retorcijones y a veces nauseas.”

-SONIA: ¿Cuándo vas a ir al médico?

-EXPÓSITO: Mañana pido turno... Siempre es un lío ir al Doctor, pero ya llevo un mes, así que voy a llamar a la obra social...

INT. CASA DE LOS QUALITAS – HORAS DESPUES

Expósito está solo, con el teléfono en la mano, escuchando, esperando. Cada tanto se toca el abdomen expresando dolor.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO (Pregrabada – Mecánica): Usted se ha comunicado con la Obra social, espere un momento y será atendido. Musiquita insoportable. Si usted es beneficiario de nuestra obra social, digite 1, si no digite 2.

Expósito digita 1.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Ingrese su número de beneficiario seguido por la tecla numeral.

Cansado, Expósito digita un número de 10 dígitos. Expósito se toma la cabeza con un gesto gracioso al oír que la voz repite su número.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Usted ha digitado el número uno... dos... tres... cuatro... cinco... seis... siete... ocho...nueve..., si es correcto digite 1, si no 2.

Expósito digita 1.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Usted es nuestra prioridad, espere un momento y será atendido...

Larga espera

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Si usted tiene una urgencia digite 1. Si usted desea solicitar un turno para un médico de cabecera digite 2, si usted....

Expósito pulsa el 2.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Su turno fue asignado para el día (entrecortado) veinti...cinco...de...julio...de...dos...mil...trece, para confirmar el turno digite 1 para volver 2.

Expósito mira un almanaque en la pared, están en veinticinco de mayo.

Risas off.

Expósito recuerda la voz femenina del teléfono: (...) Si usted tiene una urgencia digite 1.

Expósito entusiasmado pulsa el 1 (urgencias).

Risas off.

-VOZ FEMENINA DEL TELEFONO: Si usted tiene una urgencia debe presentarse a la guardia del Sanatorio Norte o a la del Sanatorio Sur. Gracias por su consulta.

Se corta

Expósito parece estar satisfecho. Entra Sonia, que lo ve dejando el teléfono.

-SONIA: ¿Y?

-EXPÓSITO: Mañana voy al Sanatorio Norte que me queda cerca.

INT. GUARDIA SANATORIO NORTE

GRAFICO: “Al día siguiente”

Expósito en la admisión habla con la Secretaria.

-EXPÓSITO: Hola soy Expósito. Vengo porque tengo dolor de panza y en la obra social me dijeron que venga para acá.

-SECRETARIA: A ver señor deme su carnet.

Ella ve el carnet

-SECRETARIA: Mire por su plan y su dirección le corresponde el Sanatorio Sur. Tendría que acercarse a la Guardia de ese Sanatorio.

-EXPÓSITO: Por favor, tuve que faltar al trabajo. Además, la otra clínica me queda muy lejos.

-SECRETARIA: Y mire, pero le corresponde la otra, la verdad no puedo hacer nada. Disculpe.

Como en las historietas, se proyecta un globo desde la cabeza de Expósito, es un pensamiento: “Al final me conviene ir a la salita que queda a dos cuerdas de casa”

FIN DE ANIMACION - 1º PARTE

INTERIOR OFICINA -DIA

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados nos brindan su opinión acerca de las dimensiones de la calidad expuestas específicamente en forma irónica en la primera parte de la animación.

Las preguntas se realizarán en base a las barreras y situaciones problemáticas que vive Expósito Paulo Qualitas (Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), durante su recorrido por el proceso de atención, a partir de un problema de mediana complejidad y alta prevalencia. De estas situaciones, surgen conceptos clave que son desarrollados por los especialistas.

Dimensiones que surgen de la primera parte de la animación: barreras de accesibilidad. Oportunidad y continuidad de la atención. Gestión de turnos.

Entrevistas a responsables de los programas y proyectos actuales que impulsan la equidad en salud, calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente; y a los destinatarios de este documental (estudiantes, miembros del equipo de salud, pacientes actuales o potenciales)

Junto a ellos, uno de los estudiantes de medicina oficia de testigo y toma nota de los conceptos más importantes y conclusiones que se desprenden del progreso natural de las opiniones.

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off extiende y redondea los conceptos que a su vez se muestran en gráficos.

EXTERIOR PATIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA -DIA

Planos de la facultad de medicina, lo más emblemático de su arquitectura y estudiantes ingresando.

Primera parte del seguimiento e interacción de un grupo de estudiantes y su opinión respecto a los temas (se les proveerá de la animación o del mismo guión, en esta primera etapa, para desarrollar su opinión). La idea es lograr cierta informalidad desde la narración.

Insert

Especialista habla de la importancia de la inclusión de dicha temática en la universidad y la de difundirla.

Fin de insert.

ANIMACION - 2 PARTE



INTERIOR CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) – DIA

Expósito toma las letras del GRÁFICO y rápidamente desarma la frase “Al día siguiente” y arma la frase “Y yo tengo que trabajar”

Nuevamente Expósito habla con una secretaria en la recepción.

-EXPÓSITO: Hola soy Expósito. Vengo a ver al médico por un dolor en la panza.

-SECRETARIA 2: Lo siento, pero hoy no hay clínico, tendría que venir mañana.

-EXPÓSITO: ¿A qué hora atiende?

-SECRETARIA 2: Es por orden de llegada. Si puede venga temprano.

EXTERIOR CAPS - DIA

Expósito está haciendo cola junto a otras personas afuera del CAPS. En un efecto time-lapse, vemos como cae lluvia sobre ellos, sale el sol, cae nieve, mientras ellos se mantienen estáticos.

Abren las puertas y parte de la fila, incluyendo a Expósito, entran. Mientras que la persona que estaba detrás de él, continúa estática y cae muerta.

Risas off.

INTERIOR CAPS - DIA

La sala de espera está llena. El médico atiende a dos personas antes y se nota que lo hace rápido. Las personas ni bien entran salen, simbolizando la rapidez en la atención.

Expósito le cede el asiento a una Señora Mayor, ya que está de pie por no haber asientos suficientes.

Expósito escucha que suena una alarma de otra de las personas que están de pie, quien la apaga y saca un blíster (aparentemente es la hora de tomar su remedio). Esta persona camina hacia un dispenser, toma la pastilla y al querer llenar el vaso, se da cuenta de que no hay agua. Traga la pastilla con una cara graciosa. GULP!

-MEDICO CLINICO: ¡Qualitas!

-EXPÓSITO: Si soy yo...

FIN DE ANIMACION- 2º PARTE

INTERIOR OFICINA –DIA

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados nos brindan su opinión acerca de las dimensiones de la calidad expuestas específicamente en forma irónica en la segunda parte de la animación.

Las preguntas se realizarán en base a las barreras y situaciones problemáticas que vive Expósito Paulo Qualitas (Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), durante su recorrido por el proceso de atención, a partir de un problema de mediana complejidad y alta prevalencia. De estas situaciones, surgen conceptos clave que son desarrollados por los especialistas.

Dimensiones que surgen de la segunda parte de la animación: barreras de accesibilidad. Oportunidad y continuidad de la atención. Gestión de turnos. Oferta limitada de especialidades básicas en los CAPS. Confort y amenidades. Humanización.

Entrevistas a responsables de los programas y proyectos actuales que impulsan la equidad en salud, calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente; y a los destinatarios de este documental (estudiantes, miembros del equipo de salud, pacientes actuales o potenciales)

Junto a ellos, uno de los estudiantes de medicina oficia de testigo y toma nota de los conceptos más importantes y conclusiones que se desprenden del progreso natural de las opiniones.

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off extiende y redondea los conceptos que a su vez se muestran en gráficos.

EXTERIOR PATIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA -DIA

Segunda parte del seguimiento e interacción de un grupo de estudiantes y su opinión respecto a los temas (se les proveerá de la animación o del mismo guion, en esta segunda etapa para desarrollar su opinión). La idea es lograr cierta informalidad desde la narración

INTERIOR SALA DE ESPERA HOSPITAL



GRAFICO: “Al día siguiente”

La sala de espera abarrotada. Llega Expósito, resignado.

Por el pasillo circulan camilleros con camillas. También hay mucamas trasladando residuos patológicos, sin utilizar el equipamiento de protección exigido por ley.

Aparecen flechas y títulos explicando las carencias del lugar (que un paciente puede llegar a desconocer).

Grafica animada: “no hay doble circulación”. “señalética deficiente.” “ausencia de matafuegos.” “falta de higiene”. “falta cartel de salida de emergencia”, “personal sin equipamiento de protección”. Otros

-MÉDICO CLÍNICO 2: ¡Qualitas Expósito!!

Expósito entra.

INTERIOR CONSULTORIO – DIA

Expósito entra a la sala, donde es recibido por el médico clínico 2.

-EXPOSITO: Hola doctor.

-MEDICO CLINICO 2: Adelante señor Qualitas.

Expósito se encuentra no sólo con el médico sino con un Grupo de Estudiantes que lo observan atentamente.

-MÉDICO CLÍNICO 2: Dígame ¿Cuál es su consulta?

-EXPÓSITO: Y mire me duele la panza desde hace varios meses. Un retorcijón de vez en cuando acá

Se marca

-EXPÓSITO: A veces náuseas y vómitos.

-MÉDICO CLÍNICO 2: ¿Tiene algún antecedente patológico?

-EXPÓSITO: ¿Cómo?

-MÉDICO CLÍNICO 2: ¿Estuvo enfermo alguna vez?

-EXPÓSITO: Una vez me atendieron acá por una gastroenteritis muy fuerte. Fíjese que tengo historia clínica.

Médico Clínico 2 busca entre las cosas que hay sobre su escritorio.

-MÉDICO CLÍNICO 2: No, no me la trajeron. Acá me mandaron una ficha nueva. Vamos a reclamarla.

Insert:

Especialista desarrolla brevemente el tema de gestión de las historias clínicas y su importancia en el proceso de atención.

Fin de insert.

-MÉDICO CLÍNICO 2: Por favor pase por la camilla.

El médico lo revisa. Palpa el abdomen y además lo ausculta con el estetoscopio. También lo golpea suavemente en la espalda (puño percusión renal). Lo pesa y le toma la presión. Habla en tono bajo con los alumnos y los invita a palpar el abdomen.

Mientras el médico le explica “a Expósito” (en realidad está hablándole a los alumnos), los alumnos pasan en fila tocándole la panza a Expósito, quien no entiende nada.

-MÉDICO CLÍNICO 2: Tiene un dolor en el hipocondrio derecho irradiado a región dorsal con distensión abdominal y disuria episódica. El examen físico no arroja datos de interés. Los diagnósticos presuntivos son Litiasis vesicular sintomática, dispepsia tipo biliar y litiasis renal. Es necesario realizarle estudios: una ecografía renal y una ecografía abdominal, además de estudios de laboratorio.

El médico clínico 2 escribe varios pedidos de estudios y entrega a Expósito.

Silencio incómodo

-EXPÓSITO: No lo entendí doctor... ¿qué tengo entonces?

-MÉDICO CLÍNICO 2: Tenemos que ver los estudios. Además, debe solicitar un turno a Cirugía. Tenga esta interconsulta.

Le entrega un papel con letra ilegible.

-EXPÓSITO: ¿Y el dolor?

Médico clínico 2 le realiza rápido una receta en un formulario hospitalario.

-MÉDICO CLÍNICO 2: Tome este cada 12 horas.

-ESTUDIANTE (aclarando): Buscapina.

FIN DE ANIMACION - 3º PARTE

INTERIOR OFICINA –DIA

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados nos brindan su opinión acerca de las dimensiones de la calidad expuestas específicamente en forma irónica en la tercera parte de la animación.

Las preguntas se realizarán en base a las barreras y situaciones problemáticas que vive Expósito Paulo Qualitas (Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), durante su recorrido por el proceso de atención, a partir de un problema de mediana complejidad y alta prevalencia. De estas situaciones, surgen conceptos clave que son desarrollados por los especialistas.

Dimensiones que surgen de la tercera parte de la animación: Hospital seguro (doble circulación, señalética, otras). Seguridad del personal de salud (bioseguridad, accidentes laborales). Gestión de calidad de las historias clínicas y su importancia en el proceso de atención. Humanización. Derechos del paciente y del personal de salud (a estar informado, a la privacidad, etc.). Enfoque en el ciudadano-paciente-usuario. Comunicación efectiva entre los pacientes y el equipo de salud. Derivación, referencia y contra referencia, interconsulta. Calidad de la red de atención. Educación estudiante pregrado (competencias específicas hacia la calidad).

Entrevistas a responsables de los programas y proyectos actuales que impulsan la equidad en salud, calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente; y a los destinatarios de este documental (estudiantes, miembros del equipo de salud, pacientes actuales o potenciales)

Junto a ellos, uno de los estudiantes de medicina oficia de testigo y toma nota de los conceptos más importantes y conclusiones que se desprenden del progreso natural de las opiniones.

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off extiende y redondea los conceptos que a su vez se muestran en gráficos.

EXTERIOR PATIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA -DIA

Tercera parte del seguimiento e interacción de un grupo de estudiantes y su opinión respecto a los temas (se les proveerá de la animación o del mismo guion, en esta tercera etapa para desarrollar su opinión). La idea es lograr cierta informalidad desde la narración.

ANIMACION - 4º PARTE



INTERIOR CONSULTORIO CIRUGIA – DIA

Expósito está sentado frente al Médico cirujano

GRÁFICO: “Un mes después”.

Al ver el gráfico, Expósito se alarma.

Expósito no logró realizar las ecografías que le había indicado el médico clínico
2. Tampoco logró acceder a la medicación bromuro de hioscina, por lo que le duele mucho.

-MEDICO CIRUJANO: Yo lo entiendo Qualitas, pero primero tenemos que ver la ECO. Además, la panza esta blanda.

-EXPÓSITO: Estará blanda, pero me duele. ¿Es bueno que sea así?

-MEDICO CIRUJANO: ¡Y claro hombre! No parece haber urgencia. Si es la vesícula se la sacamos con laparoscopía.

-EXPÓSITO (resignado): Pero el dolor se me está haciendo cada vez más frecuente. A veces me siento afiebrado y tengo vómitos casi todos los días.

-MEDICO CIRUJANO: Tenga tome hioscina hasta el estudio.

Le entrega muestras gratis.

-EXPÓSITO: ¿Otra vez con la “oschina”?

INTERIOR CASA DE LOS QUALITAS – DIA.

Expósito está sentado, tomándose el abdomen. Preocupada, Sonia decide acompañarlo a la guardia.

INTERIOR GUARDIA – DIA

Al rato en la sala de espera de la Guardia del Hospital abarrotada.

Expósito está sentado muy dolorido. Sonia está frente a la puerta entreabierta hablando con una enfermera.

-SONIA: ¡Señora mi marido está re descompuesto!

-ENFERMERA: Señora tranquilícese. Tiene que esperar porque los médicos están ocupados.

Expósito se para con la cara muy dolorida y vomita en el pasillo

Insert:

Especialista habla sobre la gestión de emergencias. Triagge. Protocolos de estandarización de procesos de atención médica (en este caso de guardia).

Fin de insert

INTERIOR GUARDIA – DIA

La enfermera hace pasar a Expósito y Sonia.

El médico de guardia revisa a Expósito

Sonia está hablando con el médico de guardia.

-MEDICO DE GUARDIA: Mire Señora, su marido tiene piedras en la vesícula y está muy inflamada. Hay que operarlo de urgencia.

-SONIA: ¡Qué macana!

-EXPÓSITO: Y bue. Me dijeron igual que son tres puntitos en la panza y listo.

-MEDICO DE GUARDIA: No Qualitas. Mire, eso lo podemos hacer con una cirugía programada. Acá la urgencia nos hace sospechar que hay una infección diseminada en el abdomen, así que va a ser un tajo grande y unos días de hospital.

Insert:

Especialista habla sobre la oportunidad y continuidad de la atención.

Fin de insert

INTERIOR QUIROFANO – DIA

En el quirófano, Expósito ya está dormido, listo para ser operado. Está allí el personal correspondiente para hacer la operación.

-AYUDANTE (al médico cirujano 2): ¿Empezamos Doctor? El check list...

-MEDICO CIRUJANO 2: ¿La hizo el anestesista?

-AYUDANTE: Creo que no

-MEDICO CIRUJANO 2: Bueno dale, empecemos nomás. Total, es una vesícula y tengo una lista de quirófano interminable y hace 36 horas que no duermo. Después yo lo completo para la historia clínica.

Insert:

Especialista de la OPS habla sobre el segundo reto mundial por la seguridad del paciente y sobre la campaña mundial «la cirugía segura salva vidas» y la sugerencia de utilizar la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía.

Se exponen gráficos proporcionados por este organismo.

Fin de insert

INTERIOR HABITACION HOSPITAL – DIA

Expósito está acostado en una cama en una habitación con muchos pacientes que sufren diferentes tipos de patología.

Entra el residente y dos enfermeras

-RESIDENTE: A ver señor vamos a curarle la herida.

-EXPÓSITO: Miré acá el suero me duele un poco y me parece que no pasa el líquido.

-RESIDENTE: A ver.

Se fija, y el sitio de venopuntura está rojo

-RESIDENTE: Si, se infiltró y tiene una flebitis.

-RESIDENTE: Chicas ¿le rotan la vía, por favor? (A las enfermeras)

Las enfermeras se ponen unos guantes y le comienzan a revisar el brazo rojo.

-EXPÓSITO: ¡Ay!!!

El residente sigue descubriendo la cicatriz de Expósito para curarla. Entra el médico cirujano 2 a ver la curación.

-RESIDENTE (al médico cirujano 2): Doctor, me parece que se infectó.

-MEDICO CIRUJANO 2: A ver. Así es

-MEDICO CIRUJANO 2: ¡Chicas! Pásenle una dorixina (a las enfermeras)

-EXPÓSITO: ¿Qué pasa Doctor? ¿Hay una complicación? ¿Es grave?

-MEDICO CIRUJANO 2: No pasa nada Expósito, gajes del oficio.

-MEDICO CIRUJANO 2: Soltale este punto y este, y pedile al infectólogo que se fije el antibiótico que hay que darle. (Al residente)

INTERIOR PASILLO HOSPITAL – DIA

Los dos profesionales salen de la habitación. Se paran en el pasillo del piso de internación

-RESIDENTE (al médico cirujano 2): Bueno. ¿Cómo se anota esto en la Historia clínica? ¿Infección de herida quirúrgica?

-MEDICO CIRUJANO 2: ¡No pibe! Estas minucias no las anotamos

INTERIOR OFFICE DE ENFERMERIA HOSPITAL – DIA

-ENFERMERA: Como en las historietas, se proyecta un globo desde la cabeza de la enfermera, es un pensamiento: “¿Qué dijo que le pase?, creo que Teofilina

En todo este proceso de curación, se va mostrando con animación los momentos en que médicos y enfermeras se deberían haber lavado las manos y no lo hicieron.

Insert:

Especialista de la OPS habla sobre el primer reto mundial por la seguridad del paciente y sobre la campaña mundial «salve vidas: límpiense las manos» destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sanitario. También nos habla del “día mundial del lavado de manos”

Se exponen gráficos proporcionados por este organismo.

Se muestran los cinco momentos del lavado de manos.

Fin de insert

FIN DE ANIMACION - 4º PARTE

INTERIOR OFICINA –DIA

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados nos brindan su opinión acerca de las dimensiones de la calidad expuestas específicamente en forma irónica en la cuarta parte de la animación.

Las preguntas se realizarán en base a las barreras y situaciones problemáticas que vive Expósito Paulo Qualitas (Expósito = expuesto; Paulo= poca; Qualitas= calidad), durante su recorrido por el proceso de atención, a partir de un problema de mediana complejidad y alta prevalencia. De estas situaciones, surgen conceptos clave que son desarrollados por los especialistas.

Dimensiones que surgen de la cuarta parte de la animación: Oportunidad y continuidad de la atención. Seguridad del paciente y su familia (cirugía segura, protocolos de estandarización de procesos de atención médica, gestión de emergencias, triage, cirugía segura, lavado de manos, hospital limpio, control de infecciones, infección intrahospitalaria. eventos adversos, registro, seguridad de los medicamentos). Humanización. Educación a estudiante (competencias específicas hacia la calidad).

Entrevistas a responsables de los programas y proyectos actuales que impulsan la equidad en salud, calidad de atención sanitaria y seguridad del

paciente; y a los destinatarios de este documental (estudiantes, miembros del equipo de salud, pacientes actuales o potenciales)

Junto a ellos, uno de los estudiantes de medicina oficia de testigo y toma nota de los conceptos más importantes y conclusiones que se desprenden del progreso natural de las opiniones.

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off extiende y redondea los conceptos que a su vez se muestran en gráficos.

Grafico (leído por el locutor): Datos estadísticos. Fuente: estudio ibeas.2010

- La prevalencia de pacientes que sufrieron eventos adversos (EA) fue de un 10,5% (10 de cada 100 pacientes hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia). Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.
- La mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios
- El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización. Un 18,2% de los EA causaron un reingreso.
- De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.
- Los EA más frecuentemente identificados (36%) estaban relacionados con la infección nosocomial o con algún procedimiento
- Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.

EXTERIOR PATIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA -DIA

Cuarta parte del seguimiento e interacción de un grupo de estudiantes y su opinión respecto a los temas (se les proveerá de la animación o del mismo guion, en esta cuarta etapa para desarrollar su opinión). La idea es lograr cierta informalidad desde la narración

ANIMACION - 5º PARTE- FINAL



INTERIOR FUERA DE LA SALA – DIA

En la entrada al servicio. El Médico cirujano 2 se encuentra con Expósito y Sonia. Lo dan de alta.

-MEDICO CIRUJANO 2: Bueno Expósito. Cuídese. Que le vaya bien.

-SONIA: ¿Cómo sigue esto Dr.?

-MEDICO CIRUJANO 2 (alejándose). Vida normal. Cualquier cosa me viene a ver.

Insert:

Especialista habla de la entrega del resumen de historia clínica y de la continuidad y seguimiento del paciente.

Fin de insert.

INTERIOR CONSULTORIO DE HOSPITAL – DIA

GRAFICO: “Dos meses después”

Una vez más, Expósito está frente a un médico.

-MEDICO CLINICO 3: ¿Qué le pasa?

-EXPÓSITO: Y me operaron. Todo bien, pero en la cicatriz se me hizo un bulto miré.

-MEDICO CLINICO 3: ¡Se le eventró la herida! Lo van a tener que operar de nuevo.

Expósito mira a cámara, preocupado.

Aplausos.

Se cierra una especie de telón teatral.

FIN DE ANIMACION - 5º PARTE

INTERIOR OFICINA –DIA

Cierre de la reunión.

Rodeados de sus elementos de trabajo, los entrevistados dejan un mensaje esperanzador, enfatizando en la existencia de programas y proyectos vigentes en tal sentido. Mencionan los logros hasta el momento obtenidos por estas iniciativas

Dimensiones que surgen en el cierre: Avances internacionales y nacionales. Entidades y programas específicos. Educación en calidad de atención y seguridad del paciente. Fomentar la cultura de seguridad del paciente. Educación de equipos de salud. Educación de pacientes actuales o potenciales (población en general) y su familia al efecto de hacer corresponsable al paciente por su seguridad en el proceso de atención. Educación estudiante pregrado y posgrado (competencias específicas hacia la calidad).

Se mencionarán por lo menos:

-Representante de la OPS: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente

-Representante de la OPS: Guía Curricular sobre seguridad del paciente para las Facultades de Medicina, Cuyo objetivo es difundir esta temática en este ámbito específico y crítico para su desarrollo, sugiriendo incorporarla en la currícula de pregrado.

- Pacientes en Defensa de su Seguridad: El objetivo fundamental es mejorar la seguridad en todos los ámbitos de la atención sanitaria en el mundo fomentando la participación de los usuarios y pacientes mediante el establecimiento de asociaciones.

-Mencionar el programa “Hable” de la Joint Commission referido a incrementar la conciencia y la participación del paciente a través de la educación.

-Representante de la Academia Nacional de Medicina: Red para la seguridad del paciente

-Representante del Ministerio de Salud de la Nación: Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (PNGC) desde el año 1992

A lo dicho por los especialistas, un locutor en off resume los programas existentes que se muestran en gráficos con datos de contacto para aquellos interesados en profundizar.

Todos los especialistas coinciden y enfatizan en que hay que:

- Fomentar la cultura de calidad de atención y seguridad del paciente, desnaturalizando situaciones que parecen “normales” pero no lo son.
- Educar en este sentido a los equipos de salud.
- Educar a la población en general al efecto de hacer corresponsable al paciente por su seguridad en el proceso de atención.

- Educar a los estudiantes de carreras relacionadas con la salud, incorporando competencias específicas hacia la calidad y la seguridad.

EXTERIOR PATIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA -DIA

Se les da a leer a los alumnos el juramento hipocrático (fuera de cámara) y se les consulta sobre lo que más los conmueve o moviliza

Seguramente, y luego de ver el caso audiovisual, deberán mencionar como una de sus conclusiones y haciendo referencia al título de este trabajo: lo primero es no hacer daño.