

¿Porqué mejorar?

11 de Junio 2019

Dr. García Elorrio

IECS

Sus razones

Combinando una historia personal
con conceptos claves para construir
un mensaje inspirador



¿Porqué tiene que ser así?





¡ A veces las cosas no
salen como esperamos !

“Segundas víctimas”

El vil dinero

Improved quality
of patient care

Better management of leg ulcers
 Reduced Health Care Acquired
 Infections
 Reduced drug errors
 Implementation of NICE guidelines
 Improved nutritional care
 Adherence to stroke pathways
 Reduction in falls in hospitals
 Better management of patients
 with diabetes when in hospital

£1050m savings
 £1000m savings

 £750m savings
 £600m savings
 £130m savings
 £36m savings
 £15m savings
 £105m savings



Does improving quality save money?

A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers

John Øvretveit

September 2009

¿Qué es calidad?



Source: Institute of Medicine (32).

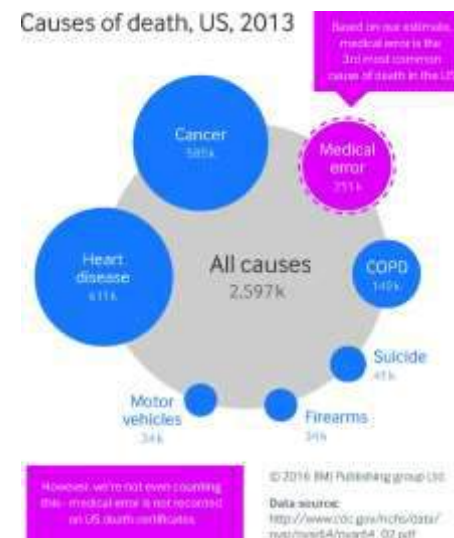
¿Qué es seguridad del Paciente?

La definición más simple de seguridad del paciente es la prevención de errores y eventos adversos para los pacientes asociados con la atención médica.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>

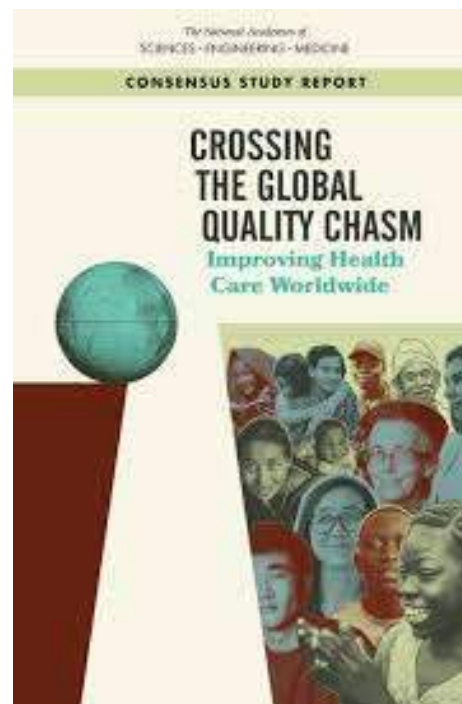
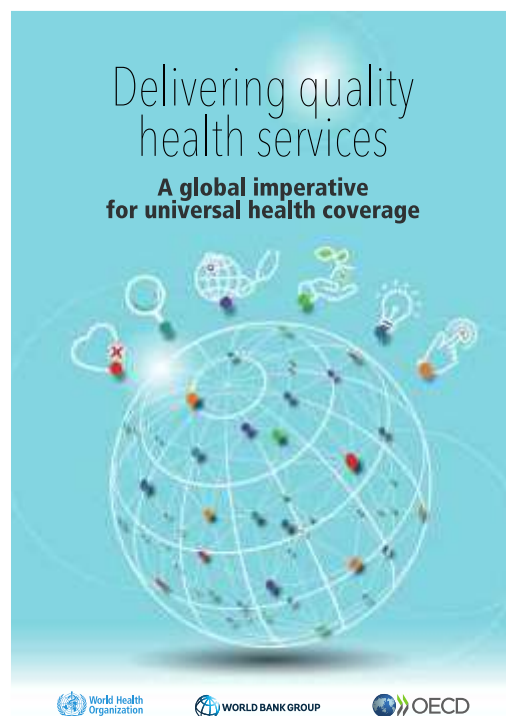
La actualidad

- **Error Médico 3ra causa de muerte en USA.**
 - *BMJ* 2016;353:i2139



- **Re: Error Médico 3ra causa de muerte en USA.**
 - *BMJ* 2016;353:i2139

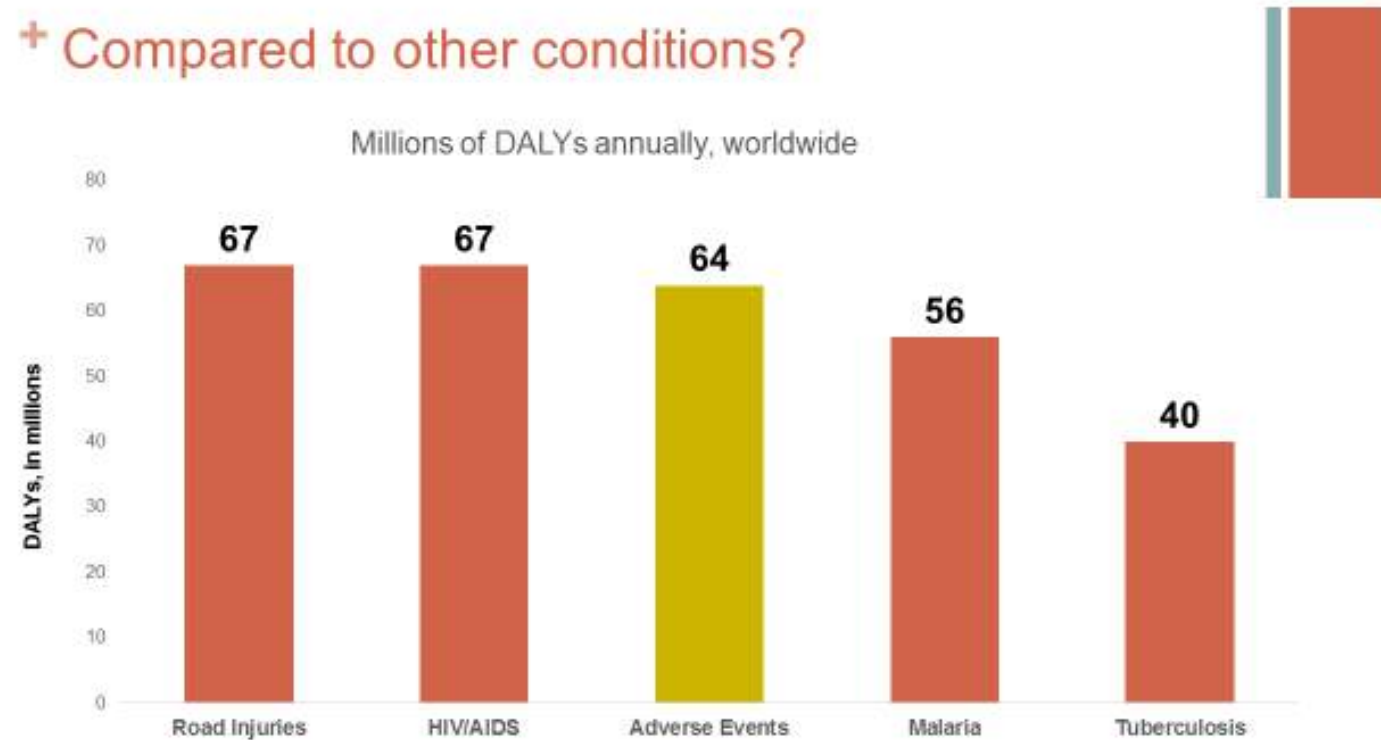
El año de los reportes en Calidad y Seguridad para países en desarrollo



Hechos

- **Tamaño del problema:** IOM, CS ´90 IBEAS, AMRO, AFRO y estudios de brechas en la atención (Mc Glynn)
- **Impacto del problema:** 43 Millones de DALYs a nivel mundial.
Jha AK, et al. BMJ Qual Saf 2013;22:809–815
- **Causas del problema:** aclaradas en países desarrollados
- **Soluciones para el problema**
 - Paquetes (Bundles)
 - Listas de cotejo.
 - Campañas
 - Acreditación

Impacto de la seguridad del paciente



Bill & Melinda Gates Foundation and the Global Ministerial Summits on Patient Safety

- 15% costo operativo
- 28B en ahorros

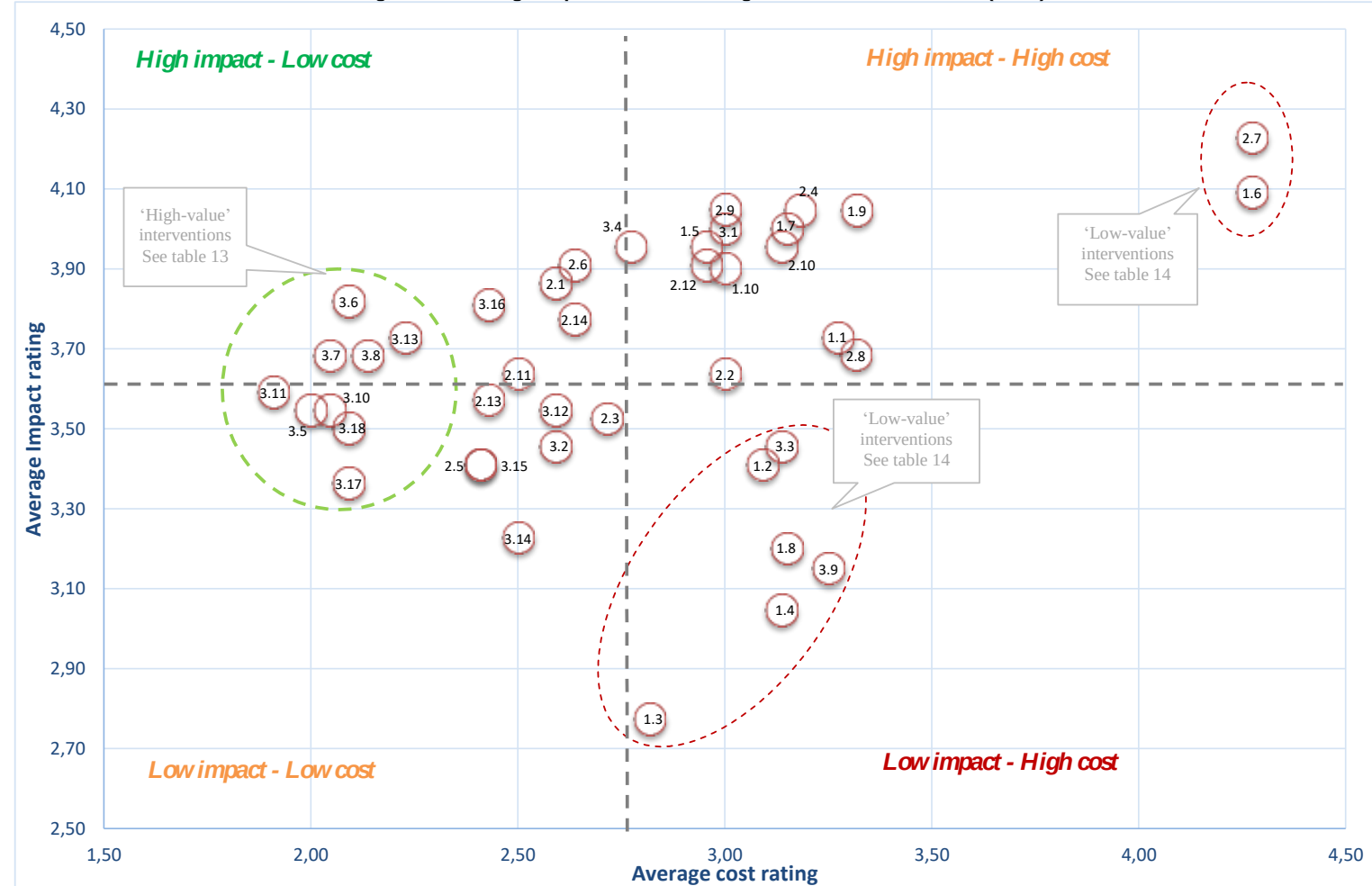
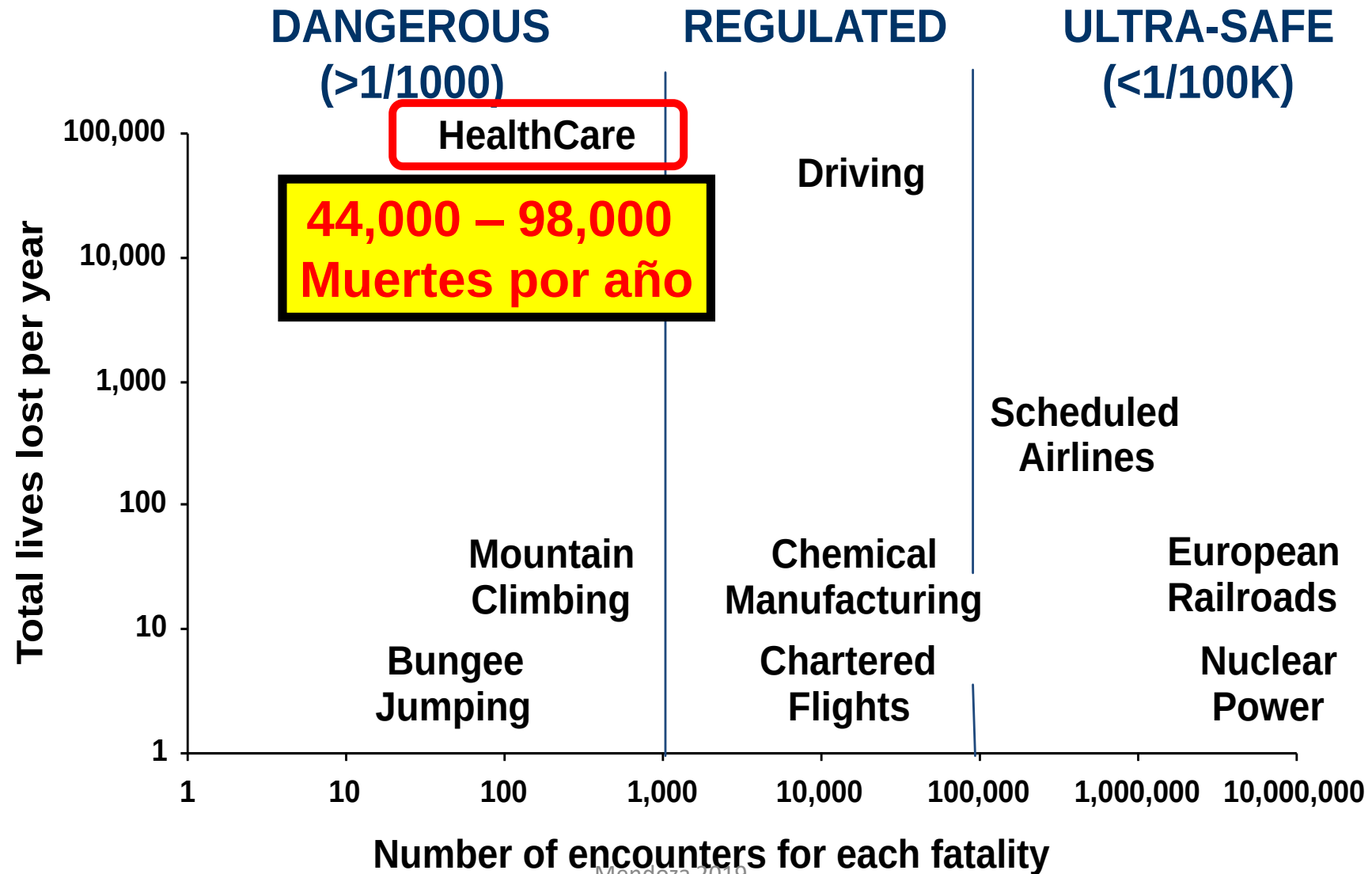


Table 3. Disease burden of 6 adverse event types compared to chronic conditions in England

Disease	Annual burden per 100,000 pop/n	Total annual burden across England
All adverse events*	86 DALYs	46,491 DALYs
Multiple sclerosis	80 DALYs	42,400 DALYs
6 adverse event types	68 DALYs	36,000 DALYs
HIV/AIDS and Tuberculosis	63 DALYs	33,400 DALYs
Cervical cancer	58 DALYs	30,740 DALYs
Interpersonal violence	57 DALYs	30,200 DALYs

Source: Hauck et al (2017), *IHME (2015)

¿Cuan peligroso es el cuidado de la salud? (Profesor Lucian Leape)



Soluciones

Hay suficiente evidencia para la implementación de soluciones basadas en la evidencia para el control de infecciones, lista de verificación quirúrgica, CPOE, barcoding, y mejora de la calidad de trabajo en cuanto a horas y transiciones de cuidados.

1. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006;355:2725-2732[Erratum, N Engl J Med 2007;356:2660.]
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491-499
3. Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, et al. Use of electronic health records in U.S. hospitals. N Engl J Med 2009;360:1628-1638
4. Ulmer C, Wolman DM, Johns MME, eds. Resident duty hours: enhancing sleep, supervision, and safety. Washington, DC: National Academies Press, 2009.

Evidencia en SP: prácticas y recomendación

Ann Intern Med. 2013;158:365-368.

Prácticas fuertemente recomendadas

- Lista de verificación quirúrgica.
- Paquetes de medidas que incluyen la lista de verificación, para la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales.
- Intervenciones para reducir el uso de catéteres urinarios.
- Paquetes de medidas para reducir las neumonías asociadas a ventilador.
- Higiene de manos.
- La lista para no utilizar abreviaturas peligrosas.
- Intervenciones para reducir las úlceras por presión.
- Las precauciones de barrera para disminuir infecciones
- El uso de Doppler para la colocación de vías venosas centrales.
- Intervenciones para prevenir la enfermedad tromboembólica.

¿Son los Hospitales más seguros que hace 15 años con la publicación del informe del IOM?

Se calcula que actualmente la prevalencia de muertes relacionadas con eventos adversos durante la internación es de 1000 casos por día (cerca de 400K por año) en los EEUU

(James JT. J Patient Saf. 2013;9[3]:122-128)

La falta de un sistema de seguimiento puede ser parte del problema.

Hubo grandes avances con el control de infecciones pero todavía hay mucho por hacer en otras disciplinas

Dr. Ashishi Jha HSPH

JAMA Published online August 20, 2014

Chrome File Edit View History Bookmarks Window Help

New Tab x How to do Print Scree x Map & Directions - x Google Maps x Apple Retail Store - x www.health.state.mn.us x US Senate Committee on Health, Education, Labor, & Pensions: Hearings - Hearing

www.help.senate.gov/hearings/hearing/?id=478e8a35-5056-a032-52f8-a65f8bd0e5ef

Apps ScholarOne Manuscripts From DMAA to CCA Prevention Guidelines El Cruce de los Andes

HOME NEWSROOM **HEARINGS** SUBCOMMITTEES NOMINATIONS LEGISLATION ABOUT

Subcommittee Hearing - More Than 1,000 Preventable Deaths a Day Is Too Many: The Need to Improve Patient Safety

Committee:
Subcommittee on Primary Health and Aging

Date:
Thursday, July 17 2014, 10:00 AM

Place:
430 Dirksen Senate Office Building



Recent News

- Harkin Marks 20th Anniversary of Bill to Protect Consumers, Clarify Regulation for the Dietary Supplement Industry [Chairman]
- Alexander Bill Would Give Tennessee 100 Percent Control Over Common Core and Tennessee Schools [Ranking Member]
- Alexander Statement on Obama's Appointment of Ron Klein [Ranking Member]
- Alexander Calls for Restricted Travel from Ebola-Infected West African Countries to U.S. [Ranking Member]
- Alexander: Obamacare Costs to Tennessee Patients, Taxpayers "Nothing Like Tennesseans Were Promised" [Ranking Member]

Witnesses

[return to top](#)

Panel I

John James, PhD, Founder, Patient Safety America, Houston, TX [Download File](#)

Ashish Jha, MD, MPH, Professor of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Boston, MA [Download File](#)

US SENATE COMMITTEE ON HEALTH EDUCATION LABOR & PENSIONS

Democrats by Rank

Tom Harkin (IA)
Barbara A. Mikulski (MD)
Patty Murray (WA)
Bernard Sanders (I) (VT)
Robert P. Casey, Jr. (PA)
Kay R. Hagan (NC)
Al Franken (MN)
Michael F. Bennet (CO)
Sheldon Whitehouse (RI)
Tammy Baldwin (WI)
Christopher S. Murphy (CT)
Elizabeth Warren (MA)

Republicans by Rank

Lamar Alexander (TN)
Michael B. Enzi (WY)

Los que lo logran, ¿Por qué lo hacen?

...Aspiracional/Porque no tienen alternativa

- Espiritu de excelencia. Hacer las cosas bien.
- Regulación
- Fuerzas de mercado.

Competencia/Valor/Desperdicio

- ¿Demanda de los consumidores?
- ¿Demanda de los profesionales?



Formatos de la mejora de calidad

- **Evaluación Externa**
 - Acreditación, Certificación, ISO, Baldrige (Premios Nacionales).
- **Reporte público y benchmarking**
- **Mejora de procesos** en todas sus formas (Ciclo de mejora, Lean, Six sigma o la combinación de ellas entre otras):
- **Mejora a Gran Escala**
 - Campañas y Colaborativas)
- **Soluciones:** Simulación, TS, Checklists, CRM, etc.

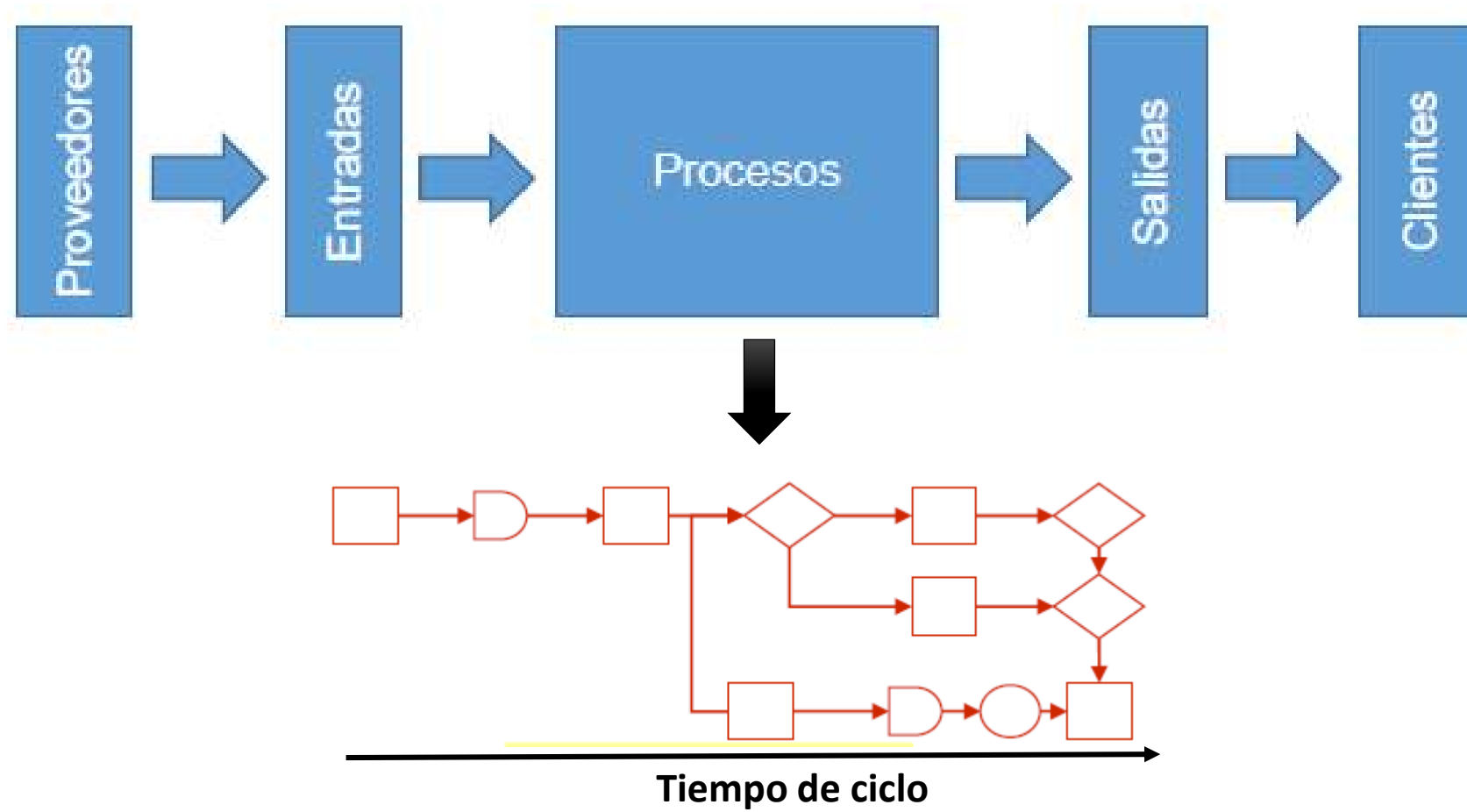


La mejora de procesos

- Reducir la variabilidad.
- Reducir los tiempos de esperas.
- Reducir los desperdicios.
- Reducir los eventos adversos.
- Aumentar la productividad.
- Aumentar la satisfacción del paciente.
- Mejorar el servicio o los cuidados médicos

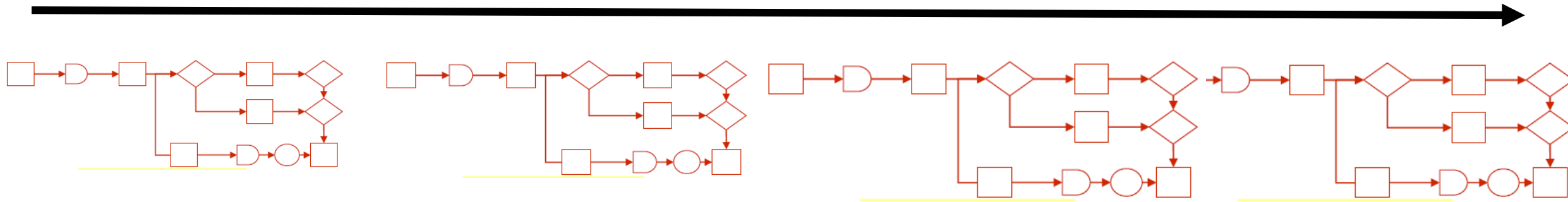


Un proceso



Un sistema

Las salidas de un proceso son las entradas del siguiente proceso





FLUJO



NO FLUJO



NO FLUJO

Estrategias para mejorar el flujo

1. Gestión de la relación demanda/capacidad
2. Predecir la demanda
3. Monitoreo en tiempo real del flujo
4. Eliminar los cuellos de botella
5. Sistemas adaptativos

¿Qué es el Desperdicio?

- ❑ Son todos los recursos que son consumidos de manera ineficiente, actividades no esenciales, material desperdiciado durante el proceso, servicios y productos que no tienen valor para el cliente.





Tipos de Desperdicios



TRANSPORTE



INVENTARIO



MOVIMIENTO



ESPERA



SOBREPRODUCCION



SOBREPROCESAMIENTO



DEFECTOS



CAPACIDADES RR.HH

Sobreproducción

- Hacer más o antes de lo que requiere el proceso siguiente.
- Es todo lo producido a una velocidad mayor a la requerida por el requerimiento del cliente, o generado antes que lo requiera.
- Como consecuencia, se crean inventarios de material o información, en proceso o finales, que generan cargas financieras y obsolescencia.
- Ejemplo: el pedido excesivo de estudios clínicos.

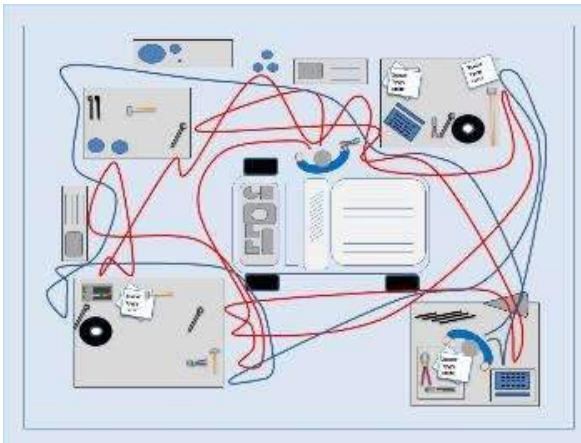
Esperas

- Tiempo libre esperando del material, producto o paciente.
- Por ejemplo: tiempo de espera a que otro proceso termine su trabajo, pacientes esperando a ser atendidos.
- Puede ser el resultado de una mala planificación del proceso
- Es causa de tiempos de ciclo demasiado largos, de re-trabajos y errores.



Movimientos innecesarios

- Los recursos son desperdiciados cuando las personas deben trasladarse largas distancias para hacer su trabajo. Es todo movimiento de personas o partes dentro del proceso. Ejemplos: caminar hasta la fotocopiadora, caminar de una oficina a otra.
- Se corrige con ergonomía y buen diseño del lugar de trabajo.



Excesivo Transporte

- El traslado de productos o partes entre procesos habitualmente no agrega valor, es costoso y puede afectar o dañar el producto o servicio. Ejemplos: traslado de documentos, traspaso de información entre múltiples personas, múltiples pasos de aprobación.
- Como resultado se incrementan los costos, aumentan los tiempos de ciclo y pueden generar costos adicionales como resultado de daños y obsolescencia.

Inventario excesivo

- El inventario genera costos por mantenimiento almacenamiento.
- Los inventarios de material en proceso o finales ocultan problemas, generan cargas financieras, mal uso de los espacios, movimientos y transportes adicionales, y obsolescencia, entregarle lo inadecuado al cliente y daño de los materiales.
- Ejemplos: comprar partes o insumos antes de necesitarlas, todo elemento esperando ser procesado.



Sobreproceso

- Los sistemas caros y complejos son un desperdicio cuando uno más simple funciona igual de bien.
- Usualmente resultado de una cultura del “por si acaso”.
- Ejemplo: Exceso de inspecciones, puntos de chequeo y revisiones en vez de diseñar procesos que eliminen errores. Recargar de información múltiples sistemas o aplicaciones, hacer copias extras, generar reportes inútiles.



Defectos

- Son todos los productos rechazados por defectuosos y todo re-trabajo dentro del proceso.
- Ejemplo: errores en el ingreso de los datos, todo error que vuelve de pasos posteriores del proceso para ser corregido o aclarado.
- Usualmente, es consecuencia de políticas de calidad inexistentes o confiadas en la corrección o inspección y no en la prevención.
- Se mejora con acciones correctivas y preventivas.



La inspiración para esta presentación

By Mark R. Chassin

VIEWPOINT

Improving The Quality Of Health Care: What's Taking So Long?

DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0809
HEALTH AFFAIRS 32,
NO. 10 (2013): 1761-1765
©2013 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

¿Por qué cuesta tanto?

Las cosas a las que les deberíamos prestar atención

- **Mirar más allá de las complicaciones prevenibles:** la importancia del sobreuso
- **Una intervención no es igual para todos:** interés por procesos de mejora robustos (LSS)
- **La cultura es importante:** Factor clave de éxito

HEALTH AFFAIRS 32, NO. 10 (2013): 1761–1765

En resumen

- La región necesita cada vez más eficiencia en el uso de recursos para combatir su mayor mal: la inequidad
- La calidad y en particular la seguridad del paciente son sin duda prioridad para nosotros (los creyentes) pero no necesariamente para los decisores.
- Existen cada vez un mayor número de modelos de uso regional que pueden ser de utilidad para cerrar esta brecha.
- Pueden ayudar
 - Diagnostico de situación
 - Reporte Público
 - Regulación para promover la evaluación externa.
 - Transformación de la cultura institucional en pos de la mejora de procesos
 - El uso de herramientas basadas en la evidencia para mejorar la seguridad del paciente.

Esta en nosotros acompañar este cambio

*” El conocimiento no es suficiente debemos usarlo.
Querer no es suficiente, debemos hacer”*

Goethe



“La marea que crece eleva todos los botes”

John F Kennedy



!Muchas gracias por todo!

egarciaelorrío@iecs.org.ar
www.iecs.org.ar