

Gestión de Riesgos: Su aplicación

7ma Jornada Abierta del Foro
Latinoamericano Colaborativo en Calidad y
Seguridad en Salud
30-31 de agosto 2016

Objetivos del Taller

- Definir y justificar la disciplina de gestión de riesgos, su evolución y su interfase con la calidad de atención y la seguridad de los pacientes
- Describir el proceso, discutiendo críticamente sus principales herramientas, barreras y facilitadores
- Compartir experiencias entre todos nosotros

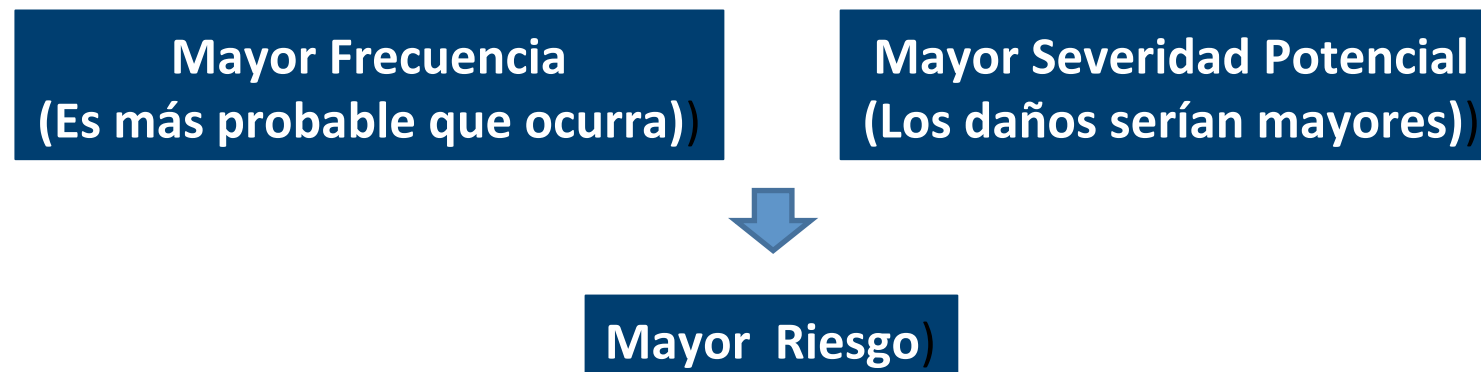
Riesgo

(Del it. *risico* o *rischio*, y este del ár. clás. *rizq*, lo que depara la providencia).

1. Contingencia o proximidad de un daño.
2. Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro.

Riesgo

Cualitativamente, el riesgo es proporcional a la pérdida probable originada por un evento y a la probabilidad de que este evento ocurra



Riesgo

Indicador de:

- Amenazas
- Vulnerabilidad
- Impacto
- Incertidumbre

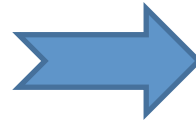


Tipos de Riesgo

- **Riesgos Puros**
 - Riesgos para las personas
 - Riesgos para la propiedad
 - Responsabilidad civil y penal
- **Riesgos Especulativos**
 - Riesgos de liquidez
 - Riesgos de mercado
 - Riesgos políticos
 - Riesgos tecnológicos
 - Pérdida de prestigio

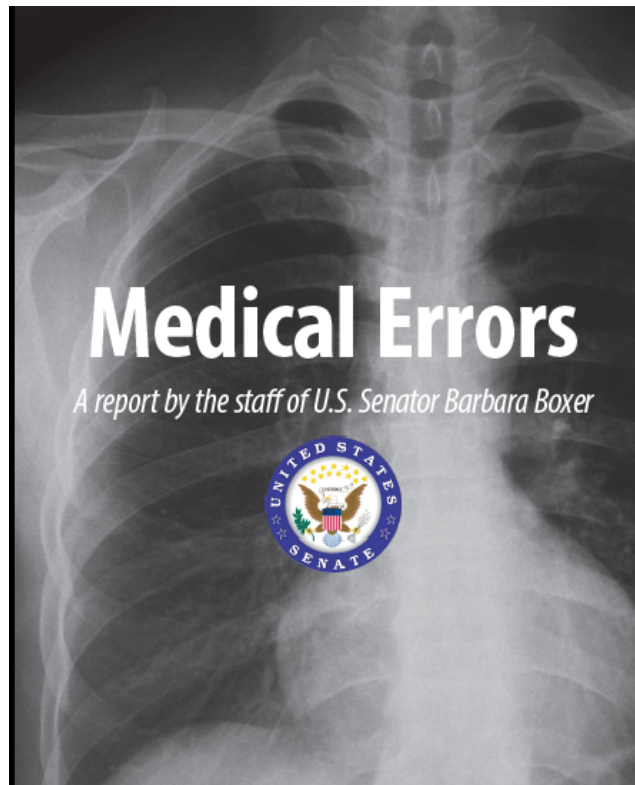
¿Qué daños debemos evitar en una institución de salud?

- Daño a los pacientes
- Daño al personal
- Daño a los visitantes
- Daño a la propiedad
- Daños consecuenciales
- Responsabilidad



**IMPACTO
ECONÓMICO**

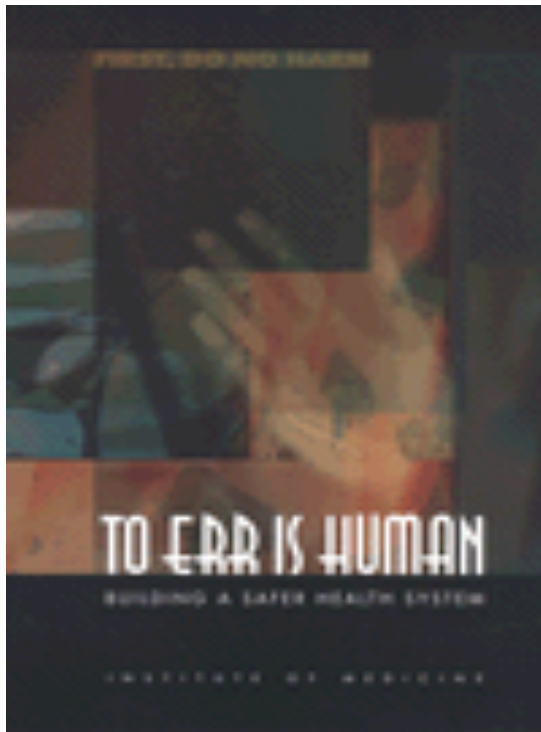
Daño a los pacientes



- 1.Eventos adversos por errores de medicación**
- 2.Infecciones urinarias por sondas**
- 3.Infecciones del torrente sanguíneo por vías centrales**
- 4.Lesiones por caídas**
- 5.Eventos adversos obstétricos**
- 6.Úlceras por decúbito**
- 7.Infecciones del sitio quirúrgico**
- 8.Trombosis venosas profundas.
Tromboembolismos**
- 9.Neumonías asociadas al respirador**



Impacto económico del daño a los pacientes



- Costos totales para la economía Norteamericana de muertes evitables debido a eventos adversos evitables **\$17 - \$29 Bn pa**
- Los costos debidos a eventos adversos prevenibles representan el **2% de la demanda de atención** de USA
- La suma de los costos directos e indirectos de los eventos adversos prevenibles en el sistema de salud es > que la suma de costos directos e indirectos de tratamiento de HIV/SIDA



Impacto económico del daño a los pacientes

Los daños evitables incrementan los costos hospitalarios entre un 13% y un 16% (por lo menos uno de cada siete dólares que se gastan en la atención de los pacientes internados)

- 1) Jha AK, Chan DC, Ridgway AB, Franz C, Bates DW. Improving safety and eliminating redundant tests: cutting costs in U.S hospitals. *Health Affairs*, 28(5): 1475-1484, 2009
- 2) Jackson TJ. Hospital-Acquired Diagnoses: At what Cost? Paper presented at the Australian National Forum on Safety & Quality in Health Care, Adelaide, 30 October, 2008
- 3) Ehsani JP, Jackson TJ, Duckett SJ. The incidence and cost of adverse events in Victorian Hospitals, 2003-04. *Medical Journal of Australia*, 184 (11): 551-555



Canadian Patient Safety Institute, 2011 The Economics of Patient Safety in Acute Care. Technical Report





Adverse Events and the National Health Service: an economic perspective, 2003

Gray A (A Report to the National Patient Safety Agency)

8500.000 eventos
adversos anuales en
pacientes internados



£ 2 billones
Costo adicional por días-
cama



España. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008

Tabla XI. Coste global asociado a los problemas relacionados con procedimientos e intervenciones quirúrgicas.

Efecto	% de pacientes	Coste global para el sistema de salud español: euros en 2005
Hemorragia o hematoma	1,02%	445.928.771 euros
Lesión en un órgano	0,33%	55.682.137 euros
Neumotorax	0,11%	38.847.006 euros
Dehiscencia de herida	0,08%	65.807.932 euros

Total: 606 millones de Euros



**31,7%
prevenibles
ENEAS**



**192 millones de euros
por complicaciones
evitables**



España. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008

Tabla XII. Coste global asociado a las infecciones nosocomiales.

Tipo de infección nosocomial	% de pacientes (infecciones evitables)	Coste global para el sistema de salud español: euros en 2005
Bacteriemia	0,181%	240.225.449 euros
Infección nosocomial del sitio quirúrgico	0,477%	417.261.735 euros
Neumonía nosocomial	0,269%	91.759.891 - 177.945.865 euros
Bacteriemia asociada a dispositivo ¹¹	0,124%	36.794.084 – 59.713.475 euros
Infección nosocomial del tracto urinario	0,429%	14.148.190 – 14.787.140 euros

¹¹ Se ha tomado como valor de referencia el de la bacteriemia asociada a catéter venoso.

Total (valores mínimos): Aprox. 800 millones de Euros por año



España. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008

Tabla V. Costes en euros (2005) de los efectos adversos relacionados con la medicación.

Efecto adverso	Incremento coste en euros (2005)/paciente con efecto adverso
Efecto adverso relacionado con la medicación	3.315 - 5.584 euros
Error de medicación	1.849 euros

Total:
Entre 469 y 790
millones de Euros

Los errores de medicación
afectan al 4% del total de los
pacientes internados

Ahorro en
prevención: Aprox.
91 millones de euros
por año

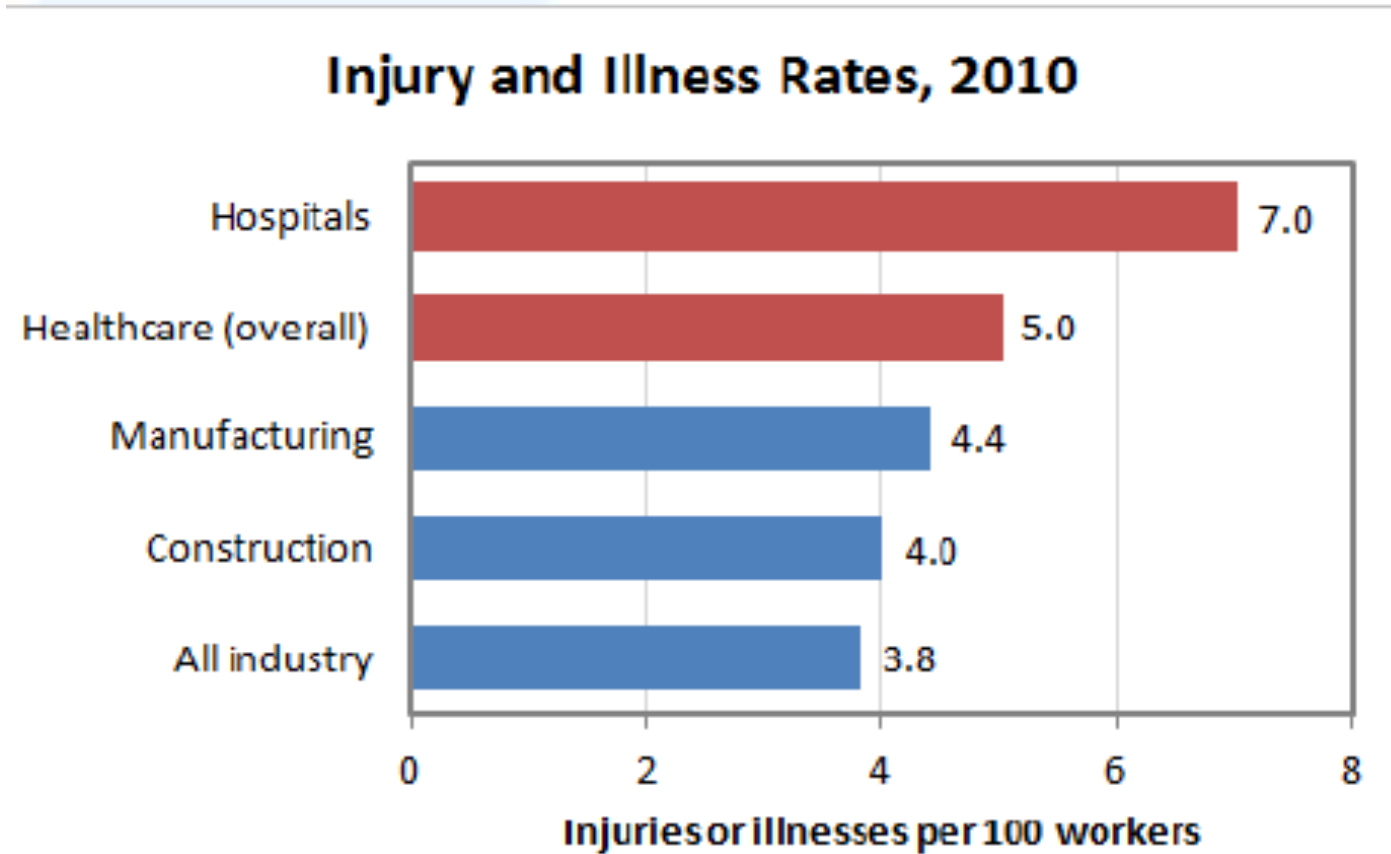
Daño al personal

- Accidentes punzocortantes
- Lesiones músculo esqueléticas
- Enfermedades profesionales
- Radiación
- Exposición a químicos
- Daño psicológico
- Depresión
- Adicciones
- Violencia externa



Daño al personal

Físico



Data source: Bureau of Labor Statistics, 2011

Impacto económico del daño al personal

Healthcare workers injuries cost \$13 billion, study says

October 07, 2013

By Donna Marbury

You might think that someone who works in the healthcare industry would have one of the safest jobs. However the opposite is true. A new study finds that injuries to healthcare workers are among the highest of all professions.

According to [a report by the American Society of Safety Engineers \(ASSE\)](#), healthcare workers reported 2 million lost workdays due to injury in 2011. Injuries to healthcare workers cost \$13 billion, with hospital worker injury accounting for \$6.1 million. In hospitals, nursing and residential care facilities and ambulatory care, additional costs were passed



Impacto económico del daño al personal

El ausentismo en el sector salud es el mayor de todas las industrias, y una reducción de apenas 1% podría hacer ahorrar al NHS en Inglaterra más de **£34.2 millones por año**

Walker V, Bamford D. Manchester Business School. Health Services Management Research 2011; 24:142-50

Los estudios muestran que **hasta el 20% de las ausencias en el sector salud no son genuinas** y que menos de la mitad de las organizaciones mide los costos de las mismas

An empirical investigation into health sector absentism .Health Serv Manage Res August 2011 24:142-150,

Impacto económico del daño al personal

Intangibles

- Burnout. Pérdida de la productividad
- Mayor rotación
- Menos vocaciones
- Mayor probabilidad de errores asistenciales
- Menor vigilancia de prácticas seguras
- Impacto sobre la experiencia del paciente

Daño a los visitantes

- Caídas
- Caídas de ascensores
- Caída de mampostería
- Hurtos



Se cayó un ascensor en el Hospital de Clínicas y hubo 4 heridos

Tuvo un desperfecto técnico por lo que bajó bruscamente aunque no llegó a colisionar con el piso.

Lunes 12 de Agosto de 2013 | 16:46



Al menos cuatro personas resultaron heridas, una de ellas con una fractura de peroné, al caer un ascensor en el **Hospital de Clínicas** ubicado en el barrio porteño de Recoleta, confirmaron fuentes sanitarias y de bomberos.



SUCESO EN ZARAGOZA

El herido grave por la caída del cartel del Hospital Clínico, en la UCI

Ha sido intervenido y se recupera y evoluciona favorablemente de la operación. No presenta repercusiones neurológicas



El cartel, en el suelo tras caer de la fachada del edificio. - Foto: TWITTER / @ferpega_

Daño a la propiedad

- Incendios
- Clima
- Robo
- Sabotaje
- Pérdida de datos



ASÍ SE INUNDÓ EL HOSPITAL ESPAÑOL



@telefenoticias



Responsabilidad

- Responsabilidad Civil General
- Responsabilidad Civil Profesional (mala praxis)
- Responsabilidad Civil Productos
- Responsabilidad Directores y Gerentes
- Juicios laborales
- Juicios por incumplimiento de contratos
- Juicios por violación de confidencialidad
- Multas por incumplimiento de regulaciones



Impacto económico de los Juicios por Responsabilidad Profesional



EL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA REPRESENTA EL 2,4% DEL GASTO EN SALUD EN LOS EE.UU (2008)

Medicina defensiva US\$ 45, 6 billones

Pagos por reclamos US\$ 5, 7 billones

Gastos administrativos US\$ 4,6 billones

Total: US\$ 55,6 billones

Michelle M. Mello; Amitabh Chandra, Atul A. Gawande and David M. Studdert
National Costs of the Medical Liability System. *Health Affairs* Sept. 2010

Impacto económico de los Juicios por Responsabilidad Profesional

Principales demandas a asegurados de NOBLE

\$ 22.164.000	Demora en el parto. Deprimido grave
\$17.000.000	Demora en el parto. Deprimido grave
\$ 11.613.000	Shock Séptico
\$ 5. 350.000	Parálisis Cerebral
\$ 4. 055.812	Parálisis Cerebral

Daños Consecuenciales

- Rotura de equipos
- Fallas de planta
- Pérdida de prestigio
- Pérdida de personal clave
- Medicina defensiva

EL FENÓMENO MESSI

Viernes 22 de marzo de 2013 | 07:28

Los otros números de Messi: ¿cuánto influye Leo en la economía de la AFA?

El crack argentino genera casi un 40 por ciento de los ingresos de la selección; mayor venta de entradas, más dinero por amistosos y empresas en lista de espera para ser sponsors, los motivos.

Por [Fernando Cxyz](#) | [canchallena.com](#)



Gestión de Riesgos

Definición

Proceso sistemático de:



de los riesgos potenciales y actuales

Evolución de la Gestión de Riesgos en EE.UU

Visión Histórica

1950's - 60's

- **Seguridad.Ingeniería Sanitaria**
(equipamiento-infraestructura)

1970's

- **Seguros (disponibilidad)**

1980's

- **Seguros (aumento de precio) Litigiosidad**

1984

- **Harvard Medical Practice Study**

1990s

- **Casos Famosos**

Betsy Lehman

Lisa Smart

1999

- **Informe del IOM “Error es Humano”**

Gestión de Riesgos Hospitalarios

Objetivos

- Limitar responsabilidades
- Limitar pérdidas financieras
- Limitar el daño prevenible
- Limitar la publicidad adversa

Un programa diseñado para reducir la incidencia de accidentes y lesiones prevenibles, minimizando la pérdida financiera para la institución por la ocurrencia de daños a las personas o a la propiedad

Disciplinas que nutren a la Gestión de Riesgos Hospitalarios

- La Medicina Asistencial
- La Medicina Legal
- La Enfermería
- El Derecho
- Seguros
- Auditoría Médica
- Administración Hospitalaria
- Calidad Médica
- Higiene y Seguridad
- Ingeniería Sanitaria
- Medicina Laboral
- Bioestadística

Actividades propias de la administración de riesgos

- Identificación y análisis de riesgos
- Coordinación de los sistemas de reportes de eventos adversos
- Coordinación de la defensa médico-legal. Asistencia a mediaciones
- Control de lo que se escribe y se dice a las familias
- Asegurar el cumplimiento de las regulaciones y leyes en salud
- Consentimiento informado



Actividades propias de la administración de riesgos

- Financiamiento del riesgo (seguros de responsabilidad profesional)
- Preparar información para aseguradoras
- Salud ocupacional. Accidentes de trabajo
- Seguridad y vigilancia
- Análisis de contratos y políticas
- Impacto legal de decisiones bioéticas



SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DE RIESGOS

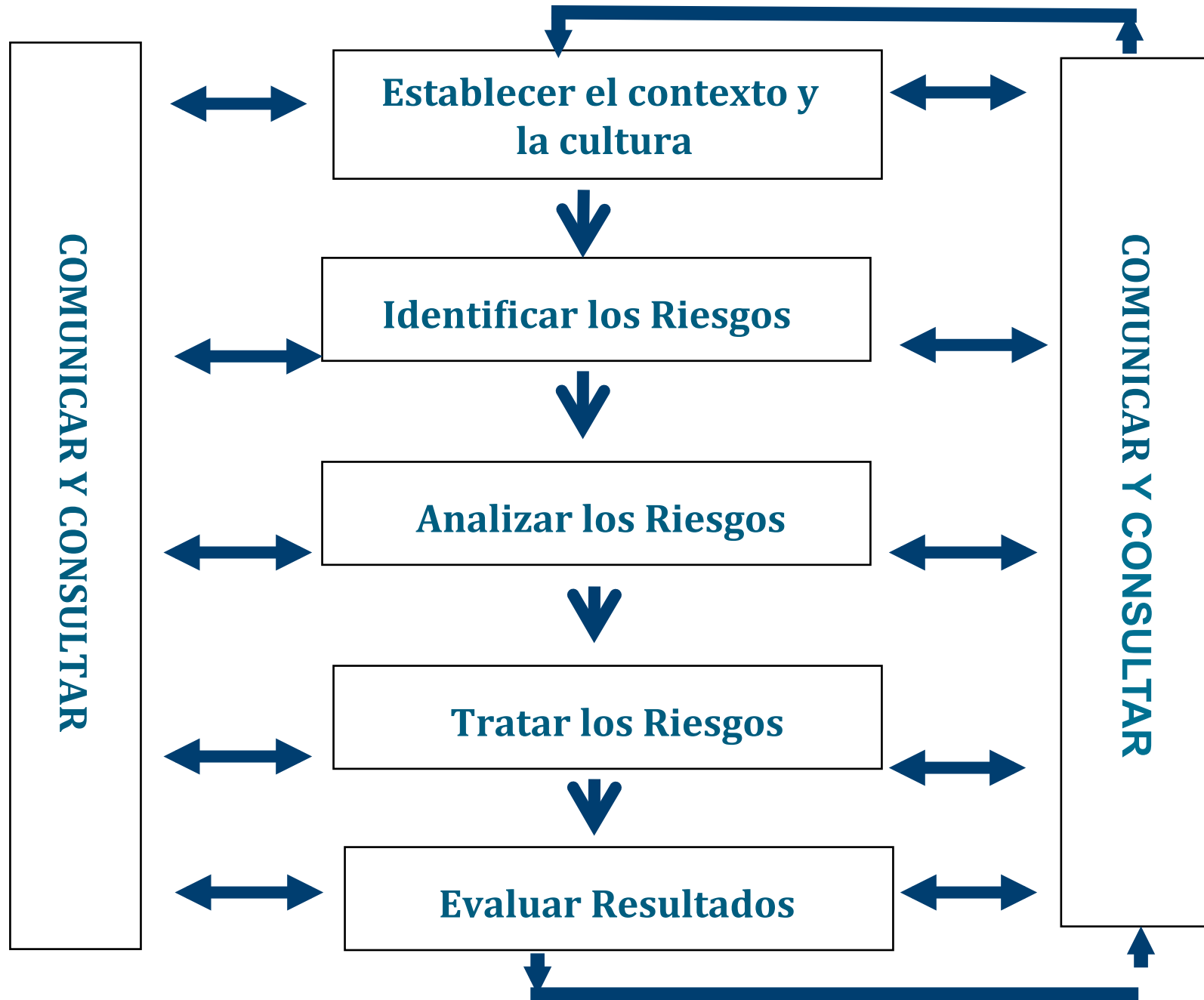
CALIDAD MÉDICA

Figura: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y CALIDAD MÉDICA: Sinergias para la Seguridad del Paciente

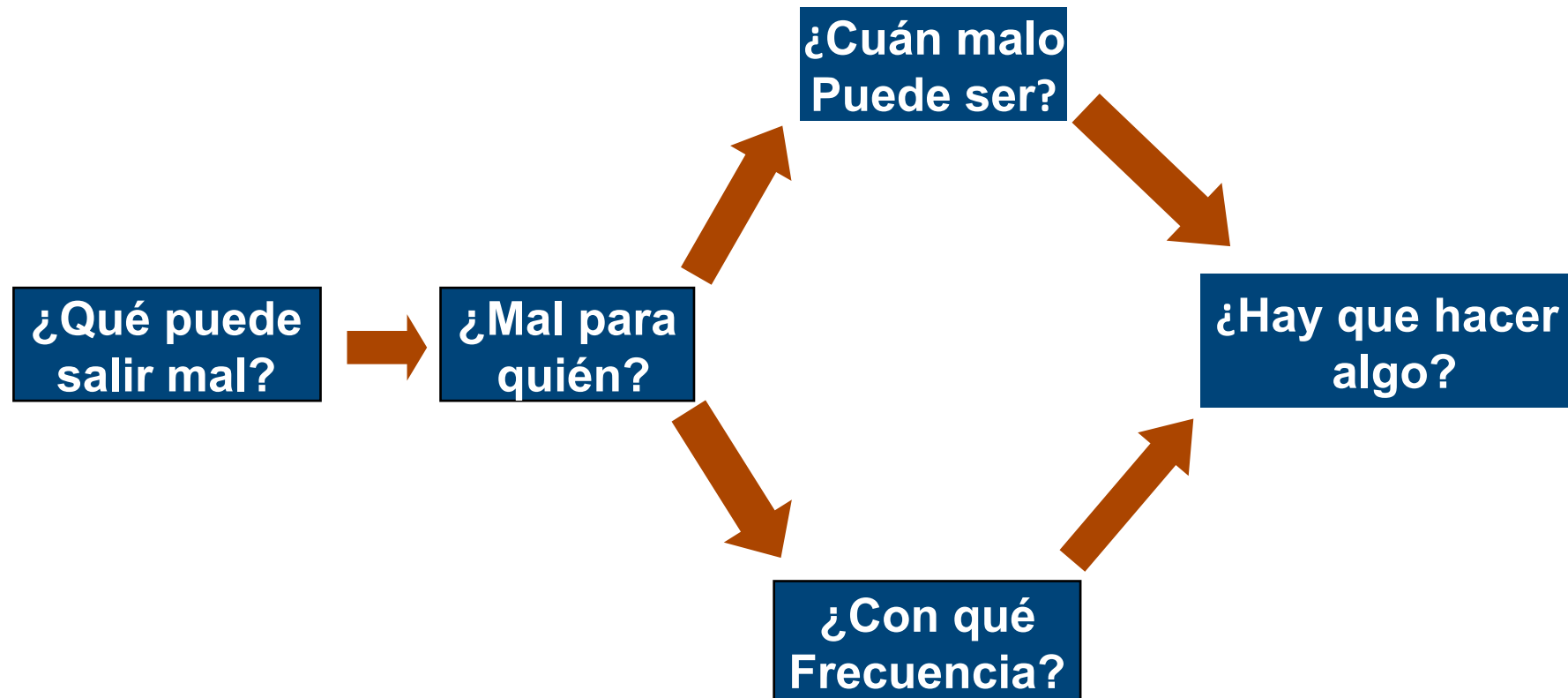


Fte: ECRI. Risk Management, Quality Improvement, and patient Safety Healthcare Risk Control. Risk and Quality Management Strategies. Vol 2, July 2009





Preguntas básicas del administrador de riesgos



¿Qué puede salir mal? ¿Mal para quién?

Clasificación del Riesgo

PACIENTES	PERSONAL	OPERACIONES	FINANZAS
Error de medicación Caídas Úlceras por decúbito Oblitos Error de lado o paciente Suicidio Complicación anestésica Infecciones Error diagnóstico Daño obstétrico Infiltración de vías Quemaduras Infiltraciones Extubación Broncoaspiración Etc, Etc, Etc,	Accidentes Labor. Enfermedades Prof Violencia Burn Out Etc.	Rotura de Equipos Incendios Inundaciones Neces. Evacuar Baja de contratos Etc.	Menor liquidez Juicios laborales Amparos Juicios RC Juicios Praxis Fraudes Impuestos Etc. Etc,

1. IDENTIFICACIÓN

No es lo mismo...

- Identificar **peligros**
- Identificar **riesgos**
- Identificar **errores**
- Identificar **daños**

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fuentes de Información Interna

- Sistemas de reporte de incidentes
- Quejas de Pacientes
- Encuestas de Satisfacción
- Inspecciones de terreno
- Utilización de datos administrativos (CIE 10)
- Ateneos de Morbimortalidad
- Global Trigger Tools en las historias clínicas

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fuentes de Información Interna (cont)

- Archivos de Acreditación de Personal
- Normas y procedimientos
- Informes del comité de control de infecciones
- Informes del dep. de mantenimiento
- Historia siniestral
- Contratos de Seguro

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fuentes de Información Externa

- Auditorías de Organismos de Acreditación
- Auditorías de Terceros Pagadores
- Informes de las Compañías de Seguros
- Informes de Consultorías
- Guías de práctica profesional
- Jurisprudencia
- Leyes, regulaciones, estándares
- Bases de datos

2. ANÁLISIS

Herramientas de Análisis de Riesgo

Prospectivas:

- Análisis de Modos de Falla y Efectos
- Matriz de Riesgo

Retrospectivas:

- Análisis de Causa Raíz

Estándares de Seguridad Joint Commission (Sección Liderazgo)

- Garantizar el funcionamiento de un programa proactivo que identifique riesgos para la seguridad de los pacientes y reduzca errores
- Seleccionar anualmente al menos un proceso de alto riesgo para una evaluación proactiva del mismo
- Realizar un AMFE por año

Análisis de Modos de Fallas y sus Efectos (AMFE)

Herramienta analítica, desarrollada en el área de ingeniería para evaluar en forma sistemática las distintas formas (modos) en que pueden fallar en su funcionamiento cada uno de los componentes de un sistema, sean tecnológicos o humanos, e identificar para cada uno de estos “modos de falla” su efecto sobre el funcionamiento seguro del sistema.

Análisis de Modos de Falla y sus Efectos (AMFE)

Incluye el análisis de lo siguiente:

- **Pasos** en el proceso
- **Modos de falla** (¿Qué puede salir mal?)
- **Causas de estas fallas** (¿Por qué pueden producirse las fallas?)
- **Efectos de estas fallas** (¿Cuál sería el efecto de cada falla?)

Análisis de Modos de Falla y sus Efectos (AMFE) Pasos

1. Selección de un proceso de alto riesgo a evaluar con AMFE
2. Formación de un equipo multidisciplinario
3. Que el equipo enumere todos los pasos del proceso
4. Tormenta de ideas para enumerar modos de falla en cada paso.
5. Para cada modo de falla identificar posibles causas
6. Para cada modo de falla, identificar los posibles efectos sobre los pacientes
7. Para cada modo de falla, estimar su probabilidad de ocurrencia, su potencial severidad y la probabilidad de ser detectado
8. Asignar valores numéricos de 1 a 10 para ocurrencia, severidad y detección
9. Determinar el número de prioridad de riesgo ($Oc \times Sev \times Det$)
10. Utilizar el N° de prioridad de riesgo (NPR) para planificar mejoras al sistema
11. Evaluar los resultados

Failure Modes and Effects Analysis Tool

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) is a systematic, proactive method for evaluating a process to identify where and how it might fail, and to assess the relative impact of different failures in order to identify the parts of the process that are most in need of change.

- [View all FMEA Tool Reports](#)
- [Use the FMEA Tool](#)
- [Manage my Interactive Tools](#)
- [View FMEA Tool Help](#)

[>> Tour the FMEA Tool](#)

Using the FMEA Tool

East Alabama Medical Center Opelika, Alabama, USA

The team at East Alabama Medical Center is using the FMEA Tool to improve their chemotherapy processes.

Item	Description	Failure Mode	Effects	Risk Priority	Risk Score
1	Initial Review	Initial Review	Initial Review	1	1
2	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	2	2
3	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	3	3
4	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	4	4
5	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	5	5
6	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	6	6
7	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	7	7
8	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	8	8
9	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	9	9
10	Failure Mode	Failure Mode	Failure Mode	10	10

[See some great results this team is achieving!](#)

Using the Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) Tool

FMEA includes review of the following:

- Steps in the process
- Failure modes (What could go wrong?)
- Failure causes (Why would the failure happen?)
- Failure effects (What would be the consequences of each failure?)

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) Tool

Exámenes laboratorio rapidos

Clinica Portada
Antofagasta, Chile
Hospital-Other**REDUCIR TIEMPO DE ESPERA DE LABORATORIO EN GUARDIA EN 50% EN 3 MESES****Aim:** Reducir el tiempo de espera de exámenes de laboratorio en el servicio de urgencia en un 50% en tres meses

Process Data

Date: 01/08/2008

Step **Description**

1 Medico indica examen de laboratorio

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Indicacion inadecuada del examen de laboratorio	Inadecuado conocimiento de los exámenes para determinada patología	Aumento del tiempo y mayor costo para el paciente, mayor uso de insumos y tiempo de personal	4	4	6	96	Uso de protocolos con los exámenes de laboratorio que se requieren para determinada patología

Step **Description**

2 Tecnico o enfermera se entera de indicacion de examen de laboratorio

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Cuando se entera no lo comunica	Inadecuado sistema de comunicacion de cuando el examen esta listo	Demora en el tiempo de permanencia del paciente en el box	5	3	7	105	Usar mecanismo de aviso de cuando esta lista la indicación de tipo visual sencilla

Step **Description**

3 Enfermera toma examen de laboratorio

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
--------------	--------	---------	-----	-----	-----	-----	---------

Falla en la toma del examen	Inadecuada capacitacion para la toma de este o ausencia de habilidades para ello	Descomfort en el paciente, dolor, molestia, mayor tiempo de permanencia en box y costo aumentado por uso mayor de insumos	3	3	8	72
-----------------------------	--	---	---	---	---	----

Step Description

4 Examen de laboratorio se rotula

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
mala rotulacion del examen	Datos incompletos o demasiadas transcripciones.	error en el diagnostico y tratamiento inadecuado	3	3	8	72	Uso de etiquetas transcritas desde sistema informatico que cuenta con los datos del paciente

Step Description

5 Se anota examen en libro de registro en urgencia

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
mala transcripcion desde el frasco de examen	apuro, descuido.	Facturacion inadecuada o error en la informacion para gestion	5	2	6	60	

Step Description

6 Se lleva examen al laboratorio

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Demora en el tiempo de entrega	Mala disposicion para el trabajo	Demora en el tiempo de permanencia en el box de atencion	5	7	5	175	



Step	Description
7	Personal de laboratorio recibe examen y lo anota en libro de registro

Step	Description
8	Personal de laboratorio avisa que examen esta listo

Step	Description
9	Personal de urgencia va a buscar el resultado del examen

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Demora en la ida a buscar el examen	Sobrecarga de trabajo, mala disposicion hacia el trabajo	Demora en la entrega del exámen al médico y con ello al paciente.	4	7	5	140	Optimizar el trabajo y aumentar el personal si es necesario

Step	Description
10	personal de urgencia avisa a medico que esta listo el examen de laboratorio

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Demora en el aviso	Carga excesiva de trabajo, mala disposición para el trabajo	Demora de espera del paciente en el box de atencion	7	5	5	175	

Step	Description
11	Medico evalua examen de laboratorio del paciente

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Interpretacion errónea	Concimiento inadecuado del medico de los significados del examen	Mal diagnostico y tratamiento, daño al apciente, insatisfaccion	2	8	8	128	

Step	Description
12	Medico comunica resultado del examen al paciente

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Demora en la comunicacion	Exceso de trabajo, habilidades de comunicacion deficientes.	Descontento del paciente	3	8	5	120	Entrenar habilidades de comunicacion

Calculated Totals

Total Risk Priority Number for the process	1143
--	------

Occ: Likelihood of Occurrence (1-10)

Det: Likelihood of Detection (1-10)

NOTE: 1 = Very likely it WILL be detected

10 = Very likely it WILL NOT be detected

Sev: Severity (1-10)

RPN: Risk Priority Number (Occ x Det x Sev)

Annotation

None

Matriz de Riesgo

Determinación de Severidad

CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR	INSIGNIFICANTE
Muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada, o bien cualquiera de estas circunstancias. •Error de lado o sitio en procedimiento •Cirugía en paciente equivocado •Suicidio en internación •Oblito que requirió remoción quirúrgica •Embolia gaseosa •Muerte por error de medicación •Reacción hemolítica post-transfusional •Muerte materna vinculado al parto •Daño neurológico al recién nacido •Robo de recién nacido	Pacientes con pérdida mayor y permanente de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada o cualquiera de las siguientes circunstancias: •Pérdida de miembro •Desfiguración	Pacientes con reducción permanente y significativa de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica) no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada o cualquiera de las siguientes circunstancias: •Aumento del tiempo de internación como resultado del incidentes •Se requiere una intervención quirúrgica como resultado del incidente	Pacientes que requieren mayor nivel de cuidados incluyendo: •Primeros auxilios •Nueva evaluación •Estudios adicionales •Derivación a otro médico	Pacientes sin daño ni aumento del nivel de cuidados o estadía

Matriz de Riesgo

Determinación de Frecuencia

CASI SEGURO	Se espera que ocurra y se repita en cortos períodos de tiempo (todas las semanas o meses)
PROBABLE	Probablemente ocurrirá y se repetirá en muchas circunstancias (varias veces al año)
POSIBLE	Puede ocurrir ocasionalmente. Ha ocurrido en el pasado y es posible que vuelva a pasar (cada uno a dos años)
IMPROBABLE	No se espera que ocurra o que se repita, pero potencialmente podría pasar (cada 2 a cinco años)
MUY RARO	No se cree que el evento pueda ocurrir. Sólo podría pasar algo así en circunstancias excepcionales (cada 5 a 30 años)

		SEVERIDAD				
		CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR	INSIGNIFICANTE
F R E C U E N C I A	CASI SEGURO	RIESGO EXTREMO	RIESGO EXTREMO	RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO
	PROBABLE					
	POSIBLE		RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO
	IMPROBABLE	RIESGO ALTO				
	MUY RARO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO

Ej: Matriz para Seguridad de Pacientes

	CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR	INSIGNIFICANTE
CASI SEGURO			CAÍDAS	SALTEO DE DOSIS	INFILTRACIÓN
PROBABLE	REACCIÓN ANAFILÁCTICA				
POSIBLE	ERROR DE SITIO SUICIDIO				
IMPROBABLE					
MUY RARO	ROBO DE BEBÉS				

Ej: Matriz para Responsabilidad Profesional

	CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR	INSIGNIFICANTE
CASI SEGURO		Falta registro del postoperatorio Inmediato Falta Consentimiento	Falta documentación de especialista No pautas de alarma	Falta aclaración de firma	Faltan datos administrativos
PROBABLE					
POSIBLE	Pérdida de la Historia Clínica				
IMPROBABLE					
MUY RARO	Falso Médico				

ACCIONES REQUERIDAS - PRIORIDADES

	RIESGO EXTREMO: Se requiere acción inmediata. El Directorio debe conocer esta situación y deben implementarse acciones correctivas urgentes. Si ocurre el incidente el mismo debe ser reportado dentro de las 24 hs. y se deben analizar causas raíces
	RIESGO ALTO: Se requieren acciones lo antes posible y no más allá de los 6 meses. La Jefatura de Servicio debe conocer esta situación.
	RIESGO MODERADO: Se requieren acciones lo antes posible y no más allá del año.
	RIESGO BAJO: Manejo por procedimientos de rutina. Implementar medidas fáciles y rápidas y soluciones de fondo cuando los recursos lo permitan

Identificación, Control y Análisis de Eventos adversos



Gestión de los riesgos

- Identificar, clasificar y tratar los principales riesgos para el paciente, el empleado y el entorno sanitario



Gestión de los eventos adversos

- Investigar y analizar los eventos adversos relacionados con la seguridad

Fuente: Paola Andreoli. Gerente de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Israelita Albert Einstein. San Pablo. Brasil. 6ta. Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud (IECS) Buenos Aires, 24-25 Septiembre 2015

Gestión de los Riesgos

Htal. Albert Einstein

Matriz de riesgos identificados - 2015

		Biblioteca de Risco				
Níveis de Risco		Probabilidade				
		1 - Raro	2 - Improvável	3 - Possível	4 - Provável	5 - Quase Certo
Consequência	5 - Catastrófico	7	20	32	28	5
	4 - Grave	4	27	52	8	0
	3 - Moderado	1	28	21	12	0
	2 - Leve	2	12	18	1	0
	1 - Insignificante	1	0	3	1	0

Histórico

- ➡ 748 riesgos al paciente
- ➡ 140 riesgos al empleado
- ➡ 219 riesgos al ambiente

TOTAL: 1107 riesgos mapeados

Fuente: Paola Andreoli. Gerente de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Israelita Albert Einstein. San Pablo. Brasil. 6ta. Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud (IECS) Buenos Aires, 24-25 Septiembre 2015

Análisis de Causa Raíz (ACR)

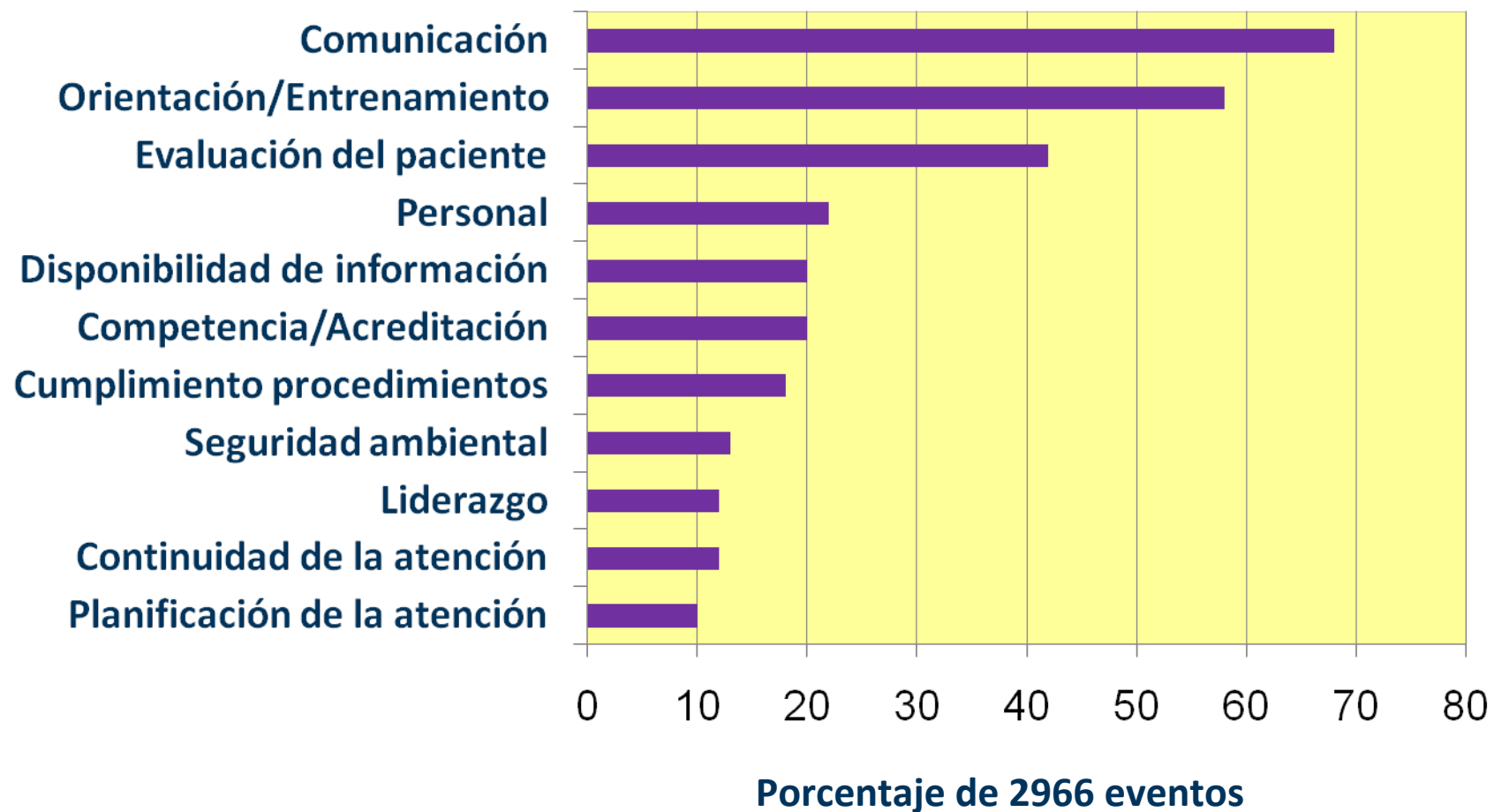
Herramienta para identificar las causas básicas y los factores que contribuyen a la ocurrencia de un evento indeseado y a las contramedidas necesarias, a nivel de sistemas y procesos



Análisis de Causa Raíz (ACR)

- Se focaliza principalmente en sistemas y procesos
- Progresa desde una causa próxima (especial), a una causa común (sistémica)
- ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué?
- El objetivo es el rediseño del sistema para reducir riesgos

Causas raíces de eventos adversos Joint Commission (Todas las categorías: 1995-2004)



3. TRATAMIENTO

Desarrollo de técnicas de tratamiento de riesgos

□ Control:

- Eliminación de exposiciones
- Segregación de exposiciones
- Prevención de Pérdidas (Proactivo)
- Reducción de Pérdidas (Reactivo)

□ Financiamiento:

- Retención
- Transferencia Contractual
- Transferencia a Cías de Seguros

Transferencia de Riesgos

Riesgos Asegurables

- Seguro de Incendio
- Seguro de Robo
- Seguro Técnico
- Seguro de Construcción y montaje
- Seguros para Ley de contratos de Trabajo
- Seguros de accidentes de trabajo (ART)
- Seguro de vida obligatorio
- Seguro de accidentes personales
- Seguros de infidelidad de empleados
- Seguros de caución
- Seguros de las ambulancias
- Seguros de cristales
- Seguros de daños por agua
- Seguros de responsabilidad civil general
- Seguros de responsabilidad civil profesional
- Seguros de responsabilidad civil producto
- Etc. Etc. etc

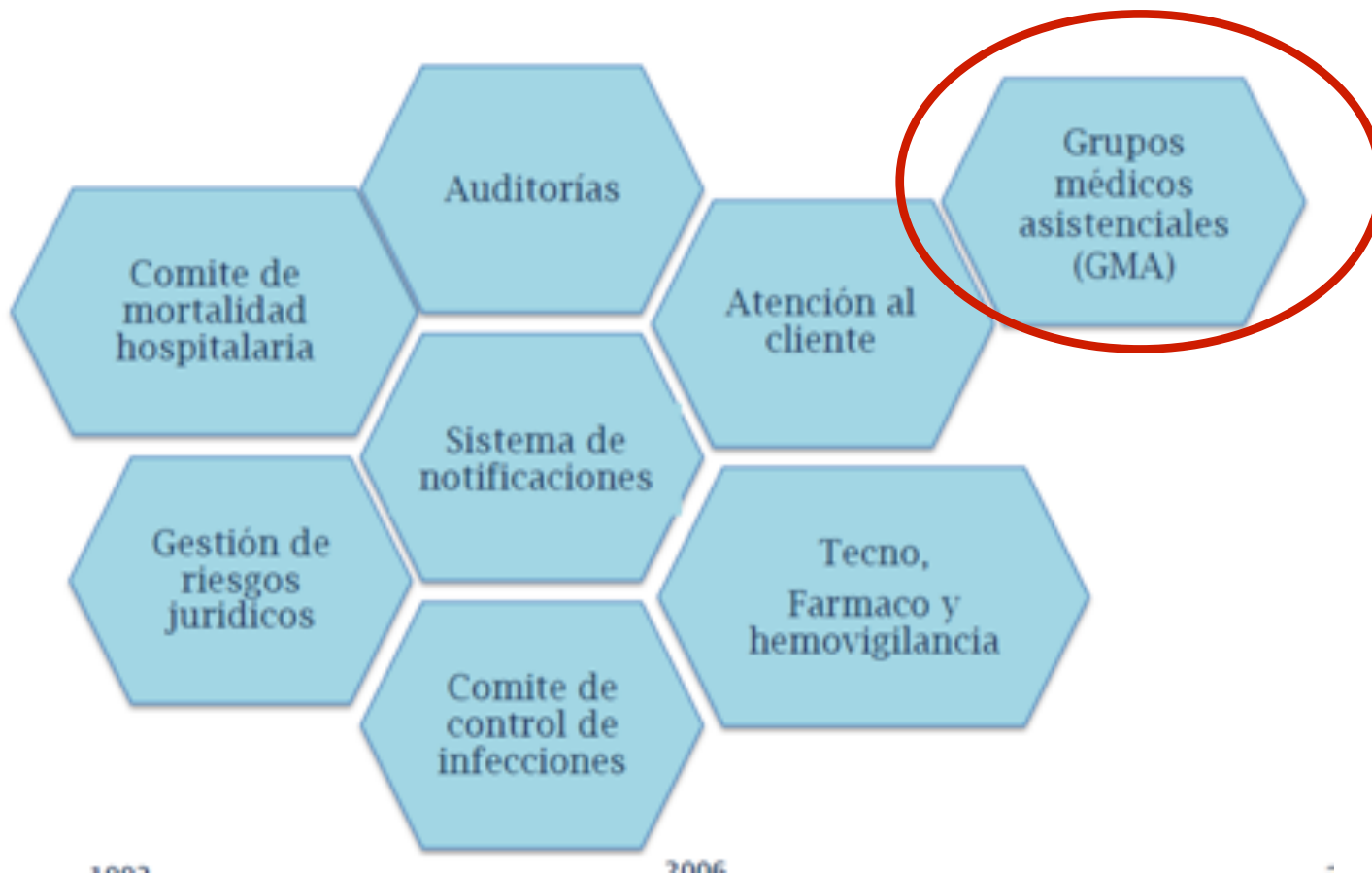


Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente y de los riesgos asistenciales



Fuente: Paola Andreoli. Gerente de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Israelita Albert Einstein. San Pablo. Brasil. 6ta. Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud (IECS) Buenos Aires, 24-25 Septiembre 2015

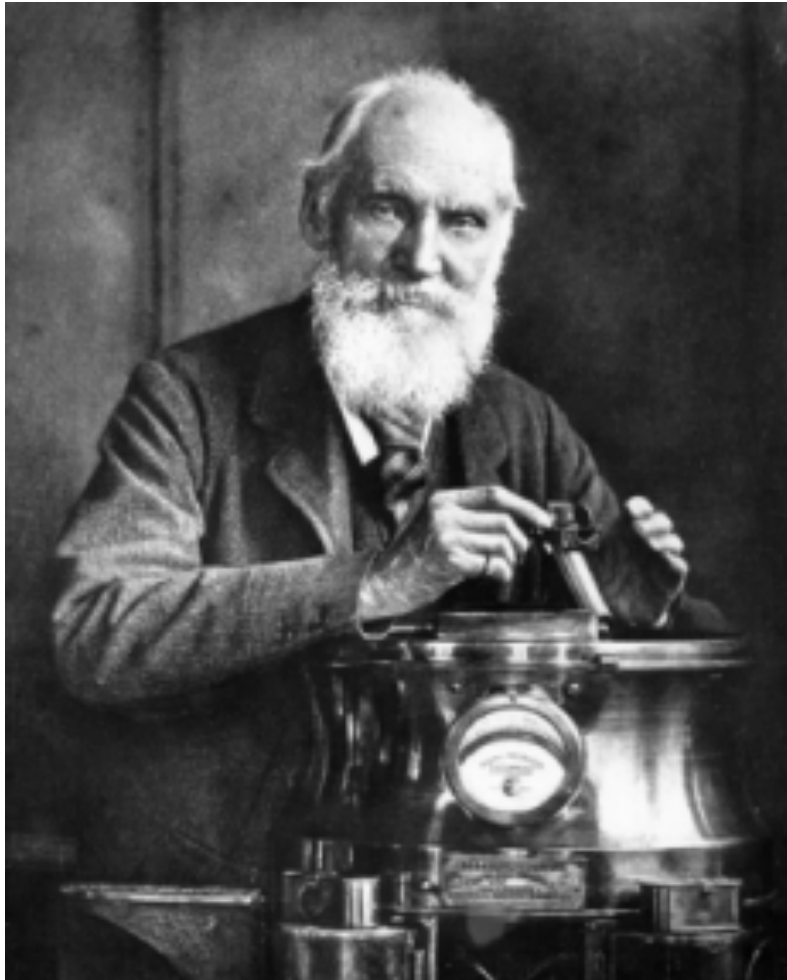
La integración de los procesos en el Hospital Albert Einstein



Fuente: Paola Andreoli. Gerente de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Israelita Albert Einstein. San Pablo. Brasil. 6ta. Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud (IECS) Buenos Aires, 24-25 Septiembre 2015

4. EVALUACIÓN

Medición y Evaluación de Resultados



**“Lo que no se define no se
puede medir. Lo que no se
mide , no se puede mejorar.
Lo que no se mejora, se
degrada siempre”.**

***Lord W.T Kelvin
Físico y Matemático Británico Siglo
XIX***



Medición y Evaluación de Resultados

Tipos de indicadores

- Indicadores a medir mediante encuesta.
- Indicadores a medir mediante entrevista estructurada.
- Indicadores a medir mediante auditoría (existencia y contenido de determinados documentos).
- Indicadores a medir mediante inspección o valoración de determinados aspectos estructurales o de situaciones prevalentes.
- Indicadores a medir mediante observación.
- Indicadores a medir mediante revisión de historias clínicas.
- Indicadores a medir mediante revisión de otros documentos.

“El éxito en la seguridad del paciente no proviene de ser experto en teorías sutiles o sofisticadas, sino más bien en la capacidad de utilizar el sentido común con niveles poco comunes de disciplina y persistencia”

Patrick Lencioni. Los cinco conflictos de un equipo

¿Por dónde empezar?

**Empieza por hacer lo necesario,
luego lo posible y pronto te
encontrarás haciendo lo imposible.**

San Francisco de Asís

¡Muchas gracias!

fabian.vitolo@nobleseguros.com

www.nobleseguros.com/blog