



**JORNADAS REGIONALES DE CALIDAD
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Como medimos el nivel de seguridad del paciente en un hospital

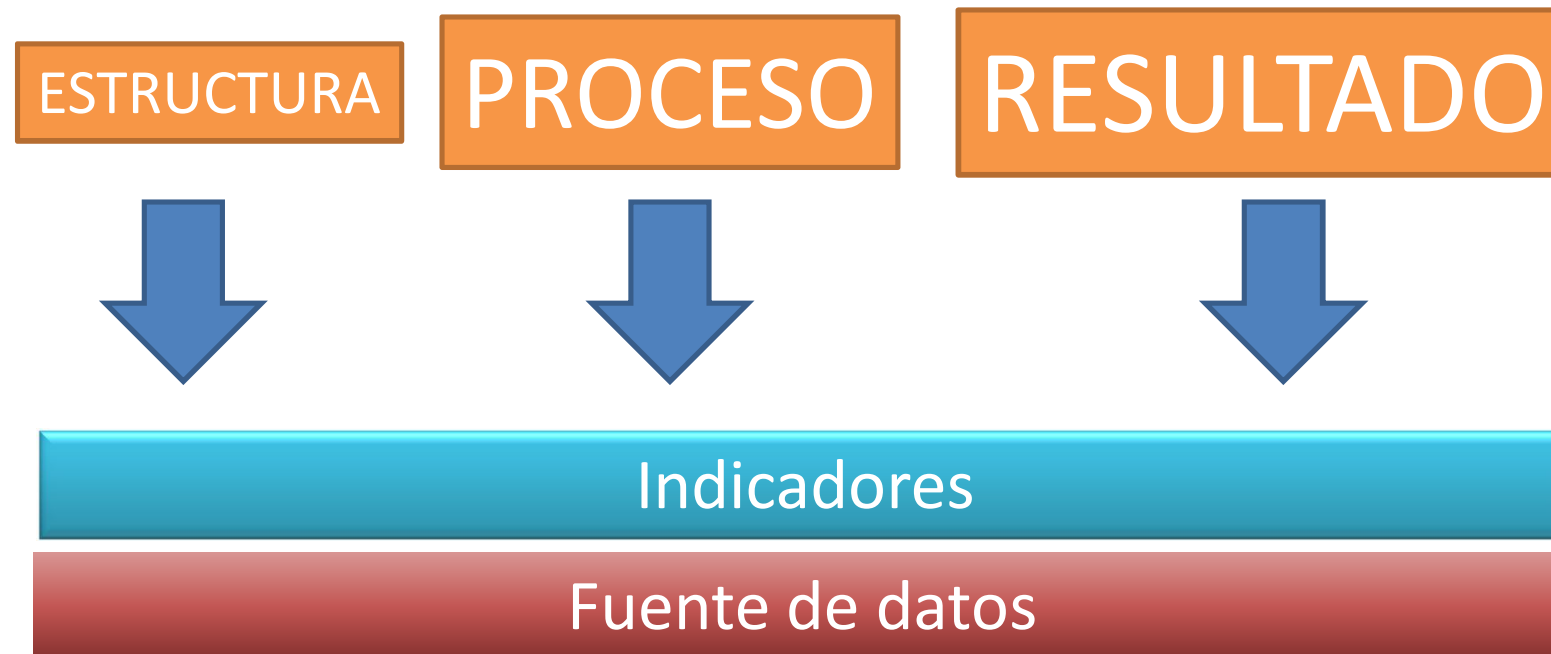
Dr. Rodrigo Poblete Umanzor

CÓRDOBA, MARZO 2018

Evaluación de la Calidad del Cuidado Médico



Evaluación de la Calidad del Cuidado Médico



Evaluación de la Calidad del Cuidado Médico

La relación entre los tres aspectos es compleja, el supuesto es que los resultados sanitarios corresponden a procesos bien hechos con estructuras adecuadas. Sin embargo, en la vida real esto no es lineal.

SULTADO



Indicadores

Fuente de datos

Evaluación de la Calidad del Cuidado Médico

La relación entre los tres aspectos es compleja, el supuesto es que los resultados sanitarios corresponden a procesos bien hechos con estructuras adecuadas. Sin embargo, en la vida real esto no es lineal.

SULTADO

Por otro lado, las metodologías para valorar cada una de ellas, a veces es complicado tanto por la definición que se quiere evaluar, la fuente de datos que se defina, el nivel de discrecionalidad que requiere la fuente de datos para la interpretación, y la calidad a su vez de la fuente datos

Fuente de datos

Evaluación de la Seguridad



The measurement and monitoring of safety

Drawing together academic evidence and practical experience
to produce a framework for safety measurement and monitoring

COMPETENCIAS

PERFORMANCE DE INDIVIDUOS (RELIABLE)

PERFORMANCE DE PROCESOS (RELIABLE)



PRACTICAS DE EQUIPO Y COMUNICACIÓN

STAFFING

CONDICIONES LATENTES

CULTURA DE SEGURIDAD

CAPACIDAD DE MEDICIÓN A TIEMPO REAL Y REACCIÓN A TIEMPO REAL

APRENDIZAJE

Reflexiones

Desafíos

- Conceptualización adecuada.
- Comprender cómo las métricas pueden ser utilizadas en la práctica por equipos clínicos.
- Cómo comunicar adecuadamente para las diferentes audiencias

Conceptualización

- Algunas dificultades para decidir que es lo que hay que medir y cuales son los conceptos

DAÑO

ERROR

EJECUCIÓN

RESULTADOS

Medir daño no es lo mismo
que medir seguridad

Si la frecuencia del daño es baja, es posible que durante el espacio de tiempo en que no ocurran las cosas, nos parezca que hay un sistema seguro

Conceptualización

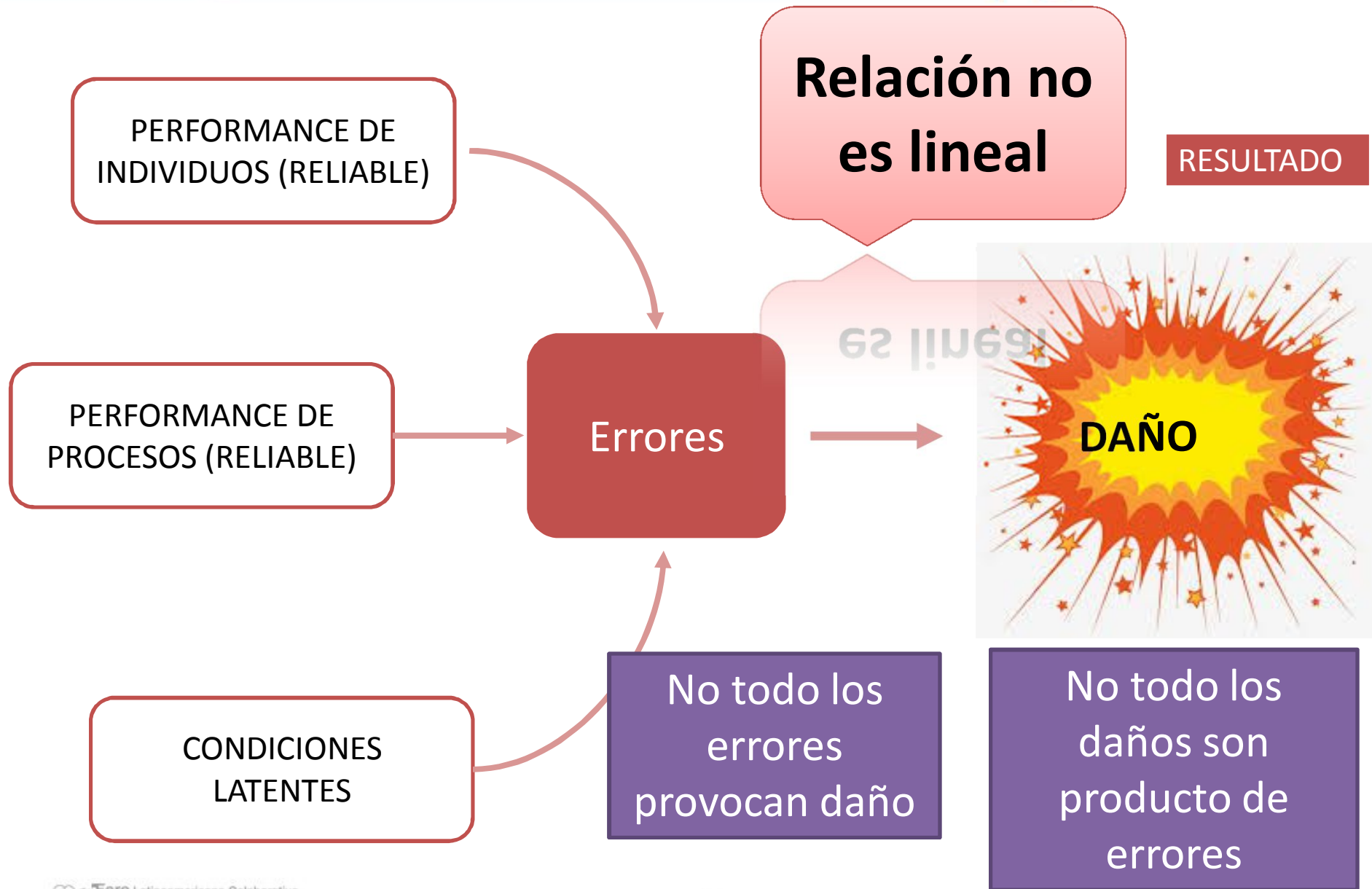
- Seguridad implica preocupación por las fallas
 - El número de formas en que las cosas pueden ir mal es probablemente mucho mayor que las formas en que funciona de manera aceptable
 - Es habitual que en salud las cosas no ocurran como es debido y que sean corregidas en el camino
 - Pero es habitual que, aunque las cosas no ocurran como es debido, no aseguran el daño.

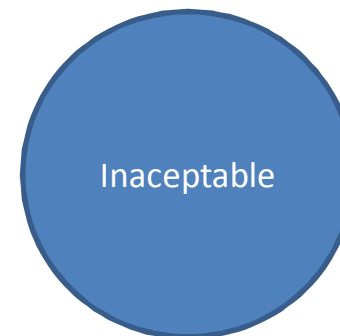
Conceptualización

- La seguridad en algún sentido implica la ejecución correcta de los procedimientos correctos:
 - Foco en la ejecución de actos inseguros (aunque estos no impliquen un daño)

Conceptualización

- Cuando todo es ejecutado de manera impecable, ¿Qué daño puede ser medido?
- Seguridad es un “no evento” dinámico.





A diagram consisting of two blue circles connected by a blue arrow pointing from left to right. The left circle is significantly larger than the right circle. The word 'Tolerable' is written in white inside the larger circle, and 'Inaceptable' is written in white inside the smaller circle.

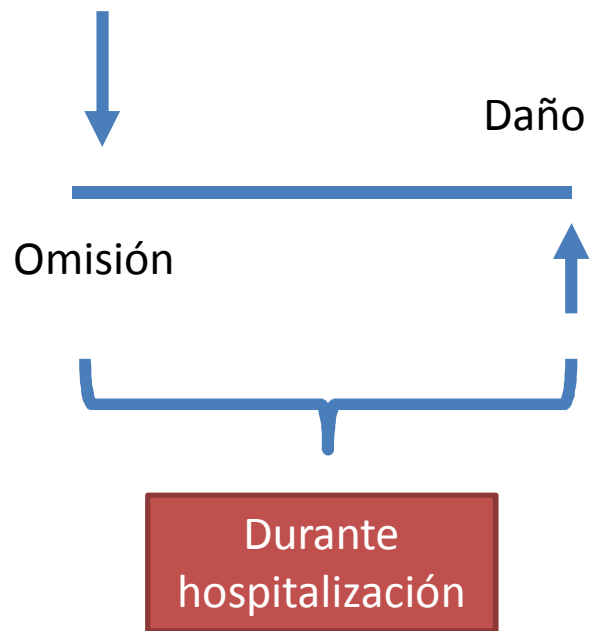
Tolerable

Inaceptable

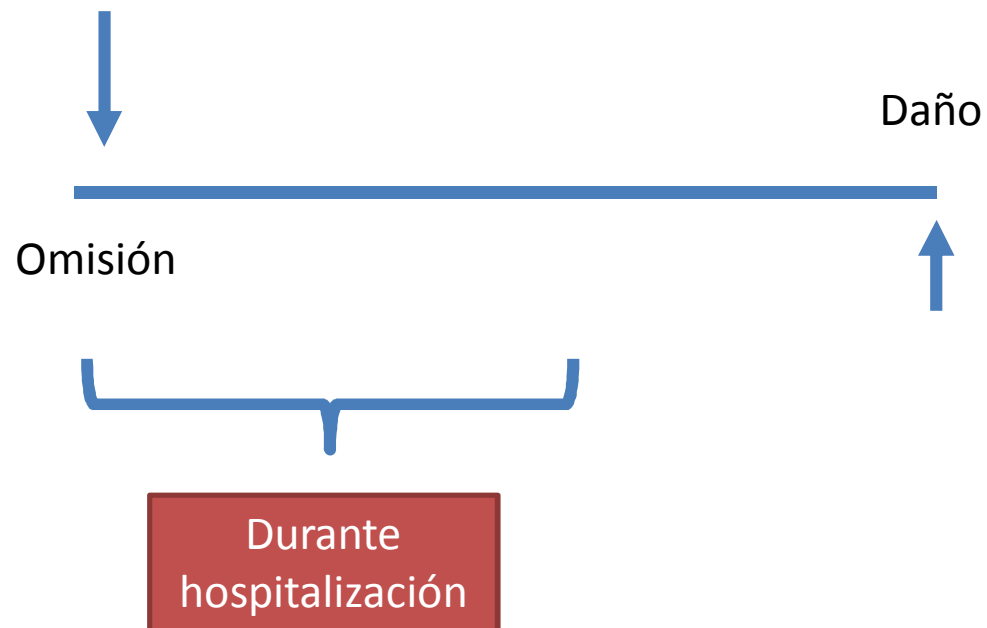
Cultura afecta la performance

El contexto social afecta la
medición

El daño por la omisión



El daño por la omisión



Ejemplo: omitir
indicar
betabloqueadores
al alta en un
paciente
coronario

Considerar la maduración de los sistemas

1970s	<p>Growing litigation – clinical risk management develops in hospitals.</p> <p>Office of the Health Service Ombudsman established to learn from complaints</p>
1990s	<p>Risk management and incident reporting established in hospitals</p> <p>Litigation increase leads to NHS Litigation Authority and standards for risk management being introduced (Clinical Negligence Scheme for Trusts)</p> <p>Clinical governance introduced as statutory duty for NHS chief executives</p>
2000	<p>Chief Medical Officer Sir Liam Donaldson published <i>An organisation with a memory</i> (OWAM).²⁴</p> <p>This report set out proposals for improving patient safety in the NHS</p>
2001	<p>Death of Wayne Jowett from a medication error – high profile investigation and police prosecution</p>
2001	<p>National Patient Safety Agency (NPSA) set up and the National Reporting and Learning System (NRLS) developed to capture all adverse events reported in the NHS in England and Wales</p>
2009	<p>National ‘Patient Safety First’ campaign launched which drew on the learning from the Safer Patients Initiative</p>



COMPETENCIAS

PERFORMANCE DE INDIVIDUOS (RELIABLE)

PERFORMANCE DE PROCESOS (RELIABLE)



PRACTICAS DE EQUIPO Y COMUNICACIÓN

STAFFING

CONDICIONES LATENTES

CULTURA DE SEGURIDAD

CAPACIDAD DE MEDICIÓN A TIEMPO REAL Y REACCIÓN A TIEMPO REAL

APRENDIZAJE

Unos consejos para iniciar

Considere en nivel de madurez de su organización

Considere la capacidad real de medición

Revise y afine las definiciones.

Si puede, ocupe definiciones estandarizadas,
nacionales o internacionales

Considere la capacidad de difusión de la medición

Para el inicio, escoja un tema en que exista cierta
sensación de urgencia en mejorar

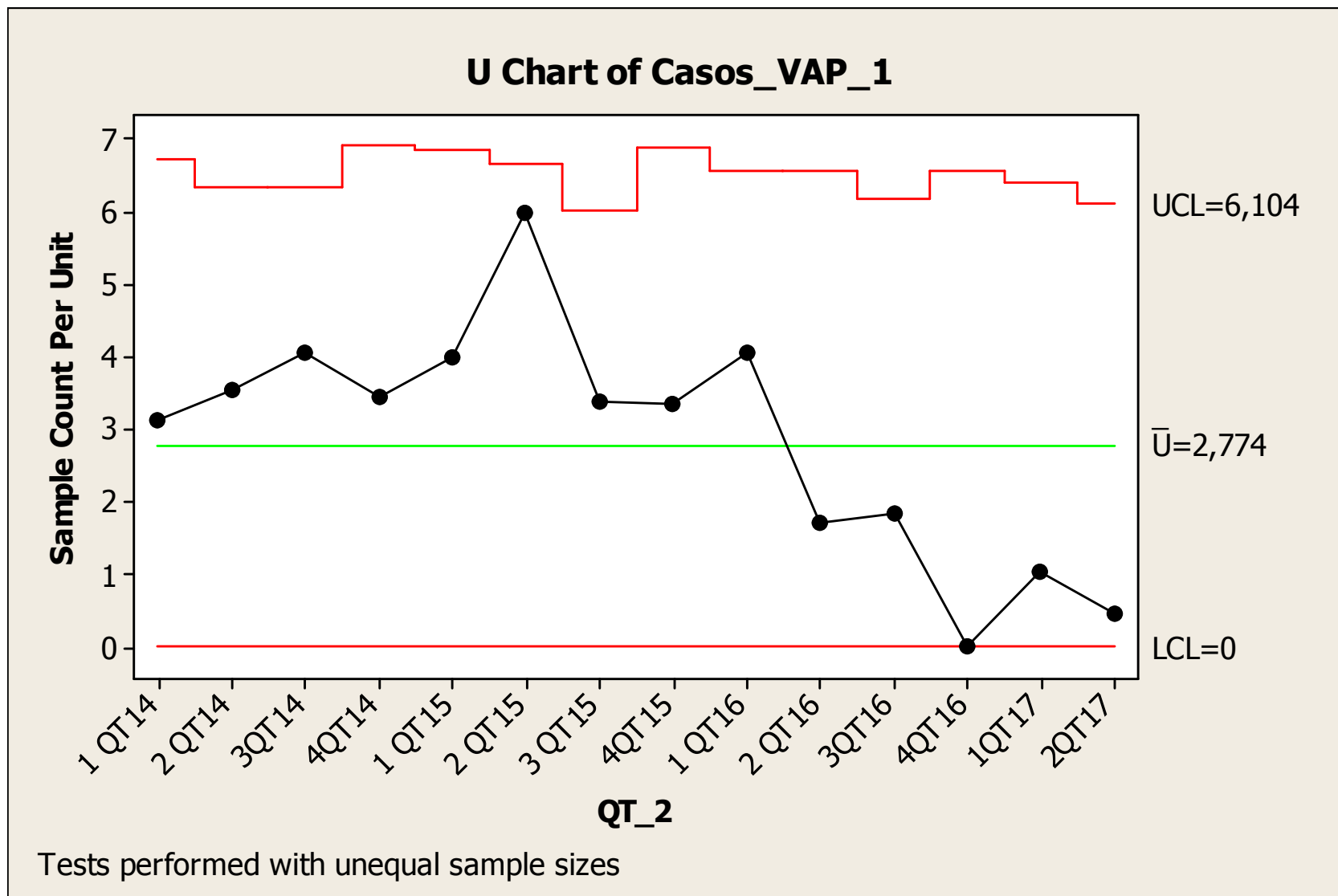
Si no hay sensación de urgencia, créela

¡ATRÉVASE CON UNA
MEDICIÓN!

INICIE POR LO BÁSICO: UN
DAÑO

MEJÓRELO

SU MEJOR ALIADO SERÁ
CONSEGUIR RESULTADOS



CAPACIDAD DE APRENDIZAJE

CAPACIDAD DE REACCIÓN

CULTURA

PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

CONDICIONES LATENTES

PERFORMANCE

DAÑO



Muchas gracias

rpoblete@med.puc.cl

