

Seguridad del Paciente: Más allá del Checklist

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros

VII Jornadas Directores Médicos 2019
«Integrando destrezas»
26 de junio 2019



- 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)

¿Cuál ha sido nuestra estrategia hasta ahora?

- Identifiquemos cuáles son los principales problemas
- Identifiquemos y analicemos sus causas
- Saquemos las lecciones aprendidas
- Desarrollemos recomendaciones y prácticas de seguridad
- Controlemos su implementación (indicadores)



¿Alcanza?



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

«La importancia del cambio de cultura debe ponerse en primer plano, en lugar de relegarse a un segundo plano con respecto a otras actividades de seguridad»

Free from Harm, 2015

Seguridad 1

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



Seguridad 2

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

Identificación y
Análisis de Eventos
Adversos

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

Análisis de la capacidad de:

- Respuesta
- Monitoreo
- Aprendizaje
- Anticipación

¿Estamos aprendiendo
y mejorando?

¿Seremos seguros en
el futuro?



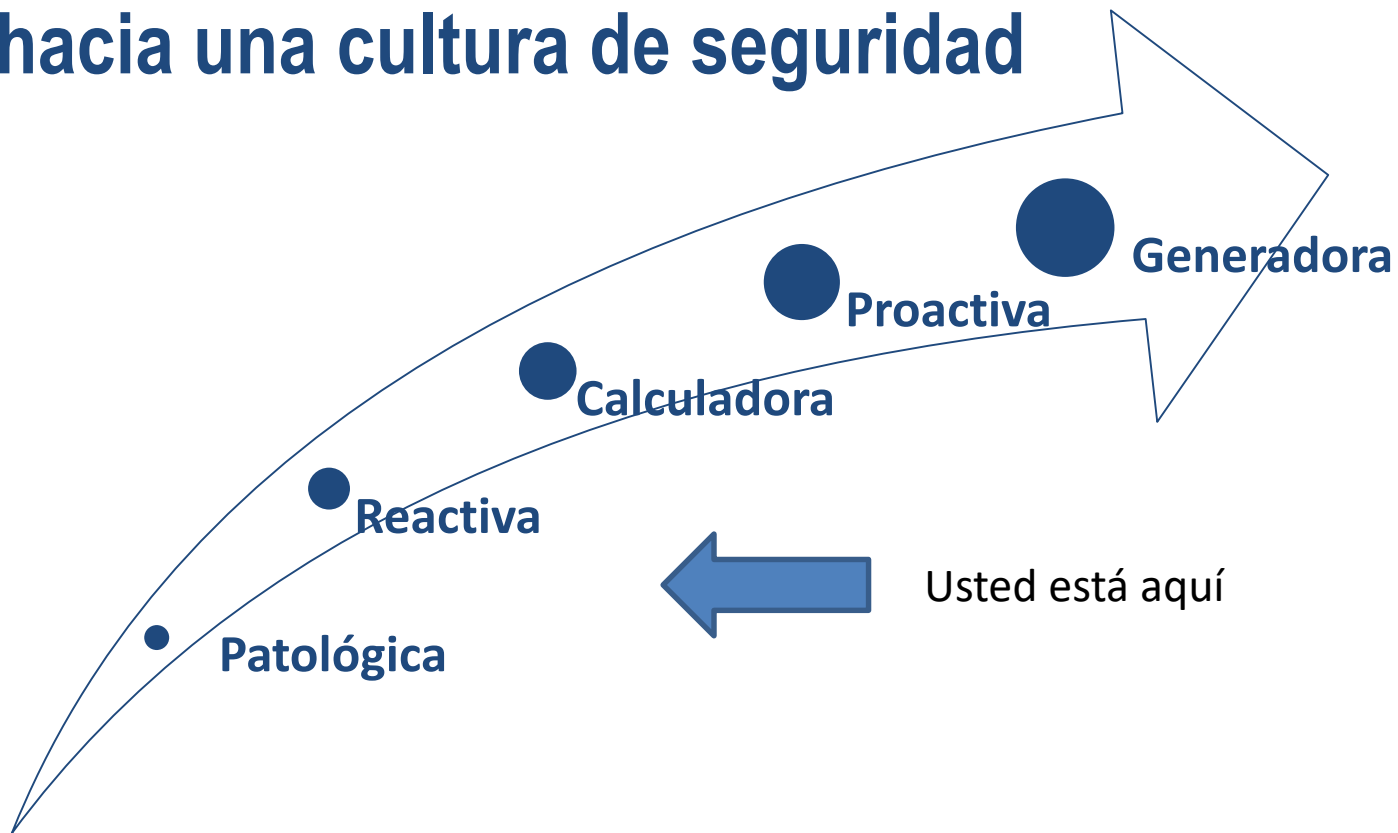
¿Fuimos seguros en el
pasado?

¿Somos confiables ?

¿Somos seguros hoy?

Vincent, 2013

El viaje hacia una cultura de seguridad



5 Niveles de atención

Intervenciones para
optimizar la atención

Óptimo
beneficio



1. Atención óptima y adherencia a estándares

2. Cumplimiento de estándares – atención normal con imperfecciones

3. Atención poco confiable y de baja calidad. El paciente se salva del daño

4. Pobre atención. Probablemente haya daños menores, superados por los beneficios (Ej: productividad)

5. El daño durante la atención supera cualquier beneficio que pueda obtenerse

“Área de la calidad”

“La normalización de los desvíos”

“Área de la seguridad”



Intervenciones para
gestionar el riesgo

Aumento del
Riesgo de daños

El desafío

«La cultura de seguridad del paciente es un fenómeno complejo que no es claramente entendido por los líderes hospitalarios, haciendo que sea muy difícil su instrumentación»

-Sammer, 2010



JOURNAL OF
NURSING SCHOLARSHIP

CLINICAL SCHOLARSHIP

What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature

Christine E. Sammer, RN, PhD¹, Kristine Lykens, PhD², Karan P. Singh, PhD³, Douglas A. Mains, DrPH⁴, & Nuha A. Lackan, PhD⁵



1. ¿Qué es lo que los directores necesitan **SABER** para mejorar la seguridad?
2. ¿Qué es lo que los directores necesitan **HACER** para mejorar la seguridad?

Lo que un director debe saber...

- Ciencia de la seguridad
- Ciencia de la mejora
- Ciencia de la implementación
- Concepto de cultura justa
- Organizaciones altamente confiables/resiliencia
- Formas de participación del paciente/familia
- Métricas de seguridad
- Identificación y manejo de conductas disruptivas
- Seguridad física y psicológica del personal
- Trabajo en equipo-comunicación efectiva
- Concepto de transparencia

Lo que un director debe hacer...

ACTIVAR: Estableciendo prioridades organizacionales. Prácticas de liderazgo que motiven la búsqueda de la seguridad

ESTABLECER: Instrumentar las acciones de primera línea que mejoren la seguridad de los pacientes

APRENDER: Estableciendo prácticas de aprendizaje que refuercen las conductas seguras



Patient Safety Culture "Bundle" for CEO's/Senior Leaders

PATIENT SAFETY
FORWARD WITH

+Cedim

1. Enabling

Organizational priority setting, leadership practices that motivate the pursuit of safety

Organizational priority

- ☐ Board educated, engaged, accountable, prioritizes patient safety?
- ☐ Safety/quality vision, strategy, plan, goals (with input from patients, families, staff, physicians)?
- ☐ Safety/quality resources/infrastructure?

CEO/senior leadership behaviours

- ☐ Relentless communication about safety/quality vision, stories, results?
- ☐ Regular/daily interaction with care settings/units, staff, physicians, patients and families?
- ☐ Model key values (e.g. honesty, fairness, transparency, openness, learning, respect, humanity, inclusiveness, person-centredness)?

Human resources

- ☐ Leaders/staff/physicians engaged, clear expectations/incentives for safety/quality?
- ☐ "Just culture" program/protocol?
- ☐ Disruptive behaviour protocol?
- ☐ Staff and physician safety (physical/psychological/burnout); safe environment program?

Health information/technology/devices

- ☐ E-health records support safety (e.g. decision support, alerts, monitoring)?
- ☐ Technology/devices support safety (e.g. human factors, traceability)?

Healthcare system alignment

- ☐ Community/industry-wide collaborations?
- ☐ Align with national/international standards (e.g. accreditation, regulatory, professional, industry)?

2. Enacting

Frontline actions that improve patient safety

Care settings and managers

- ☐ Integrated, unit/setting-based safety practices (e.g. daily briefings, visual management, local problem solving)?
- ☐ Managers/physician leaders foster psychological safety (speaking up)?

Care processes

- ☐ Standardized work/care processes where appropriate?
- ☐ Communication/patient hand-off protocols (e.g. between shifts/units, across care continuum)?

Patient and family engagement/co-production of care

- ☐ Patients/families partners in all aspects of care (e.g. planning, decision-making, family presence policy, rounds, access to health record/test results)?
- ☐ Patients/families involved in local safety/quality initiatives?
- ☐ Disclosure and apology protocols?

Situational awareness/resilience

- ☐ Processes for real-time/early detection of safety risks and patient deterioration (by staff/patients/families/physicians)?
- ☐ Protocols for escalation of care concerns (by staff/patients/families/physicians)?

3. Learning

Learning practices that reinforce safe behaviours

Education/capability building

- ☐ Leaders/staff/physicians trained in safety and improvement science, teamwork, communication?
- ☐ Team-based training, drills?

Incident reporting/management/analysis

- ☐ Effective risk/incident reporting system for events related to patients/families and staff/physicians (e.g. near misses, never events, mortality/morbidity reviews)?
- ☐ Structured processes for responding to and learning from safety events/critical incidents (e.g. systems analysis, patient/family/staff/physician involvement and support)?

Safety/quality measurement/reporting

- ☐ Regular measurement of safety culture; patient/family complaints; and staff/physician engagement (by unit/setting and organization)?
- ☐ Retrospective/prospective safety and quality process and outcome measures?
- ☐ Regular, transparent reporting of safety/quality plan results?

Operational improvements

- ☐ Structured methods, infrastructure to improve reliability, streamline operations (e.g. PDSA, lean, human factors engineering, prospective risk analysis)?



ACTIVAR



Prioridad organizacional

- ☐ ¿Directorio capacitado, comprometido, responsabilizado que prioriza la seguridad de los pacientes?
- ☐ ¿Existe una visión, estrategia, plan, objetivos para la calidad y seguridad? (con input de pacientes, familias y staff)?
- ☐ ¿Se destinan recursos/ infraestructura para la calidad/seguridad?

Conductas del CEO/líderes

- ☐ ¿Hay una comunicación persistente sobre la visión, historias de los pacientes y resultados de calidad y seguridad?
- ☐ ¿Hay una interacción regular/diaria con las unidades de atención, personal, médicos, pacientes y familias?
- ☐ ¿Son los directores modelos de valores como la honestidad, justicia, transparencia, apertura, aprendizaje, humanidad, inclusión, centro en la persona ?

ACTIVAR



Recursos Humanos

- ☐ ¿Hay compromiso de los líderes, el personal y los médicos? ¿Hay claras expectativas/incentivos para la seguridad y la calidad?
- ☐ ¿Existe un programa/protocolo de cultura justa ?
- ☐ ¿Existe un programa/ protocolo para el manejo de conductas disruptivas?
- ☐ ¿Existe un programa que aborde la seguridad física/psicológica/burnout del personal ?

Servicios Clínicos y Jefes

- ☐ ¿Prácticas de seguridad integradas para cada servicio? (Ej: briefings diarios, ayudas visuales, checklists, solución local de problemas)
- ☐ ¿Los jefes promueven la seguridad psicológica del personal?

Procesos de Atención

- ☐ ¿Procesos estandarizados cuando es apropiado ?
- ☐ ¿Protocolos de comunicación efectiva SBAR, I-PASS ?

ESTABLECER



Participación de pacientes y Familias/Co-producción de la Atención

ESTABLECER

- ☐ ¿Pacientes/familias como socios en todos los aspectos de la atención?
- ☐ ¿Pacientes/familias involucrados en las iniciativas locales de calidad y seguridad ?
- ☐ ¿Protocolos de revelación de eventos adversos y pedido de perdón ?



freedigitalphotos.net

Conciencia de Situación/Resiliencia

- ☐ ¿Procesos para la detección en tiempo real de riesgos para la seguridad o el deterioro de pacientes ?
- ☐ ¿Protocolos para el “escalamiento” de las preocupaciones relativas a la atención ?

APRENDER



Educación/Construcción de Competencias

- ☐ ¿Líderes, personal, médicos entrenados en seguridad, ciencia de la mejora, trabajo en equipo y comunicación ?
- ☐ ¿Entrenamiento en equipo, ejercicios, simulacros?

Reporte, manejo y análisis de incidentes

- ☐ ¿Sistema de reporte de incidentes efectivo de eventos relacionados con la seguridad de los pacientes, y empleados ?
- ☐ ¿Proceso estructurado para responder y aprender de eventos de seguridad (ACR, Protocolo de Londres, etc. ?

APRENDER

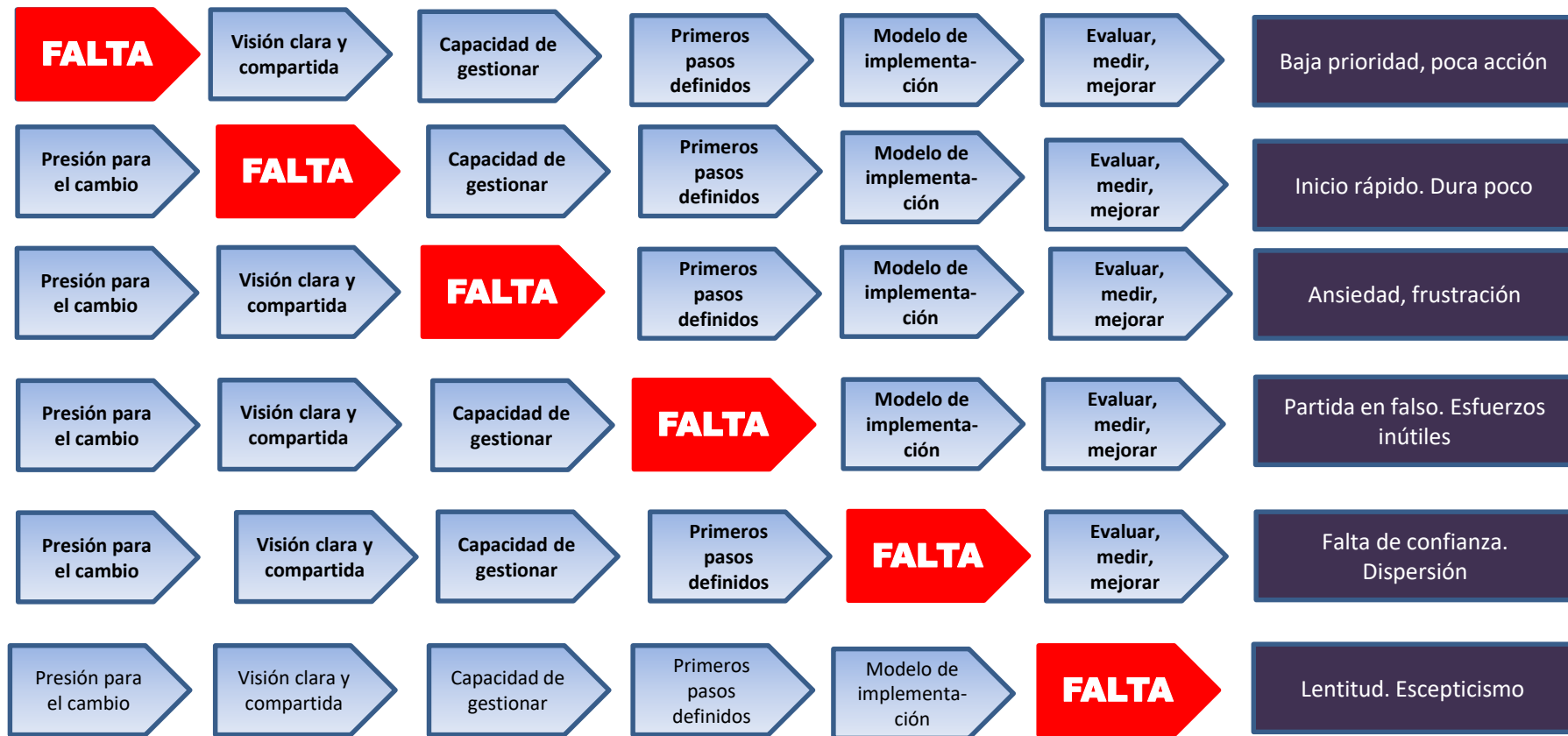


Medición y Monitoreo de la Calidad/Seguridad

- ☐ ¿Se realizan regularmente encuestas de clima de seguridad? ¿Se revisan las quejas de los pacientes y del personal? ¿Se mide el compromiso del personal a nivel de las unidades/organización?
- ☐ ¿Métricas retrospectivas/prospectivas de calidad y seguridad? (de proceso y de resultado)
- ☐ ¿Se comparte de manera regular y transparente los resultados del plan de calidad y seguridad?

Mejoras Organizacionales

- ☐ ¿Métodos estructurados e infraestructura para mejorar la confiabilidad y racionalizar las operaciones? (Ej: PDSA. Lean, ingeniería en factores humanos, etc.





Fablán Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros
fabian.vitolo@nobleseguros.com