

Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Aesculap Programa de trabajo conjunto

La Seguridad para el Paciente una Prioridad Nacional



Bienvenida

- Dr. Antonio Carrasco Rojas.
 - Academia Mexicana de Cirugía.



- Lic. Verónica Ramos Terrazas.
 - Fundación Academia Aesculap.



Objetivo de la reunión

- Reunir a un grupo de expertos, interesados en el tema.
- Ponerlos al tanto de los planes de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Academia Aesculap.
- Solicitarles su colaboración .

Objetivo de la reunión

- Invitarlos a participar para:
 - Elaborar un proyecto para efectuar un Programa Nacional de Seguridad para el paciente para la Secretaria de Salud.
 - Conformar los contenidos para la realización de un “Taller de difusión y conformación del Programa de Seguridad para el Paciente” –Julio 2007- puesta en marcha.

Objetivo de la reunión

- Conformar el centro de documentación e información sobre seguridad para el paciente.
 - Academia de Cirugía.
 - Fundación Academia Aesculap.

No se trata de un problema nuevo, ni desconocido, solo requiere de mayor atención para enfocarlo como un punto estratégico en la salud de los Mexicanos.

Programas para evitar caídas



RPBI



Estandarizar y sistematizar todo el sistema para todos los Mexicanos.

Antecedentes

- Primeros reportes de eventos adversos 1950-60s.
- La evidencia se puso en evidencia en 1991, con el reporte de Harvard.
 - NEMJ 1991;324:370-84
- Australia siguió con un reporte contundente.
 - MJAustralia 1995;163:458-76
- Reino Unido y los EU.
 - BrMJ 2001;322:517-9
- “To Err is Human” en 1999.
 - Inst.of Med. National Academy Press 1999
- Para 2002 todos los países de la OECD que se han comprometido a enfrentar este problema en forma seria.

Resultados

Resumen de datos de eventos adversos reportados en diferentes países				
Estudio	Sitio de toma de datos	No. de admisiones	No. de eventos adversos	% de eventos adversos
Harvard Medical	Cuidados Intensivos (1984)	30195	1133	3.8
Utha Colorado	Cuidados Intensivos (1992)	14565	475	3.2
UTCOS	Cuidados Intensivos (1992)	14565	787	5.4
Australia QAHCS	Cuidados Intensivos (1992)	14179	2353	16.6
Australia QAHCS	Cuidados Intensivos (1992)	14179	1499	10.6
UK	Cuidados Intensivos (1999-2000)	1014	119	11.7
Denmark	Cuidados Intensivos (1998)	1097	176	9
New Zealand	Cuidados Intensivos (1998)	6579	849	12.9
Canada	Cuidados Intensivos (2001)	3720	279	7.5

En México no tenemos una publicación relacionada en la literatura, ni en los reportes internos.

Análisis de los resultados

- 4 % de los pacientes sufren de algún daño en el hospital.
 - 70 % de estos eventos adversos tienen cierto grado de secuela.
 - 14 % de estos son letales.
- Los errores médicos son causa de más muertes que los accidentes automovilísticos y el cáncer de mama.
- Los errores se incrementan en forma inversamente proporcional a la organización de los países y sistemas de salud.
 - **En el Reino Unido 2,900 millones de Libras (2003)**
 - **En los EUA 35,000 millones de Dlls (2004)**
- Cada error tiene un costo para el sistema de salud, además de la pérdida de confianza y de satisfacción de pacientes.

Factores determinantes en los países en desarrollo

- Pobre estado de la infraestructura del sistema de salud.
- Mala calidad del equipo y de los medicamentos.
- Deficiencia en manejo de infecciones y de desechos.
- Mala capacitación del personal.
- **Baja motivación.**
- Insuficiencia de habilidades para mejorar.
- Bajo financiamiento para estos programa.

- **Falta de sistemas de medición y análisis de los eventos adversos.**

Sitios donde ocurren estos problemas

- Hospitales
- Consultorios médicos
- Farmacias
- Centrales de enfermería
- Admisión hospitalaria y de Consulta externa
- Fuera de los hospitales (*)



Definiciones

Aguirre-Gas H. El error médico. Eventos adversos Cir. Ciruj. 2006;74:495-503

- **Error Médico:**
 - Conducta Clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.
- **Evento adverso:**
 - Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad , como consecuencia del proceso de atención médica.
- **Criterio médico:**
 - Juicio clínico tendente a la toma de decisión correcta en la práctica médica, sustentada en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia.
- **Evento Centinela:**
 - Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

Preguntas cruciales o estratégicas

- ¿ Qué pueden hacer las políticas y regulaciones gubernamentales en salud pública para mejorar la seguridad en el cuidado de la salud ?
- ¿ Cómo podemos nosotros crear un auténtico liderazgo, investigación e implementación de herramientas y conocimientos enfocados en la seguridad ?
- ¿Cómo podemos identificar mejor y aprender mas de los errores y eventos adversos ?
- ¿Cómo implementamos un sistema de captura de reportes ?
- ¿Cuáles son los mejores mecanismos para encontrar estándares o indicadores nacionales que generan mejoras en la seguridad a través de las diferentes instancias relacionadas con la salud ?
- ¿Cómo podemos encontrar el financiamiento de la campaña de seguridad para el paciente ?

Enfocar el problema



En México

- Secretaría de Salud.
 - Normas.
 - Leyes.
 - Documentos.
 - Reglamentos.
- Consejo de Salubridad General.
 - Certificación de Hospitales –dos etapas-
- Consejo Nacional para la Seguridad en Salud –2002-
- COFEPRIS.

ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud

- **TERCERO. Al Comité Nacional para la Seguridad en Salud corresponderá**
 - **I. Definir y evaluar, las políticas, estrategias y acciones para la seguridad en salud, de conformidad con las disposiciones legales aplicables;**
 - **II. Proponer las medidas necesarias para la correcta instrumentación de las acciones para la seguridad en salud, así como para subsanar las eventuales deficiencias que surjan en el proceso;**
 - **III. Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones para la seguridad en salud;**
 - **IV. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica;**
 - **V. Evaluar y, en su caso, proponer adecuaciones al Sistema de Seguridad Nacional;**
 - **VI. Fomentar la coordinación de las instituciones y organismos que integren el Comité, con el propósito de homogeneizar y racionalizar las acciones que éstos desarrollen y que se relacionen con la seguridad en salud;**
 - **VII. Impulsar el desarrollo humano del personal que intervenga en las estrategias y acciones para la seguridad en salud, para lo cual se considerará, entre otros, la capacitación técnica;**
 - **VIII. Promover el desarrollo de campañas en apoyo a las actividades para la seguridad en salud;**

ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud

- **TERCERO. Al Comité Nacional para la Seguridad en Salud corresponderá:**
 - IX. Vigilar que se establezcan los mecanismos suficientes para garantizar la calidad de todas las acciones para la seguridad en salud, así como evaluarlos;
 - X. Inducir la colaboración y coordinación entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, así como promover la concertación con los sectores social y privado para la instrumentación de las acciones para la seguridad en salud, de conformidad con las disposiciones legales aplicables;
 - XI. Proponer la cooperación con organismos y agencias internacionales para el desarrollo de investigaciones para la seguridad en salud;
 - XII. Gestionar ante instancias públicas y privadas apoyo para la adecuada operación de las acciones para la seguridad en salud;
 - XIII. Promover la realización de actividades educativas, de investigación y de promoción de la salud relacionadas con la seguridad en salud;
 - XIV. Recomendar proyectos de investigación en la materia de su competencia;
 - XV. Difundir las actividades del Comité, así como los avances científicos y tecnológicos que se relacionen con las actividades en materia de la seguridad en salud;
 - XVI. Sugerir modificaciones a las disposiciones jurídicas vigentes que se relacionen con la seguridad en salud;
 - XVII. Suscitar la creación de comités estatales para la seguridad en salud, y
 - XVIII. Expedir su Reglamento Interno.

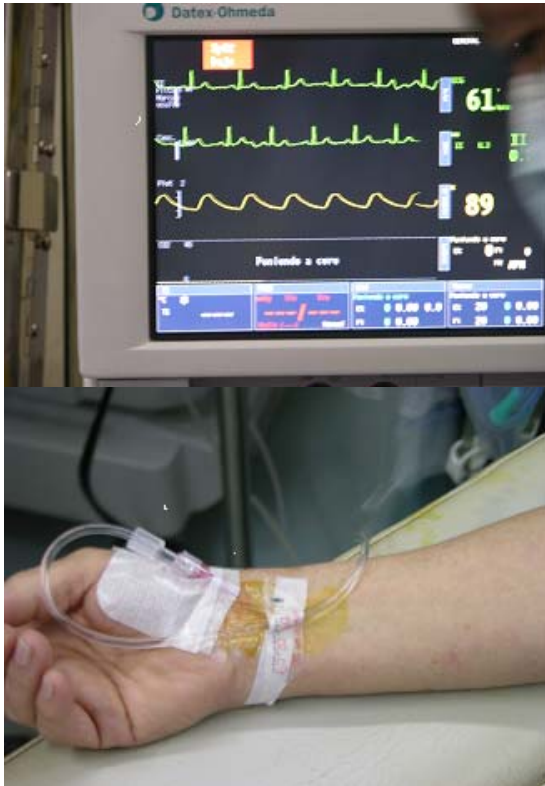
COFEPRIS

“Proyectos prioritarios”

- PROGRAMA, PROYECTO e IMPACTO
 - Medicamentos
 - Farmacovigilancia
 - Reacciones adversas a medicamentos
 - Atención Médica y Servicios de Salud
 - 1. Hospitales
 - Infecciones nosocomiales
 - Morbimortalidad hospitalaria
 - 2. Transplantes
 - 3. Bancos de sangre

» Plan de trabajo Secretaria de Salud 2006-2012

Problemas del sistema ????????



- La seguridad del paciente es el eje de la calidad de un sistema de salud.
 - Requiere de:
 - Crear un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos, que incluye:
 - Control de infecciones.
 - Uso seguro de medicamentos.
 - Equipamiento seguro.
 - Promover que todos los actores de la salud tengan:
 - Alto nivel de comprensión del problema.
 - Manejo multidisciplinario del problema.
 - Evaluación de los riesgos.
 - Búsqueda de metas a largo plazo.

Acciones para incrementar la seguridad del paciente

- Prevenir los eventos adversos,
- Hacer visibles los errores y
- Mitigar sus efectos cuando ocurran –oportunidad de detección-
 - Habilidad para aprender de los errores.
 - **Mejorar los sistemas de captación de datos.**
 - Investigación cuidadosa –no punitiva- de las situaciones.
 - Aumentar la capacidad de anticipación de los errores.
 - Búsqueda exhaustiva de las debilidades de los sistemas y de las personas.
 - **Identificación de las fuentes raíz –causas- de los errores.**
 - Mejorar los sistemas de salud mediante:
 - Reingeniería,
 - Incentivos,
 - Reajustar,
 - Realignar y
 - **Formar alianzas.**

La seguridad del paciente en el Mundo

- Alianza Mundial para la seguridad del paciente.
 - OMS 2002.
 - Comunidad Europea de Naciones .
- Múltiples programas nacionales .
 - Canadá.
 - Reino Unido.
 - Estados Unidos.
 - Australia.
- Programas Hospitalarios.
 - John Hopkins.
 - Harvard.
 - Mass General Hospital.
 - Baylor University.

Algunos ejemplos: Clean Care is Safer Care

- Clean
 - Hands
 - Practices
 - Products
 - Environment
 - Equipment



Otro ejemplo relativo a la participación del paciente

SPEAK UP

- **S** peak – habla y pregunta sobre todo lo que deses saber, estas en tu derecho-
- **P** ay – pon atención en el cuidado de lo que estas recibiendo -
- **E** ducate – capacitate acerca de tu diagnóstico y tratamiento-
- **A** sk – pide apoyo familiar para efectuar aclaraciones-
- **K** now - conoce qué medicamentos tomas y por qué –
- **U** se - usa los servicios de salud y evalúalos por la seguridad que ellos te dan -
- **P** articipate –participa en todas las decisiones acerca de tu cuidado -



Problemas

- Los sistemas se han vuelto muy complejos.
 - No son similares de las 4 de la tarde a las 7 de la mañana.
 - No son similares en las capitales –algunas- que en las zonas rurales.
 - Los cuidados no son basados en las mejores prácticas o en la medicina basada en la evidencia.
-
- ¿Cuál es la tarea ?



Hacia una cultura de la seguridad

- Con un equipo multidisciplinario.
- Colaboración entre médicos, pacientes y administradores.
- Sistematizar con:
 - las mejores evidencias,
 - los informes, medidas, y
 - análisis de la práctica médica.
- Acciones dirigidas a identificar fallas entre la evidencia y la práctica.
 - 1er simposio taller:
 - La Seguridad para el paciente una prioridad nacional.





Sistemas de captación de datos

- Epidemiología de los errores y eventos adversos:
 - Frecuencia,
 - Causas,
 - Determinantes,
 - Impacto,
 - Costo,
 - Métodos de prevención y
 - Reevaluación del problema.





Gracias

