

El Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las políticas relacionadas con la seguridad de los pacientes, quiere poner a disposición de los profesionales sanitarios aquellos instrumentos que por su utilidad e interés, puedan suponer un aporte al desarrollo y consolidación de las estrategias de Seguridad en el Sistema Nacional de Salud.

En España, el estudio ENEAS, ha permitido obtener información objetiva sobre cuáles son los tipos de Eventos Adversos (EA) más prevalentes en los hospitales españoles y ha determinado la evitabilidad de los mismos, esclareciendo cuáles son los más prevenibles.

Este tipo de estudio también ha sido abordado en otros países, lo que está provocando de forma acelerada que la seguridad del paciente se esté convirtiendo en una clara prioridad en las políticas gubernamentales. Este interés se traduce en políticas y líneas de actuación que recomiendan prácticas seguras dirigidas a prevenir y evitar la incidencia de EA, especialmente en el ámbito hospitalario.

En este marco, por una parte es primordial seguir avanzando en el desarrollo de estudios propios que clarifiquen la evidencia real en el contexto español. Pero, por otra parte, también es relevante conocer los pasos que en este sentido se han dado y se están dando en otros países, y determinar qué tipo de recomendaciones concretas (Prácticas Seguras) se están configurando y sacar provecho también de la experiencia en otros países.

Con este objetivo se ha realizado el estudio *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario*. El objetivo del estudio fue identificar y comparar las experiencias y buenas prácticas desarrolladas y aplicadas en hospitales de tres países con perfiles económicos y sociales similares a los de España (Estados Unidos, Reino Unido y Francia) y posteriormente contrastar los resultados encontrados con la realidad española mediante un taller con profesionales clave de la gestión hospitalaria en nuestro país. Como resultado del taller se identificaron los factores impulsores para el desarrollo de una política de gestión de riesgos y de reordenamiento del gobierno clínico en los hospitales, además de identificar las principales barreras para su puesta en marcha y señalar las iniciativas a desarrollar para promover la gestión de riesgos.

Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario

Benchmarking de buenas prácticas

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.es

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario

TITULARIDAD DEL ESTUDIO

Agencia de Calidad del SNS
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20.
28071 Madrid

COMITÉ DE DIRECCIÓN

Adriana Camargo. ANTARES Consulting. Directora del Proyecto.
Eduard Portella. ANTARES Consulting. Director del Proyecto.
Enrique Terol. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Yolanda Agra. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
María José García. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

COMITÉ TÉCNICO

Equipo de ANTARES Consulting

Este Informe ha sido realizado por ANTARES Consulting por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo

La Agencia de Calidad del SNS agradece la colaboración de los participantes en el taller de expertos realizado el 26 de noviembre de 2007 (ver capítulo 6)

Este documento debe citarse como: Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

Imprime: Impresos y Revistas, S. A. (Grupo IMPRESA)

NIPO papel: 351-08-084-9

Depósito legal: M. 51.062-2008

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Benchmarking
de buenas prácticas
en la gestión
de riesgos y políticas
de reordenación
del gobierno clínico
en el ámbito
hospitalario



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Índice

1. Introducción y justificación	9
2. Objetivos	11
3. Metodología	13
3.1 Benchmarking	13
3.2 IDEF – Integrated DEFinition	15
4. Resultados	21
4.1 Causas	21
4.2 Barreras	22
4.3 Lecciones	23
5. Conclusiones	25
6. Participantes en el taller de expertos	31
7. Anexo 1: Definiciones	33
7.1 Definiciones operativas	33
7.1.1 Riesgos hospitalarios.	33
7.1.2 Efectos adversos (EA).	33
7.1.3 Gestión de riesgos (o Risk Management).	33
7.1.4 Gobierno Clínico (o Gestión Clínica o Clinical Governance).	34
7.2 El gobierno clínico	34
8. Anexo 2: Buenas prácticas	37
8.1 Gobierno clínico – política de gestión de los riesgos	37
8.2 Desarrollo de una cultura corporativa del riesgo	67
8.3 Formación de los Recursos Humanos	70
8.4 Desarrollo de protocolos	72
8.5 Identificación y caracterización de los riesgos	74

8.6	Análisis de los riesgos	77
8.7	Puesta en marcha, control y seguimiento del plan de acción	81
8.8	Sistemas de información	85
8.9	Sistemas de captura y reporting	88
8.10	Perfiles de recursos humanos adecuados	91
9.	Anexo 3: Referencias bibliográficas	93

1. Introducción y justificación

Desde la publicación en 1999 del informe “To Err is Human” la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos se ha convertido en tema central de la política sanitaria a nivel mundial. La divulgación del volumen y de la gravedad de los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria han captado la atención:

- de la sociedad, que pide mayor transparencia de los riesgos reales;
- de los proveedores de atención sanitaria, que incrementan a cada día las medidas dirigidas a la contención de riesgos (protocolos, regulaciones, etc.), lo que paradójicamente ha facilitado el trabajo a los abogados demandantes;
- y de los responsables políticos a nivel internacional, que definen acciones, objetivos y realizan campañas a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, Comité Europeo de Sanidad, entre otros).

En este contexto, las líneas y estructuras de actuación en relación con la gestión de riesgos en el hospital (risk management), así como la reorganización coherente de las estructuras de gobierno del mismo, deben ser vistas no solo como soporte del proceso, sino como garantes de la puesta en marcha e implantación de cualquier solución o iniciativa dirigida a optimizar la seguridad del paciente.

En España, la variabilidad de la asistencia clínica y de la calidad del control de riesgos, consecuencias de la descentralización del Sistema Nacional de Salud, dificultan la identificación de buenas prácticas y el intercambio de las mejores iniciativas.

Por ello, la Agencia de Calidad del SNS, en línea con la estrategia 8 del Plan de Calidad para el SNS (mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud), ha elaborado un estudio de benchmarking de las buenas prácticas en gestión de riesgos y gobierno clínico en el ámbito hospitalario, y realizado un taller con profesionales clave de hospitales y organizaciones centrales de España.

2. Objetivos

El estudio se desarrolla en base al análisis de las experiencias publicadas de hospitales de 3 países: Estados Unidos, Reino Unido y Francia, y su objetivo es identificar y comparar:

- Las experiencias y buenas prácticas desarrolladas y aplicadas de forma específica en el ámbito hospitalario, dirigidas a facilitar, promover y/o asegurar la adecuada incorporación de la gestión de riesgos en su funcionamiento cotidiano.
- Las particularidades, diferencias, similitudes y tendencias en las políticas y modalidades de reordenación del gobierno clínico dirigidas a la optimización de la gestión de riesgos, dentro del ámbito hospitalario.

La Agencia de Calidad del SNS, consciente de la importancia de contrastar los resultados encontrados con la realidad de los hospitales españoles, realizó un taller con los profesionales clave de los principales hospitales de España. Los objetivos concretos del taller fueron:

- Presentar la primera versión del estudio “Benchmarking de las buenas prácticas en la gestión de riesgos y de las políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario”.
- Identificar los factores impulsores para el desarrollo de una política de gestión de riesgos y de reordenación del gobierno clínico en los hospitales de España, además de identificar las principales barreras para su puesta en marcha.
- Identificar las iniciativas a desarrollar para promover la gestión de riesgos y la reordenación del gobierno clínico.

3. Metodología

3.1 Benchmarking

El Benchmarking podría definirse como el proceso sistemático de identificar, comparar y aprender de las mejores prácticas de otras empresas, del mismo sector o no, desagregando ordenadamente el conjunto de factores que condicionen el éxito de las mismas.

Existen 4 tipos de benchmarking y este estudio está enfocado en el “benchmarking funcional o industrial”:

Tipo de benchmarking	Aplicación
Benchmarking estratégico	Centrado en organizaciones de otros sectores, trata de diagnosticar los cambios potenciales y las tendencias que se están produciendo, con la finalidad de anticiparse.
Benchmarking funcional o “industrial”	Centrado en organizaciones del mismo sector pero que no actúan en el mismo mercado geográfico. Permite ayudar a mejorar procesos clave de la organización, adaptando las mejores prácticas de aquellas organizaciones que, después de una búsqueda amplia, se hayan considerado como excelentes.
Benchmarking de resultados	Permite medir resultados de procesos o servicios propios frente a los de otra organización.
Benchmarking competitivo	Centrado en competidores directos, se realiza con la finalidad de llevar a cabo comparaciones específicas de organizaciones.

El proyecto se ha desarrollado en base al análisis de las experiencias publicadas de hospitales de 3 países (EE.UU., Reino Unido y Francia). No se incluyeron las políticas, programas, recomendaciones u otros tipos de intervenciones que no estén implantadas en hospitales o que no presenten resultados concretos que permitiesen clasificar la experiencia como “buena práctica”.

Los países seleccionados para el benchmarking presentan perfiles similares al de España a nivel económico y social. Por otro lado, estos países presentan particularidades que les diferencian de España. A modo de ejemplo:

- En EE.UU., la financiación del sistema nacional de salud es en su mayor parte privada. El sector salud es tratado de forma similar a los demás sectores privados que ofrecen servicios.
- En Francia, la financiación del sistema de salud es en su mayor parte pública y el sector salud es tratado como un sector muy específico en el cual la rentabilidad no es una variable central.

En este contexto, puede ser que algunas experiencias y buenas prácticas tengan poca viabilidad de implantación en el entorno español.

El benchmarking es una herramienta muy potente pero tiene algunas limitaciones. En el contexto del proyecto, nos centramos en las experiencias y buenas prácticas que puedan ser de interés considerando la características del entorno español.

3.2 IDEF – Integrated DEFinition

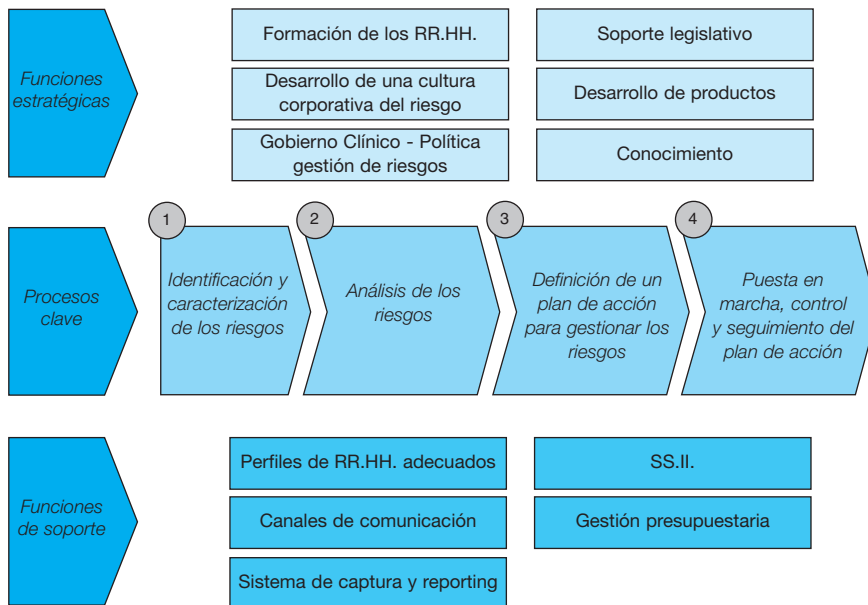
Para realizar el benchmarking de las experiencias y buenas prácticas en los hospitales de los países elegidos, nos apoyamos en la metodología IDEF. (Integrated DEFinition)

La metodología IDEF ayuda a la integración de una empresa u organización a través del análisis, el modelaje y la simulación de sus procesos. Permite:

- Representar y analizar las actividades que tienen lugar en una empresa u organización. Cada proceso (clave, estratégico o de soporte) tiene una magnitud y problemática diferente, por tanto deberán tratarse de forma diferente.
- Diferenciar la cadena de valor de una organización a través de una reflexión sobre la misión de la organización.
- Diseñar los procesos (nuevos o ya existentes), incorporando una visión integral de todo el proceso o actividad.
- Facilitar el diagnóstico del nivel de desarrollo de una organización, sin olvidarse de ninguna función o actividad, a través de la representación del mapa de procesos ideal y el mapa de procesos actual.

Una vez diseñado el IDEF teórico “ideal” de la gestión de los riesgos hospitalarios, nos basamos en este para analizar y comparar las experiencias y buenas prácticas en los países elegidos para el benchmarking. Para cada proceso del IDEF (clave, estratégico o de soporte), identificamos buenas prácticas y experiencias.

IDEF teórico “ideal” de la gestión de los riesgos hospitalarios



Definición de los procesos clave del IDEF teórico “ideal” de la gestión de los riesgos hospitalarios

Procesos clave	Definición
Identificación y caracterización de los riesgos	Identificación y caracterización precisa de los riesgos hospitalarios: tipo (asistencial o relacionado con el entorno), localización (departamento, servicio, edificio, etc.), gravedad (baja, media o alta), etc.
Análisis de los riesgos	Realización de un análisis detallado de los riesgos hospitalarios para identificar sus causas, evaluar su impacto potencial en el hospital y priorizarlos en función de su impacto.
Definición de un plan de acción para gestionar los riesgos	Definición de un plan de acción detallado para eliminar o reducir los riesgos hospitalarios. El plan de acción contiene: objetivos específicos, acciones concretas, calendario, responsabilidades de las personas implicadas, etc.
Puesta en marcha y seguimiento del plan de acción	Puesta en marcha del plan de acción definido y realización del seguimiento de la consecución de los objetivos definidos en el plan de acción a través de la medición de indicadores.

Definición de las funciones estratégicas del IDEF teórico “ideal” de la gestión de los riesgos hospitalarios

Funciones estratégicas	Definición
Formación de los RR.HH.	Formación inicial (para los estudiantes) y formación continua del personal de la organización relacionada con la actividad asistencial, además de formación de expertos en la gestión de los riesgos hospitalarios.
Desarrollo de una cultura corporativa del riesgo	Desarrollo dentro del hospital de una cultura corporativa fuerte de gestión de riesgos. Esta cultura fuerte se define por una buena aceptación al cambio, un elevado compromiso y una aceptación de los errores por parte de los profesionales. Este tipo de culturas se encuentra en los sectores aéreo, nuclear, etc.
Gobierno Clínico – Política de gestión de riesgos	Desarrollo de una política de gestión de los riesgos hospitalarios (que se puede incluir dentro del marco del gobierno clínico) que incluye: objetivos corporativos, órganos de gestión y responsables, niveles de confidencialidad, política de comunicación, sanciones y gestión psicológica de los errores, incentivos, etc.
Soporte legislativo	Apoyo de un órgano (interno o externo) para gestionar los temas legislativos relacionados con los riesgos hospitalarios: gestión de las reclamaciones y demandas de los pacientes, evaluación los planes de acción, etc.
Desarrollo de protocolos	Desarrollo de protocolos para mejorar la calidad de los actos asistenciales y así reducir o eliminar los riesgos hospitalarios.
Conocimiento	Desarrollo de una base de conocimiento en la que los profesionales puedan apoyarse para aprender y mejorar la calidad de su trabajo. Se trata de informaciones relacionadas con las buenas prácticas asistenciales, las nuevas técnicas médicas, etc.

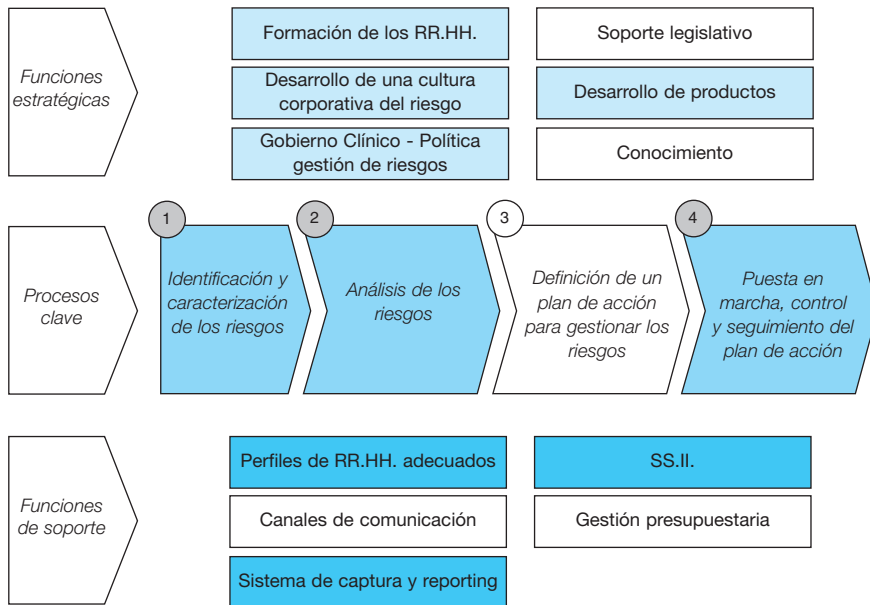
Definición de las funciones de soporte del IDEF teórico “ideal” de la gestión de los riesgos hospitalarios

Funciones de soporte	Definición
Sistema de captura y reporting	Definición de un sistema de reporting que capture la información relevante y la transmita a las personas implicadas en la gestión de los riesgos hospitalarios para que puedan actuar de manera adecuada en la puesta en marcha y seguimiento de los planes de acción.
Canales de comunicación	Gestión de la comunicación relacionada con la gestión de los riesgos hospitalarios. Tanto la comunicación interna, hacia los profesionales (acciones puestas en marcha, objetivos, áreas de mejora, etc.), como la comunicación externa, hacia los pacientes, el público y los medios de comunicación (transparencia en los resultados, mejoras, etc.).
SS.II.	Implantación de un sistema de información que permita almacenar y tener acceso a la información relacionada con la gestión de los riesgos hospitalarios. El sistema de información constituye una base para la identificación y el análisis de los riesgos hospitalarios.
Perfiles de RR.HH. adecuados	Definición del perfil adecuado para cada puesto de trabajo, de forma que se asegure que las capacidades y experiencias de cada profesional se encuadran con sus responsabilidades en la organización.
Gestión presupuestaria	Gestión de los presupuestos necesarios para la gestión de los riesgos hospitalarios. Se trata de la financiación de las estructuras necesarias para asegurar la gestión de los riesgos y los planes de acción.

El IDEF teórico “ideal” constituye una base para realizar el benchmarking de las experiencias y buenas prácticas en los hospitales de los países elegidos. Sin embargo, no existen experiencias o buenas prácticas fiables publicadas para cada uno de los 4 procesos claves, 6 funciones estratégicas y 5 funciones de soporte del IDEF teórico “ideal”.

En este contexto, nos centramos en:

- 3 procesos claves, 4 funciones estratégicas y 3 funciones de soporte, que se benefician de informaciones publicadas fiables en los países elegidos.
- La función estratégica “Gobierno Clínico - Política de gestión de riesgos” que es el tema central del proyecto de benchmarking.



4. Resultados

El benchmarking de las buenas prácticas en la gestión de riesgos en los hospitales estudiados nos ha permitido identificar 3 variables clave en el desarrollo y la puesta en marcha de políticas de gestión de riesgos:

1. Las causas que han impulsado el desarrollo de una verdadera política-cultura de gestión de los riesgos en los hospitales estudiados. Muy a menudo, se relaciona con un hecho en particular: incidente o accidente, cambio de Dirección del hospital, aumento de la estancia media, aumento de demandas, etc.
2. Las barreras encontradas en los hospitales estudiados: aceptación del cambio (reporting, supervisión, trabajo multidisciplinar, protocolos, etc.) por parte de los profesionales (médicos, enfermeras, etc.), coste de las acciones puestas en marcha, entre otros.
3. Las lecciones aprendidas en los hospitales estudiados: fijación de objetivos de corto plazo y celebración de su cumplimiento, etc.

4.1 Causas

En casi todos los hospitales estudiados, el desarrollo de una política de gestión de riesgos se relaciona con eventos específicos.

El gran impulsor del desarrollo de una política de gestión de riesgos en los hospitales estudiados fue la publicación a nivel internacional del informe estadounidense “To err is Human: Building a Safer Health System”. Este informe demostró con evidencia el número elevado de errores médicos que ocurren en los hospitales y sus consecuencias. Tuvo un fuerte impacto en la percepción de la calidad por parte de los pacientes y profesionales.

Asimismo, existen otros 4 tipos de eventos principales que impulsaron el desarrollo de una política de gestión de riesgos en los hospitales estudiados:

- Los errores médicos con fallecimiento comunicados por la prensa a nivel local, regional y nacional.
- La llegada de un nuevo gerente muy implicado en el tema de la gestión de riesgos.
- Una variación negativa de algunos indicadores de calidad: estancia media y readmisiones principalmente.

- Un descenso de la cuota de mercado y de la actividad del hospital.

El desarrollo y la implementación de una política eficiente de gestión de los riesgos hospitalarios no puede tener como punto único de partida la voluntad política, necesita también la ocurrencia de eventos internos y/o externos que motiven los profesionales a implicarse en el tema.

4.2 Barreras

Durante la puesta en marcha de una política de gestión de riesgos, un hospital puede afrontar muchos tipos de barreras. Sin embargo, existen 3 tipos de barreras “universales” que la mayoría de los hospitales tienen que afrontar:

1. El rechazo al cambio por parte de los médicos y del personal de enfermería

Los médicos consideran generalmente que los nuevos protocolos son demasiado “mecánicos” y no les permiten usar su experiencia y su juicio personal. Según ellos, eso pone en peligro la seguridad de los pacientes. Sin embargo, en todos los hospitales estudiados, los nuevos protocolos implantados han llevado a una mejora de los resultados relacionados con la calidad y la seguridad. Respecto al personal de enfermería, la queja más común está relacionada con el aumento del trabajo administrativo adicional y de la burocracia asociada a la implantación de nuevos protocolos.

Para superar estas dos barreras, los hospitales pueden:

- Designar médicos y enfermeras líderes para motivar a sus colegas.
- Realizar reuniones/jornadas participativas, para que los profesionales tengan la oportunidad de expresar su opinión.
- Crear nuevos procesos que se integren (y no se adicione) a las prácticas actuales.

2. La ausencia de recursos

Realizar cambios estructurales y organizacionales exige inversiones importantes para contratar profesionales, realizar sesiones de formación, comprar tecnología, etc.

Estas inversiones parecen razonables cuando la organización genera beneficios. No obstante, cuando la organización es deficitaria o sufre de una disminución de actividad, una política de reducción de costes, parece mucho más razonable y urgente que una inversión para realizar cambios estructurales y organizacionales.

Además, los resultados de las inversiones en gestión de riesgos llegan a medio y largo plazo, y son difíciles de traducir en términos financieros. Esto suele dificultar la justificación de dichas inversiones ante el equipo administrativo.

3. La dificultad de concentrarse en iniciativas de mejora manteniendo una calidad diaria alta.

La puesta en marcha de iniciativas de mejora definidas en la política de gestión de riesgos requiere un elevado nivel de implicación por parte de los profesionales. Cada vez que se evalúa e implementa un nuevo protocolo, surge otro problema que hay que gestionar. No obstante, estos mismos profesionales tienen que mantener la calidad de la actividad diaria.

De manera práctica, resulta difícil para los profesionales implicarse y concentrarse en varios temas a la vez.

4.3 Lecciones

La puesta en marcha de una política de gestión de riesgos es un proceso complicado, en particular cuando no existe una cultura de gestión de los riesgos. En los hospitales estudiados se identificaron 5 lecciones “universales”:

1. Fijar objetivos a corto plazo fáciles de lograr, y celebrar su cumplimiento.

Cuando se pone en marcha una nueva iniciativa de mejora, los profesionales tienen que ver rápidamente los resultados obtenidos para seguir motivados e implicados en su implantación.

- Para comunicar los esfuerzos realizados para poner en marcha iniciativas relacionadas con la gestión de los riesgos y los resultados obtenidos, se puede usar señalización, eventos, premios, newsletters, etc.

- En general, a los médicos les motiva la comparación de resultados entre ellos.
2. Involucrar a los profesionales en la identificación de riesgos y en la definición de iniciativas de mejora.

Para obtener un alto grado de implicación de los profesionales, estos tienen que estar convencidos de que la opinión de cada uno cuenta en la identificación de riesgos y definición de iniciativas de mejora.

Para ello se necesita dar valor a la experiencia de cada uno y considerar que en un proceso de mejora de la gestión de los riesgos, todos los profesionales implicados, cualquiera que sea su posición, tienen un papel importante.

3. Identificar y apoyar líderes y “campeones”.

El cambio requiere la implicación de líderes “naturales”, no sólo de responsables encargados de gestionar el cambio.

En este contexto, se debe crear una cultura en la cual todos los profesionales se sientan involucrados y que cualquiera pueda convertirse en líder de mejora de la calidad. De este modo, aparecerán líderes “naturales”.

4. Ser paciente.

Después de haber adaptado las estructuras e invertido lo necesario, se necesita tiempo para observar los resultados finales. La puesta en marcha de una política de gestión de riesgos tiene resultados a medio o largo plazo.

Por eso, es necesario realizar, además de las evaluaciones de los resultados finales obtenidos, evaluaciones de la mejora alcanzada en los procesos.

5. Encontrar un equilibrio entre objetivos de calidad y objetivos financieros.

Mejorar la calidad exige inversiones pero no resulta automáticamente una reducción de costes a corto plazo. Por eso, no se deben evaluar las iniciativas de calidad con modelos financieros (tipo business case) sino que los directivos deben encontrar un equilibrio entre mejora de la calidad, mejora de los costes y objetivos corporativos.

A largo plazo, la mejora de la calidad resulta en un aumento de la cuota de mercado, en un crecimiento de la actividad y en una mayor rentabilidad.

5. Conclusiones

Para contrastar los resultados obtenidos en el estudio de benchmarking con la realidad de los hospitales españoles, y orientar futuras acciones relacionadas con el ámbito del estudio, la Agencia de Calidad del SNS, realizó un taller con los profesionales clave de los principales hospitales de España.

El taller tenía 2 objetivos principales que se cumplieron con la realización de dinámicas específicas que garantizaron la participación de todos los asistentes:

- Identificar los factores impulsores para el desarrollo de una política de gestión de riesgos y de reordenación del gobierno clínico en los hospitales de España, además de identificar las principales barreras para su puesta en marcha.
- Identificar las iniciativas a desarrollar para promover la gestión de riesgos y la reordenación del gobierno clínico.

La primera actividad participativa del taller consistió en el trabajo en grupos: los participantes se organizaron en 2 grupos y cada grupo contestó a una pregunta concreta. Durante 60 minutos, los grupos reflexionaron y formalizaron sus respuestas en tarjetas. Las tarjetas se utilizaron luego como soporte a la exposición de las ideas por parte del portavoz de cada grupo.

Resultados de la reflexión del grupo 1:

¿Cuáles son los principales factores impulsores de la puesta en marcha de una política de gestión de riesgos en los hospitales españoles?	
Factores relacionados con el gobierno clínico	<ul style="list-style-type: none">• Dirección de calidad responsable de la gestión de riesgos.• Función directiva asignada a la gestión de riesgos.• Transmisión del compromiso de la dirección con la seguridad clínica.• Determinación de directrices a nivel de las unidades de gestión clínica.
Factores relacionados con el desarrollo	<ul style="list-style-type: none">• Estrategias de I+D dirigidas a la seguridad del paciente.• Implantación y difusión de indicadores de seguridad.• Directrices de seguridad orientadas a las modificaciones o creación de estructuras.• Promoción de herramientas de autoevaluación y comparación que sirvan para acreditar hospitales.• Formación en herramientas de seguridad clínica.
Factores relacionados con el entorno	<ul style="list-style-type: none">• Reconocimiento externo (social): compromiso con la seguridad.• Incentivos a través de directrices de las organizaciones centrales (contratos de gestión).

Resultados de la reflexión del grupo 2:

¿Cuáles son las principales barreras para la implantación de una política de gestión de riesgos en los hospitales españoles?	
Barreras relacionadas con la cultura	<p>Asociación de la notificación de errores con la “culpabilidad”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cultura de error punitiva. • Profesionales (asistenciales y gestores) no formados. • “Burocracia” en la identificación y notificación de riesgos. • Inquietud para integrar con naturalidad la seguridad del paciente dentro del proceso asistencial. • Rechazo al cambio.
Barreras relacionadas con el liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Se proponen planes de acción pero no se implantan. • Ritmos de desarrollo diferentes entre Centros asistenciales y Consejerías. • Falta de implicación de directivos. • Falta total de receptividad de los profesionales sanitarios a lo procedente de la dirección.
Barreras relacionadas con los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de visión integral del proceso asistencial, orientada al paciente. • Carencia de procesos de prevención de riesgos. • Mapificación de procesos orientados a la seguridad.
Barreras relacionadas con las herramientas	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de herramientas de gestión para provocar el cambio (gestión por objetivos y retribución variable). • Canales de notificación poco ágiles y confidenciales. • Canales de comunicación deficientes: poca difusión de los objetivos estratégicos. • Pocos sistemas de barreras en contra del error / evento adverso.
Barreras relacionadas con los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de recursos humanos, materiales y económicos. • Inversión a medio plazo. • Problema económico sin asumir “coste-efectividad”.
Barreras relacionadas con la gestión / seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de datos y/o escasa difusión.

Finalmente, se realizó una sesión plenaria en la que se identificaron iniciativas a desarrollar para promover la gestión de riesgos y la reordenación del gobierno clínico.

La sesión plenaria siguió los siguientes pasos:

1. Cada participante del taller recibió una tarjeta para escribir 1 iniciativa a desarrollar para promover la gestión de riesgos y la reordenación del gobierno clínico.
2. Todas las iniciativas propuestas fueron presentadas a todos los participantes por el dinamizador de la sesión, dando oportunidad a cada uno de hacer alguna aclaración relacionada con su idea.
3. Las iniciativas fueron agrupadas en 8 grandes temas.
4. Cada participante votó a aquellos 3 grupos de iniciativas que consideraban más importantes y, de esta forma, se priorizaron y consensuaron los resultados.

Las iniciativas a desarrollar para promover la gestión de riesgos y la reordenación del gobierno clínico identificadas en la sesión plenaria fueron las siguientes:

Evaluación / comparación (14 votos):

- ✓ Reconocimiento de los hospitales a través de indicadores de gestión de riesgos.
- ✓ Herramientas de autoevaluación y comparación.
- ✓ Autoevaluación y creación de estándares de referencia en seguridad.

Formación / conocimiento (10 votos):

- ✓ Ofrecer formación a los profesionales.
- ✓ Formación en seguridad.
- ✓ Difundir información contrastada y comparable.

Cultura (8 votos):

- ✓ Sensibilización de los profesionales.
- ✓ Divulgación de la cultura de seguridad clínica (desde los directivos hasta los pacientes).
- ✓ Jornadas con las asociaciones.

Plan estratégico (6 votos):

- ✓ Desarrollar un plan estratégico con objetivos específicos e indicadores de seguimiento.
- ✓ Indicadores de seguridad clínica dentro de un plan estratégico.

Herramientas de gestión (6 votos):

- ✓ Dotarse de herramientas de evaluación de riesgos.
- ✓ Crear un grupo de trabajo pluridisciplinario para definir, consensuar, difundir, implantar y evaluar el proceso de gestión de riesgos.

Normativas (4 votos):

- ✓ Despenalizar la declaración de efectos adversos.
- ✓ Creación / experiencia piloto programa de “gestión integral”.

Asesores (2 votos):

- ✓ Contratación de asesores para las gerencias de Atención Primaria.

Sistemas de información (1 voto):

- ✓ Prescripción electrónica.

6. Participantes en el taller de expertos

Participantes en el taller de expertos, realizado el 26 de noviembre de 2007:

- Cantero González, David. Técnico Subdirección de Calidad. OSA-KIDETZA – Organización Central.
- Caramés Bouzan, Jesús. Gerente. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Carreras Viñas, Mercedes. Subdirectora de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- de Miguel Montoya, Isabel. Dirección General de Calidad. Consejería de Sanidad.
- del Pozo Herranz, Purificación. Directora de enfermería. Hospital de Fuenlabrada.
- Delgado Ochando, Jesús. Directora de enfermería. Hospital Universitario La Fe.
- Garí Parera, Jaume. Director médico. Fundación Hospital Manacor.
- Gómez, Oscar. Área 6 de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Gómez Suárez, Ana. Medicina preventiva y análisis clínicos. Hospital Universitario de Albacete.
- Jurado, Juan José. Área 6 de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Lucas Imbernon, Javier. Coordinador de Calidad. Hospital Universitario de Albacete.
- Martín Martínez, Jesús. Presidente Comisión de Mortalidad. Hospital Miguel Servet.
- Mata, Félix. Subdirección Oficina Programas, Planificación e Innovación. Servicio de Salud Islas Baleares.
- Morís, Cesar. Director del Área de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Universitario Central de Asturias.
- Morís, Joaquín. Hospital de Cabueñas.
- Serrano Balazote, Pablo. Director médico. Hospital de Fuenlabrada.
- Torralba, Luís. Generalitat de Catalunya.
- Valentín Delgado, José Julio. Director de enfermería. Hospital Virgen del Puerto: Área de Plasencia.

7. Anexo 1: Definiciones

7.1. Definiciones operativas

7.1.1 Riesgos hospitalarios

Los riesgos hospitalarios se componen de dos tipos de riesgo:

- Riesgos asistenciales (o clínicos): el concepto de riesgo asistencial incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Comprende condiciones como sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos adversos de medicamentos, negligencias y litigios.
- Riesgos relacionados con el entorno hospitalario: el concepto de riesgo relacionado al entorno hospitalario incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la presencia del paciente en el hospital y que puede tener consecuencias negativas.

7.1.2. Efectos adversos (EA)

Lesión o complicación que prolongue la estancia hospitalaria, que demande procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional o que esté relacionado con el exitus o con la incapacidad al alta. Los riesgos hospitalarios (asistenciales o vinculados al entorno hospitalario) son susceptibles de concretizarse en efectos adversos.

7.1.3. Gestión de riesgos (o *Risk Management*)

Incluye todas las políticas, recomendaciones, programas y otro tipo de intervenciones que tienen como objetivo eliminar, reducir o gestionar los riesgos hospitalarios.

7.1.4. Gobierno Clínico (o Gestión Clínica o *Clinical Governance*)

Nueva propuesta organizativa que estructura las organizaciones sanitarias sobre el principio de “responsabilidad corporativa por el funcionamiento asistencial”. Surgió a finales de los años 90 y fue aplicada por primera vez por el Gobierno Británico para reforzar e integrar la calidad en el Departamento de Salud británico.

7.2. El gobierno clínico

El gobierno clínico incorpora los principios más avanzados de la gestión de las organizaciones y del buen gobierno. Estratégicamente, requiere la alineación de los profesionales (gestores y personal asistencial) con los valores, objetivos y políticas operativas de la organización, asegurando la coherencia y consistencia entre éstos.

Desde la perspectiva de la gestión, el gobierno clínico incorpora los elementos de la buena gestión de las organizaciones:

- Búsqueda de una mejora continua de la calidad.
- Enfoque en los pacientes.
- Gestión por procesos.
- Modelos de gobierno y de gestión coherentes con la naturaleza de las organizaciones sanitarias.

Desde hace varios años, han salido muchas publicaciones bajo el título gobierno clínico. Este último alberga muchas ideas, experiencias e interpretaciones. Se trata de un termino paraguas bajo el cual se agrupan varios conceptos sobre una nueva forma de concebir los servicios sanitarios.

Podemos decir que el Gobierno Clínico es un marco que favorece la mejora continua de la calidad y la satisfacción de los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios; a través de cambios en la organización, en la tecnología y en la gestión, orientados a fomentar las buenas prácticas médicas y asistenciales.

El gobierno clínico identifica cinco actividades clave para la búsqueda de una mejora continua de la calidad:

- La gestión del riesgo clínico.
- La evaluación de la práctica clínica.
- La confirmación de la calidad.
- La eficacia clínica.
- El desarrollo del personal y de la organización.

La gestión del riesgo clínico, además de relacionarse con la búsqueda de una mejora continua de la calidad, se relaciona de manera directa con otros elementos relativos a la buena gestión de las organizaciones:

- Enfoque en los pacientes (seguridad).
- Gestión por procesos (reducción de los errores).

En consecuencia, podemos afirmar que la gestión de los riesgos es un tema clave dentro del marco del Gobierno Clínico.

En cuanto a la gestión de los riesgos hospitalarios, existen dos enfoques diferentes:

- **La gestión reactiva de los riesgos:** se basa en un incidente y se trata de encontrar soluciones para limitar sus consecuencias y evitar su reaparición. Este modo de gestión necesita un sistema de información eficiente para realizar los análisis adecuados pero tiene fallos evidentes que fueron caracterizados en el modelo del queso suizo de J. Reason.
- **La gestión proactiva de los riesgos:** se trata de prever incidentes eventuales antes de que ocurran mediante un análisis preliminar de los riesgos. Este modo de gestión necesita un análisis cualitativo exhaustivo, un trabajo multidisciplinar, el intercambio de informaciones, y flexibilidad.

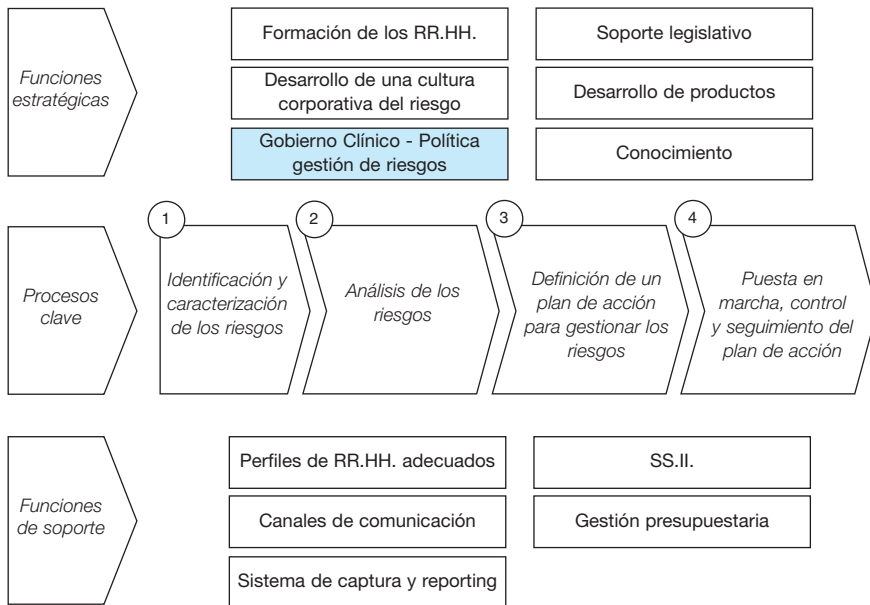
La gestión reactiva de los riesgos no es suficiente para minimizar los riesgos hospitalarios y asegurar una calidad máxima al paciente. Sin embargo, constituye un primer paso necesario antes de tratar de poner en marcha una gestión proactiva de los riesgos.

Podemos decir que la gestión proactiva de los riesgos en el ámbito hospitalario, a diferencia de otros sectores de actividad con riesgos muy elevados (aéreo, nuclear, etc.), todavía es algo reciente.

8. Anexo 2: Buenas prácticas

8.1. Gobierno clínico - política de gestión de los riesgos

Gobierno Clínico - Política de gestión de los riesgos



Los 6 hospitales estudiados nos han permitido identificar 4 buenas prácticas comunes relacionadas con la política de gestión de riesgo en el gobierno clínico

1. La creación, a nivel institucional, de un órgano específico de supervisión de la calidad y de los riesgos hospitalarios:

- Este órgano es responsable del cumplimiento de los objetivos corporativos relacionados con la calidad y la gestión de riesgos, así como del seguimiento de las iniciativas de mejora.

2. La ampliación de las responsabilidades del servicio de calidad y gestión de riesgos:

- La gestión de la calidad y de los riesgos tiene que ser la responsabilidad de profesionales dedicados al 100%, experimentados y con una formación continua de calidad.
- Estos profesionales tienen que actuar de manera proactiva en la identificación y análisis de riesgos, problemas de calidad, y en la puesta en marcha de iniciativas de mejora.

3. La ampliación de las responsabilidades de las enfermeras en la gestión de la calidad y de los riesgos:

- Las enfermeras coordinan y crean un entorno en el cual se pueden implantar nuevos protocolos, además de influenciar en el uso de dichos protocolos.
- Como las enfermeras, en general, tienen mayor contacto con los pacientes, suelen tener más conocimiento de la realidad de la calidad de la atención y son una importante fuente de proposición de iniciativas de mejora.

4. La implicación de todos los profesionales en la gestión de la calidad y de los riesgos:

- La puesta en marcha de una política de gestión de riesgos necesita la implicación de todos para asegurar el éxito de la implantación de los nuevos protocolos y planes de acción.
- Además, la implicación de todos los profesionales permite crear una cultura corporativa de la calidad y de gestión de riesgos.

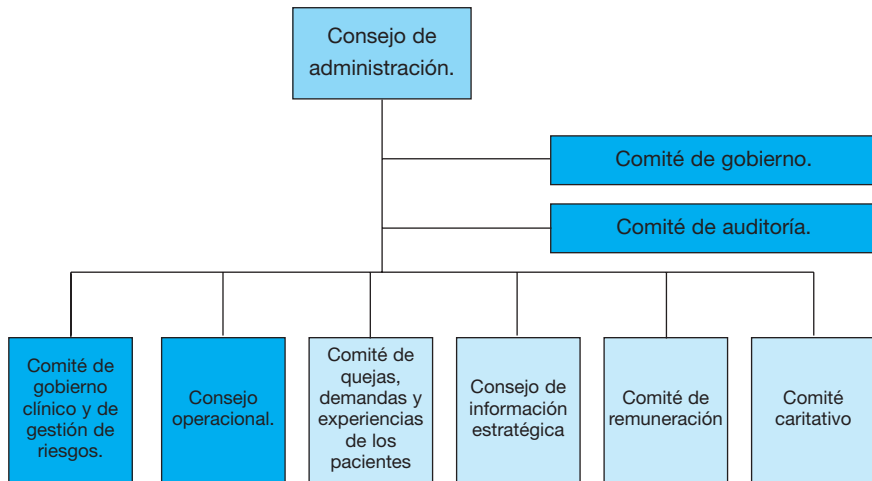
Presentamos las buenas prácticas de los 6 hospitales estudiados, en el Reino Unido, Francia y EE.UU.

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido): 6 hospitales (1.038 camas) y centros satélites.
2. AP-HM (Marsella-Francia): 4 hospitales (3.500 camas).
3. Beth Israel Medical Center (New York-EE.UU.): 1 hospital (1.080 camas).
4. Legacy Good Samaritan Hospital (Portland-EE.UU.): 1 hospital (539 camas).
5. Rankin Medical Center (Brandon-EE.UU.): 1 hospital (90 camas).
6. St. Mary's Health Care System (Athens-EE.UU.): 1 hospital (165 camas).

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) -Contexto

- El East Sussex Hospital NHS Trust es una red de 6 hospitales (1.038 camas) y centros satélites ubicados en la región de East Sussex (Reino Unido).
- El consejo de administración de East Sussex Hospital NHS Trust es responsable del cumplimiento de los principios corporativos:
 - En este contexto, ha desarrollado sistemas y procesos de control financiero, control organizativo, gobierno clínico y gestión de riesgos.
- Para estructurar la gestión de riesgos en los centros del East Sussex Hospital NHS Trust, el consejo de administración elaboró un documento que presenta la estrategia y el sistema de gestión de riesgos:
 - En este documento, se presentan los 5 órganos de gestión implicados en el tema.

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Los 5 órganos de gestión de riesgos siguen una estructura jerárquica definida



1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Cada uno de los 5 órganos de gestión de riesgos tiene un papel específico

- El documento presenta y define los roles de los 5 órganos que gestionan los riesgos para toda la organización:
 - Consejo de administración.
 - Comité de gobierno clínico y de gestión de riesgos.
 - Comité de auditoría.
 - Comité de gobierno.
 - Consejo operacional.

Órgano de gestión	Nivel jerárquico	Papel
1.1. Consejo de administración	Nivel institucional	Ser responsable de la calidad y de la gestión de riesgos en la organización.
1.2. Comité de gobierno clínico y de gestión de los riesgos	Nivel institucional	Desarrollar y realizar el seguimiento de las estrategias corporativas de gestión de riesgos y del gobierno clínico.
1.3. Comité de gobierno	Nivel institucional	Realizar un seguimiento de la estrategia, de las estructuras y de los sistemas que aseguran las funciones de gobierno.
1.4. Consejo operacional	Nivel operacional	Ser responsable de la gestión diaria de los servicios de la organización.
1.5. Comité de audiencia	Nivel institucional	Revisar la definición y el mantenimiento de un sistema interno de control y gestión de riesgos.

1.1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El Consejo de administración tiene la responsabilidad final de la gestión de riesgos

- El Consejo de administración del East Sussex Hospital NHS Trust tiene la responsabilidad final de gestión de riesgos en la organización. Sin embargo, los 4 otros órganos de gestión tienen una responsabilidad directa en la gestión de riesgos en la organización:
 - Para asegurar una buena comunicación entre estos 4 órganos de gestión y el Consejo de administración, se ha establecido un sistema de reporting de los informes realizados y de los temas comentados en cada reunión.
 - Además, los miembros de estos órganos de gestión transmiten de modo informal la información recogida en los sub-comités a los que pertenecen.

Sistema de reporting

<i>Recibe información del...</i>	Consejo de administración	Comité de auditoría	Comité de gobierno	Consejo operacional	Comité de gobierno clínico y gestión de los riesgos
Consejo de administración	X				
Comité de auditoría		X			
Comité de gobierno			X		
Consejo operacional				X	
Comité de gobierno clínico y gestión de los riesgos					X

Ejemplo: el consejo operacional recibe el reporting del Consejo de Administración y del Comité de gobierno clínico y gestión de riesgos

1.2. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El comité de gobierno clínico y de gestión de riesgos está constituido por una multitud de profesionales

- Director médico (actúa como presidente del comité de gobierno clínico y de gestión de riesgos).
- Gerente de la organización.
- Director de enfermería.
- Director financiero.
- Director de RR.HH.
- Director operacional.
- Director de SS.II.
- Directores clínicos.
- Responsable de gobierno clínico y gestión de riesgos.
- Responsable de terapias.
- Coordinador de I+D+i.
- Coordinador de gobierno clínico
- Coordinador de gestión de riesgos.
- Coordinador de políticas y protocolos.
- Consultor de control de infecciones.
- Jefe de farmacia.
- Representante del forum de pacientes.
- Responsable de quejas y demandas.
- Responsable de salud y seguridad.
- Responsable de los proyectos de gobierno y riesgos.
- Responsable de servicios legales.

1.2. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Este comité se reúne una vez al mes y tiene 5 misiones principales

- El comité, que se reúne una vez al mes, tiene 5 misiones principales:
 - Desarrollar y realizar el seguimiento de las estrategias corporativas de gestión del riesgo y gobierno clínico.
 - Evaluar y realizar el seguimiento de los estándares de asistencia ofrecidos a los pacientes.
 - Asesorar el East Sussex Hospital NHS Trust en relación con los estándares requeridos y como lograrlos según las tendencias nacionales y las iniciativas locales.
 - Asumir la responsabilidad de la aprobación y firma de las políticas profesionales y protocolos.
 - Asegurar que todos los riesgos (incluido financiero), dentro del East Sussex Hospital NHS Trust, son evaluados y gestionados de manera adecuada.
- El quórum del comité es de 7 personas, incluyendo el Director médico, Director de enfermería y Responsable de gobierno clínico y gestión de los riesgos.
- Además, hay otros profesionales de la organización que participan en una reunión de cada dos del comité:
 - Director de los edificios.
 - Consultor de riesgos.
 - Tutor clínico.
 - Auditor interno.

1.2. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Además, tiene funciones específicas relacionadas con el gobierno clínico y la gestión de riesgos

Gobierno clínico	Gestión de riesgos
Establecer una estructura y una estrategia para apoyar el gobierno clínico y realizar el seguimiento de su aplicación.	Asegurarse del cumplimiento de los requisitos legales. Analizar y priorizar los riesgos y planes de acción antes de someterlos a Consejo de administración.
Realizar el seguimiento de los avances de la organización hacia los objetivos corporativos.	Asegurar el trabajo en equipo y la buena comunicación entre los comités. Asegurar el trabajo en equipo y la buena comunicación entre los comités.
Recibir y realizar el seguimiento de los planes de acción relacionados con los temas de gobierno clínico e implementados por el Comité operacional.	Hacer recomendaciones al Consejo de administración relacionadas con estándares internos y protocolos y comunicarlas internamente en el hospital. Identificar y desarrollar indicadores clave y realizar el seguimiento de los resultados.
Realizar el seguimiento de los estándares clínicos mediante el proceso de reporting del gobierno clínico.	Implementar y realizar el seguimiento de acciones que aseguren la coherencia con los estándares de seguros y negligencia clínica. Recibir informe por parte de los sub-comités: auditoría, incidentes clínicos, incidentes no clínicos, salud y seguridad, información corporativa y radiación.
Favorecer el desarrollo asistencial relacionado con los protocolos, los estándares nacionales y la información clínica.	Realizar el seguimiento de la participación en las formaciones obligatorias de gestión de los riesgos. Proponer acciones para corregir problemas recurrentes identificados mediante las quejas de los profesionales y los incidentes.
Recibir informe por parte de los sub-comités: transfusiones, auditoría clínica, control de infecciones, descontaminación, medicinas y terapias, historia clínica, equipamientos médicos, enfermería, nutrición e I+D+i.	Identificar los riesgos cuyos responsables no fueron identificados para analizarlos y desarrollar acciones de mejora. Realizar cualquier acción para reducir o eliminar los riesgos que podrían perjudicar la actividad de la organización o su imagen.

1.3. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El Comité de gobierno realiza el seguimiento de las estrategias de gestión de riesgos

- El Comité de gobierno está constituido por siete profesionales de la organización:
 - Tres directores no operacionales (uno de ellos actúa como presidente del comité).
 - Director financiero.
 - Director médico.
 - Director de enfermería.
 - Director de un hospital.

- El quórum del comité es de 4 miembros con al menos un director operacional.

- El comité, que se reúne al menos tres veces al año, tiene una misión mayor:
 - Realizar el seguimiento de la estrategia, de las estructuras y de los sistemas que aseguran las funciones de gobierno.

- Además, el comité tiene funciones específicas:
 - Asegurarse que la organización tiene una estrategia de gobierno y gestión de riesgos eficiente.
 - Asegurarse que la organización ha tomado decisiones basadas en informes independientes, tendencias de política pública y encuestas.
 - Discutir con el Comité de auditoría la coherencia del plan de auditoría con los requisitos de la organización.
 - Asegurarse que las responsabilidades son claramente definidas.

1.4. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El Consejo operacional también está constituido por diversos profesionales y es el responsable de la gestión diaria de los servicios de la organización

- El Consejo operacional está constituido por una multitud de profesionales de la organización:
 - Gerente (actúa como presidente del consejo operacional).
 - Director financiero.
 - Director de RR.HH.
 - Director médico.
 - Director de planificación.
 - Directores de los hospitales de la organización.
 - Directores clínicos.
 - Presidente del comité médico.
 - Jefe de enfermería – Servicio de desarrollo y modernización.
 - Jefe de enfermería – Educación y prácticas.
 - Jefe de terapias.
 - Jefe de farmacia.
- El quórum del consejo es de 2/3 de los miembros y como mínimo uno de ellos tiene que pertenecer al Consejo de administración.
- El comité, que se reúne una vez al mes (aunque se pueden organizar comités adicionales, en caso extremo en menos de 24 horas), tiene una misión mayor:
 - Es responsable de la gestión diaria de los servicios de la organización y contribuye mediante el Consejo de administración al desarrollo de la estrategia corporativa.

1.4. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Además de su misión global, este consejo tiene 5 funciones específicas

- Funciones específicas del Consejo operacional:
 - Apoyar al gerente en la realización diaria de los objetivos.
 - Realizar el seguimiento de la consecución de los objetivos anuales de los directores clínicos.
 - Comentar con el Comité de gobierno clínico y de gestión de riesgos los temas que necesitan con prioridad una financiación y una integración en el plan corporativo.
 - Revisar y analizar de manera regular las informaciones del sistema de registro de los riesgos para asegurarse que los planes de acción son coherentes con la realidad.
 - Informar al Consejo de administración sobre las prioridades y contribuir a través de este último al desarrollo de la estrategia local de salud.

1.5. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El Comité de auditoría ejerce funciones de control

- El Comité de auditoría está constituido por varios profesionales de la organización:
 - Tres directores no operacionales (uno de ellos actúa como presidente del comité). Ninguno de los tres puede ser el gerente de la organización.
 - El director financiero, el responsable de auditoría interna y un representante de auditoría externa pueden asistir al comité.
- El quórum del comité es de 2 miembros.
- El comité tiene funciones específicas relacionadas con 4 temas (ver detalle página siguiente):
 - Control interno y gestión de riesgos: revisar la definición y el mantenimiento de un sistema interno de control y gestión de los riesgos.
 - Auditoría interna.
 - Auditoría externa.
 - *Reporting* financiero.

1.5. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – Las funciones de control del Comité de auditoría se organizan en 4 grandes áreas

Control interno y gestión de riesgos	Auditoría interna	Auditoría externa	Reporting financiero
Acompañar al jefe de auditoría interna.	Gestionar la selección de los auditores internos, sus costes y todos los temas relacionados.	Gestionar la selección de la empresa auditora.	Revisar los informes financieros antes de presentarlos al Consejo de administración, con un enfoque particular en: cambios en la legislación contable, comentarios mayores y ajustes significativos.
Revisar las estructuras, procesos y responsabilidades para identificar y gestionar los riesgos más importantes.	Dar su aprobación al plan estratégico y al plan anual de auditoría.	Ponerse de acuerdo con la empresa auditora sobre el plan de auditoría y su coste.	
Revisar las políticas para asegurarse que siguen la legislación vigente.	En cada reunión, recibir un informe por parte del jefe de auditoría interna de seguimiento de la consecución de los objetivos definidos.	Discutir cualquier problema o dudas en relación con el trabajo de la empresa auditora.	
Revisar la eficiencia operacional de las políticas y protocolos.	Asegurarse que el servicio de auditoría interna se beneficia de los recursos necesarios.	Revisar las conclusiones de la empresa auditora y la respuesta del management.	Revisar y proponer cambios requeridos por el Consejo de administración.
Revisar las políticas y protocolos para las tareas relacionadas con fraude y corrupción.	Asegurar la coordinación entre auditoría interna y externa.	Revisar el contenido de los informes realizados por la empresa auditora y revisar la respuesta del management antes de presentarlo al Consejo de administración.	

2. AP-HM (Francia) -Contexto

- AP-HM (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille) es una red de 4 hospitales públicos (3.500 camas) ubicados en la ciudad francesa de Marsella.
- AP-HM decidió integrar en su plan estratégico 2004-2009 un plan de optimización de la gestión de los riesgos por las siguientes razones:
 - El sistema de información de efectos adversos era incompleto y desagregado en los hospitales de la red. No era posible compartir las informaciones.
 - La puesta en marcha, a nivel nacional, de un proceso de acreditación en la gestión de los riesgos.
 - La mayor concienciación de la población acerca de los riesgos hospitalarios.
- Para elaborar este plan, se constituyó un grupo de reflexión con profesionales competentes en la gestión de los riesgos hospitalarios. Este grupo de reflexión confió a algunos expertos la responsabilidad de constituir grupos de trabajo para redactar los documentos de proyectos específicos:
 - Farmacia, infecciones nosocomiales, vigilancia sanitaria, riesgos profesionales, problemas técnicos, riesgos terapéuticos y de diagnóstico, riesgos excepcionales, aparatos y dispositivos biomédicos.
- Utilizando estos documentos como base, se elaboró el plan de optimización de la gestión de riesgos, en el que se estableció la creación de 3 órganos de gobierno.

2. AP-HM (Francia) – Cada uno de los 3 órganos de gobierno creados tiene un papel específico y un nivel jerárquico en la organización

- Los 3 órganos de gobierno:
 - Un órgano local de gestión de riesgos en cada hospital de la red.
 - Un órgano central de análisis de los riesgos.
 - Un Comité institucional de gestión de riesgos.

Tipo de órgano de gestión	Nivel jerárquico	Objetivo
2.1. Comité institucional de gestión de riesgos	Nivel institucional / AP-HM	Definición de la política general de gestión de los riesgos y de su puesta en marcha.
2.2. Órgano central de análisis de los riesgos	Nivel institucional / AP-HM	Análisis de los riesgos y de los efectos adversos en los hospitales de la red.
2.3. Órgano local de gestión de riesgos	Nivel hospitalario / Cada hospital de la red	Gestión de los efectos adversos en el hospital.

2.1. AP-HM (Francia) – El Comité institucional de gestión de riesgos es el responsable de la definición de la política de gestión de riesgos y de su puesta en marcha

- Tiene un doble papel de definición y seguimiento de la política general de gestión de riesgos hospitalarios:
 - Este Comité se reúne una vez al año pero se puede activar durante acontecimientos graves o preocupantes.
- Este órgano se compone del Director general, del Director asistencial, de dos médicos implicados en el órgano central de análisis de los riesgos, del médico conciliador del AP-HM, de un representante del órgano de evaluación médico y de profesionales muy representativos en varios temas clave.
- El Comité institucional de gestión de riesgos tiene 5 objetivos específicos:
 - Vehicular una fuerte voluntad institucional para movilizar los profesionales.
 - Estudiar los análisis e informes del órgano central.
 - Definir los medios (financieros, humanos, técnicos, etc.) que se tienen que dedicar a la gestión de riesgos.
 - Priorizar las acciones a poner en marcha.
 - Discutir las orientaciones estratégicas de los próximos años.

2.2. AP-HM (Francia) – El órgano central de análisis de los riesgos es responsable del análisis de los riesgos en los hospitales de la red y se divide en 2 otros órganos

- Este órgano cuenta con profesionales muy implicados en la política de gestión de riesgos:
 - Son profesionales aptos para analizar las múltiples situaciones de riesgo y los EA que pueden ocurrir en un hospital, en particular las disfunciones múltiples e iterativas.
- Este órgano se divide en dos:
 - 2.2.1. Un órgano permanente, disponible todos los días, constituido por dos profesionales dedicados el 100% a esta función y ubicados en la oficina de coordinación de las vigilancias: el coordinador de las vigilancias y un responsable de una de las vigilancias. Además, este órgano puede beneficiarse de la ayuda de un secretario o responsable administrativo.
 - 2.2.2. Una comisión multidisciplinaria, para ayudar en el análisis semanal de los riesgos, constituida por dos médicos, un médico del órgano de evaluación médico, un farmacéutico, un representante de la Dirección asistencial, un responsable biomédico y/o un agente de los servicios técnicos y un representante de administración. Esta comisión estudia los eventos más significativos de la semana y transmite las informaciones relevantes a la dirección de APHM.
- El órgano central de análisis de los riesgos redacta un informe anual destinado al Comité institucional que lo valida y lo transmite al Consejo de Administración del AP-HM.

2.2.1. AP-HM (Francia) -El Órgano permanente tiene 4 tipos de misiones que se dividen en 13 ítems

Órgano permanente

Misiones ascendentes

- Recepción a posteriori de las informaciones relacionadas con los EA.
- Segmentación de los EA según un índice gravedad.
- Seguimiento estadístico de los EA con indicadores de gravedad y frecuencia.
- Análisis secundario de los riesgos de los hospitales.
- Consulta de expertos para complementar el análisis.
- Solicitud de investigación complementaria al órgano local de gestión de los riesgos.
- Envío de expertos para realizar las investigaciones complementarias.

Misiones descendentes

- Envío de alertas institucionales a los sectores implicados.
- Envío de los textos reglamentarios.

Misiones de formación

- Propuesta de campañas de información internas en el AP-HM.
- Elaboración de programas de formación de los profesionales en temas de gestión de riesgos.

Misiones de almacenamiento

- Almacenamiento de las alertas e incidentes en una base de datos (de preferencia con un software comercial).
- Almacenamiento de los informes de incidentes, etc.

2.2.2. AP-HM (Francia) – La Comisión multidisciplinaria tiene una misión global que es la puesta en marcha de las misiones del Órgano permanente AP-HM (Francia) – El Comité institucional de gestión de riesgos es el responsable de la definición de la política de gestión de riesgos y de su puesta en marcha

Comisión multidisciplinaria

Puesta en marcha global de las misiones:

- Análisis secundario de los riesgos complejos graves e iterativos.
- Consulta eventual de expertos.
- Solicitud de investigación complementaria al órgano local de gestión de los riesgos.
- Selección de los elementos a ser transmitidos al Comité institucional de gestión de riesgos.
- Reenvío de la información a los declarantes, a los órganos locales y al Comité institucional.

2.3. AP-HM (Francia) – El órgano local de gestión de riesgos es responsable de la gestión de los efectos adversos en el hospital

- En cada hospital, el órgano local de gestión de riesgos tiene como función principal la gestión de los efectos adversos (EA). Este órgano permite informar a los directivos del hospital del acontecimiento de efectos adversos en su establecimiento.
- Este órgano se compone del director del hospital y del director asistencial.
- El órgano local de gestión de riesgos tiene 4 objetivos específicos:
 - Recopilar la información de los EA ocurridos en el hospital y declarados por los profesionales. Esta declaración se puede hacer por e-mail o con un soporte en papel.
 - Identificar los EA o disfunciones complejas, graves o iterativas.
 - Realizar encuestas post-incidente si es necesario (en este contexto se puede consultar a expertos médicos, logísticos o administrativos).
 - Transmitir las informaciones al órgano central de análisis de los riesgos: incidentes de baja y alta gravedad, especificando las investigaciones realizadas.

3. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) -Contexto

- Beth Israel Medical Center es un hospital universitario (1.080 camas) ubicado en la ciudad de Nueva York (EE.UU.):
 - El hospital pertenece a una red constituida por 5 hospitales sin ánimo de lucro en la región de Nueva York: Continuum Health Partners System.
- Entre 2000 y 2002, el hospital sufrió varios incidentes graves que fueron comunicados en red nacional de televisión:
 - Estos sucesos tuvieron un impacto negativo en la reputación del hospital y en la motivación de los profesionales pero provocaron un choque que trasformaron la gestión de los riesgos y la calidad en prioridad máxima para los años siguientes.
- En consecuencia, el hospital decidió realizar un plan de mejora con cambios importantes en:
 - El liderazgo médico.
 - Los órganos de gestión.
 - Las políticas definidas.
 - Los protocolos.

3. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) -El plan de mejora incluyó 4 medidas clave relacionadas con la organización y las estructuras de gestión

- Las 4 medidas clave relacionadas con la organización y las estructuras de gestión:
 - Creación de una comisión, a nivel directivo, dedicada a la calidad.
 - Ampliación de las responsabilidades del departamento de calidad.
 - Creación de grupos de buenas prácticas.
 - Creación de equipos líderes multidisciplinares y de planes de calidad.

Medida	Nivel jerárquico	Objetivo
3.1. Creación de una comisión de calidad	Nivel institucional / Dirección del hospital	Analizar los resultados obtenidos y examinar las tendencias
3.2. Ampliación de las responsabilidades del servicio calidad	Nivel operativo	Proponer, coordinar y realizar el seguimiento de las iniciativas de mejora de la calidad
3.3. Creación de grupos de buenas prácticas	Nivel operativo	Compartir las innovaciones y buenas prácticas
3.4. Creación de equipos líderes multidisciplinares y de planes de calidad	Nivel operativo	Encontrar iniciativas de mejora y definir el plan anual de calidad

3.1. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) – La Comisión de calidad es responsable del análisis de los resultados obtenidos

- La Comisión de calidad del hospital está constituida por los miembros de la Dirección del hospital:
 - Gerente.
 - Director médico.
 - Vice-presidente de calidad.
 - Director de calidad.
 - Directores de departamentos de soporte.
 - Médicos clave.
- La comisión tiene un doble papel:
 - Se reúne una vez al mes para revisar los indicadores clave de calidad y analizar los resultados comparándolos con los objetivos asignados. A modo de continuación, comparan estos resultados con los de otros cuatro hospitales del Continuum Health Partners System.
 - Se reúne una vez al mes para examinar las tendencias en medición de la calidad y para definir prioridades.

3.2. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) – La ampliación de las responsabilidades del servicio de calidad le convirtió en un servicio proactivo de gestión de riesgos

- Al principio, el servicio de calidad tenía un papel administrativo que consistía en recibir, recopilar y transmitir la información sobre la calidad.
- La reestructuración del servicio le convirtió en un servicio proactivo con objetivos como el de proponer, coordinar y realizar el seguimiento de las iniciativas de mejora de la calidad dentro del ámbito hospitalario:
 - Las responsabilidades de reporting, antes a cargo del servicio de Risk Management, fueron asignadas al servicio de calidad. Eso le permitió beneficiarse de los datos y herramientas necesarios para analizar y solucionar los problemas.
- Para realizar sus nuevas misiones, el servicio de calidad recibió los recursos necesarios para aumentar la plantilla hasta 9 coordinadores, cada uno asignado a un departamento específico para:
 - Realizar el seguimiento de los resultados, comparándolos con los objetivos asignados.
 - Proponer iniciativas y apoyar los esfuerzos de los profesionales hacia una mejora de la calidad asistencial.
- Además, el hospital creó un nuevo cargo de vice presidente de calidad para:
 - Liderar el tema en el hospital.
 - Colaborar diariamente con el director médico.

3.3. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) -Creación de un grupo de buenas prácticas para compartir las innovaciones y buenas prácticas

- El grupo de buenas prácticas está constituido por miembros de cada uno de los 5 hospitales del Continuum Health Partners System:
 - Los gerentes.
 - Los directores médicos.
 - Los vice presidentes de calidad.
 - Los directores de calidad.
- El grupo tiene como objetivo compartir las innovaciones y buenas prácticas desarrolladas en cada uno de los 5 hospitales del Continuum Health Partners System.

3.4. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) -Creación de equipos líderes multidisciplinares para estudiar iniciativas de mejora y definir el plan anual de calidad

- A finales de los años 90, el hospital decidió reorganizar la actividad asistencial, ampliando las responsabilidades de las enfermeras y de los celadores y mejorando la formación de sus profesionales.
- Al mismo tiempo, el hospital creó equipos líderes multidisciplinares constituidos por profesionales sanitarios, celadores y, en algunos casos, coordinadores del servicio de calidad:
 - Estos equipos se reúnen una vez al mes para estudiar iniciativas de mejora de la calidad en la actividad asistencial.
 - Ha sido de gran importancia para la promoción de la implicación de los profesionales en la mejora de la calidad asistencial.
- Al principio de cada año, los equipos líderes multidisciplinares definen un plan de calidad que contiene objetivos específicos:
 - El coordinador de calidad de cada departamento colabora en la determinación de los objetivos en función de los resultados actuales y de las necesidades de mejora.
 - Para tratar un problema complejo específico, se organiza un comité de calidad con los profesionales adecuados y el coordinador de calidad del departamento: analizan el problema, identifican las causas, recomiendan medidas apropiadas y ponen en marcha la medida relacionada.
 - El jefe del departamento es responsable de que se alcancen los objetivos asignados en el plan.

3. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) -Los buenos resultados logrados no hubieran sido posibles sin un compromiso fuerte por parte de la Dirección

- Según los profesionales del Beth Israel Medical Center, la variable más importante en la mejora de la calidad y la gestión de riesgos ha sido el fuerte compromiso por parte de la Dirección del hospital:
 - Gerente.
 - Director médico.
 - Dirección del Continuum Health Partners System.
 - Médicos y enfermeras líderes.
- Además de la definición del plan de mejora y de sus medidas, la Dirección dio el ejemplo a través de su compromiso diario, demostrado a través de la comunicación eficiente de sus expectativas y de la aportación de los recursos necesarios (aumento de plantilla, adquisición de herramientas, etc.) para lograr los objetivos definidos.
- A través de sus acciones, la Dirección convirtió la calidad y la gestión de riesgos en una prioridad institucional.

4. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -Contexto

- Legacy Good Samaritan Hospital es un hospital (539 camas) ubicado en la ciudad de Portland (EE.UU.):
 - El hospital pertenece al Legacy Health System (LHS) que incluye 6 hospitales y varios centros satélites.
 - El hospital es el líder en la evaluación e implementación de nuevos protocolos en el Legacy Health System.
- A finales de los años 90:
 - El hospital sufrió un aumento de la estancia media y problemas de coordinación en la actividad asistencial.
 - La Dirección se dio cuenta de la necesidad de desarrollar un modelo asistencial más eficiente que permitiera mejorar la calidad.
- En consecuencia, el hospital realizó un plan de mejora con 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión, las responsabilidades y el compromiso de los profesionales.

4. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -El plan de mejora incluyó 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión, las responsabilidades y el compromiso de los profesionales

- Las 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión, las responsabilidades y el compromiso de los profesionales:
 - Reactivación del Comité de gestión asistencial.
 - Ampliación de las responsabilidades de las enfermeras.
 - Implicación de los profesionales en las tomas de decisión.

Medida	Nivel jerárquico	Objetivo
4.1. Reactivación del Comité de gestión asistencial	Nivel institucional / Dirección del hospital	Desarrollar protocolos y planes de acción, aprobarlos, implementarlos y evaluarlos.
4.2. Ampliación de las responsabilidades de las enfermeras	Nivel operativo	Promover el uso de los nuevos protocolos y proponer iniciativas de mejora.
4.3. Implicación de los profesionales en las tomas de decisión	Nivel operativo	Asegurar el éxito de la implementación de los nuevos protocolos y planes de acción.

4.1. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -El comité de gestión asistencial actúa como fórum funcional para el desarrollo de planes de acción

- El comité de gestión asistencial, creado años antes, se había desactivado. El Legacy Health System decidió reactivarlo y reorganizarlo con la implicación de 30 profesionales de varios departamentos:
 - Departamento médico.
 - Departamento de enfermería.
 - Departamento de farmacia.
 - Departamento administrativo.
 - Departamento de control de infecciones.
 - Departamento de terapia respiratoria.
- Las decisiones clave son tomadas por el comité entero. Sin embargo, existen subcomités enfocados en temas específicos (hiperglicemia, UCI, etc.) que pueden tomar decisiones reactivas cuando sea necesario:
 - Esta estructura se convirtió en el modelo de base para el desarrollo de otros comités u órganos de gestión relacionados con temas específicos: Comité de calidad médica interdisciplinaria y Comité colaborativo de asistencia de la mujer.
- El comité actúa como fórum funcional para el desarrollo de protocolos y planes de acción, su aprobación, su implementación y su evaluación.

4.2. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -Ampliación de las responsabilidades de las enfermeras en la puesta en marcha de iniciativas de mejora

- El hospital considera que el papel de las enfermeras es fundamental en la puesta en marcha de cualquier iniciativa de mejora de la calidad:
 - En este contexto, la puesta en marcha de cada protocolo nuevo se acompaña de un módulo de formación para las enfermeras.
- Este módulo de formación tiene varios objetivos:
 - El objetivo principal es permitir que las enfermeras entiendan la influencia que pueden ejercer en la salud de los pacientes.
 - El módulo suele potenciar también el papel de las enfermeras en la promoción de la utilización de los nuevos protocolos por parte de los médicos.
- Para motivar a las enfermeras, se establecen objetivos claros (por ejemplo la reducción del número de neumonías), dándoles de esta forma una responsabilidad directa en el logro de los resultados:
 - Las enfermeras que cumplen con sus objetivos reciben premios honoríficos.
- Crear un cultura centrada en las enfermeras ha permitido lograr un efecto cíclico en la reducción de los riesgos y la mejora de la calidad:
 - La enfermeras se han convertido en la mayor fuente de propuestas de iniciativas de mejora.

4.3. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -Implicación de los profesionales en la toma de decisiones

- Para asegurar el éxito de la implementación de los nuevos protocolos y planes de acción, el hospital se dio cuenta de la necesidad de implicar a los profesionales en la toma de decisiones durante la fase de pilotaje.
- El hospital ha identificado claramente lo que no se debe hacer durante la implementación de un nuevo protocolo o plan de acción:
 - Imponer el protocolo o plan de acción a los profesionales.
 - Implementarlo sin fase de pilotaje en un departamento.
 - Aumentar la carga de trabajo administrativo relacionada.
 - Fijar objetivos a largo plazo. Para cada nuevo protocolo, los médicos y enfermeras del departamento en el que se realiza el proyecto piloto tienen que ver resultados positivos en uno o dos días.

5. Rankin Medical Center (EE.UU.) -Contexto

- Legacy Good Samaritan Hospital es un hospital (90 camas) ubicado en la ciudad de Brandon (EE.UU.):
 - El hospital pertenece a una red de hospitales con ánimo de lucro: Health Management Associates (HMA).
 - El hospital no es oficialmente un hospital universitario aunque en algunas especialidades hay médicos estudiantes.
- La apuesta del hospital por la priorización de la calidad y la gestión de riesgos desde finales de los años 90 ha tenido 3 razones principales:
 - La llegada de un nuevo gerente, en el 2002, muy implicado en temas de calidad.
 - La compra del hospital por el Health Management Associates en 1997 (antes era un hospital público).
 - La publicación de informes públicos relacionados con los errores médicos y los efectos adversos, en particular el informe “To err is human” en 2000.
- En este contexto, el hospital realizó un plan de mejora con 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales.

5. Rankin Medical Center (EE.UU.) -El plan de mejora incluyó 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales

- Las 3 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales:
 - Creación del Comité de calidad y del proceso de mejora de la calidad.
 - Ampliación de las responsabilidades y del peso del servicio calidad.
 - Implementación de una política de “puertas abiertas”.
 - Creación de una cultura de la calidad.

Medida	Nivel jerárquico	Objetivo
5.1. Creación del Comité de calidad y del proceso de mejora de la calidad	Nivel institucional / Dirección del hospital	Priorizar y gestionar los problemas de calidad.
5.2. Ampliación de las responsabilidades y del peso del servicio calidad	Nivel operativo	Dar más importancia al tema de calidad en el hospital.
5.3. Implementación de una política de “puertas abiertas”	Nivel operativo	Incentivar a los médicos a comunicar de manera directa y amistosa sus problemas y preocupaciones.
5.4. Creación de una cultura de la calidad	Nivel operativo	Hacer con que la mejora de la calidad sea una preocupación diaria de los profesionales.

5.1. Rankin Medical Center (EE.UU.) – El Comité de calidad y el proceso de mejora de la calidad fueron creados para priorizar y gestionar los problemas de calidad

- El Comité de calidad está constituido por:
 - El gerente.
 - El director de calidad.
 - Médicos líderes.
 - Enfermeras líderes.
- El comité tiene como misión la priorización y la gestión de los problemas de calidad. Para ello utiliza 2 herramientas (ver páginas siguientes):
 - La guía de priorización: esta herramienta, adaptada de otras industrias, indica si el problema necesita un análisis más profundo o no.
 - El modelo Focus-PDCA (Plan-Do-Check-Act): es un proceso constituido de 9 pasos que permite mejorar la calidad.
- Si es necesario, el comité identifica y crea un “equipo de mejora de la calidad”, constituido por profesionales expertos en el tema en cuestión:
 - Es importante destacar que el hospital consulta a estos profesionales en las discusiones desde el principio para asegurar su fuerte implicación en el proceso de mejora.
 - A modo de ejemplo, un equipo encargado de trabajar en el tema de los errores de medicación se compone de: un farmacéutico, jefes de enfermería, enfermeras y el director de calidad.

5.1. Rankin Medical Center (EE.UU.) – En los últimos años el comité se ha centrado en 3 grandes proyectos

- Desde 2002, el comité de calidad ha realizado 3 proyectos principales:
 - “0 errores de medicación”: reducción de los errores de medicación en un 50% en 5 años.
 - “Prevención de las caídas”: desarrollo de una guía para los pacientes para reducir los riesgos de caída en el hospital y en casa.
 - “El paciente misterio”: además de las encuestas de satisfacción, se seleccionan pacientes durante el proceso de alta y se les pide que evalúen el comportamiento que han tenido los profesionales tanto con ellos como con su familia.
- El comité de calidad y el proceso de mejora de la calidad fueron creados antes de la llegada del nuevo gerente en 2002:
 - Sin embargo, según los profesionales del hospital, su eficiencia mejoró mucho con la política de calidad desarrollada por el nuevo gerente. Los profesionales se sintieron mucho más cómodos en compartir información con la administración.

5.1. Rankin Medical Center (EE.UU.) – Las herramientas del Comité de calidad: guía de priorización

- Para priorizar los problemas de calidad y las iniciativas de mejora relacionadas, el comité calcula un índice realizando una puntuación de cada iniciativa en función de 9 áreas de impacto. Además, el comité emite una opinión contestando 4 preguntas clave para cada iniciativa.

Área de impacto	Valoración del área	Iniciativa de mejora 1	Iniciativa de mejora 2
1. Peligro mortal	10	10	
2. Riesgo de complicaciones	8		8
3. Seguridad	8		8
4. Aumento de los costes	5	5	
5. Satisfacción del consumidor	5		5
6. Responsabilidad potencial	5		
7. Impacto normativo	8	8	8
8. Impacto ético	2		2
9 Relaciones públicas	2		
Total puntos		23	31
Índice			
0-5	Problema sin importancia		
6-10	Informar el Departamento / Responsable / Manager		
11-15	Informar la Dirección		
16-25	Se puede crear un equipo de mejora de la calidad específico		
>25	Se tiene que crear un equipo de mejora de la calidad específico		
Opinión del comité	Iniciativa de mejora 1	Iniciativa de mejora 2	
1. ¿Tenemos otro equipo trabajando en este tema?	Sí/No	Sí/No	
2. ¿Tenemos recursos (financieros, plantilla, etc.)?	Sí/No	Sí/No	
3. ¿Este problema requiere un equipo de mejora de la calidad?	Sí/No	Sí/No	
4. ¿La iniciativa está en línea con la misión y visión de nuestro hospital?	Sí/No	Sí/No	

5.1. Rankin Medical Center (EE.UU.) -Las herramientas del Comité de calidad: modelo Focus-PDCA

- El modelo Focus-PDCA (Plan-Do-Check-Act) se divide en 9 etapas:
 - Identificar un proceso que puede beneficiarse de una iniciativa de mejora.
 - Crear un equipo experto en el proceso.
 - Homogeneizar el nivel de conocimiento actual del proceso entre los miembros del equipo.
 - Identificar y analizar las causas de los problemas actuales del proceso.
 - Empezar el Focus-PDCA (Plan-Do-Check-Act):
- Planificar la implementación de la iniciativa de mejora.
- Implementar la iniciativa, recoger las informaciones y analizar.
- Realizar un seguimiento de los resultados y de las lecciones aprendidas.
- Adoptar, ajustar o abandonar la iniciativa.

5.2. Rankin Medical Center (EE.UU.) – La ampliación de las responsabilidades y del peso del servicio calidad aumentó la importancia de la calidad en el hospital

- Con la llegada del nuevo gerente, el servicio de calidad fue ampliado y se incorporó un Coordinador de Mejora de la Calidad (CMC):
 - El objetivo era integrar un perfil con experiencia clínica que pudiera dedicarse a:
 - La educación del paciente y de los profesionales en la calidad, usando fuentes externas como la National Patient Safety Foundation o la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).
 - Coordinar, en colaboración con el departamento de formación, la formación de los profesionales en las buenas prácticas de medidas de seguridad (por ejemplo: como reducir el número de errores y la prevención de infecciones).
- El Coordinador de Mejora de la Calidad se implica también en la organización regional de mejora de la calidad hospitalaria, trabajando en colaboración con otros hospitales para compartir buenas prácticas.
- Para dar más peso al tema de la calidad dentro del hospital, el director de calidad y gestión de riesgos fue integrado en el consejo de administración del hospital y se encuentra bajo la supervisión directa del gerente.

5.3. Rankin Medical Center (EE.UU.) – La implementación de una política de “puertas abiertas” incentivó la comunicación entre los médicos y la dirección

- El nuevo gerente quería llegar a un nivel superior de resultados de calidad y decidió aplicar una política de “puertas abiertas” para incentivar la comunicación de los médicos acerca de sus problemas y preocupaciones relacionados con los temas de calidad:
 - Esta política permitió una gran mejora en la comunicación con los médicos. La mayor consecuencia fue que el gerente acabó dedicando la mayor parte de su tiempo en la gestión de temas de calidad.
- El gerente considera que llegar a mantener una atmósfera amistosa, lo que se considera como un factor clave en el sector servicios, tiene un impacto directo en la mejora de la calidad. Esto solo se consigue lograr si los profesionales sienten que tienen el apoyo de la Dirección y que pueden hablar abiertamente de sus inquietudes.

5.4. Rankin Medical Center (EE.UU.) – La creación de una cultura de la calidad para hacer de la mejora de los niveles de calidad una preocupación diaria de los profesionales

- Según el gerente, crear una cultura de la calidad exige esfuerzos continuos para mantener el tema en la actualidad dentro del hospital.
- Estos esfuerzos pueden tener varias formas:
 - Orientación de los recién contratados.
 - Educación continua de los profesionales.
 - Newsletters orientadas hacia la calidad.
 - Realización de informes.
 - Comunicación de los resultados.
 - Organización de eventos: ferias, congresos, etc.

6. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) -Contexto

- St. Mary's Health Care System es un hospital (165 camas) ubicado en la ciudad de Athens (EE.UU.):
 - El hospital pertenece a la Catholic Health East (CHE) asociación, que opera en 11 estados americanos.
- La apuesta del hospital por la calidad y la gestión de riesgos desde el año 2000 tiene 3 razones:
 - La llegada de un nuevo gerente muy implicado en temas de calidad.
 - La baja de cuota de mercado del hospital.
 - El aumento del índice de rotación de la plantilla.
- En este contexto, el hospital realizó un plan de mejora con 2 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales.

6. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) -El plan de mejora incluyó 2 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales

- Las 2 medidas clave relacionadas con los órganos de gestión y el compromiso de los profesionales:
 - Creación del Comité de seguridad del paciente y del Consejo de calidad.
 - Ampliación de las responsabilidades de las enfermeras.

Medida	Nivel jerárquico	Objetivo
6.1. Creación del Comité de seguridad del paciente y del Consejo de calidad	Nivel institucional / Dirección del hospital	Alinear las prácticas del hospital con las de la JCAHO y examinar los resultados.
6.2. Ampliación de las responsabilidades de las enfermeras	Nivel operativo	Coordinar y generar un entorno favorable a la implantación de nuevos protocolos multidisciplinares.

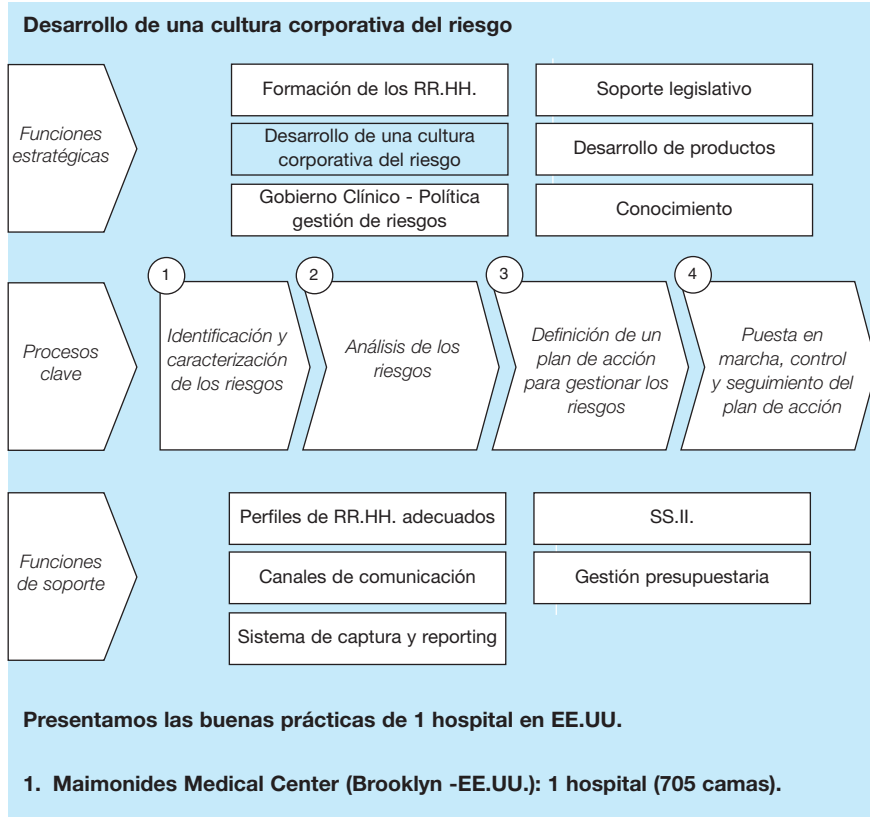
6.1. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) – La creación del Comité de seguridad del paciente y del Consejo de calidad convirtió la calidad en una prioridad del hospital

- El Comité de seguridad del paciente tiene como misión principal alinear las prácticas del hospital con las de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), que es una Comisión de acreditación de las organizaciones de salud:
 - El comité está constituido por un equipo multidisciplinario (miembros de la dirección y directores de departamentos) liderado por médicos.
 - El comité no se implica en todos los temas relacionados con la calidad pero su creación convirtió la calidad en una prioridad dentro el hospital.
- El comité se reúne una vez al mes para examinar los datos de cada uno de sus sub comités (neumonía, control de las infecciones, satisfacción del paciente, errores médicos, caídas, etc.):
 - El comité usa estos datos para identificar problemas y discutir nuevas iniciativas de mejora de la calidad. Puede también decidir sobre la ampliación de una iniciativa exitosa hacia otros departamentos del hospital.
 - Cada trimestre, el comité presenta a la Dirección un informe que contiene los principales indicadores de calidad.

6.2. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) – La ampliación de las responsabilidades de las enfermeras les ha llevado a implicarse en la mejora de la calidad hospitalaria

- El hospital consideró que las enfermeras eran los profesionales más aptos para coordinar y crear un entorno favorable para la implantación de nuevos protocolos multidisciplinarios.
- Para llevar a cabo esta acción, que llamaron “Programa de Gobierno compartido”, el hospital contrató profesionales de enfermería de elevado nivel para asegurar la existencia de liderazgo en el programa.
- El programa ofreció a las enfermeras las herramientas necesarias para que el programa lograra el objetivo corporativo de mejora de la calidad. Se crearon:
 - Un Consejo de mejora de la calidad con el objetivo de identificar iniciativas y áreas de mejora.
 - Un Consejo de enfermería con el objetivo de planificar y definir nuevas políticas y protocolos; además de apoyar o poner en marcha iniciativas de mejora.
 - Un Consejo de revisión de las prácticas, que aprueba y/o revisa las nuevas políticas y protocolos.
- A través de estos 3 programas, las enfermeras se implicaron en la mejora de la calidad hospitalaria y en la mejora de su entorno de trabajo.

8.2 Desarrollo de una cultura corporativa del riesgo



1. Maimonides Medical Center (EE.UU.) – El primer paso para instaurar una cultura de gestión de riesgos, es conocer la cultura actual de la organización

- Después de varios problemas de seguridad e incidentes en los quirófanos, el hospital analizó las causas de dichos problemas e incidentes y decidió crear dos encuestas internas para entender la cultura existente en el bloque quirúrgico.

1.1. Se realizó una encuesta, adaptada de la industria aérea, para recoger la opinión de los profesionales sobre el entorno de trabajo en el bloque quirúrgico. El objetivo era saber si los profesionales consideraban su propio hospital seguro. Se consideró que su opinión era el mejor indicador de riesgos potenciales.

- La encuesta, que tiene aproximadamente 60 preguntas, trata de evaluar las condiciones de trabajo, la seguridad, el ambiente entre los profesionales, la satisfacción de los profesionales y la percepción de la Dirección.
- La encuesta se realiza anualmente y ha demostrado ser más eficaz cuando está incorporada en un programa de seguridad del paciente que incluye formación y auditoría interna.

1.2. Como la mala comunicación entre los profesionales perjudica la implementación de los planes de mejora, se creó otra encuesta para recoger la opinión de los profesionales sobre el comportamiento de los profesionales. El objetivo era saber si los profesionales se comunicaban de modo efectivo entre ellos y si se respetaban.

- En este contexto, la Dirección implementó un programa de formación orientada a la comunicación de las “informaciones cruciales” (una hora por mes durante un año): el programa tenía como objetivo enseñar a los profesionales técnicas de comunicación y promover la comunicación entre ellos.

1.1. Maimonides Medical Center (EE.UU.) – Ejemplos de preguntas de la encuesta sobre el entorno de trabajo

- ¿Me sentiría seguro si fuera operado en el hospital?
- ¿La administración del hospital hace un buen trabajo?
- ¿Estoy orgulloso de trabajar en el hospital?
- ¿He visto a otros profesionales cometer errores que hubieran podido dañar a los pacientes?
- ¿La Dirección del hospital pone en riesgo de manera consciente la seguridad de los pacientes?
- ¿La motivación en los quirófanos es buena ?
- ¿A menudo soy incapaz de demostrar mi desacuerdo con médicos?
- ¿Los temas importantes se comunican internamente?
- ¿Estoy frustrado con mi trabajo?
- ¿Ocurren a menudo sobrecargas de trabajo en los quirófanos?

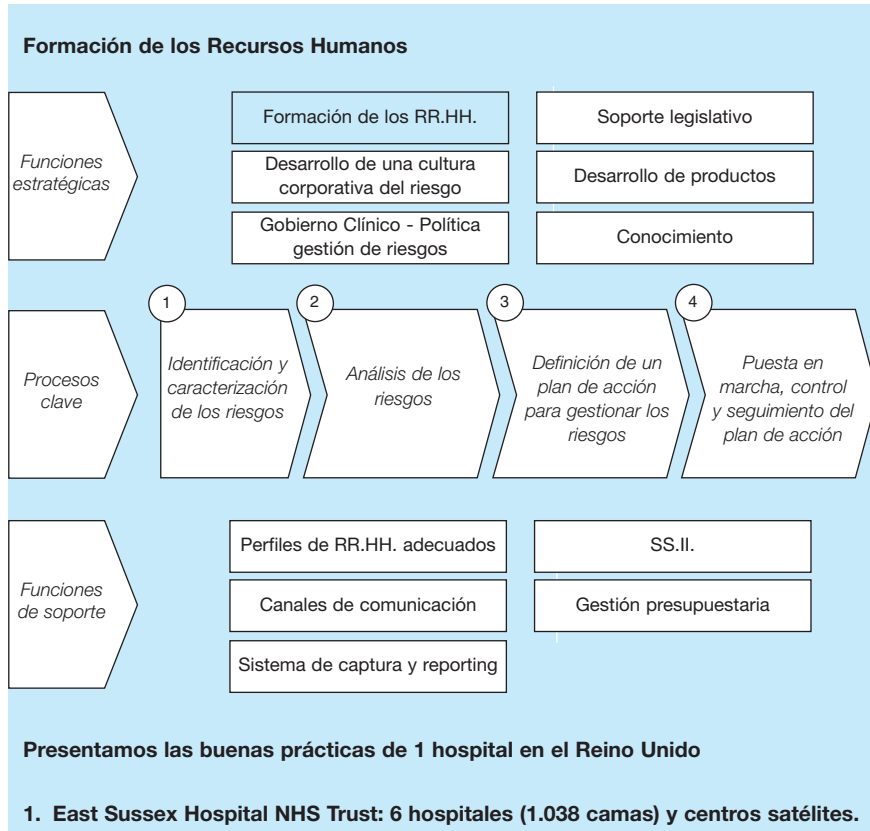
1.2. Maimonides Medical Center (EE.UU.) – Ejemplos de preguntas de la encuesta sobre el comportamiento de los profesionales

- Código de respeto mutuo:
 - ¿Tengo una idea clara de los códigos de respeto entre profesionales?
 - ¿Creo que el respeto mutuo puede mejorar el ambiente de trabajo y mejorar el servicio ofrecido a los pacientes?
 - ¿Creo que se requiere la misma profesionalidad tanto por parte de los médicos como de las enfermeras?
 - ¿Creo que la Dirección gestiona los problemas de falta de respeto de manera adecuada?
 - Cuando veo alguien que no respeta el código de respeto, ¿intervengo?
 - ¿Creo que soy respetado por mis colegas?
- Auxiliares y personal administrativo:
 - ¿Los auxiliares y el personal administrativo respetan a los médicos?
 - ¿Los auxiliares y el personal administrativo respetan a las enfermeras?
 - ¿Los auxiliares y el personal administrativo se respetan entre ellos?
- Enfermeras y técnicos:
 - ¿Las enfermeras y los técnicos respetan a los médicos?
 - ¿Las enfermeras y los técnicos se respetan entre ellos?
- Médicos:
 - ¿Los doctores se respetan entre ellos?
 - ¿Los doctores respetan a las enfermeras y los técnicos?
 - ¿Los doctores respetan a los auxiliares y el personal administrativo?

1. Maimonides Medical Center (EE.UU.) – Después del éxito de los planes de acción originados de las encuestas aplicadas en quirófanos la iniciativa se extendió a otros departamentos del hospital

- Cambiar la cultura en cualquier organización o parte de ella no es una tarea sencilla. Para hacerlo con éxito es necesario que se cumplan 3 premisas:
 - Los profesionales deben reconocer la existencia de problemas.
 - Debe ser promovido por la Dirección y contar con el apoyo de líderes formales o informales en la organización.
 - El proceso de cambio tiene que ser continuo, a través de la implantación de pequeñas y múltiples acciones, en un largo periodo temporal.
- La realización de encuestas como la del hospital estudiado, pone en evidencia la existencia de problemas, promueve la identificación de planes de acción, y demuestra el compromiso de la Dirección, lo que ya es un indicio de la necesidad de actuación.

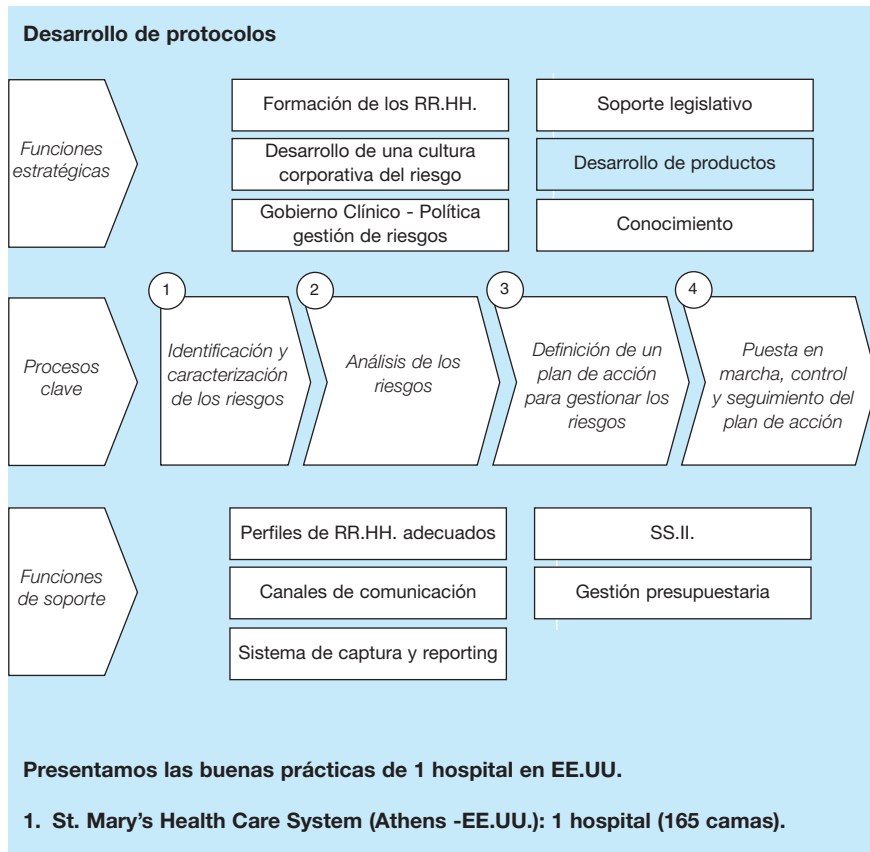
8.3 Formación de los Recursos Humanos



1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – La organización ha establecido una estrategia específica para la formación de los RR.HH. implicados en la gestión de riesgos

- En el East Sussex Hospital NHS Trust, el propio Consejo de administración está comprometido en la educación y desarrollo de sus profesionales y reconoce su responsabilidad legal y ética en crear y mantener un entorno de trabajo que asegura el bienestar y la salud de sus profesionales y pacientes.
- En este contexto, la estrategia de gestión de los riesgos contiene formaciones específicas para los profesionales directamente implicados:
 - Asesores en gestión de riesgos.
 - Director del departamento de gestión de riesgos.
 - Consejo de administración.
- Basándose en un análisis de las necesidades de formación, se ha establecido un programa de aprendizaje detallado con sesiones de formación obligatorias y formación continua en gestión de riesgos:
 - El programa establece de manera clara la responsabilidad de los profesionales en el cumplimiento de los requisitos del programa de formación.
- El coordinador de gestión de riesgos trabaja con el director, el subdirector, el director de RR.HH. y el director clínico para desarrollar una estrategia propia de formación y aprendizaje:
 - Esta última se adapta a las necesidades específicas de los servicios y se basa en un benchmarking de las lecciones aprendidas por otros servicios.

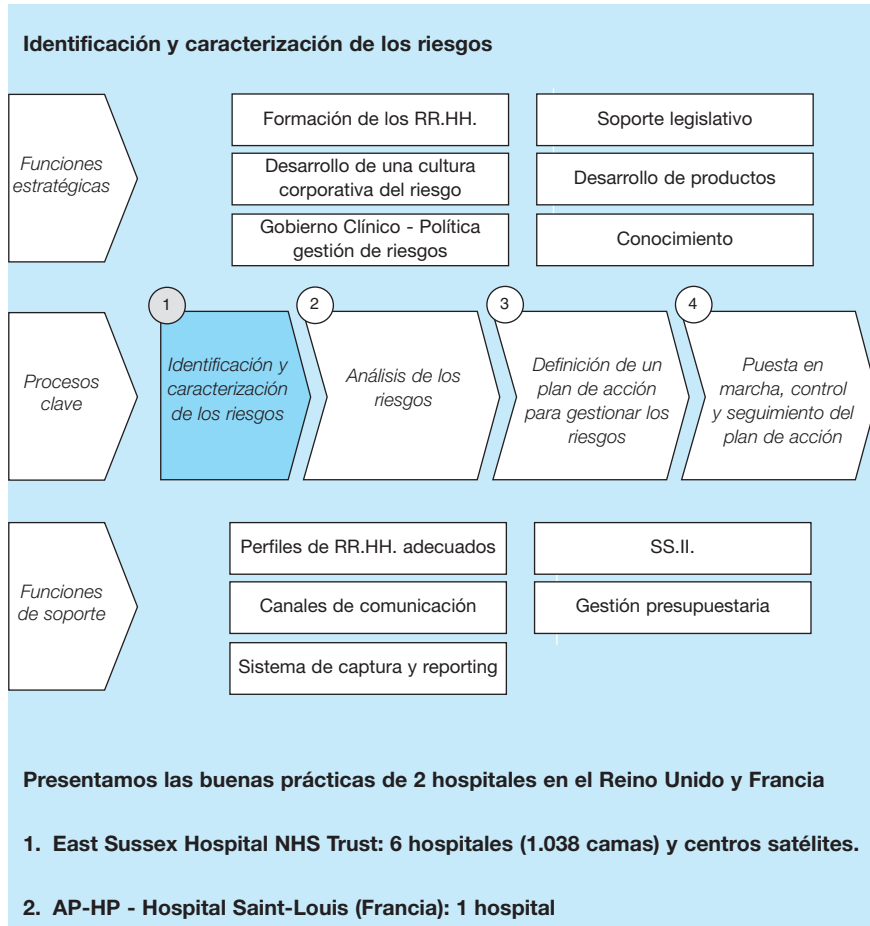
8.4 Desarrollo de protocolos



1. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) – El hospital crea equipos multidisciplinarios con líderes para el desarrollo de nuevos protocolos

- En el hospital St. Mary's Health Care System, el desarrollo de nuevos protocolos no es una función centralizada en un departamento específico sino una función transversal.
- Cuando se identifica un problema relacionado con la seguridad o la calidad, se crea un equipo multidisciplinario de proyecto con médicos, enfermeras y personal administrativo para gestionar el problema y desarrollar iniciativas específicas:
 - La Dirección del hospital identifica los que llaman “campeones” (un médico y una enfermera) que se vuelven responsables del proyecto y de su éxito, con el apoyo de los profesionales de los servicios de seguridad del paciente y del Comité de calidad.
- A modo de ejemplo, la ciudad de Athens, donde se ubica el hospital, fue elegida por una revista como una de las cinco mejores ciudades de EE.UU. para jubilarse:
 - En reacción a esto, el hospital ha creado un equipo multidisciplinario encargado de planificar los recursos necesarios para adaptar la actividad asistencial y los servicios a un aumento de la población mayor.

8.5 Identificación y caracterización de los riesgos



1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El hospital ha desarrollado un sistema global (reactivo y proactivo) de identificación de los riesgos

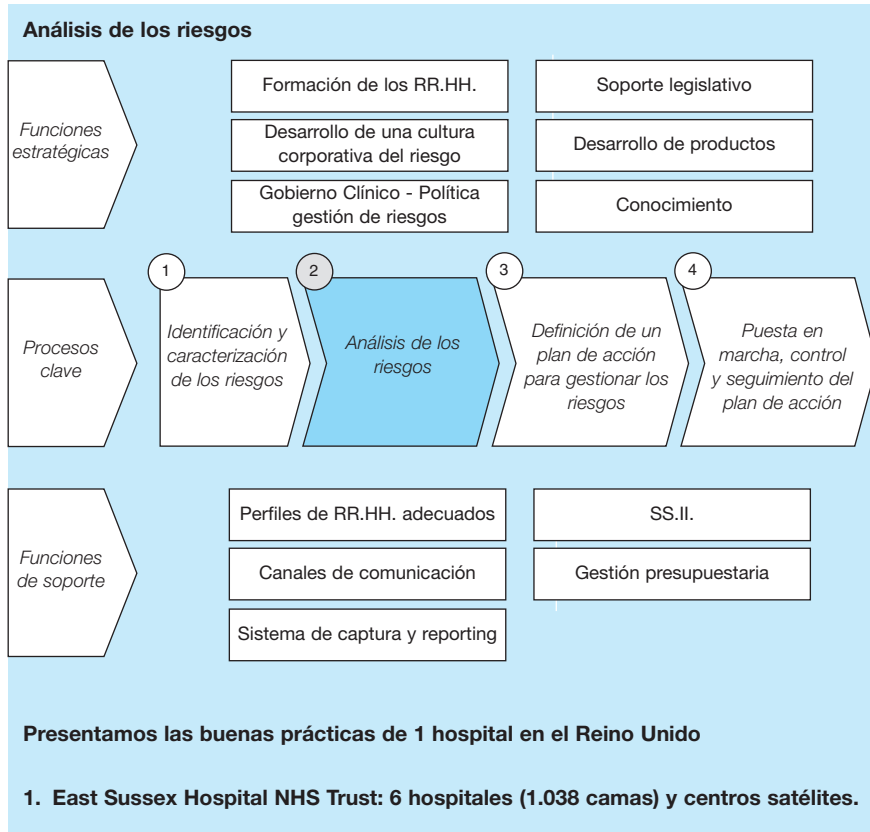
- El East Sussex Hospital considera que los sistemas de reporting de los incidentes y las quejas y demandas de los pacientes proveen información fiable, pero retrospectiva, para mejorar la seguridad de los pacientes.
- En este contexto, se deben completar con dos sistemas prospectivos de identificación de los riesgos hospitalarios:
 - Un sistema prospectivo externo: se basa en la información pública que procede principalmente de informes externos.
 - Un sistema prospectivo interno: se basa en el trabajo de los órganos internos responsables de la gestión de los riesgos hospitalarios y en las herramientas internas disponibles (benchmarking con otros hospitales, auditoría interna, etc.).
- La combinación de estos dos tipos de sistema de identificación de los riesgos permite una gestión reactiva y proactiva de los riesgos a la vez, lo que se considera como el mejor modo de reducción de los riesgos hospitalarios.

Tipo de sistema	Externo	Interno	Interno
Retrospectivo / Prospectivo	Proactivo	Proactivo	Reactivo
Ítems	Informes de auditoría externos	Órganos internos de gestión de riesgos	Incidentes, accidentes y efectos adversos
	Informes de acreditación	Informes de auditoría internos	Quejas y demandas de los pacientes
	Informes de profesionales	Benchmarking con otros hospitales	Quejas y demandas de los profesionales
	Informes de salud pública	Etc.	<i>Turnover</i> , ausencias y enfermedad de los profesionales
	Etc.		Etc.

2. Hospital Saint-Louis (Francia) – El hospital utiliza un método innovador de análisis preliminar de los riesgos hospitalarios

- El método de “Análisis Preliminar de los Riesgos” (APR) fue desarrollado en sectores en los cuales la seguridad tiene una importancia clave (industria nuclear, aérea, etc.). Es un método de análisis cualitativo e inductivo que se basa en eventos primarios para establecer escenarios de accidentes o incidentes:
 - El uso de escenarios permite manipular conceptos de manera dinámica y formalizar de manera precisa los procesos estudiados.
- En el contexto de la gestión de riesgos en el Hospital Saint-Louis, este método ha tenido varias ventajas:
 - Es un análisis inductivo sistemático y exhaustivo.
 - Se realiza mediante el trabajo de un grupo multidisciplinar.
 - Permite los intercambios de información.
 - Permite la integración de conceptos de gestión de riesgos.
 - Es flexible.
- Sin embargo, este método ha tenido limitaciones dado que: necesita un compromiso fuerte de los directivos de los servicios implicados, objetividad de los profesionales y del coordinador de las sesiones, y una exhaustividad en la búsqueda de información.

8.6 Análisis de los riesgos



1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – La organización ha desarrollado herramientas para analizar los riesgos hospitalarios

- Después de haber identificado un riesgo potencial, el análisis de éste se realiza con una herramienta propia: la “matriz de graduación” de los riesgos.
- La matriz de graduación está formada por el cruce de 2 variables:
 - El impacto del riesgo, que se evalúa mediante otra herramienta propia: la “tabla de impacto” de los riesgos. Esta tabla evalúa el impacto del riesgo para la seguridad del paciente y de los profesionales, los objetivos corporativos, la reputación de la organización, los riesgos de queja y demandas y su impacto financiero.
 - El grado de ocurrencia del riesgo, que se evalúa mediante otra herramienta propia: la “tabla de ocurrencia”.
- Estas herramientas son una base de trabajo para los profesionales implicados en la gestión de los riesgos. Sin embargo, los profesionales no deben dudar en identificar y comunicar otros tipos de riesgos que no se encuentran bajo esta metodología.

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – La tabla de impacto

Impacto	Calidad	Seguridad (paciente y profesionales)	Objetivos corporativos	Impacto en la reputación de la organización	Denuncias	Impacto financiero estimado (\$)
Minimo	Desviación menor en políticas, protocolos y estándares internos	Sin riesgo o heridas mínimas	-	-	Sin riesgo de queja o demanda	< 100
Bajo	No cumplimiento puntual de políticas, protocolos y estándares internos	Herida o enfermedad menor < 3 días de ausencia	1% por debajo de los objetivos internos -No cumplimiento de más del 25% de los objetivos nacionales o locales	Informal	Posibles quejas y demandas	< 10.000
Medio	No cumplimiento repetido de políticas, protocolos y estándares internos	Herida o enfermedad media > 3 días de ausencia	2% a 4% por debajo de los objetivos internos -No cumplimiento de más del 50% de los objetivos nacionales o locales	Necesita una intervención del servicio de relaciones públicas y comunicación local	Posibles quejas y demandas	10.000 -50.000
Alto	No cumplimiento de los estándares regionales y/o profesionales	Herida mayor, definitiva o no	5% a 10% por debajo de los objetivos internos -No cumplimiento de más del 50% de los objetivos nacionales o locales durante 2 trimestres seguidos	Necesita comunicación a nivel regional	Quejas y demandas probables	50.000 1.000.000
Extremo	No cumplimiento repetido de los estándares nacionales y/o profesionales	Muerte o varias heridas definitivas	Más de 10% por debajo de los objetivos internos -No cumplimiento de más del 25% de los objetivos nacionales o locales	Necesita comunicación a nivel nacional	Quejas y demandas importantes muy probables	> 1.000.000

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – La tabla de ocurrencia y la matriz de graduación

Tabla de ocurrencia

Grado de ocurrencia	Detalle
Muy bajo	Puede ocurrir sólo en circunstancias excepcionales
Poco probable	No se espera que ocurra pero es posible
Posible	Puede pasar de vez en cuando
Probable	Se espera que ocurra
Casi segura	Se espera que ocurra de manera muy regular

- La matriz de graduación permite puntuar los riesgos de 1 hasta 25 cruzando los resultados de la tabla de impacto y de la tabla de ocurrencia.
- En función de la puntuación recibida, el riesgo obtiene graduación:

- Bajo.
- Medio.
- Significativo.
- Alto.

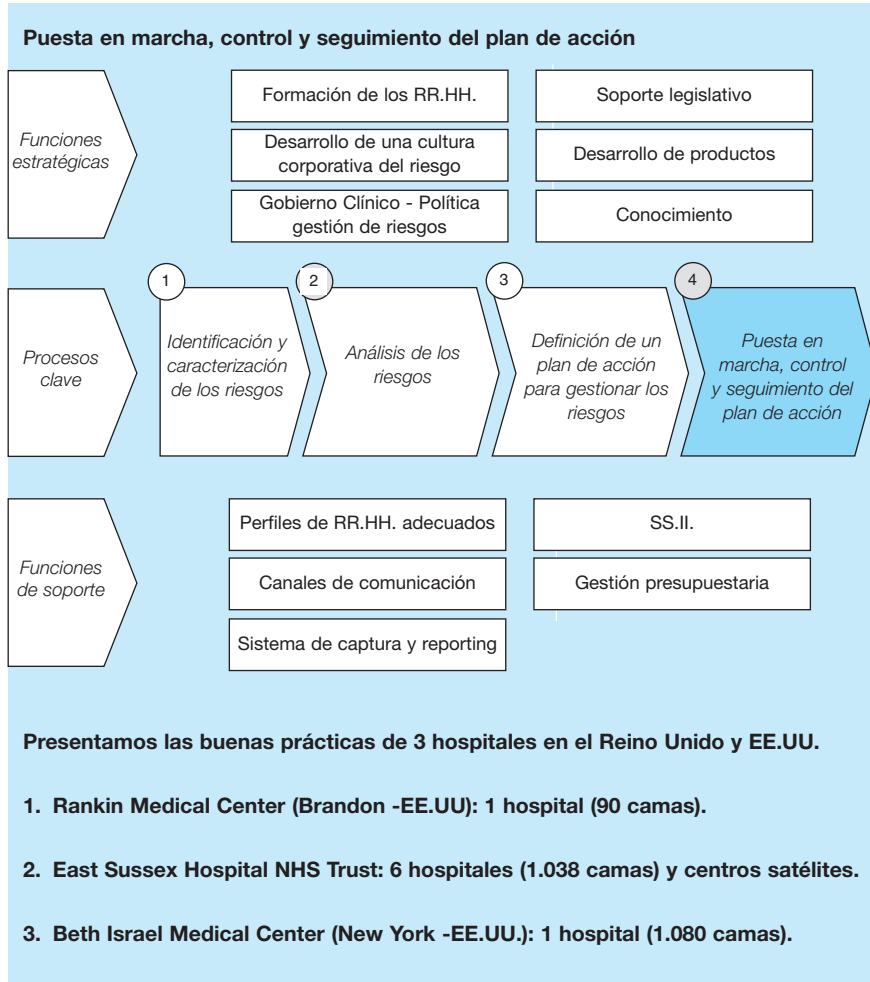
Grado de ocurrencia	Impacto				
	Minimo	Bajo	Medio	Alto	Extremo
Muy bajo	1	2	3	4	5
Poco probable	2	4	6	8	10
Posible	3	6	9	12	15
Probable	4	8	12	16	20
Casi segura	5	10	15	20	25

- La graduación de los riesgos permite clasificarlos y determinar los tipos de acciones que deben ser realizadas.

1. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – La graduación de los riesgos y los tipos de acciones

- En función del grado de riesgo, se toman 4 tipos de decisiones:
 - Riesgo bajo:** son riesgos aceptables que no requieren la puesta en marcha inmediata de un plan de mejora pero que se beneficiarán de un seguimiento por parte del servicio de gestión de riesgos. Los responsables del departamento relacionado pueden desarrollar iniciativas si el riesgo puede ser fácilmente reducido o eliminado.
 - Riesgo medio:** son riesgos que exigen el desarrollo de un plan de mejora en los 6 próximos meses para reducirlos hasta un nivel aceptable. El servicio de gestión de riesgos tiene que apoyar el desarrollo local (departamento) de un plan de acción y su puesta en marcha, realizar el seguimiento del plan y evaluar nuevamente el grado de riesgo una vez implantado el plan.
 - Riesgo significativo:** son riesgos que exigen el desarrollo de un plan de mejora en los 3 próximos meses para reducirlos hasta un nivel aceptable. El servicio de gestión de riesgos tiene que apoyar el desarrollo local (departamento) de un plan de acción y su puesta en marcha, realizar el seguimiento del plan y evaluar nuevamente el grado de riesgo una vez implantado el plan. Riesgos que no pueden ser reducidos a nivel local (departamento) se encuentran bajo la responsabilidad del servicio de gestión de riesgos que tiene que desarrollar un plan de acción propio.
 - Riesgo alto:** son riesgos que exigen el desarrollo de un plan de mejora inmediato. Estos riesgos tienen que ser comunicados al gerente y al director clínico para que tomen una decisión sobre su notificación a nivel corporativo. El director asumirá la responsabilidad de la puesta en marcha inmediata de un plan de mejora y comunicará los avances de manera regular a los comités de gobierno clínico y gestión de riesgos, al Consejo de administración y al Consejo operacional. Una vez implantado el plan de mejora, el director responsable realizará una nueva evaluación del riesgo.

8.7 Puesta en marcha, control y seguimiento del plan de acción



1. Rankin Medical Center (EE.UU.) – El cumplimiento de los objetivos de calidad es una variable de evaluación de los profesionales del hospital

- El hospital ha designado una enfermera que tiene como función:
 - Realizar un seguimiento comparativo de los resultados de los departamentos.
 - Realizar un seguimiento y evaluar las iniciativas desarrolladas por el equipo de mejora de la calidad.
 - Examinar indicadores externos.
- El seguimiento y la evaluación de las iniciativas desarrolladas para mejorar la calidad son responsabilidad de los equipos de profesionales asignados a dichas iniciativas. Los resultados tienen que ser comunicados al Comité de calidad, al Comité médico y al Consejo de administración.
- Las iniciativas que tienen un impacto positivo se comunican a la Dirección y a los profesionales para que se implanten en otros servicios:
 - Si una iniciativa no tiene resultados positivos, el equipo responsable tiene que revisar su plan de acción para solucionar el problema.
- En algunos casos, se crea un equipo de profesionales para una iniciativa específica, en otros casos (caídas de los pacientes y errores de medicación), los equipos se mantienen a largo plazo.
- Cada departamento del hospital fija objetivos anuales de gestión de los riesgos:
 - Cuando los objetivos anuales no se cumplen, el departamento tiene que concentrarse en sus puntos débiles para el año siguiente.
 - Además, el no cumplimiento de los resultados se comunica al Consejo de calidad.
- El cumplimiento de los objetivos es una variable de la evaluación anual y de la remuneración de los profesionales.
- A modo de ejemplo, el hospital realiza un seguimiento de:
 - Tiempo de transporte de los pacientes urgentes.
 - Número de pacientes urgentes que regresan con los mismos síntomas.
 - Tiempo para realizar un ECG en los pacientes con dolor de pecho.

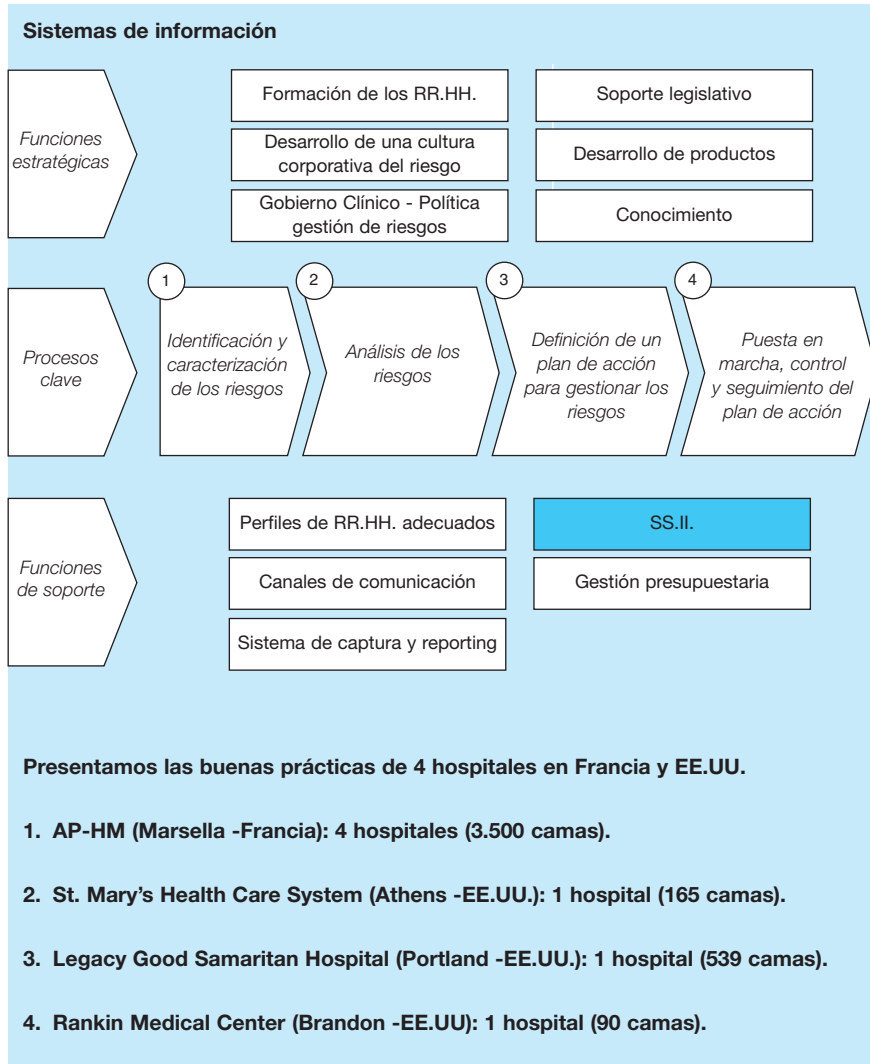
2. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El director médico desempeña un papel central en el seguimiento de los riesgos

- El East Sussex Hospital NHS Trust usa varios sistemas internos y externos para realizar el seguimiento y evaluar la gestión de riesgos en la organización:
 - Informes procedentes de fuentes externas: Comisión for Healthcare Audit and Inspection, Health & Safety Executive.
 - Informes internos de gobierno clínico y gestión de riesgos.
 - Sistema interno de captura y reporting de los riesgos.
 - Indicadores internos de nivel de riesgo.
- El director médico es responsable de:
 - Asegurar el cumplimiento de la estrategia de gestión de riesgos.
 - Identificar, a través del Comité de gobierno clínico y gestión de riesgos y del Consejo de administración, el grado, el tipo y la frecuencia de la realización de los informes.
 - Asegurarse que el Consejo de administración recibe la información relevante y en el calendario definido.
 - Aprobar, a través del Comité de gobierno clínico y gestión de riesgos, el programa anual de auditoría para la gestión de riesgos.

3. Beth Israel Medical Center (EE.UU.) – El hospital basa el seguimiento y la evaluación de sus acciones en un benchmarking amplio de los resultados

- El Beth Israel Medical Center realiza el seguimiento de sus planes de acción a través de indicadores generales de calidad:
 - Mortalidad.
 - Satisfacción del paciente
 - Etc.
- Gracias a la ayuda de los profesionales del servicio de calidad del hospital, cada departamento se beneficia:
 - De sus resultados propios.
 - De comparaciones con resultados pasados.
 - De comparaciones con hospitales de la red (Continuum Health Partners System).
 - De comparaciones con otros hospitales a nivel regional.
 - De comparaciones con otros hospitales a nivel regional.

8.8 Sistemas de información



1. AP-HM (Francia) -La organización se beneficia de un sistema de información específico para la gestión de los riesgos hospitalarios

- El AP-HM (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille) consideró que su plan de acción para la gestión de los riesgos necesitaba un sistema de información eficiente y adaptado.
- En consecuencia, implementó un sistema específico para gestionar el tema. Este sistema, al que han llamado “el sistema de gestión de riesgos”, tiene varias funcionalidades que permiten:
 - Una relación directa con los profesionales del hospital (declaración en línea y consulta de las estadísticas de incidentes).
 - Una reacción inmediata en todos los niveles jerárquicos.
 - Un intercambio rápido de las informaciones entre profesionales, departamentos y servicios.
 - Una visión global de los 4 hospitales de la red AP-HP para definir de manera más eficiente las acciones prioritarias.
 - Un almacenaje de los datos que permite explotarlos de manera individual o colectiva.

2. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) -El hospital ha implementado pequeños SS.II. específicos para gestionar los riesgos hospitalarios

- La Dirección del St. Mary's Health Care System considera la importancia de invertir en tecnologías para mejorar la calidad, reducir los riesgos y mejorar la satisfacción de los pacientes y los profesionales.
- En 2006, el hospital invirtió en un sistema de información para sus ambulancias que les permitiera enviar información del electrocardiograma del paciente hacia los servicios de urgencias y cardiología:
 - El sistema permite que los médicos reciban información antes de la llegada del paciente y preparen los cuidados adaptados para los cinco primeros minutos que son cruciales en la asistencia de urgencias.
- En 2003, el hospital invirtió en un sistema de dispensación de medicación (Pixis pharmaceutical dispensing system) que le permite realizar un seguimiento de la medicación:
 - La implantación del sistema, que ha permitido reducir los errores de medicación, fue acompañada de una revisión de los datos de errores de medicación. Esta revisión fue realizada por la farmacia y el Comité de seguridad del paciente.

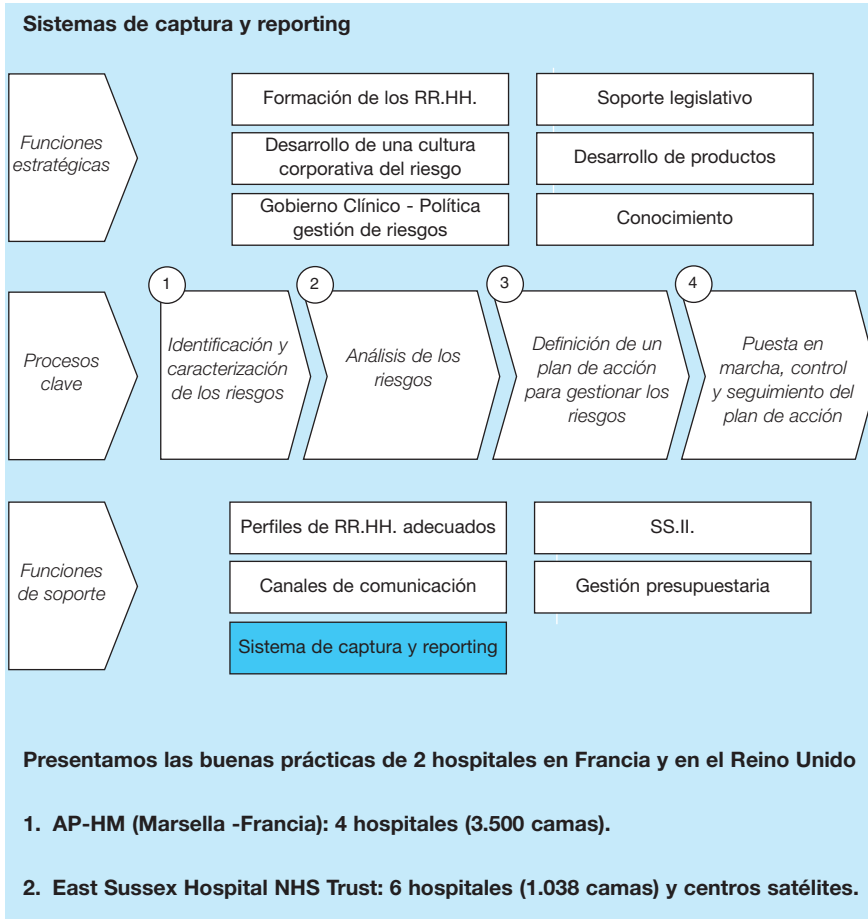
3. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) -El hospital realizó una auditoría de sus sistemas antes de implementar procesos estandarizados y automatizados

- El Legacy Good Samaritan Hospital tomó dos iniciativas mayores para mejorar la calidad y reducir los riesgos:
 - Implementó la utilización de hojas normalizadas para gestionar los procesos asistenciales de manera estandarizada: infartos, neumonías, problemas cardíacos, etc.
 - Automatizó las prescripciones de medicación del servicio de farmacia para reducir los errores.
- Además, entre 2002 y 2004, el Legacy Good Samaritan Hospital realizó un inventario de sus datos y sistemas tecnológicos para entender mejor los recursos que tenía y usarlos de manera más eficiente:
 - Basado en este inventario, el Legacy Good Samaritan Hospital decidió adoptar el Sci-health data trackin software, un software de trazabilidad que permite coleccionar, analizar y evaluar los datos de calidad de manera rápida.

4. Rankin Medical Center (EE.UU.) – El hospital redujo los errores de medicación comunicando las prescripciones por e-mail

- En 2003, el Rankin Medical Center implantó un nuevo software en el departamento de farmacia que permite enviar y recibir las prescripciones de medicación vía e-mail.
- Tras el uso de este software, se redujeron los errores relacionados con la transcripción de las prescripciones de medicación.

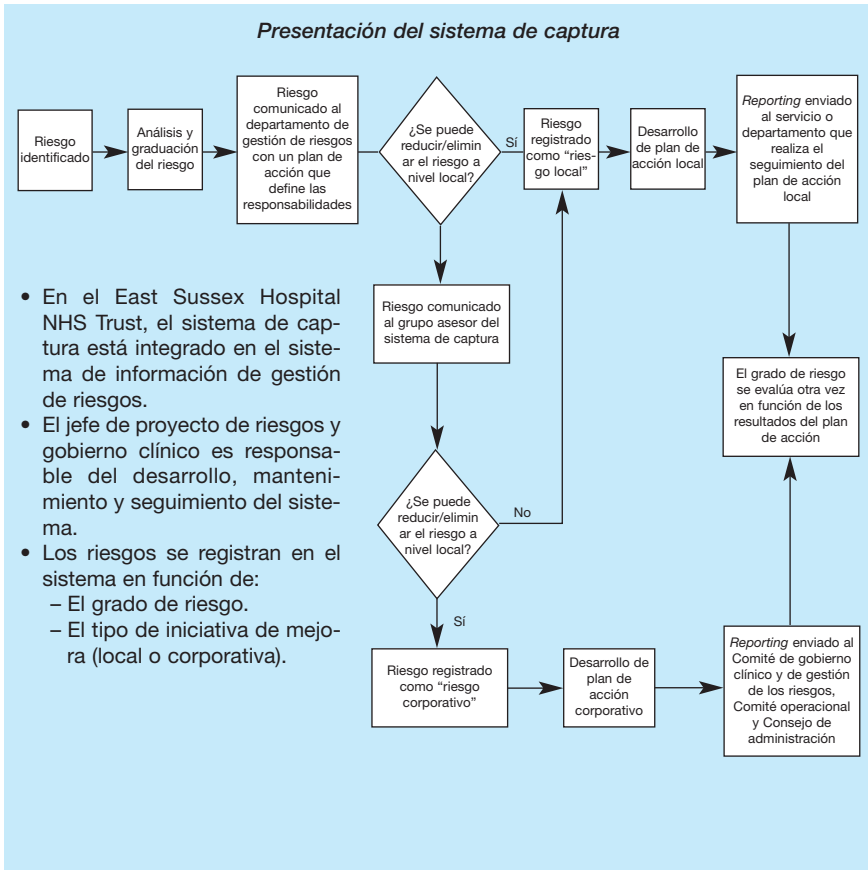
8.9 Sistemas de captura y reporting



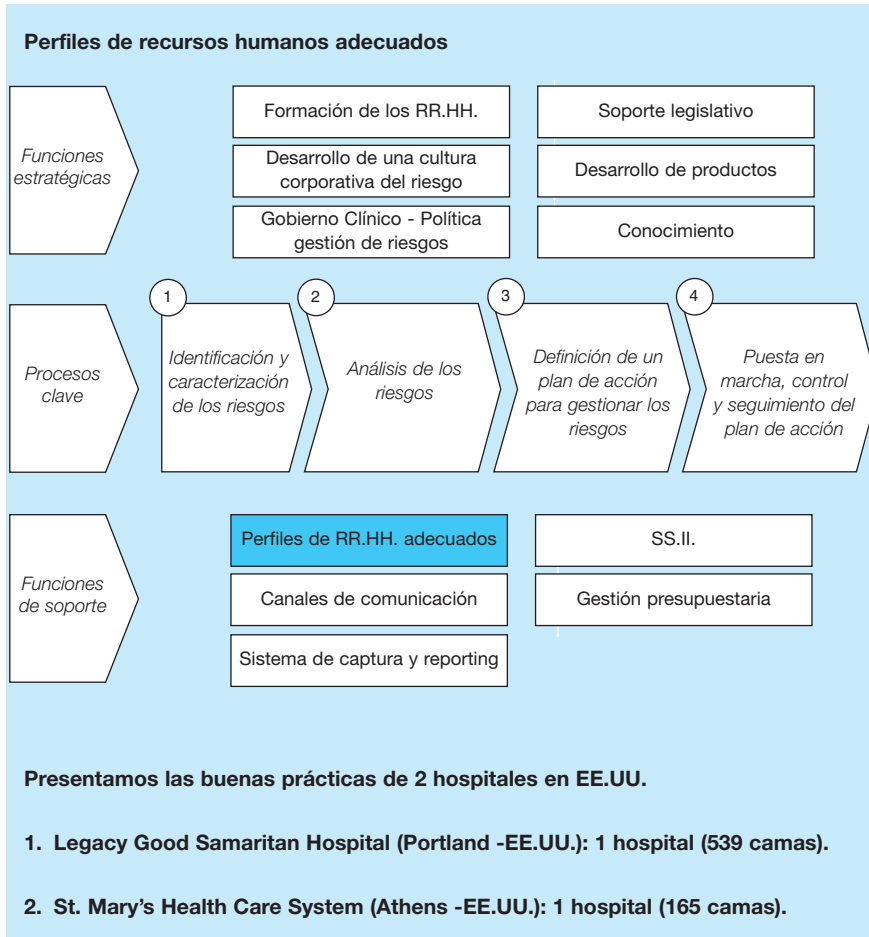
1. AP-HM (Francia) – La declaración de los efectos adversos se realiza mediante una “ficha abierta”

- Para todos los efectos adversos que ocurren en los hospitales de la red (excepto para los servicios de vigilancia que disponen de sistemas específicos), el hospital ha creado una “ficha abierta” común (con respuestas abiertas) que permite hacer una declaración.
- En esta ficha, se encuentra un espacio libre para especificar el efecto adverso:
 - Este espacio en blanco permite describir con precisión el efecto adverso y las medidas tomadas para corregirlo.
- La posibilidad de crear un “ficha cerrada” (con respuestas cerradas) fue rechazada por ocupar mucho espacio de memoria y por su baja exhaustividad.
- Es importante especificar en la ficha que la declaración del efecto adverso no conllevará ningún tipo de sanción.
- La identidad del profesional que declara y, en ciertos casos, del paciente (si está implicado en el incidente), no aparecen en ningún documento oficial de la organización.

2. East Sussex Hospital NHS Trust (Reino Unido) – El hospital ha creado un proceso para la captura y el registro de los riesgos



8.10 Perfiles de recursos humanos adecuados



1. Legacy Good Samaritan Hospital (EE.UU.) – El hospital creó un servicio específico de hospitalists

- Para mejorar la eficiencia y la calidad de la organización, la Dirección del hospital decidió crear un servicio de hospitalist:
 - El concepto de hospitalist se refiere a médicos especialistas que no están asignados a una especialidad médica concreta sino que son responsables de los pacientes hospitalizados y del proceso asistencial de una forma general.
- De manera concreta, la creación de este nuevo servicio permitió:
 - Reaccionar de manera más rápida a los cambios de estado de los pacientes.
 - Coordinar el cuidado ofrecido al paciente en tiempo real durante su estancia.
 - Reducir los costes asociados.
- Antes de la creación del servicio, el proceso asistencial era fragmentado porque los profesionales del hospital no podían reunir toda la información disponible desde la visita del paciente a la consulta privada del médico.

2. St. Mary's Health Care System (EE.UU.) -El hospital creó nuevos puestos de trabajo para profesionales experimentados en gestión de riesgo

- En 2004, la Dirección del hospital se dio cuenta de la necesidad de contratar profesionales experimentados que tuviesen la voluntad de arriesgarse poniendo en marcha iniciativas innovadoras de calidad y gestión de los riesgos hospitalarios.
- En este contexto, se crearon nuevos puestos de trabajo específicos:
 - Vice-presidente asistencial.
 - Director de calidad y mejora de los resultados.
 - Director de los casos clínicos.
- Esta reorganización tuvo un impacto directo en la cultura corporativa y en la prioridad dada a la calidad y a la seguridad del paciente dentro del hospital.

9. Anexo 3: Referencias bibliográficas

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé: état des lieux et propositions. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2004.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2002 Abr.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2003 Jan.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to patient safety indicators [version 3.1]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 Mar. Report No.: 03-R203.
- Aranaz, J. Estudio de efectos adversos en España, un punto de partida necesario. En: Conferencia Internacional en Seguridad de Pacientes: Retos y Realidades en el Sistema Nacional de Salud; 2006 Nov 15-16; Madrid, España. Disponible en URL: <http://www.seguridadelpaciente.es/contenidos/castellano/programa.html>.
- Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Projet de Gestion des Risques et des Vigilances. Marseille: Assistance Publique Hôpitaux de Marseille; 2004.
- Assistance Publique Hôpitaux de Paris. D'un COVIRIS central au réseau des COVIRIS de l'AP-HP. Paris: Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Coordination des vigilances et des risques sanitaires; 2002 Mar.
- Baker GR, Norton PG. Adverse events and patient safety in Canadian health care. CMAJ 2004 Feb 3; 170 (3):353.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004 May 25; 170 (11):1678-86.
- Brennan M. Role of the hospital risk manager in the prevention and reduction of medication error. Canadá: The Institute for Safe Medication Practices Canada; 2002 Abr.
- Buerhaus PI, Donelan K, Ulrich BT, Norman L, DesRoches C, Dittus R. Impact of the nurse shortage on hospital patient care: comparative perspectives. Health Aff (Millwood) 2007; 26:853-62.
- Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales; 1999 Jan.
- Davidoff F, Batalden, P. Toward stronger evidence on quality improvement. Draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. Qual. Saf. Health Care 2005; 14:319-25.

- Department of Veterans Affairs. Review of Patient Safety in the Operating Room in Veterans Health Administration Facilities. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, US, Office of Inspector General; 2007 Feb. Report No.: 05-00379-91.
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île de France. Gestion des risques dans les établissements hospitaliers d'Île de France. 2005.
- Djihoud A, Quenon JL, Michel P, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. Hospitalisations causées par des événements indésirables liés aux soins, résultats de l'étude ENEIS dans les établissements de santé français, 2004. BEH 2006; 49:388-390.
- Ellenberg E. Le management des risques à l'hôpital. Actual. Doss. Santé Publique 2003 Dic; 45:63-6.
- Husser J. Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire. XVème Conférence Internationale de Management Stratégique; 2006 Jun 13-16; Ginebra, Suiza.
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'hôpital en France 1995-2005. Eléments de bibliographie. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2006 Dic.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; 1999.
- Kroch E, Duan M, Silow-Carroll S, Meyer JA. Hospital performance improvement: trends in quality and efficiency – a quantitative analysis of performance improvement in U.S. hospitals. New York: The Commonwealth Fund; 2007 Abr.
- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en URL:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm
- Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos; 2005 Feb 8-9; Madrid, España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf
- Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM, Domecq S. Les événements indésirables graves liés aux soins dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats 2005; 398.
- Management of risk at Nottingham City Hospital NHS Trust, 2002-2004. Nottingham: Nottingham City Hospital NHS Trust; 2002.
- Øvretveit J. Which interventions are effective for improving patient safety? – A review of research evidence. Stockholm: Karolinska Institutet, Medical Management Centre; 2005 Ago.
- Podeur A. Qu'est-ce que le risque hospitalier? Revue gestions hospitalières 2003, 422:62-64.
- Pronovost P, Wachter R. Proposed standards for quality improvement research and publication: one step forward and two steps back. Qual. Saf. Health Care 2006; 15:152-3.
- Rowlinson P. Risk management strategy (Incorporating the risk management system and the process for the production of the risk register). East Sussex: East Sussex Hospitals NHS Trust; 2006 Oct.

- Saturno, P. Buenas prácticas, la necesidad de su medida. Propuesta de Indicadores. En: Conferencia Internacional en Seguridad de Pacientes: Retos y Realidades en el Sistema Nacional de Salud; 2006 Nov 15-16; Madrid, España. Disponible en URL:<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/programa.html>.
- Silow-Carroll S, Alteras T, Meyer JA. Hospital quality improvement: strategies and lessons from U.S. hospitals. New York: The Commonwealth Fund; 2007 Ap.
- Soury F, Caria A, Rybak C. Gestion des risques: une fonction nouvelle a l'hôpital. Gest. Hosp. 2001; 410(11):722-6.
- Thomson RG. Consensus publication guidelines: the next step in the science of quality improvement? Qual. Saf. Health Care 2005; 14:317-8.

