



FEMEBBA
FEDERACIÓN MÉDICA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Profesional

Dr. Fabián Vítolo

3° Jornada del Foro Latinoamericano Colaborativo
en Calidad y Seguridad en Salud
12-13 de mayo 2021

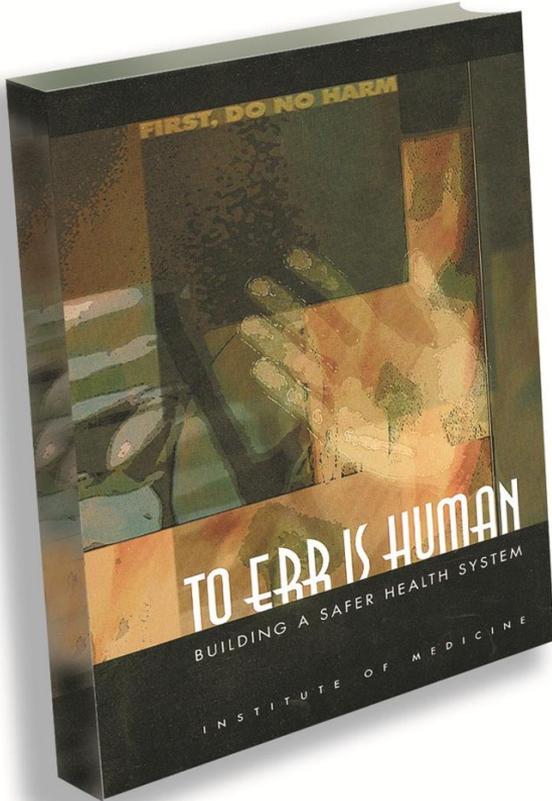


NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

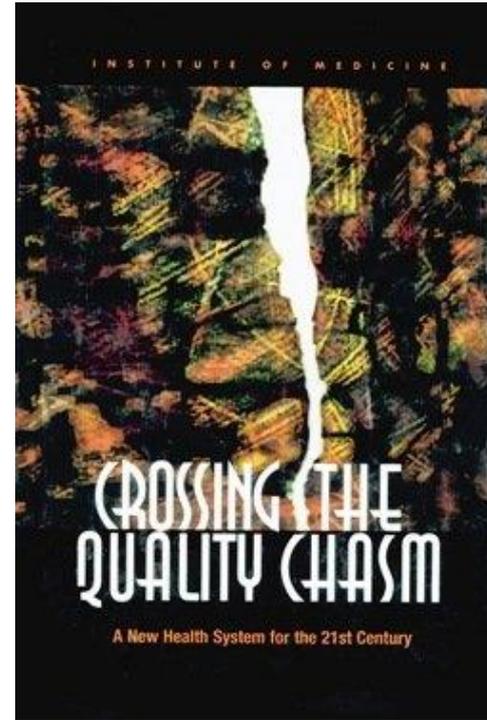


De dónde venimos

(el camino recorrido)

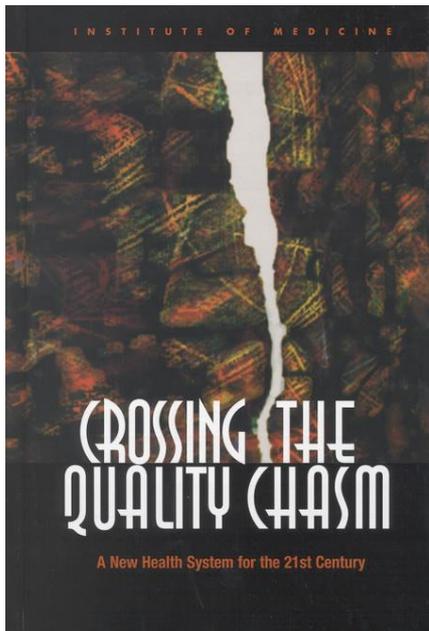


1999



2001

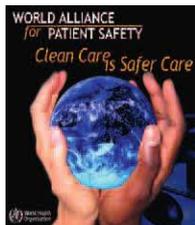
Las 6 dimensiones de la calidad (IOM, 2001)



¿Qué hizo la OMS?



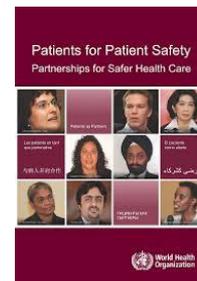
Primer Desafío Mundial



Segundo Desafío Mundial



Taxonomía
Clasificación Internacional



Pacientes por la seguridad del Paciente

2002

2004

2005

2007

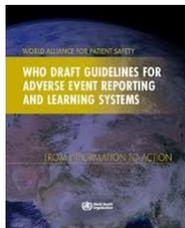
2009

2011

2012



Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente



Guías para sistemas de reporte de incidentes y aprendizaje



Soluciones inaugurales para la seguridad del paciente



Guía Curricular sobre la Seguridad del Paciente

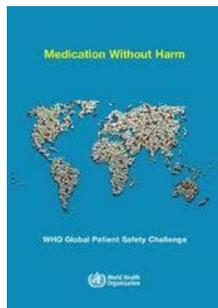


Guía para la Investigación en Seguridad del Paciente

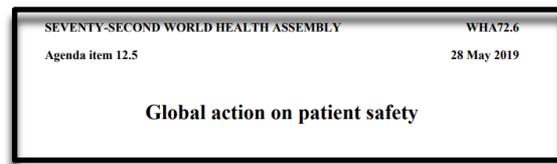
Res. WHA 55.18
Prestar atención al tema

¿Qué hizo la OMS?

Tercer Desafío Mundial
Medicación sin daño



Cumbres Ministeriales
Anuales de Seguridad



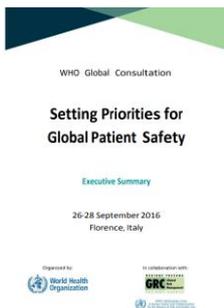
2016

2017

2018

2019

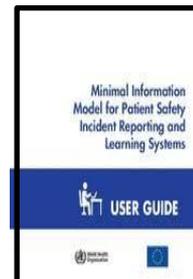
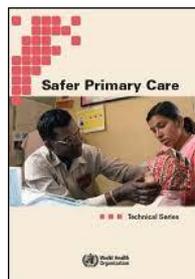
2020



Consulta Global de
Prioridades



Redes Mundiales de
Seguridad del Paciente
Colaborativas



Serie de Documentos Técnicos



Patient Safety Incident Reporting
and Learning Systems
Technical report and guidance

¿Qué hicieron algunos Estados?



Estados Unidos: 4% (1991/1999)



Australia: 13% (1999)



Reino Unido: 11% (2000)



Nueva Zelanda: 13% (2001)



Dinamarca: 13% (2001)



Nueva Zelanda: 13% (2001)

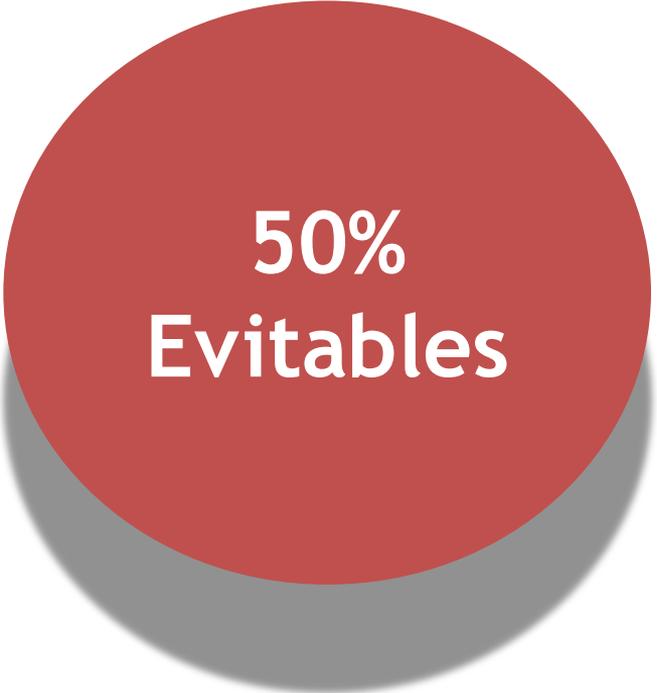


España (Estudio ENEAS): 9% (2006)



Argentina (Estudio IBEAS) 10% (2012)

Estudios Nacionales de Eventos Adversos



50%
Evitables

Magnitud e impacto del problema



1 de cada 10 pacientes sufren daños durante su internación, 50% evitables

IBEAS 2012 , ENEAS,2009



2,6 millones de muertes en el mundo anuales por atención médica insegura (220 a 400 K en USA)

NAP 2018; James, 2013



40 a 80 mil muertes por año en USA errores diagnósticos

Singh, 2014



1 millón de muertes anuales por complicaciones quirúrgicas

OMS, 2009



400.000 eventos adversos por año en EE.UU por errores de medicación

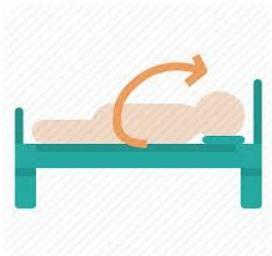
IOM, 2004



50 mil muertos por año en USA y Europa por microorganismos multiresistentes

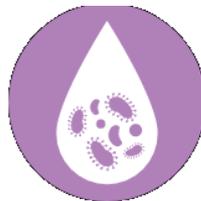
OMS Global Burden, 2016

Magnitud e impacto del problema



15,8% de los pacientes internados en Argentina sufren úlceras por presión

IBEAS, 2012



5 millones de muertos por año en el mundo por sepsis

Fleishmann, 2016



6 millones de TEV's en países de ingresos medios y bajos

Janssen, 2014



IACS: 7,6% en países de ingresos altos y 10% en países de ingresos medios y bajos

OMS, 2011



8,7 reacciones adversas cada 100 mil unidades transfundidas

OMS, 2010



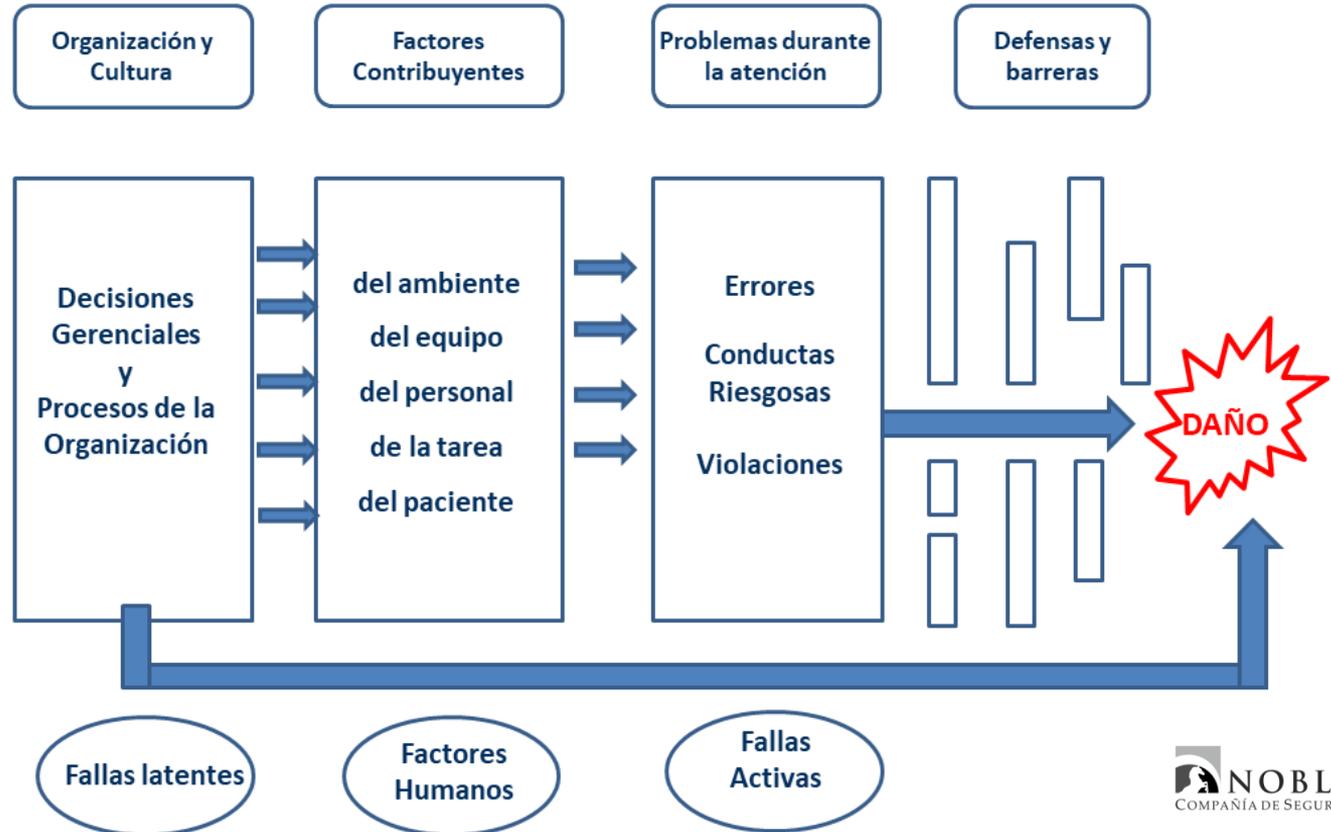
Aislamiento y exceso de restricción física en salud mental

D'Lima, 2016

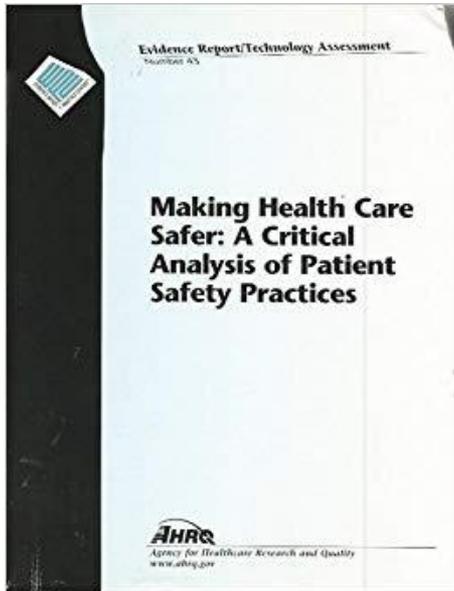
¿Qué hicieron los investigadores?



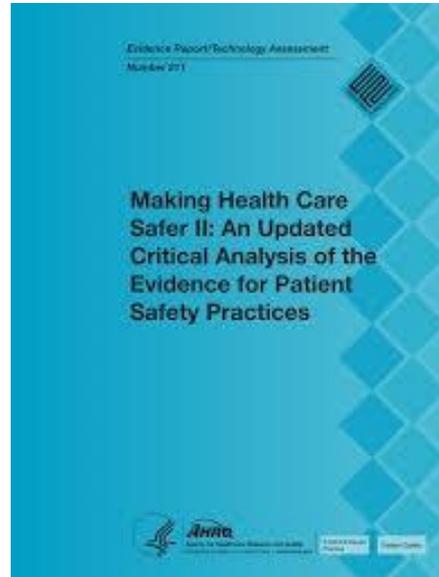
James Reason
2000



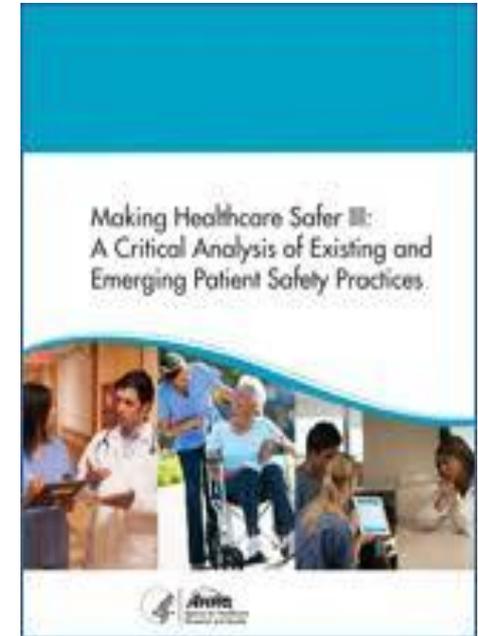
¿Qué hicieron los investigadores? (AHRQ)



79 prácticas (2001)

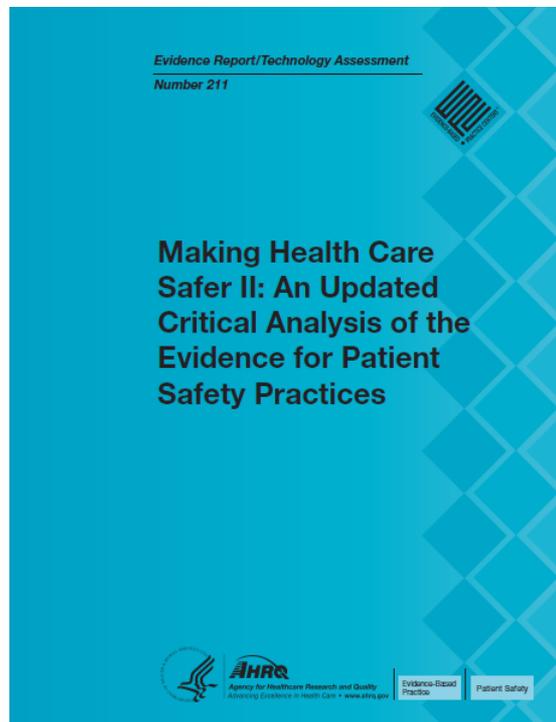


41 prácticas (2013)



47 prácticas (2020)

Ya sabemos qué lo que hay que hacer....



2013

Annals of Internal Medicine

SUPPLEMENT

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Wachter, MD; Kathryn M. McDonald, MM; Karen Schoelles, MD, SM; Sydney M. Dy, MD, MSc; Kaveh Shojania, MD; James T. Reston, PhD, MPH; Alyce S. Adams, PhD; Peter B. Angood, MD; David W. Bates, MD, MSc; Leonard Bickman, PhD; Pascale Carayon, PhD; Sir Liam Donaldson, MChB, MSc, MD; Naihua Duan, PhD; Donna O. Farley, PhD, MPH; Trisha Greenhalgh, BM BCH; John L. Haughom, MD; Eileen Lake, PhD, RN; Richard Lilford, PhD; Kathleen N. Lohr, PhD, MA, MPhil; Gregg S. Meyer, MD, MSc; Marlene R. Miller, MD, MSc; Duncan V. Neuhouser, PhD, MBA, MHA; Gery Ryan, PhD; Sanjay Saint, MD, MPH; Stephen M. Shortell, PhD, MPH, MBA; David P. Stevens, MD; and Kieran Walshe, PhD

1. Checklists perioperatorios y de anestesia
2. Bundle vías centrales
3. Planes de remoción de sondas vesicales
4. Bundle de neumonía asociada al respirador
5. Higiene de manos
6. Listado de abreviaturas peligrosas
7. Planes para prevenir úlceras por presión
8. Precauciones barrera IACS
9. Catéteres centrales bajo control ecográfico
10. Planes de prevención TVP y TEP

¿Qué hicieron los acreditadores de calidad?



Indicadores PICAM¹ de calidad de atención (23 de 36):

Historias clínicas sin epicrisis a las horas del alta

Reingresos no programados por la misma patología dentro de las horas

Cesáreas

Cesáreas en nulíparas

Mortalidad neonatal ajustada por peso

Pacientes correctamente identificados

Pases de guardia correctamente comunicados

Identificación correcta de medicamentos de alto riesgo

Checklists quirúrgicos completos

Cirugías en sitio correcto

Cirugías con documentación completa

Turnos quirúrgicos suspendidos o postergados más de horas

Bacteriemias por catéter venoso central

Infecciones del tracto urinario asociadas a sonda vesical

Neumonías asociada a ventilación mecánica

Infecciones del sitio quirúrgico

Pacientes internados con alto riesgo de caída

Prevención del riesgo de caídas

Caídas de pacientes

Caídas por día de internación

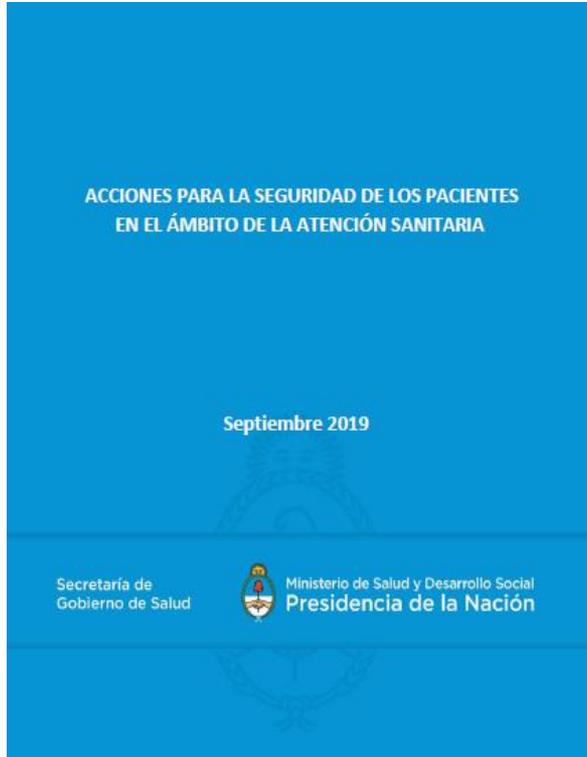
Riesgo de aparición de úlceras por presión

Pacientes internados con riesgo de UPP

Incidencia de episodios de UPP

¹Tomado de PICAM. Manual de Indicadores. ©ITAES 2020.

¿Qué hizo el Ministerio de Salud? (2019)



INDICE

INTRODUCCIÓN	6
ASPECTOS GENERALES	9
LÍNEAS DE ACCIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA	10
1. CULTURA DE SEGURIDAD	11
2. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	14
3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	20
4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA.....	26
5. PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES. CUIDADOS ADECUADOS A CADA PACIENTE.....	29
6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.....	32
7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES	36
8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS.....	39
9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	42
GLOSARIO	45
REFERENCIAS.....	

¿Qué hizo el Ministerio de Salud? (2020)

Herramienta para la
evaluación y mejora de la
seguridad de los pacientes
en el ámbito de la atención
sanitaria

DNCSSyRS - Versión 1.1 - Agosto de 2020

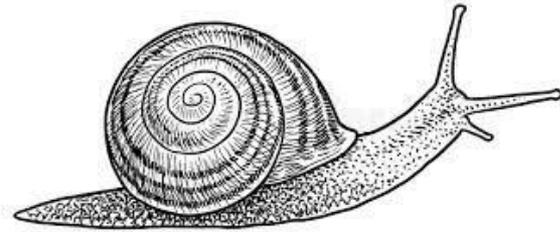
1. CULTURA DE LA SEGURIDAD	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
1.1. La seguridad del paciente está mencionada como valor central dentro del plan estratégico institucional					
1.2. Desarrolla un plan de acción en seguridad del paciente ¹					
1.3. Fomenta el liderazgo y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de acción en seguridad del paciente					
1.4.1. Existe un equipo de trabajo que desarrolla acciones para la calidad y seguridad de los pacientes					
1.4.2. Existe un comité institucional de calidad y seguridad del paciente					
1.4.1. En caso de que existan, los proyectos en los que se ha trabajado el último año, son difundidos a nivel institucional					
1.5. Realiza evaluaciones periódicas del clima de seguridad en la institución a través de encuestas					
1.6. Capacita a todo el personal en seguridad de la atención al paciente					
1.7. Difunde de forma periódica información y/o experiencias institucionales en seguridad de atención					

Observaciones:

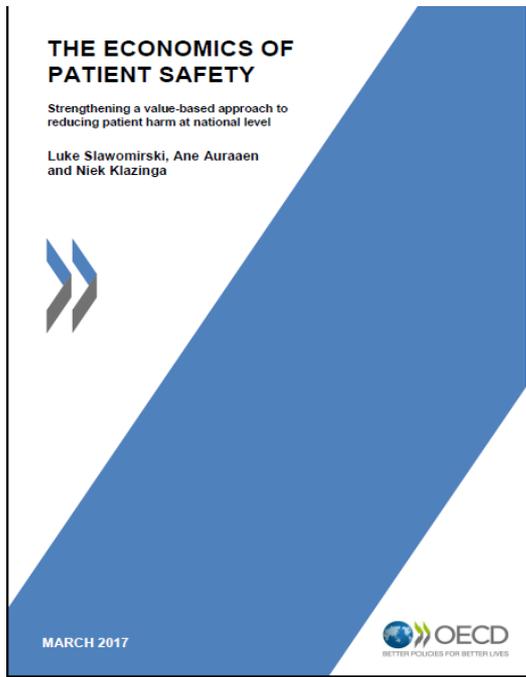


¿Dónde estamos hoy?

Pese a todo este conocimiento acumulado, el paso a la acción se demora y los progresos en seguridad son más lentos de lo deseado



El costo del error (OCDE, 2017)



- 14º causa de morbilidad a nivel global
- 15% de la actividad total de los hospitales y de su gasto
- Costo económico total de las fallas asistenciales en EE:UU: 1 trillón de dólares (2008)

¿Por qué el avance es tan lento?



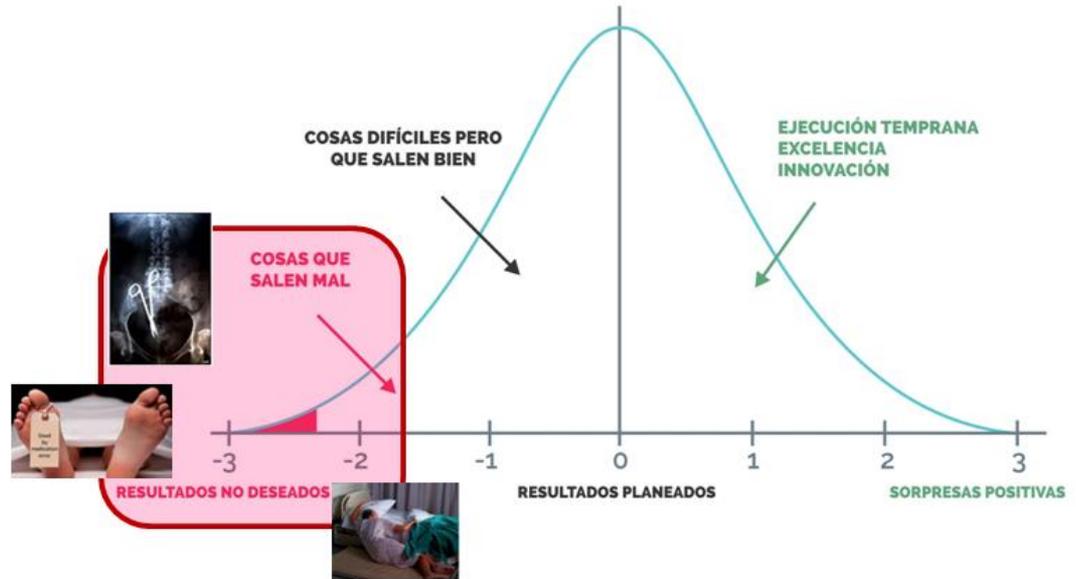
**Persistencia de barreras
muy poderosas**

- Falta de reconocimiento como un tema de salud pública
- Barreras culturales
- Industria del juicio
- Dudas de la evidencia científica
- Dificultad para presentar el caso económico
- Intereses no alineados
- Falta de aprendizaje organizacional

Una visión miope del problema de la inseguridad

Foco casi excluyente en lo que sale mal (daños)

Eventos adversos
(ausencia de seguridad)





NIVEL MICRO
Práctica clínica

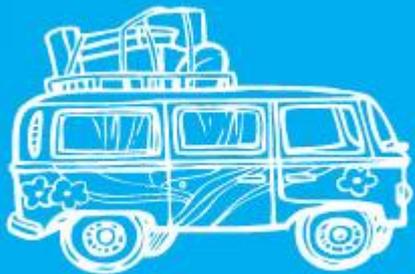
NIVEL MESO
Organizaciones de Salud

NIVEL MACRO
Política/Regulación/ Leyes

70%

20%

10%



¿Adónde hay que ir?

“Los avances en seguridad del paciente requieren pasar de las actuales intervenciones reactivas y fragmentadas hacia un abordaje sistémico total de la seguridad.”

“Free from Harm” National Patient Safety Foundation, 2015



Cultura

Seguridad
Sistémica

Liderazgos

Seguridad
Psicológica

Responsabilidad

Comunicación
Trabajo en
equipo

Negociación

Transparencia

Confiabilidad

Mejoras
&
Medición

Aprendizaje
continuo

Sistema de
Aprendizaje

Seguridad 1

Seguridad es al reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable

Identificación y
Análisis de Eventos
Adversos



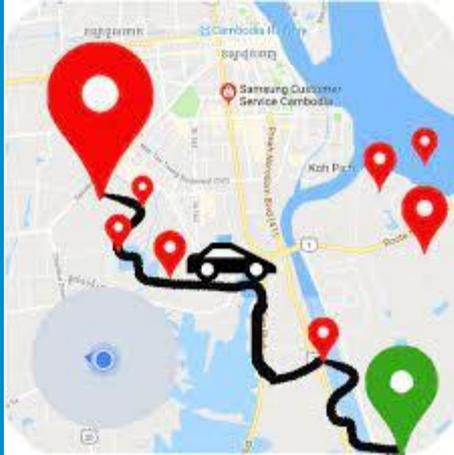
Seguridad 2

La capacidad del sistema de poder sostener las operaciones requeridas tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas (Resiliencia)

Análisis de la capacidad de:

- Respuesta
- Monitoreo
- Aprendizaje
- Anticipación

**¡LA SEGURIDAD ES UNA SOLA!
ES LO QUE HACEMOS TODOS
LOS DÍAS**



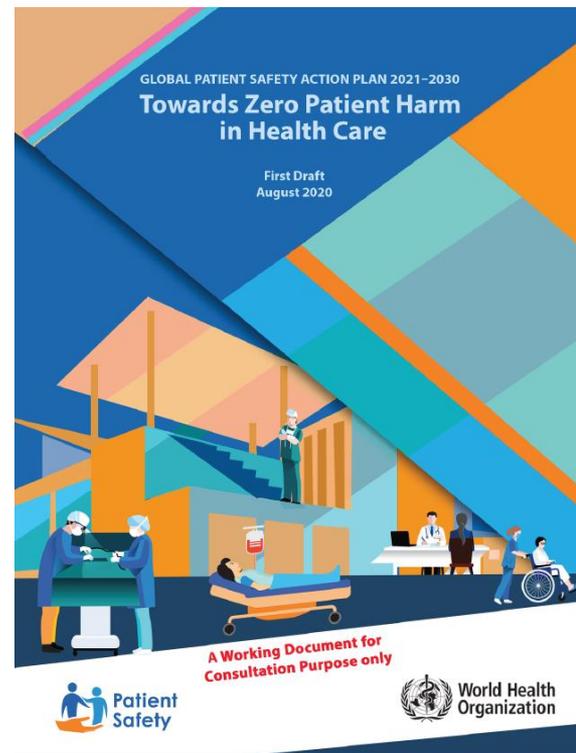
El mapa de ruta



WHO Flagship Initiative

A Decade of Patient Safety 2020-2030

WHO's response to global call for action on patient safety







VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS





Visión

Un mundo en el que ningún paciente sufra daños durante la atención sanitaria, y donde todas las personas reciban una atención respetuosa y segura, todo el tiempo, en todas partes



Misión

Impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con el centro en el paciente, basada en la ciencia y mediante alianzas estratégicas



Objetivo

Alcanzar a escala global el máximo posible de reducción del daño evitable por una asistencia sanitaria insegura



6 PRINCIPIOS RECTORES





1 | Tratar a los **pacientes y familias como socios** para una atención más segura



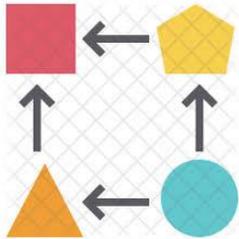
2 | Obtener resultados a través del **trabajo colaborativo**



3 | **Analizar los datos y las experiencias** para generar aprendizaje



4 | Trasladar la **evidencia a mejoras** medibles



5 | **Adaptar** las políticas y acciones **al entorno** de atención



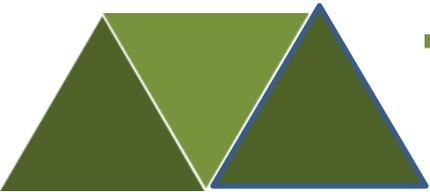
6 | Utilizar tanto los conocimientos científicos como las **historias de vida para educar** y abogar por la seguridad del paciente



4 SOCIOS EN ACCIÓN



Gobiernos	Organizaciones de salud	Partes interesadas	OMS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gobiernos nacionales y subnacionales ▪ Parlamentos y órganos legislativos ▪ Ministerios de Salud ▪ Organismos especializados y órganos auxiliares (ej: agencias de calidad) ▪ Otros ministerios (Educación Bienestar Social, Vivienda, Economía, Trabajo, etc) ▪ Órganos reguladores nacionales-subnacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimientos de atención secundaria y terciaria; ▪ Establecimientos de atención primaria ▪ Establecimientos de cuidados crónicos ▪ Establecimientos de salud mental ▪ Prestadores de cuidados paliativos ▪ Prestadores de atención pre-hospitalaria ▪ Establecimientos de diagnóstico ▪ Establecimientos de adicciones y salud mental ▪ Servicios de internación domiciliaria ▪ Servicios de promoción de salud ▪ Equipos de gestión de servicios de salud sub-nacionales y comunales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizaciones intergubernamentales (ej.: OCDE, Comisión Europea) ▪ ONG's internacionales y nacionales; organizaciones profesionales ▪ Organismos de acreditación. Órganos normativos internacionales e independientes ▪ Instituciones académicas. Universidades ▪ Institutos de investigación ▪ Prestadores de cuidados paliativos ▪ Asociaciones de prestadores de salud ▪ Organizaciones de la sociedad civil (incluyendo asociaciones de pacientes) ▪ Grupos y organizaciones comunitarias ▪ Medios de comunicación ▪ Naciones Unidas y org. multilaterales ▪ Industria farmacéutica y dispositivos ▪ Industria informática para la salud ▪ Entidades del sector privado. Prestadores de salud privados ▪ Organizaciones de seguro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficinas de la OMS a todo nivel (central, regional, nacional) ▪ Oficinas de la OMS dispersas geográficamente



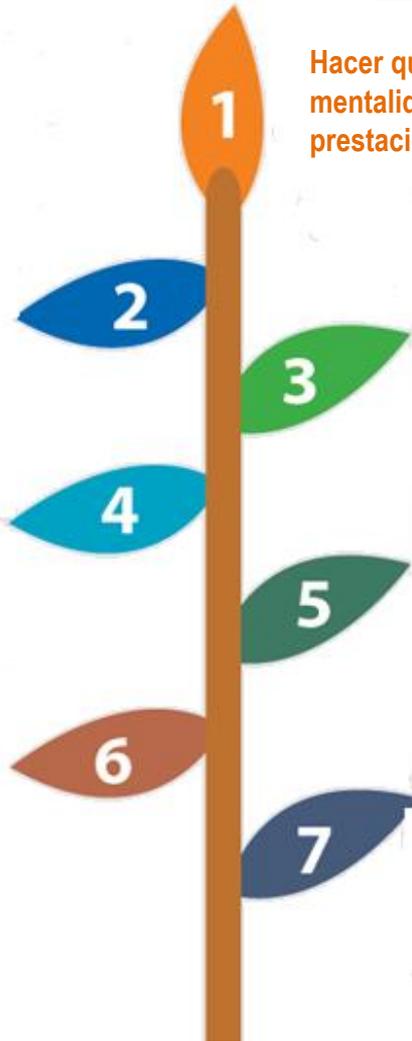
7 Objetivos estratégicos



Construir sistemas y organizaciones de salud altamente confiables, que protejan diariamente a los pacientes de daños evitables.

Involucrar y empoderar a los pacientes y familias para que colaboren y apoyen el viaje hacia una atención de salud más segura

Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitable y las mejoras en la seguridad de la atención



Hacer que el “0 daño evitable” a los pacientes sea una mentalidad y una regla de compromiso en la planificación y prestación de servicios de salud en todas partes

Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos

Inspirar, capacitar y dotar de habilidades a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar e implementar sistemas de atención más seguros.

Desarrollar y mantener asociaciones, sinergias y solidaridad a nivel multinacional y multisectorial para mejorar la seguridad de los pacientes.

“Da tu primer paso
ahora. No importa
que no veas el
camino completo.
Sólo da tu primer
paso y el resto del
camino irá
apareciendo a
medida que camines.”

Martin Luther King Jr

GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
SHUKURIA
GOZAIMASHITA
EFCHARISTO
JUSPAXAR
DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
YAQHANYELAY
SUKSAMA
EKHMET
MEHRBANI
GRAZIE
MAZIE
MEHRBANI
PALDIES
TINGKI
BIYAN
SHUKRIA
THANK
YOU
BOLZIN
MERCI

Fablán Vítolo

NOBLE Compañía de Seguros

fabian.vitolo@nobleseguros.com

