

Utilizando el enfoque TeamSTEPPS® para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación para los servicios de aborto: lecciones de pilotos en Bolivia y Ghana

Utilizando el enfoque TeamSTEPPS® para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación para los servicios de aborto: lecciones de pilotos en Bolivia y Ghana

ISBN: 978-1-7337804-9-0

© 2020 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América.

Cita sugerida: Ipas. 2020. *Utilizando el enfoque TeamSTEPPS® para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación para los servicios de aborto: lecciones de pilotos en Bolivia y Ghana*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas es una organización sin fines de lucro, que trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, en particular su derecho al aborto seguro. Buscamos eliminar el aborto inseguro y las muertes y lesiones resultantes, así como ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, que incluyen anticoncepción e información y servicios de salud reproductiva relacionados. Procuramos fomentar un entorno legislativo, político y social que apoye el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de manera libre y segura.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es deducible de impuestos al máximo grado permitido por la ley.

Para obtener más información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

1-919-967-7052

www.ipas.org

Utilizando el enfoque TeamSTEPPS® para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación para los servicios de aborto: lecciones de pilotos en Bolivia y Ghana

Propósito

Este informe técnico fue elaborado para apoyar el trabajo de Ipas, prestadores de servicios de primera línea y otras partes interesadas para crear una cultura de seguridad al integrar TeamSTEPPS en los servicios de atención integral del aborto (AIA).

Antecedentes

Durante las últimas tres décadas, la seguridad del paciente ha surgido como un asunto fundamental de la salud pública y los derechos humanos a nivel mundial, con considerables implicaciones para los países de bajos y medianos ingresos (PBMI) [1]. Cada año ocurren aproximadamente 43 millones de eventos adversos entre pacientes hospitalizados, lo cual equivale a una pérdida anual de 23 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, o DALY por sus siglas en inglés) [2]. Dos terceras partes de esta alarmante carga global causada por atención médica insegura ocurren en países de bajos y medianos ingresos [3]. En este contexto, la capacitación para mejorar el trabajo en equipo ha surgido como un componente influyente de las recomendaciones mundiales para mejorar la seguridad de cada paciente tanto en los hospitales como en los servicios ambulatorios. Se ha demostrado que la capacitación en trabajo en equipo tiene un efecto positivo en las actitudes y los comportamientos del equipo, en el clima de trabajo en equipo, en los procesos clínicos y en los resultados de las pacientes [4-27]. La capacitación en trabajo en equipo médico mejora la seguridad al producir equipos colaborativos de alto desempeño y al promover procesos institucionales que fomentan el aprendizaje de equipos, la transparencia y la comunicación abierta para disminuir los errores. Reconociendo estos beneficios, la OMS, el Instituto de Medicina, la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención de Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) recomiendan el trabajo en equipo como una estrategia clave para reducir errores médicos y eventos adversos [28-31].

A pesar de reconocer la importancia que tiene el trabajo en equipo eficaz para mejorar la seguridad de cada paciente, no se ha hecho mucho por incorporar la capacitación para mejorar el trabajo en equipo en los sistemas de salud en economías en desarrollo y en transición (Jha et al., 2010). En el año 2017, Ipas piloteó una intervención para mejorar el trabajo en equipo en Bolivia y Ghana, basada en Estrategias y Herramientas de Equipo para Mejorar el Desempeño del Personal y la Seguridad de Cada Paciente (TeamSTEPPS), un sistema de trabajo en equipo, basado en evidencia, creado por AHRQ y el Programa de Seguridad del Paciente del Departamento de Defensa de Estados Unidos, con el fin de mejorar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo

Posibles beneficios de TeamSTEPPS para la prestación de servicios de AIA

- Mejora la calidad de la atención y la seguridad de las pacientes
- Mejora la comunicación y el trabajo en equipo dentro de cada unidad y entre unidades del establecimiento de salud
- Reduce los errores médicos y los gastos de las unidades de salud
- Mejora la cultura de seguridad para reportar eventos adversos serios
- Mejora la satisfacción de las pacientes

entre trabajadores de salud (Sheppard, 2013). Este estudio evalúa la eficacia, viabilidad y aceptabilidad de un modelo TeamSTEPPS adaptado para países de bajos y medianos ingresos (PBMI) por medio de la evaluación del modelo en dos PBMI.

En años recientes, los programas de salud reproductiva en países con recursos limitados han consistido en intervenciones en sistemas de salud enfocadas principalmente en la capacitación clínica para un tipo específico de profesionales de salud o en medidas de mejoramiento de la calidad utilizando una lista de verificación. No ha habido necesariamente un enfoque en la capacitación interprofesional ni en la capacitación en trabajo en equipo con relación al liderazgo, la comunicación, el monitoreo de situaciones y el apoyo mutuo para mejorar la seguridad de las pacientes y, por ende, mejorar los resultados de salud reproductiva [32, 33]. Ipas decidió pilotear el enfoque TeamSTEPPS para mejorar los servicios de salud reproductiva, en particular los servicios de aborto y anticoncepción. Evaluamos si el modelo de intervención TeamSTEPPS puede ser aplicado en PBMI y lograr resultados relacionados con la comunicación y el trabajo en equipo dentro de los servicios de salud reproductiva ambulatorios y los servicios que requieren hospitalización, mejorar la calidad de la atención y la seguridad de cada paciente y mejorar la cultura de seguridad para notificar eventos adversos serios.

Visión general del piloto

El enfoque TeamSTEPPS fue creado en Estados Unidos y es utilizado a nivel mundial en países de altos ingresos. TeamSTEPPS nunca ha sido aplicado en PBMI para programas de salud reproductiva. Debido a la complejidad del enfoque TeamSTEPPS con 10 pasos de ejecución (Anexo 1), Ipas y socios adaptaron el currículo de capacitación y, en la medida de lo posible, mantuvieron fidelidad al modelo TeamSTEPPS. Realizamos una evaluación para determinar si este enfoque TeamSTEPPS adaptado era aceptable y viable, y si creaba cambios positivos en la cultura de seguridad del equipo en los PBMI donde trabaja Ipas.

Ipas ejecutó la iniciativa TeamSTEPPS en un plazo de nueve meses, en los servicios de ginecología y obstetricia del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, en Bolivia (comenzando en octubre de 2017), y en la Policlínica Koforidua, en Ghana (comenzando en enero de 2018). Después de consolidar la aceptación/respaldo de líderes y actores clave en cada lugar por medio de actividades de extensión e intercambio de evidencia, cada sitio organizó un “Equipo de Cambio” multidisciplinario (director/a del hospital, jefe del servicio de salud reproductiva, jefa de enfermería, médicos/as, enfermeros/as, farmacéutas, capacitadores, personal de trabajo social, personal de finanzas y jefatura) para que lideraran la ejecución de la iniciativa TeamSTEPPS. Esto implicó la planificación de acción en temas como empoderar al equipo para que exprese e identifique las preocupaciones con relación a la seguridad de las pacientes y oportunidades para mejorar; fomentar una "cultura de seguridad" para reportar y revisar eventos adversos y errores cercanos; y cumplir con las directrices clínicas sobre aborto seguro. Los Equipos de Cambio facilitaron la ejecución del modelo TeamSTEPPS adaptado en tres fases a lo largo de nueve meses:

- **Fase Uno:** Evaluación de línea base de cada unidad de salud para identificar las áreas prioritarias para mejorar la seguridad de las pacientes mediante la capacitación del equipo que podría abordarse utilizando el enfoque de Equipo de Cambio.

- **Fase Dos:** Un taller de Capacitación de Capacitadores (TOT, por sus siglas en inglés), de cuatro días de duración, para el Equipo de Cambio y demás personal de salud en cada sitio piloto participante, con el fin de crear un banco de capacitadores principales de TeamSTEPPS y representantes de cada sitio.
- **Fase Tres:** Seguimiento a los cuatro meses con los Equipos de Cambio para adaptar los currículos de capacitación, prestando atención específica a los problemas recurrentes del establecimiento de salud que pueden mejorarse por medio de la capacitación en trabajo en equipo y la sostenibilidad de programas.

La evaluación de la línea final del enfoque TeamSTEPPS fue realizada inmediatamente después de concluida la fase de ejecución a los nueve meses, con un análisis de la fase piloto.

Integración en la práctica

La ejecución del piloto TeamSTEPPS fue estructurada según el proceso descrito anteriormente. Pero en realidad, cada país inició el proceso de manera diferente debido a los diversos retos y oportunidades identificados en la evaluación de línea base de la Fase Uno. El Cuadro 1 compara y contrasta los retos, la visión, los métodos y las actividades básicas lanzadas en cada país. Bolivia y Ghana registraron diferentes retos en comunicación y procesos. Sin embargo, tuvieron visiones similares de una cultura de equipo que reduce los errores médicos, mejora el desempeño del equipo y aumenta la satisfacción de las pacientes. Ambos países utilizaron *briefs/debriefs* y la técnica de comunicación SAVER (situación–antecedentes–valoración/evaluación–recomendación/solicitud) para comunicar información esencial que requiere atención y acción inmediatas con relación a la condición de la paciente. Además, Bolivia utilizó *handoffs* (es decir, transferencia del cuidado de pacientes debido a cambios en el personal) durante el turno nocturno para actualizar a los prestadores de servicios sobre el estado de cada paciente, por lo cual mejoraron el desempeño y la comunicación entre las personas que brindan atención a las pacientes. Cada país realizó diferentes actividades prácticas con la finalidad de abordar asuntos relacionados con la orientación del personal, la comunicación del equipo y la revisión, monitoreo y *handoffs* de pacientes, según las necesidades identificadas en el establecimiento de salud.

Cuadro 1: Plan de ejecución de TeamSTEPPS, por país

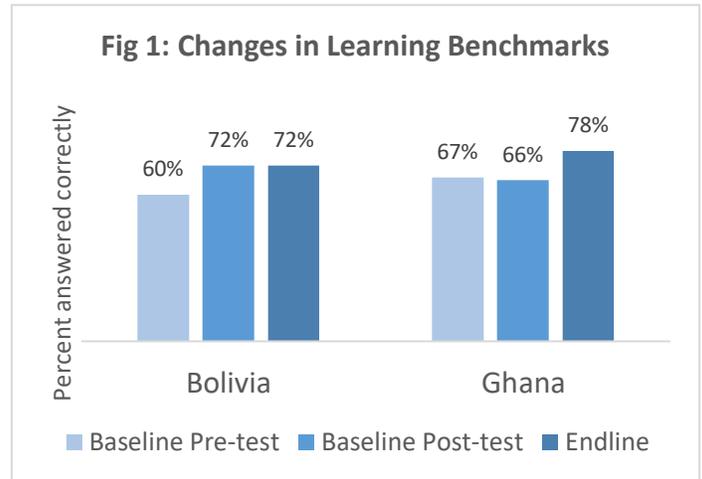
Plan de ejecución	BOLIVIA	GHANA
Retos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación limitada entre diferentes tipos de profesionales de salud - Cambio de turno no es cohesivo - Procesos de MC limitados a ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación dentro o entre unidades y el trabajo en equipo entre servicios de atención integral del aborto y planificación familiar, maternidad, servicio ambulatorio, atención prenatal y jefatura son limitados o inexistentes - Sistema de referencia limitado o inexistente - Sistema de notificación de eventos adversos serios (EAS) inexistente
Visión	Crear una cultura de equipo para reducir los errores médicos y mejorar el desempeño de equipos y la satisfacción de las pacientes	Crear una cultura de equipo para reducir los errores médicos y mejorar el desempeño de equipos y la satisfacción de las pacientes
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Briefs y debriefs</i> - SAVER - <i>Handoffs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Briefs y debriefs</i> - SAVER
Actividades básicas	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres de orientación y reuniones con el personal de los Servicios de Gineco-Obstetricia, Farmacia y Trabajo Social - Listas de verificación institucionalizadas para los servicios de aborto seguro y notificación de EAS - <i>Handoffs</i> diarios durante los cambios de turnos matutino y nocturno, con médicos/as de turno, enfermeras y residentes - <i>Briefs/debriefs</i> del equipo antes y después de cada paciente que recibe servicios de aborto - Monitorear la satisfacción de las pacientes y la percepción del trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones con la jefatura - Reuniones de todo el personal de servicios de AIA/PF - Taller de orientación - Supervisión capacitante mensual al personal de PF/AIA - <i>Briefs</i> diarios en cada unidad de PF/AIA - <i>Debriefs</i> quincenales en cada unidad - Grabación de sesiones de <i>briefs/debriefs</i> - <i>Briefs</i> mensuales entre unidades

Evaluación y resultados de la ejecución de TeamSTEPPS

El equipo de Ipas utilizó varias herramientas de evaluación —aplicadas en la línea de base, a mitad del proyecto y/o al final— para determinar la eficacia, viabilidad y aceptabilidad del enfoque TeamSTEPPS en PBMI y medir los siguientes resultados:

- Aceptación de las herramientas y estrategias de TeamSTEPPS por los equipos clínicos y administrativos
- Cambios en los conocimientos del personal acerca de las prácticas de TeamSTEPPS
- Cambios en el desempeño del equipo observado
- Cambios entre el personal con relación a la cultura de seguridad de las pacientes
- Satisfacción con el modelo TeamSTEPPS entre integrantes del personal participante

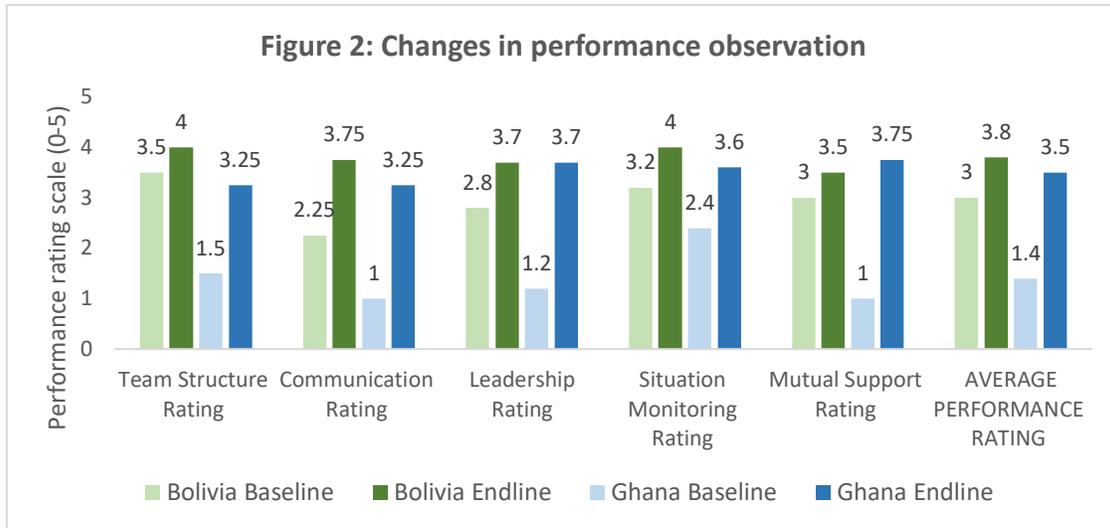
Las herramientas de evaluación fueron los Parámetros de Aprendizaje de TeamSTEPPS; la Herramienta de TeamSTEPPS para la observación del desempeño del equipo; la Encuesta sobre la cultura de seguridad de las pacientes (creada por AHRQ); la Herramienta de evaluación de comunicación, creada y validada por investigadores en el Centro Médico Beth Israel Deaconess; y entrevistas con actores clave de los sistemas de salud (en el Anexo 2 se describe cada herramienta). Esta mezcla de herramientas de seguimiento permitió dar un vistazo integral a los logros y retos del enfoque TeamSTEPPS. El tiempo transcurrido entre la recolección de datos iniciales (línea base) y datos finales (línea final) fue de aproximadamente 10 meses para ambos países. (Ver Anexo 1 para más detalles sobre los cronogramas y herramientas de la evaluación.)



Tanto en Bolivia como en Ghana, el conocimiento de los Parámetros de Aprendizaje fue relativamente alto en la línea base, y solo hubo pequeños aumentos después de la intervención (Figura 1).

En general, por cada medida del desempeño del equipo, el desempeño del equipo observado¹ mejoró en ambos países como resultado de la intervención (Figura 2). En Bolivia, las mayores mejoras fueron en las calificaciones de las áreas de comunicación y liderazgo, en particular con las técnicas de TeamSTEPPS de SAVER, *call-outs* y *handoffs* para comunicarse de manera eficiente y distribuir la carga de trabajo de manera equilibrada entre las y los integrantes del equipo (datos no mostrados). En Ghana, comunicación y apoyo mutuo fueron las áreas con los mayores aumentos en calificaciones desde la línea base hasta la línea final, en particular en las áreas de asignar o identificar las funciones y responsabilidades de cada integrante del equipo y brindar apoyo y asistencia relacionados con cada tarea (datos no mostrados).

¹ Las evaluaciones en la línea base y en la línea final fueron realizadas por consultores externos, mientras que los datos de la línea media fueron recolectados por un/a integrante del personal global de Ipas.



La herramienta de Evaluación de Comunicación, llenada mensualmente, documentó las calificaciones que las personas participantes le dieron a cada criterio basadas en la frecuencia de ocurrencia en su unidad de salud: >0 a <25%; 25 a <50%; 50 a <75%; o \geq 75% del tiempo (datos no mostrados). Antes de la intervención en el hospital de Bolivia, las reuniones antes de cada sesión clínica, pausas para identificar a la paciente y el procedimiento, y reuniones después de sesiones clínicas rutinarias para discutir qué les fue bien y qué se debe mejorar sucedían *con poca frecuencia* (>0 a 25%) entre integrantes del equipo de salud. En Ghana, los ítems que ocurrían *con poca frecuencia* en la línea base fueron: utilizar un formato estandarizado para *handoffs* de pacientes, reunirse después de sesiones clínicas rutinarias para discutir qué les fue bien y qué se debe mejorar, y utilizar lenguaje estandarizado para las comunicaciones. Después de la intervención, al cabo del quinto mes, todos estos ítems en ambos países fueron calificados como que ocurrían por lo menos el 75% del tiempo, y esta calificación persistió hasta el final del proyecto. (Nota: En Bolivia faltaban datos sobre el uso de formatos estandarizados para *handoffs* de pacientes.)

La encuesta sobre la seguridad de las pacientes transmite las percepciones de los prestadores de servicios de salud respecto a la seguridad de las pacientes; por ejemplo, trabajar en esta unidad de salud, trabajo en equipo y capacitación, aprendizaje institucional/respuesta a errores, documentación de errores cercanos, apoyo de la gerencia para la seguridad de las pacientes, calificación general. El análisis tuvo algunos ítems por separado (se extrajeron ciertas preguntas a ser analizadas) y esos también se representan en el Cuadro 2. Una calificación más alta indica una percepción más positiva del ítem. En el caso de Bolivia, las calificaciones en casi todas las áreas de seguridad de las pacientes aumentaron desde la línea base hasta la línea final. El mayor aumento fue en la calificación general de seguridad de las pacientes. Aunque las calificaciones del personal en cuanto a “dotación de recursos, presión laboral y ritmo” y “documentación de errores cercanos” disminuyeron levemente a lo largo del tiempo, vimos un aumento en la notificación de eventos adversos.

En Ghana, los resultados de la encuesta sobre la seguridad de las pacientes fueron más mixtos, con cinco ítems mejorados y cinco no mejorados. La comunicación sobre la información de pacientes, franqueza de

la comunicación, dotación de recursos/presión laboral/ritmo, documentación sobre errores cercanos, y calificación general de la seguridad de las pacientes, todas estas calificaciones mejoraron. El trabajo en equipo, capacitación del personal, aprendizaje institucional/respuesta a errores y apoyo de la gerencia para la seguridad de las pacientes empeoraron con la intervención. Al conversar más con el personal, los evaluadores concluyeron que esto se debe a una mejor comprensión de la cultura de seguridad de las pacientes en la línea final en comparación con la línea base. Además, la policlínica en Ghana contó con el apoyo de un/a consultor/a externo/a durante los primeros seis meses de la ejecución, pero durante los últimos tres meses dependió del cambio de liderazgo, que nunca se materializó en la medida necesaria para la continuación activa de la intervención.

Cuadro 2: Resultados de la encuesta sobre la seguridad de las pacientes, desde la línea base hasta la línea final

	Bolivia		Ghana	
	Línea base n=30 % Positivo	Línea final n=16 % Positivo	Línea base n=15 % Positivo	Línea final n=13 % Positivo
Comunicación sobre la información de las pacientes	74%	89%	79%	89%
Franqueza de la comunicación	64%	79%	80%	95%
Dotación de recursos, presión laboral y ritmo	49%	44%	65%	76%
Trabajo en equipo	87%	91%	95%	77%
Capacitación del personal	63%	78%	88%	55%
Aprendizaje institucional	93%	98%	98%	58%
Respuesta a errores	73%	88%	91%	58%
Apoyo de la gerencia para la seguridad de las pacientes	75%	90%	87%	37%
Documentación de errores cercanos	52%	44%	57%	75%
Calificación general de la seguridad de las pacientes	27%	56%	53%	92%

Por último, según la revisión de todos los datos y entrevistas con actores clave, los evaluadores de Ipas pudieron identificar los logros y retos específicos de TeamSTEPPS en cada país (Cuadro 3). En Bolivia, el personal y actores reportaron mejores *handoffs*, un aumento en el uso de *briefs/debriefs*, mayor confianza y agradecimiento entre el personal de enfermería y trabajo social, mayor satisfacción de las pacientes y menores tiempos de espera. Sin embargo, la aceptación/respaldo de todo el personal dentro del servicio de gineco-obstetricia inicialmente fue limitada, hubo problemas con el tiempo y la uniformidad de *handoffs*, y fue difícil medir su progreso. En Ghana, los logros fueron: aceptación marcada de demás personal de la unidad de salud, reducción en los formularios de casos de NIHS, aumento en referencias, cambio de trabajo aislado a trabajo en equipo, propagación de TeamSTEPPS a otras unidades, y disminución en los tiempos de espera de las pacientes; los retos fueron: una carga elevada de capacitaciones y carga de trabajo, el hecho de que los *briefs* dentro de las unidades requieren mucho tiempo, y la falta de representación de la unidad de AIA durante los *debriefs*. En el corto período de la

ejecución, ambos países pudieron reportar EAS; el EAS de Ghana fue el primer EAS de aborto reportado a nivel nacional en la historia.

Cuadro 3: Logros y retos de TeamSTEPPS en cada país

	Bolivia	Ghana
Logros	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dos EAS reportados ▫ <i>Handoffs</i> matutinos realizados ▫ SAVER utilizado ▫ <i>Briefs</i> y <i>debriefs</i> realizados antes y después de brindar atención a cada paciente con enfermeras, médicos/as de turno y residentes ▫ Las enfermeras se sienten más confiadas expresando sus preocupaciones ▫ El personal de trabajo social agradece su nuevo rol e inició encuestas sobre la satisfacción de las pacientes con cada usuaria ▫ Las usuarias indican satisfacción con la atención recibida y perciben el trabajo en equipo entre las y los integrantes del equipo de salud^a ▫ Reconocimiento de los logros del equipo y el establecimiento de salud por las autoridades locales y mejor relación con el Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Un EAS reportado: primer EAS reportado en la nación ▫ <i>Briefs</i> matutinos realizados a diario y <i>debriefs</i> realizados al final de la semana ▫ Aceptación/respaldo significativo de demás personal de la unidad de salud: referencias dentro de cada unidad y entre unidades ▫ Disminución de la cantidad de formularios de reclamo al NIHS y, por ende, reducción de los gastos de la unidad de salud ▫ Aumento en la cantidad de referencias ▫ Procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) efectuado con dos integrantes del personal: un/a prestador/a de servicios de AIA capacitado/a y un/a integrante del personal de apoyo. Antes de la intervención, el/la prestador/a de servicios de AIA proporcionaba los servicios de AMEU por sí mismo/a. ▫ La cultura de trabajo cambió de trabajar de manera aislada a trabajar en equipos ▫ Otras unidades fuera de PF/APA están utilizando TeamSTEPPS ▫ Disminución de los tiempos de espera de las pacientes^b
Retos	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medición ▫ Aceptación limitada por todo el personal ▫ <i>Handoffs</i> matutinos requieren mucho tiempo ▫ Poca uniformidad en los <i>handoffs</i> nocturnos 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ <i>Briefs</i> dentro de cada unidad requieren mucho tiempo ▫ Múltiples capacitaciones e iniciativas en curso de la unidad de salud ▫ Principal prestador/a de servicios de AIA está sobrecargado/a de trabajo ▫ Representación de la unidad de AIA en <i>debriefs</i> dentro de la unidad y entre unidades

a. La evaluación de TeamSTEPPS no incluyó la encuesta sobre la satisfacción de las pacientes. Estos resultados fueron parte de una iniciativa independiente por parte del personal de trabajo social en este contexto, cuyos hallazgos fueron transmitidos por medio de entrevistas.

b. La evaluación de TeamSTEPPS no midió los tiempos de espera de las pacientes; esto es una observación anecdótica ofrecida por informantes clave durante las entrevistas.

Lecciones aprendidas

El piloto del enfoque TeamSTEPPS adaptado en Bolivia y Ghana mostró que la metodología es aceptable y eficaz para fortalecer las habilidades de trabajo en equipo y comunicación entre trabajadores de salud reproductiva. La evaluación mostró mejoras en varias funciones del equipo y en su desempeño laboral durante el corto período de la intervención, medidas y validadas por múltiples fuentes desde la línea base hasta la línea final. La ejecución de un año de duración y la evaluación produjeron varias lecciones para la aplicación e integración del enfoque TeamSTEPPS en todas las áreas del trabajo continuo de Ipas.

- **TeamSTEPPS puede producir cambios tangibles:** En el contexto de los servicios de salud reproductiva, en particular los servicios de aborto seguro, la evaluación mostró resultados prometedores en algunos aspectos importantes de la cultura de seguridad de las pacientes. Los hallazgos mostraron importantes sucesos en la comunicación relacionada con el desempeño del equipo, liderazgo, apoyo y estructura, así como cambios positivos en procedimientos operativos tales como *briefs/debriefs*, *handoffs* y notificación de EAS. La notificación de EAS durante el período de ejecución de nueve meses demuestra un aumento en la confianza del equipo para hacer sugerencias y reportar asuntos que podrían causar complicaciones. La práctica diaria de los métodos de TeamSTEPPS por otras unidades y referencias también demuestra un nivel de aceptación/respaldo por las personas que no participaron en la capacitación. En general, la evaluación mostró mejoras en la confianza de los prestadores de servicios, en la aceptación/respaldo de demás personal de la unidad de salud y en la cultura de trabajo en equipo.
- **La apropiación y el liderazgo a nivel local son clave:** La aceptación/respaldo del liderazgo de la unidad de salud es fundamental para la sostenibilidad y el éxito de TeamSTEPPS. En Bolivia, el personal local de las unidades de salud lideró la ejecución y, desde entonces, ha integrado los cambios en *briefs/debriefs* y *handoffs* en su trabajo rutinario. En Ghana, fue necesario que un/a consultor/a externo/a llevara a cabo el piloto debido a las limitaciones de tiempo por parte del liderazgo de la unidad de salud. Aunque los *briefs/debriefs* diarios fueron liderados por la unidad de AIA/PF, el/la consultor/a local desempeñó un papel decisivo durante los primeros seis meses, brindando apoyo técnico mensual durante visitas con el liderazgo y personal del establecimiento de salud, asegurándose de que participaran al máximo y se comunicaran unos con otros, y apoyando los procesos para ejecutar su plan de acción. Después que el/la consultor/a dejó de realizar visitas mensuales, los métodos diarios fueron liderados por el personal de la unidad de AIA/PF; sin embargo, prioridades en competencia negaron la participación de otros integrantes del personal que formaban parte del equipo. Esto se refleja en el Cuadro 2, que muestra que el personal de Ghana le dio una calificación mucho más baja al apoyo de la jefatura para la seguridad de las pacientes, ya que no estaban recibiendo ese apoyo continuo. El modelo TeamSTEPPS fue

creado con la sostenibilidad en mente, por lo cual la apropiación y aplicación del modelo en la unidad de salud son aún más esenciales.

Lecciones aprendidas

Las personas que ejecuten el programa en el futuro deben asegurarse de que los sitios de intervención reúnan los siguientes requisitos mínimos:

- Programa en curso del sistema de salud y relación con el Ministerio de Salud y las instituciones correspondientes
- Apropiación de la ejecución del enfoque TeamSTEPPS por el liderazgo del establecimiento de salud
- El establecimiento de salud tiene sólida experiencia en la ejecución de Mejoramiento de la Calidad
- El programa TeamSTEPPS complementa el plan de trabajo actual del establecimiento de salud y la carga de trabajo de todo el personal

- **Recoger el fruto al alcance de la mano:** El modelo TeamSTEPPS de 10 pasos de ejecución y sus recursos son integrales, pero requieren mucho tiempo. Reproducir el modelo completamente posiblemente no sea viable ni rentable en PBMI. Fue imperativo adaptar los recursos estándares de TeamSTEPPS al contexto, que consistió en simplificarlo para asegurar que sea fácil de utilizar. Además, fue importante velar por que los planes de acción de la intervención no utilizaran demasiados métodos a la vez, sino que se enfocaran en logros rápidos o en “recoger el fruto al alcance de la mano” según lo determinado por la evaluación de línea base y los aportes de las partes interesadas. Este enfoque podría reducir la presión en el personal para que logre un buen desempeño laboral, lo cual le produce frustración, más limitar el tiempo restado de la prestación de servicios y el apoyo para sustentar e institucionalizar la intervención. Simplificar aun más el proceso podría producir resultados igualmente positivos. Sin embargo, no queríamos desviarnos demasiado del programa original comprobado sin antes probarlo.
- **Ampliación y sostenibilidad:** En vista del apoyo que se necesita del Ministerio de Salud, ONG y organizaciones comunitarias para actividades del sistema de salud para fortalecer unidades de salud de los sectores público y privado, la ampliación del modelo TeamSTEPPS de 10 pasos de manera simultánea en diferentes establecimientos de salud posiblemente no sea viable debido a su enfoque predominante en la ejecución del modelo a nivel del establecimiento de salud. En cada establecimiento de salud donde se aplique el modelo TeamSTEPPS, será necesario llevar a cabo el taller de capacitación de capacitadores y brindar asistencia técnica para apoyar el primer año para adaptaciones adicionales de los recursos. En los lugares donde el liderazgo no disponía del tiempo o la capacidad para priorizar este proceso integral, fue necesario contratar a un/a consultor/a externo/a. Las inversiones relacionadas con la adaptación del modelo TeamSTEPPS, la asistencia técnica externa y el compromiso de tiempo del personal en los establecimientos de salud para mejorar los resultados de salud por medio de TeamSTEPPS, y no de otras iniciativas de Mejoramiento de la Calidad, posiblemente no sean reconocidos como rentables (es decir, eficaces en función de los costos). Además, es posible que la ampliación sea obstaculizada por diversas prioridades, limitaciones de tiempo y presupuesto a nivel del establecimiento de salud y del sistema de salud.

Los modelos de integración de programas sostenibles para los programas de TeamSTEPPS en entornos restringidos consisten en:

- Cambiar el modelo de 10 pasos a un modelo de ejecución de 5 pasos para la planificación de acción que incluya:
 1. Crear un equipo de cambio
 2. Realizar una evaluación de línea base utilizando datos de alta frecuencia y 5 herramientas de evaluación
 3. Definir el problema, reto u oportunidad y los objetivos de la intervención
 4. Diseñar la intervención
 5. Comunicar la intervención con actores correspondientes.

Los Comités de Administración de Establecimientos de Salud pueden ejecutar el proceso adaptado de TeamSTEPPS de 5 pasos en reuniones existentes y crear intervenciones con su personal, ya sea a nivel del establecimiento de salud y/o del servicio/departamento. De esta manera se abordarían las preocupaciones a nivel de cada establecimiento o unidad de salud con relación a asuntos de salud específicos.

- Seleccionar unos pocos métodos de TeamSTEPPS que empezarán a practicarse en las actividades diarias, semanales o mensuales de la unidad de salud, en vez de aplicar el modelo de 5 pasos. Este enfoque puede aplicarse a los procedimientos clínicos, la cadena de suministro, la prevención de infecciones y el procesamiento del instrumental de aborto y equipo de anticoncepción, referencias entre unidades de salud o referencias dentro de una unidad, y procesos de notificación de EAS y apoyo.
- Integrar los principios y métodos de TeamSTEPPS como módulo en capacitaciones clínicas en la prestación de servicios estándares de atención integral del aborto y planificación familiar, e integrar métodos específicos en el módulo de complicaciones y eventos adversos, orientaciones de todo el sitio en establecimientos de salud con diferentes integrantes del equipo de la unidad de salud y reuniones del comité de administración de la unidad de salud.
- Aplicar el modelo estándar de ejecución de TeamSTEPPS en establecimientos de salud seleccionados, tales como un centro terciario y/o hasta dos establecimientos de salud de nivel inferior (un máximo de 20 participantes) por cada capacitación. Conceder un plazo más largo para la ejecución y evaluación, de 1 a 3 años según las necesidades del establecimiento de salud para la ampliación completa dentro de los servicios/departamentos de salud reproductiva, y de 3 a 5 años adicionales dentro de la unidad de salud, independientemente de que reciba o no apoyo de Ipas.

Conclusión

La aplicación del enfoque TeamSTEPPS por Ipas en establecimientos de salud primarios y terciarios en PBMI demuestra la importancia de esta metodología para mejorar las funciones de los equipos que proporcionan servicios de aborto seguro. Las lecciones aprendidas en este piloto muestran que, aunque el enfoque TeamSTEPPS de 10 pasos no se preste para una ejecución integral, los métodos TeamSTEPPS pueden utilizarse en la formación/capacitación existente o en las actividades de fortalecimiento del sistema de salud, y pueden aumentar la comunicación eficaz, el liderazgo, el apoyo mutuo, la confianza y la satisfacción con el desempeño del equipo y con la atención brindada en los servicios de gineco-obstetricia que ofrecen servicios de aborto. Al mejorar el desempeño básico del equipo en cada unidad de salud, TeamSTEPPS puede mejorar la calidad de los servicios de aborto y, en general, los servicios de salud reproductiva para todas las mujeres.

Recursos útiles

- Informe resumido de TeamSTEPPS en [inglés](#) y [español](#)
- [Materiales de capacitación TOT](#) (inglés/español)

Agradecimiento

Queremos agradecer los aportes de los siguientes socios tanto para la ejecución del enfoque TeamSTEPPS como para la elaboración de este informe: Hospital Regional San Juan de Dios en la ciudad de Tarija en Bolivia, Policlínica Koforidua en Ghana, Ipas Ghana, Ipas Bolivia, *Affiliates Risk Management Services*, Centro Médico Beth Israel Deaconess, Ministerio de Salud de Bolivia, Ministerio de Salud de Ghana, Equipo de Mejoramiento de la Calidad.

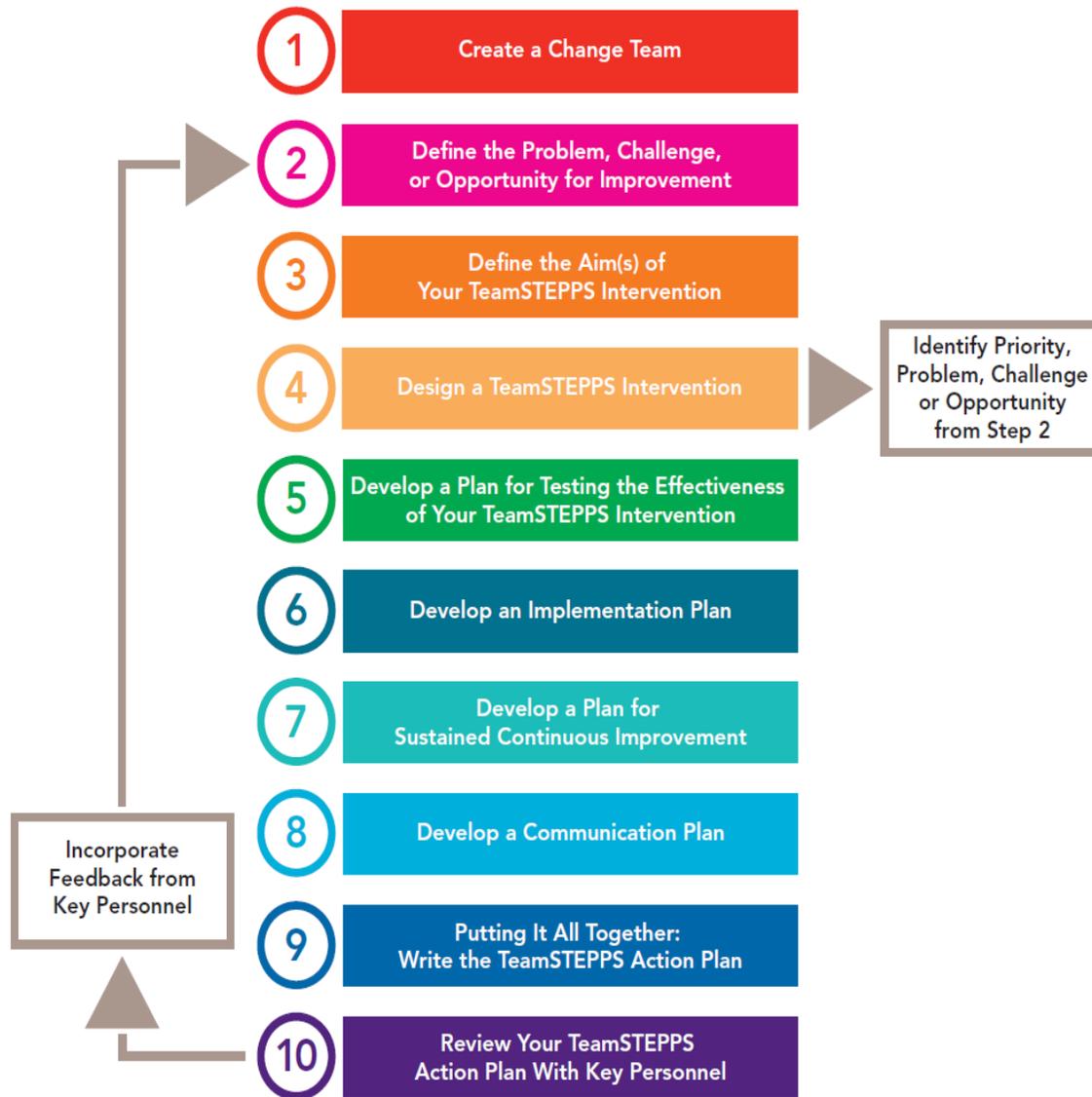
Referencias bibliográficas

1. Galadanci, H. S. (2013). Protecting patient safety in resource-poor settings. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(4), 497-508.
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H y Bates DW (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*, 22, 809-815.
3. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al; WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group (2012). Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*, 344, 832.
4. Buljac-Samardzic M, Dekker-van Doom CM, van Wijngaarden JDH y van Wijk KP (2010). Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy* 94,183-95.
5. Bunnell CA, Gross AH, Weingart SN, et al (2013). High performance teamwork training and systems redesign in outpatient oncology. *BMJ Qual Saf*, 22, 405-13.
6. Carney BT, West P, Neily JB, Mills PD y Bagian JP (2011). Improving perceptions of teamwork climate with the Veterans Health Administration medical team training program. *Am J Med Qual*, 26, 480-84.

7. Fuhrmann L, Pedersen TH, Atke A, Moller AM y Ostergaard D (2015). Multidisciplinary team training reduces the decision-to-delivery interval for emergency Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand*, 59, 1287-95.
8. Gillespie BM, Chaboyer W y Murray P (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions: a systematic literature review. *AORN J*, 92, 642-57.
9. Haller G, Garnerin P, Morales MA, et al (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care*, 20, 254-63.
10. Jones KJ, Skinner AM, High R, Reiter-Palmon R (2013). A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf*, 22, 394-404.
11. Mayer CM, Cluff L, Lin W-T, et al (2011). Evaluating efforts to optimize TeamSTEPPS implementation in surgical and pediatric intensive care units. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 37, 365-74.
12. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, et al (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg*, 197, 678-85.
13. Morey JC, Simon R, Jay GD, et al (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*, 37, 1553-81.
14. Neilsen PE, Goldman MB, Mann S, et al (2007). Effects of teamwork training on adverse outcomes and process of care in labor and delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 109, 48-55.
15. Neily J, Mills PD, Young-Xu, et al (2010). Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *Journal of the American Medical Association*, 304, 1693-1700
16. Pratt SD, Mann S, Salisbury M, et al. John M. Eisenberg Patient Safety and Quality Awards (2007). Impact of CRM-based training on obstetric outcomes and clinicians' patient safety attitudes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33, 720-5.
17. Sacks GD, Shannon EM, Dawes AJ, et al (2015). Teamwork, communication and safety climate: a systematic review of interventions to improve surgical culture. *BMJ Quality and Safety*, 24, 458-67.
18. Salas E, Almeida SA, Salisbury M et al (2009). What are the critical success factors for team training in health care? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35, 398-405.
19. Salas E, Rosen MA (2013). Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. *BMJ Quality and Safety*, 22, 369-73.
20. Schmutz J, Manser T (2013). Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *British Journal of Anaesthesia*, 110, 529-44.
21. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D y Baker L (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44, 399-421.
22. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al; I-PASS Study Group (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England Journal of Medicine*, 371, 1803-12.
23. Weaver SJ, Dy SM y Rosen MA (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality and Safety*, 23, 359-72.
24. Weaver SJ, Rosen MA Diaz-Granados D, et al (2010). Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36, 133-42.
25. Weld LR, Stringer MT, Ebertowski JS, et al (2015). TeamSTEPPS improves operating room efficiency and patient safety. *American Journal of Medical Quality*.

26. Wolf FA, Way LW, Stewart L (2010). The efficacy of medical team training: improved team performance and decreased operating room delays: a detailed analysis of 4863 cases. *Annals of Surgery*, 252, 477-83.
27. Young-Xu Y, Neilly J, Mills PD, et al (2011). Implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Archives of Surgery*, 146, 1368-73.
28. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2011). TeamSTEPPS Guide to Action: Creating a Safety Net for your Healthcare Organization. Fuente: https://www.onlineregistrationcenter.com/company_images/347/TeamSTEPPS_GuideToAction.pdf. Consulta: 21 de diciembre de 2015.
29. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2015). Patient safety in obstetrics and gynecology. ACOG Committee Opinion no. 447, December 2009, reaffirmed 2015. *Obstetrics & Gynecology*, 114:1424-7. (Trabajo original publicado en 2009)
30. Erickson TB, Kirkpatrick DH, DeFrancesco MS y Lawrence HC. Executive summary of the American Congress of Obstetricians and Gynecologists Presidential Task Force on Patient Safety in the Office Setting (2008). Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Human Factors*, 50, 903-33.
31. Institute of Medicine (1999). To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Washington DC: *National Academy Press*, November 1999.
32. Bhutta, Z. A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Austin, A. y Langer, A. (2014). Approaches to improve quality of care (QoC) for women and newborns: conclusions, evidence gaps and research priorities. *Reproductive health*, 11(S2), S5.
33. Paul, M. E., Dodge, L. E., Intondi, E., Ozcelik, G., Plitt, K. y Hacker, M. R. (2017). Integrating TeamSTEPPS® into ambulatory reproductive health care: early successes and lessons learned. *Journal of Healthcare Risk Management*, 36(4), 25-36.

Anexo 1: Un vistazo a la planificación de acciones de TeamSTEPPS



1. *Crear el Equipo de Cambio*
2. *Definir el problema, reto u oportunidad para mejorar*
3. *Definir el(los) objetivo(s) de su intervención TeamSTEPPS*
4. *Diseñar la intervención TeamSTEPPS*
5. *Formular un plan para probar la eficacia de su intervención TeamSTEPPS*
6. *Formular el plan de ejecución*
7. *Formular un plan para el mejoramiento continuo sostenible*
8. *Formular un plan de comunicación*
9. *Considerar todos los aspectos: redactar el plan de acción de TeamSTEPPS*
10. *Revisar su plan de acción de TeamSTEPPS con el personal clave*

Incorporar la retroalimentación del personal clave [cuadro izquierdo inferior]

Identificar la prioridad, el problema, el reto o la oportunidad del Paso 2 [cuadro derecho superior]

Anexo 2: Herramientas de evaluación

Parámetros de aprendizaje de TeamSTEPPS® describe escenarios del trabajo en equipo y respuestas propuestas basadas en el enfoque TeamSTEPPS. La herramienta fue utilizada antes y después de la capacitación, así como en la línea media y en la línea final con personal de salud que concluyó la capacitación TeamSTEPPS, con el fin de evaluar la eficacia de la capacitación y la retención de conocimientos a lo largo del tiempo.

La **Herramienta de TeamSTEPPS® para la observación del desempeño del equipo** es una herramienta validada confiable, que fue utilizada para realizar una evaluación objetiva de los cambios en el desempeño del equipo como resultado de la capacitación y aplicación del modelo TeamSTEPPS®. La herramienta fue administrada por un/a observador/a externo/a capacitado/a, antes y después de la capacitación y en la línea final, con el fin de calificar el desempeño del equipo en las áreas de estructura del equipo, liderazgo, monitoreo de la situación, apoyo del equipo y comunicación. Esta herramienta fue utilizada por el/la capacitador/a principal para observar el desempeño del equipo en la línea de base (pre- y post-capacitación), línea media y línea final, con el fin de observar los cambios a lo largo del período de ejecución.

La **Encuesta sobre la cultura de seguridad de las pacientes** fue creada por la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos. La encuesta fue administrada en la línea de base y en la línea final a todo el personal que participa en la prestación de servicios de aborto en la unidad de salud. Su objetivo es ayudar a cada unidad de salud a evaluar cómo su personal percibe los diversos aspectos de la cultura de seguridad de las pacientes en diferentes ámbitos. La encuesta para el centro quirúrgico ambulatorio fue seleccionada para utilizarse en este estudio dado que es la más indicada para el entorno de cuidado de las pacientes y trabajo en equipo de las unidades de salud donde se realizó la intervención. Se agregaron preguntas abiertas a la herramienta estándar para adquirir mayor conocimiento de la dinámica y comunicación del equipo con relación a la cultura de seguridad de las pacientes y los resultados. Los tamaños de muestra de la encuesta en cada etapa fueron: Bolivia: Línea base = 30, Línea final = 16; Ghana: Línea base =15, Línea final =13

La **Herramienta de evaluación de comunicación** fue creada y validada por investigadores en el Centro Médico Beth Israel Deaconess, con el fin de medir la frecuencia de las prácticas de la unidad de salud relacionadas con el equipo, tales como *briefs*, *debriefs*, *huddles*, *timeouts* y otras técnicas de comunicación en equipo. El Equipo de Cambio de TeamSTEPPS® contestará la encuesta para la unidad de salud en la línea de base y una vez al mes durante el período de ejecución de la intervención, con el fin de evaluar el uso del modelo TeamSTEPPS®.

Entrevistas con actores clave de los sistemas de salud fueron creadas por Ipas para utilizarse en la línea final con el personal que participa en la prestación de servicios de aborto en la unidad de salud, con el fin de evaluar la satisfacción general con la intervención, las barreras y los factores facilitadores de la ejecución, las áreas que se deben mejorar, y el uso continuo del modelo TeamSTEPPS.



P.O. Box 9990 • Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.
1.919.967.7052 • www.ipas.org