

A background image showing a stethoscope and a pen resting on a clipboard, with the text overlaid.

Seguridad del Paciente y Mejora de Calidad 301

GLOBAL HEALTH CONFERENCE

NOVIEMBRE DE 2020

Objetivos

- Comprender los componentes de un programa eficaz de seguridad del paciente
- Comprender cómo un “A3” puede facilitar los proyectos de mejora de calidad, tanto **administrativa** como **clínica**
- Comprender el papel de un Consejo de atención a la salud en la seguridad del paciente y la mejora de la calidad

Seguridad del paciente - Confiabilidad

- ¿Qué hay si su hospital tiene un índice de éxito institucional del 80-90%? ¿Es “grandioso”?
 - No, desde el punto de vista del paciente individual eso es inaceptable
- Para el paciente individual, la confiabilidad es cuestión de “todo o nada”
- La seguridad óptima del paciente requiere un marco de trabajo para mejorar la confiabilidad: es esencial contar con protocolos de atención estandarizados que estén basados en la evidencia y tengan amplio consenso

Seguridad del paciente/Mejora de la calidad = cambio de cultura

Cultura: “El grupo de valores, normas, usos y costumbres y conductas que crean redes formales e informales dentro de una organización.”

Definición práctica: La forma en la que nosotros “hacemos las cosas” aquí.

Recuerde: “La cultura necesita un cambio de mejoramiento de calidad todos los días”.

Transformación cultural: Las cosas como siempre

Liderazgo: Unos cuantos son los poderosos. Toman decisiones sobre cómo se hace el trabajo.

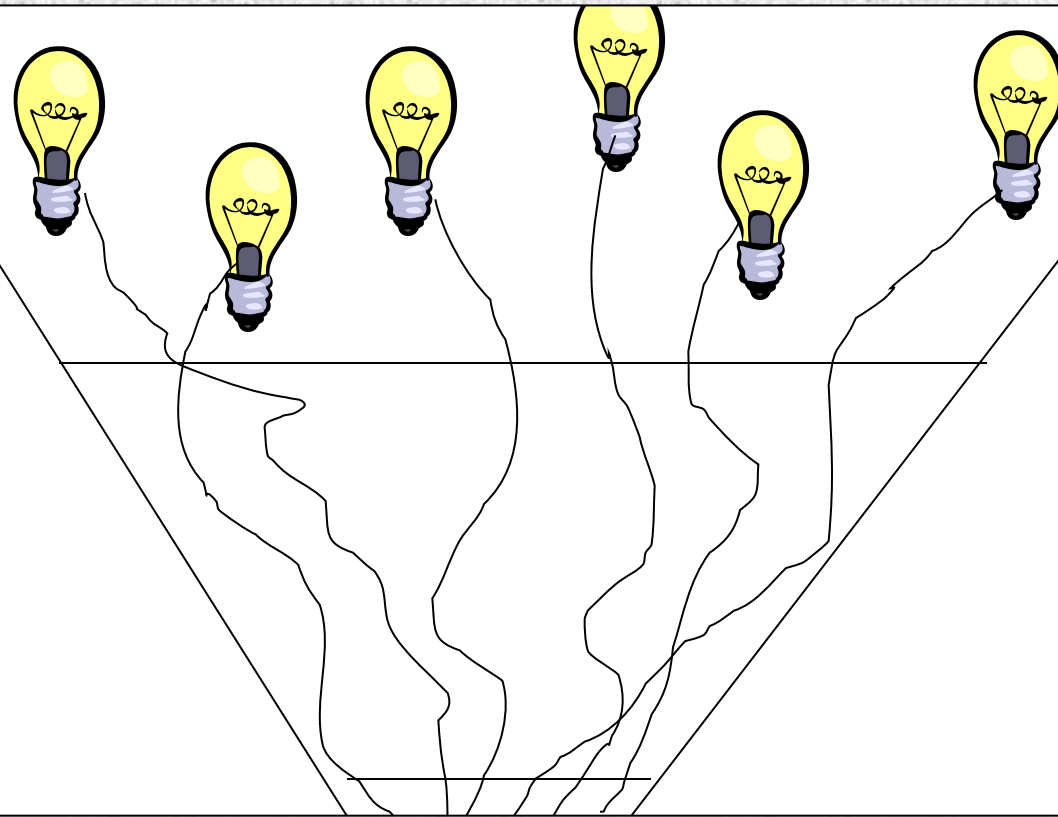


Dirección intermedia: Implementa las decisiones.

Trabajadores de primera línea: son muchos y son expertos en el trabajo que realizan: llevan a cabo las decisiones, rara vez se les involucra en decidir CÓMO se hace el trabajo.

Después de la transformación de la cultura ¡todos contribuyen!

Trabajadores de primera línea: son expertos en el trabajo que realizan; deciden CÓMO se hace el trabajo.



Los líderes y los gerentes de dirección intermedia apoyan y filtran las ideas y eliminan las barreras para la implementación de las prácticas para los trabajadores de primera línea.

Desafíos comunes para la seguridad del paciente

- Errores de diagnóstico: Cuando el paciente no recibe un diagnóstico oportuno y correcto.
- Errores de medicación: pueden ocurrir desde el momento en que se escribe la receta hasta el momento de la administración (puede dar como resultado daños o no)
- Errores de transición: Cambio entre atención a pacientes internados y pacientes ambulatorios (también entre unidades del hospital).

Errores de diagnóstico (ED)

- Un ED se presenta cuando hay una oportunidad perdida de hacer un diagnóstico correcto.
- El índice de ED es de casi el 10%: la mayoría de los pacientes sufrirán un ED en algún momento de su vida.
- Los ED son la principal causa de demandas por negligencia en contra de la mayoría de los médicos.
- Los ED son de origen multifactorial, al que contribuyen tanto los procesos clínicos cognitivos defectuosos como los problemas del sistema.

Ejemplos de error de diagnóstico

- Cierre prematuro: aceptar un Dx y discontinuar el proceso antes de obtener los datos necesarios para establecer el Dx.
- Impulso de diagnóstico: cuando se sugiere un Dx en las primeras etapas del proceso de diagnóstico y el proceso continúa aun cuando los datos no lo respaldan.
- Sesgo de confirmación: la predisposición para buscar evidencia para confirmar un Dx sospechado, sin buscar evidencia que lo refute.
- Aplicación defectuosa del conocimiento: el clínico no posee el conocimiento básico necesario para hacer el DX o no aplica el conocimiento adecuadamente.

Errores de medicación

Evento adverso del medicamento: daño sufrido por el paciente como resultado de la exposición a un medicamento.

- >100,000 hospitalizaciones por año
- Pueden deberse a un riesgo aceptado o ser resultado de un error de medicación.

Factores de riesgo para los errores de medicación

- Polifarmacia
- Edad avanzada del paciente
- Función renal o hepática afectadas
- Caligrafía ilegible
- Uso de abreviaturas distintas a las estándar
- Apariencia o nombre similares

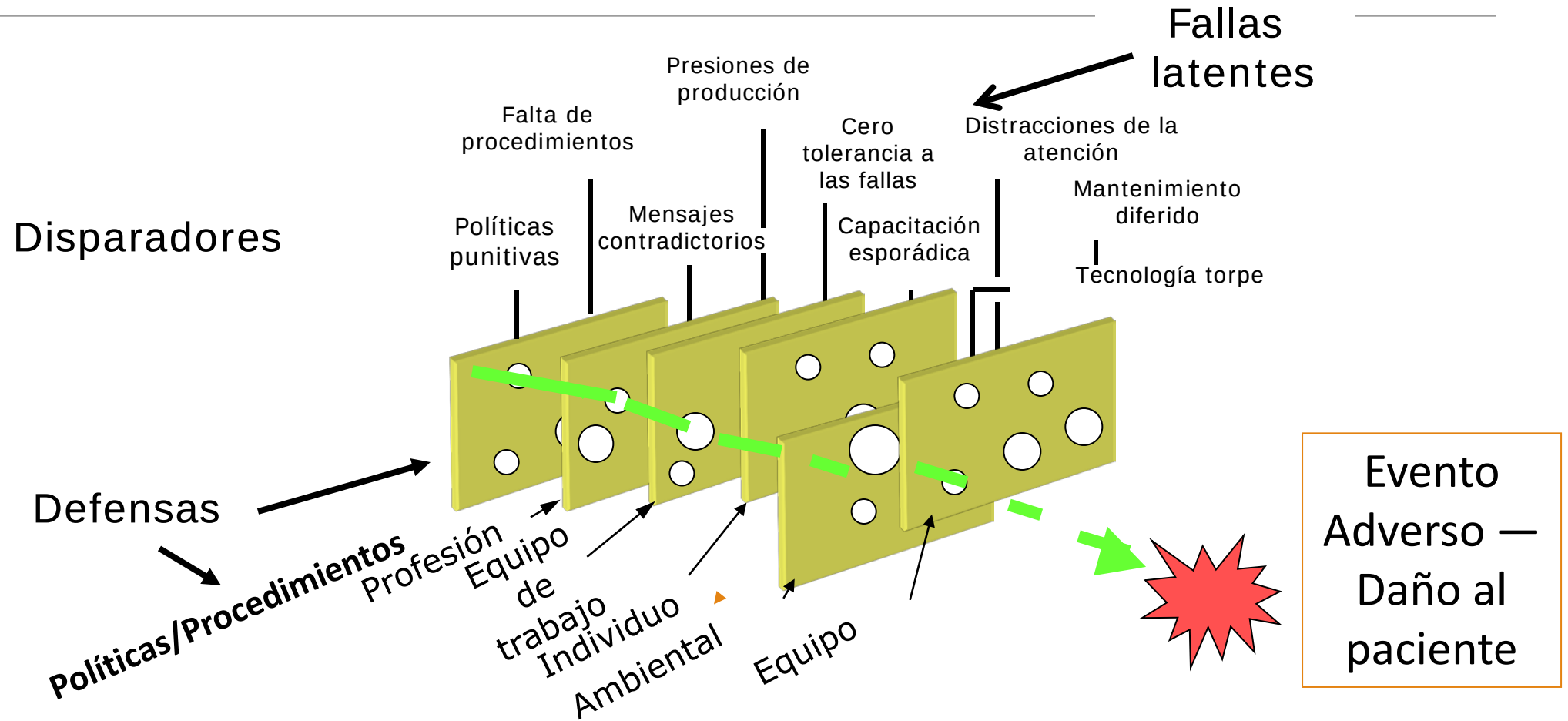
Medidas para reducir los errores de medicación

- Sistemas de introducción de las órdenes del médico en una computadora (CPOE, por sus siglas en inglés).
- Conciliación de la medicación.
- Un mejor etiquetado de medicamentos con nombres similares.
- Administración de medicamentos asistida por código de barras (BCMA, por sus siglas en inglés).

“Error humano” = *Modus operandi* del sistema actual

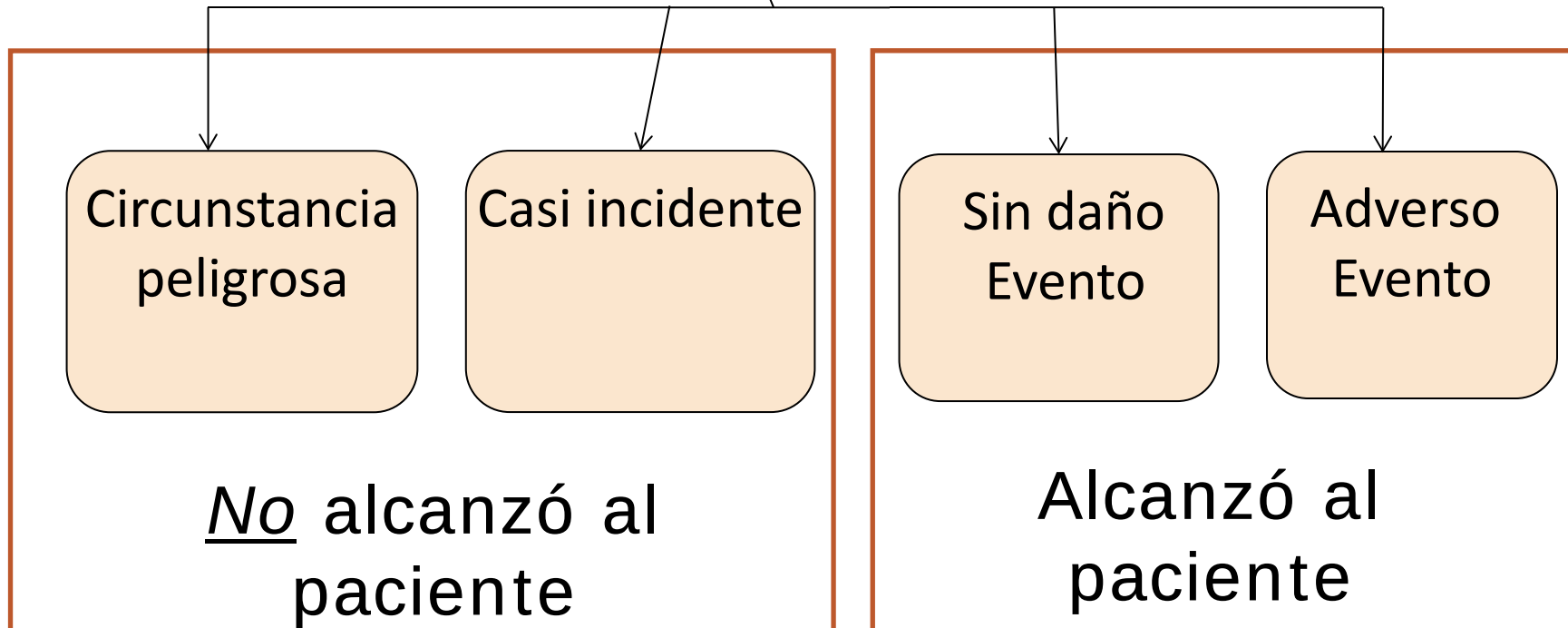
- Tradicionalmente, la medicina ha visto los errores como fallas para las que debe hallarse el individuo que las cometió y debe atribuírsele la culpa.
- Metodología de “capacitar y culpar”
- La capacitación de las enfermeras ha enfatizado las reglas.
- La capacitación de los médicos ha enfatizado el conocimiento.
- De modo que las medidas correctivas históricamente se han enfocado en el individuo, no en el sistema.

El Modelo de *Queso Suizo* (Reason, 1991)



Definición de incidente de seguridad del paciente

Incidente de seguridad del paciente



¿Nuestra reacción refleja (sin pensar)?

- Ir al borde afilado de la acción:
 - El miembro joven del personal, el equipo quirúrgico, los residentes...
 - No seguir un protocolo inconsciente...
- Sin embargo, una forma mejor es no culpar automáticamente a los cuidadores.
- El incidente se investiga exhaustivamente.
 - Empezar un “Análisis de causa raíz”.
 - Proceso definido que busca explorar todos los posibles factores relacionados con un incidente preguntando qué pasó, por qué pasó y qué puede hacerse para evitar que ocurra otra vez.

Fundamentos de un análisis de causa raíz

- Empezar con una investigación inmediata; terminarla dentro de un plazo específico.
 - Establecer una línea de tiempo: ¿qué pasó? ¿Quién estuvo involucrado? Etc.
 - Revisar la historia clínica.
 - Entrevistar a los involucrados.
 - Comentar los hallazgos de la línea de tiempo con su equipo multidisciplinario de análisis de causa raíz (RCA, por sus siglas en inglés).
 - No se conforme con una respuesta sencilla.
 - Pregunte ¿por qué? (los 5 porqués) — Meta: encontrar la causa raíz del incidente
 - Terminar con un documento breve: [por ser firmado por el Director Ejecutivo (CEO)]
 - El problema y las medidas que se van a tomar para que no ocurra de nuevo.
 - Quién realizará la acción y fecha en la que cada acción debe completarse.

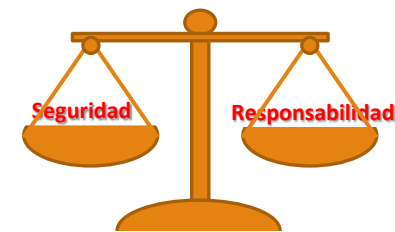
¿Por qué el personal no sigue las políticas y los procedimientos?

Porque...

- **¿No los conocen** (déficit de conocimiento)?
- **¿No los pueden hallar** (las políticas y los procedimientos no están fácilmente disponibles)?
- ¿El personal no tiene **tiempo para ello**?
- **¿Pueden salirse con la suya** cuando no los siguen?
- ¿Son **descuidados** o **imprudentes**?

Cultura justa

“Cómo puede **tratar de manera justa al individuo** involucrado, al mismo tiempo que garantiza que su **organización aprenda** tanto como pueda de cada evento?” Sidney Dekker



¿Cómo equilibrará la responsabilidad con el aprendizaje?

Aprendizaje: Estudiar los eventos **daños** (o los **casi accidentes**), a fin de hacer **mejoras** que lleven a un entorno de atención a la salud **más seguro**.



Si trata a la gente con severidad...



- El personal **puede ser** más **cuidadoso**.
- **Ciertamente** estará **menos dispuesto a informar de** casos de daño o incluso casi accidentes



Sin embargo, si no aplica sanciones...



- El personal que esté en el '**asiento equivocado**' puede persistir.
- Otros empleados pueden creer que "**todo se vale**".

Estructura y función básica de la seguridad del paciente

- Implementar y administrar un **sistema de información de incidentes**.
- Comprender y analizar los **datos**.
- **Conectar** a los líderes con el personal de primera línea.
- Implementar **actividades de primera línea** para mejorar la seguridad del paciente.
- Analizar los **errores graves** y los eventos centinela para prevenir que ocurran de nuevo.
- **Calificaciones y capacitación del Oficial de Seguridad del Paciente**
- Papel del **comité de seguridad del paciente**
- **Involucrar a los médicos** en la seguridad del paciente
- **Participación del Consejo** en la seguridad del paciente

Medición de la seguridad del paciente

- Lo 'básico' incluye:

- Datos del sistema de **informe voluntario del incidente**
- Datos de las **herramientas disparadoras** (y resultados de la revisión de la gráfica)
- **Vigilancia en tiempo real**: por ej., CLABSI, CAUTI
- Datos de **resultados clave**: por ej., mortalidad ajustada por el riesgo
- Datos clave del **proceso/estructurales**: por ej., uso de CPOE
- Eventos **NQF** serios **reportables**
- Demandas y pagos por **negligencia médica**
- **Datos de acreditación/licencias** de las áreas de preocupación
- Quejas serias del **paciente**
- Datos de conferencias de **M y M**
- Resultados de encuestas de la **experiencia del paciente**
- Resultados de encuestas de la **cultura de seguridad**
- Datos de las **rondas de rutina de los ejecutivos**/grupos de enfoque



Importancia de la seguridad del paciente

Enfoque para la seguridad del paciente

- Algoritmo de Cultura justa/actos inseguros
- Normalización de la desviación
- Análisis de causa raíz

La vasta mayoría de los eventos de daño en atención a la salud son **problemas de los sistemas, no de la gente.**

Para la vasta mayoría de la gente, la vasta mayoría del tiempo, la atención a la salud es segura, **pero podría y debería ser más segura.**

- El equilibrio entre crear un ambiente de **aprendizaje y responsabilidad (una 'cultura justa')** es difícil de definir, crear y mantener.
- **La normalización de la desviación es un comportamiento humano inevitable**, la 'ruta de menor resistencia'.
- El **proceso** de investigar el daño (por ej., RCA) debe ser **bien definido y consistente**; si lo es, será **más probable que la gente acepte el resultado, aun cuando no les guste.**

¿Cómo funciona esto?

- Sobre pensar en diferentes enfoques:
 - Trabajo en equipo y comunicación
 - Factores humanos

Por los mejores métodos que conocemos para medir el daño (es decir, herramientas disparadoras) **no bien**; la falla de **intervención, diseminación o medición?**

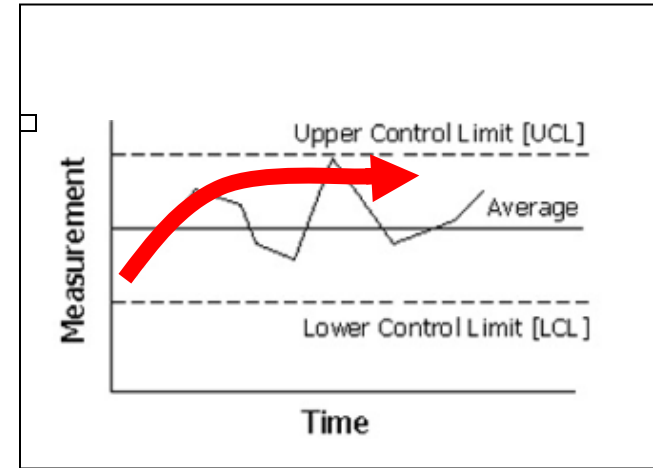
Causa raíz de aproximadamente el **80% de los eventos de daño. No puede darse por sentado que haya un buen trabajo en equipo y buena comunicación** en ambientes complejos.

Muchos consideran los factores físicos, cognitivos y macro humanos **como la causa sistemática número uno del daño al paciente.**

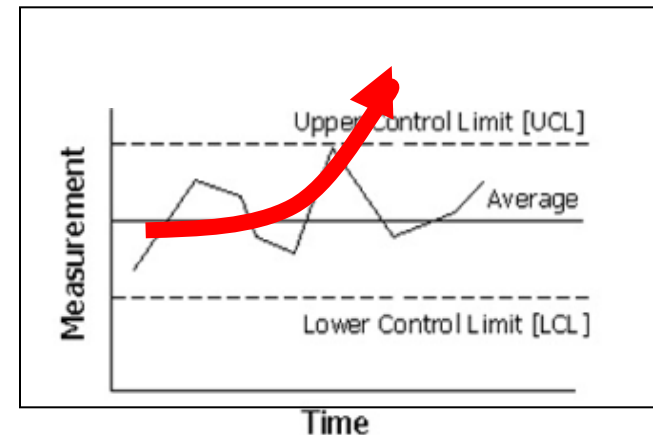
¿Por qué la “mejora de calidad” no constituye actividades de “aseguramiento de calidad”?

El “**aseguramiento de calidad**” apoyará el mejor resultado dentro del diseño del sistema actual.

La “**mejora de calidad**” trascenderá las especificaciones del mejor diseño actual.



Aseguramiento de calidad



Mejora de calidad

Bases de la “mejora de calidad”

- El elemento clave de la “mejora de calidad” es la premisa de que la **calidad** es una propiedad del **sistema**.
- Por lo tanto, lo que determina principalmente el nivel de desempeño es el **diseño** del **sistema de atención a la salud**.

Uso excesivo/Tratamiento excesivo

- **Definición:** Los pacientes reciben servicios que no les beneficiarán.
- **Ejemplo:** Dar antibióticos para “gripes”/infecciones de vías aéreas superiores [>30% de los niños reciben antibióticos en exceso para infecciones del oído].
- **Por qué es un problema:** expuesto al riesgo de los efectos adversos de este tratamiento sin la posibilidad del beneficio.

Uso insuficiente/Tratamiento insuficiente

- **Definición:** Los pacientes no reciben los servicios que les darían beneficios.
- **Ejemplo:** Pacientes con insuficiencia cardiaca no tratados con inhibidores de la ECA.
- **Por qué es un problema:** El resultado deseado se reduce, porque no comprenden los beneficios que estos tratamientos tienen en la salud.

Mal uso

- **Definición:** Los servicios de salud adecuados se proporcionan de manera inepta [~ 7% de los pacientes hospitalizados sufren un error de medicación serio].
- **Ejemplo:** pacientes con insuficiencia renal que requieren antibióticos aminoglucósidos pero reciben dosis que no están reducidas para corresponder a su función renal.
- **Por qué es un problema:** la probabilidad de un buen resultado se ve disminuido por el riesgo adicional de complicaciones evitables.

“Comunidad de Científicos”

Las ciencias básicas de la calidad y la seguridad del paciente

Usar principios de **Administración** basados en evidencia (prestación de atención médica) para mejorar las organizaciones de atención médica como “sistemas”.

Cambiar del “**por qué**” hacer esto a
“**cómo**” hacerlo!

Atributos del sistema

- “Debemos aceptar el error humano como inevitable y diseñar sobre ese hecho.” - Dr. Don Berwick
- “La búsqueda de índices de cero errores está condenada al fracaso desde el principio.”
- Si lo que desea es un nuevo nivel de desempeño...

¡Diseñe un sistema nuevo!

Aplique una
metodología de “Mejora de la Calidad”

Para mejorar (cambiar) su sistema de prestación de atención a la salud.

“La ciencia de mejorar la prestación de atención a la salud”
[Administración basada en la evidencia]

Un sistema de prestación de atención a la salud transformado [*altamente confiable*]

[“Un lugar en el que deseas estar...”]

Un marco de trabajo

1. Sin muertes innecesarias [seguridad]
2. Sin dolor innecesario [eficacia]
3. Sin desamparo [centrado en las personas]
4. Sin esperas indeseadas [oportunidad]
5. Sin desperdicio [eficacia]
6. Sin desigualdad [equidad]

Modelo de mejora – IHI

[modelo A]

El modelo consta de dos partes:

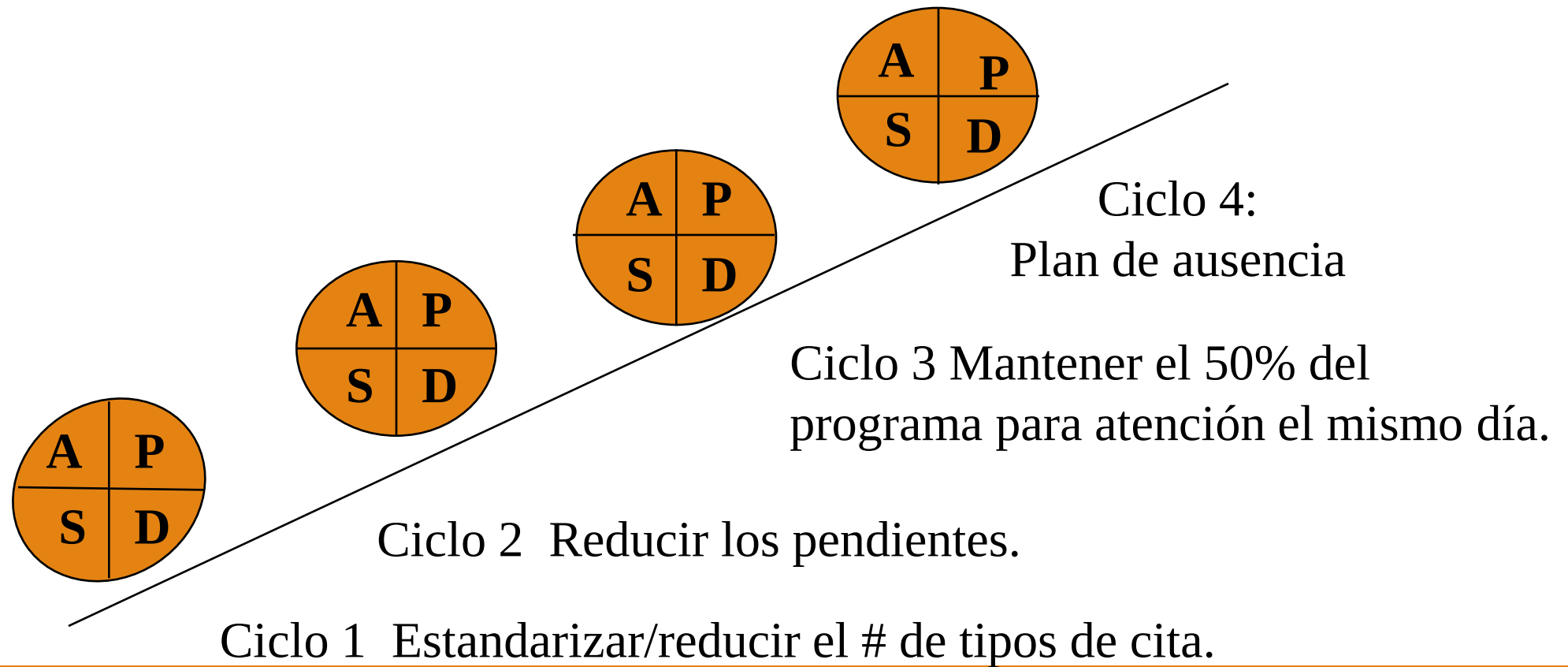
- I. Tres preguntas fundamentales
 1. Establecer **objetivos**: ¿Qué estamos tratando de lograr?
 2. Establecer **medidas**: ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora? [Medición]
 3. Seleccionar el **cambio**: ¿Qué cambios podemos hacer que redundarán en una mejora?
- II. El ciclo Planear-Hacer-Estudiar-Actuar (**PDSA**, por sus siglas en inglés) prueba e implementa cambios en escenarios de trabajo reales.

Mejora de Ciclo Rápido (RCI, por sus siglas en inglés) = múltiples pruebas pequeñas (PSDAs) de cambio

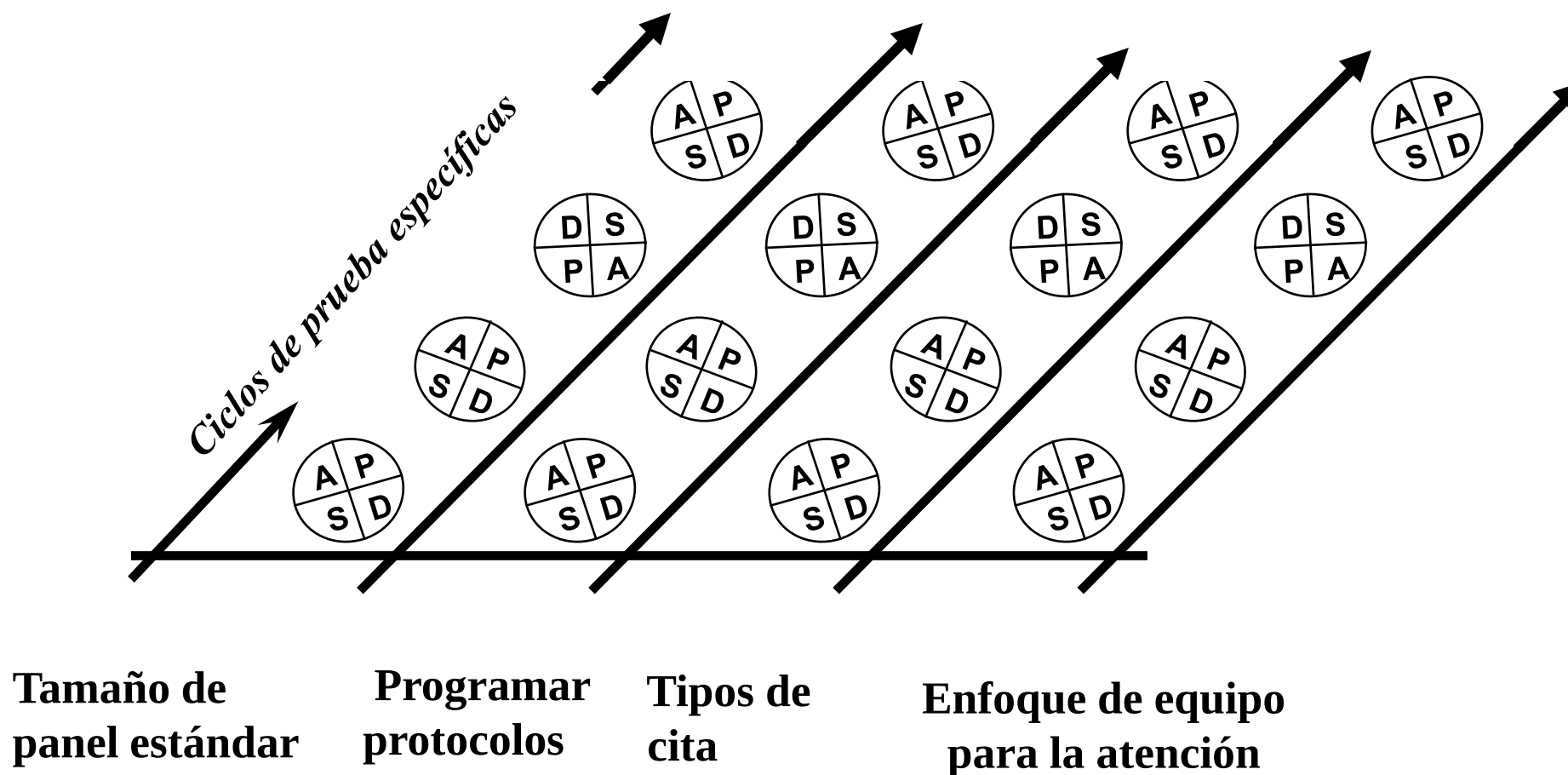


Probando... probando... Objetivo:

Próxima cita disponible <7 días



Mejora de Ciclo Rápido (Muchos ciclos PDSA)



¿Qué es el pensamiento magro (Lean)?

“La interminable transformación del desperdicio en valor, desde el punto de vista del cliente.”

En el pensamiento magro, el cambio de la **Cultura** es tan importante como las herramientas o metodologías reales.

Cómo determinar el Valor que usted brinda a sus pacientes:

$$\text{VALOR} = \frac{\text{Resultado}}{\text{Costo}}$$

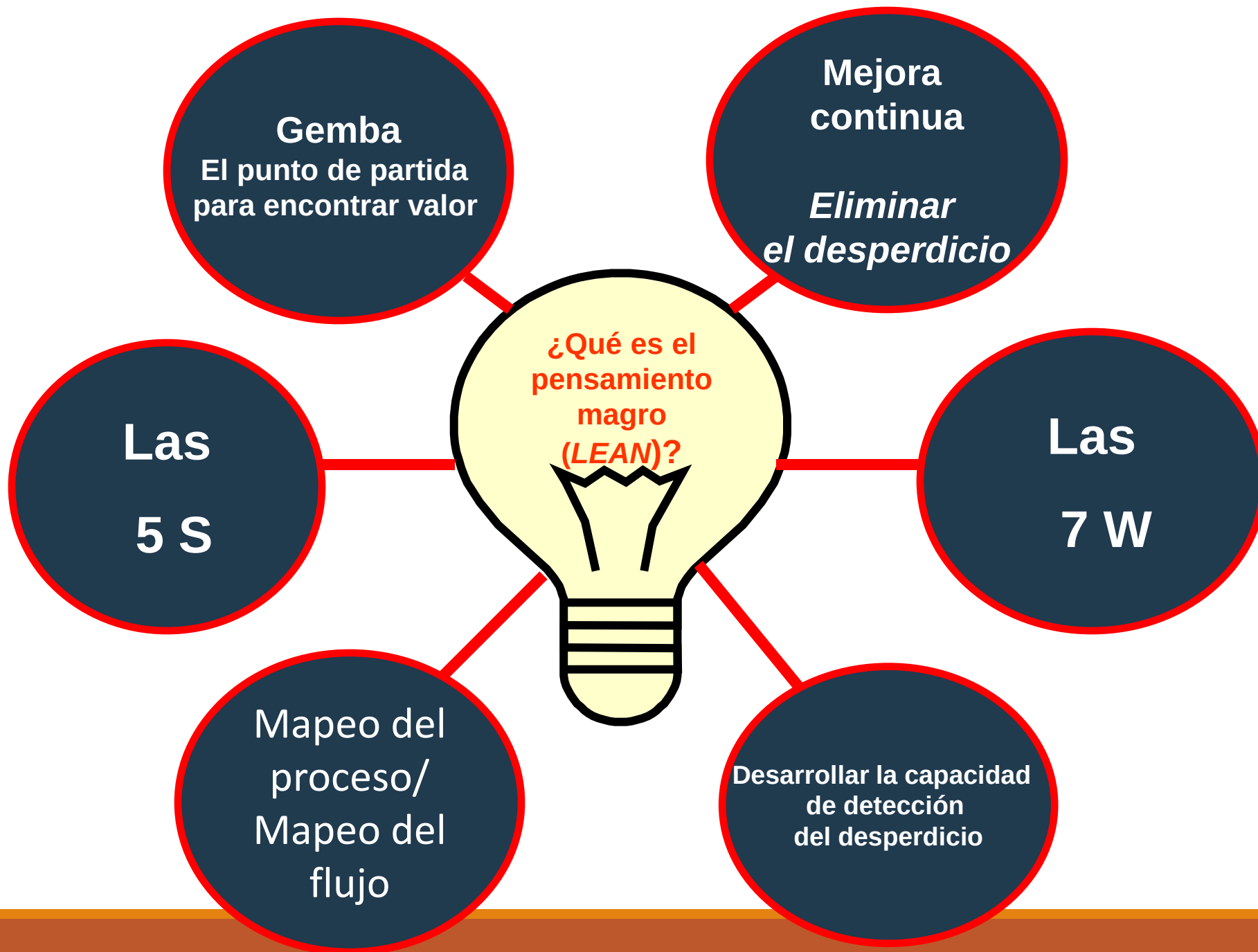
$$\text{VALOR} = \text{"A"} \times \frac{\text{Acceso} + \text{Técnico} + \text{Funcional} + \text{Satisfacción}}{\text{COSTO}}$$

"A" = Apropiado

Si "A" = cero, no ejecute el proceso

Si "A" = uno, la atención es apropiada

“Índice de deleite”



5 S:

Clasificar, ordenar, pulir, estandarizar, sistematizar

5 S: un esfuerzo organizado e interminable para

- Eliminar todo el desperdicio físico del sitio de trabajo que no se requiera para hacer el trabajo de esa área.
- Ordenar las cosas.
- Identificar, etiquetar, designar un lugar para guardarlo, de modo que sea fácil encontrarlo, recuperarlo y hacerlo a un lado.

Lean Six Sigma: 5S

5S es una técnica de organización del lugar de trabajo compuesta para cinco fases primarias:
Identificar, Ordenar, Pulir, Estandarizar, Sistematizar.



Resultados de las 5 S:

Antes de las 5 S



Después de las 5 S



Desperdicio “Antes/Después de las 5 S”



Unidad 1. Basamento (Antes) y (Después)

Estabilizar la disponibilidad del equipo

Técnicas de 5 S:

Clasificar

Ordenar

Pulir

Estandarizar

Sistematizar



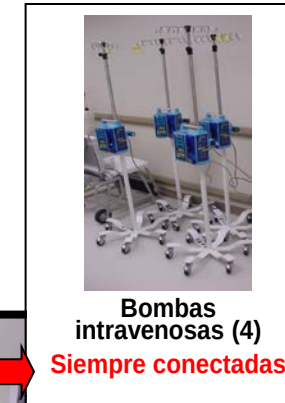
ANTES

Beneficios

*Equipo limpio = vector
patógeno*

Ahorra frustración y búsqueda

*Se ahorrarán hasta \$ 20 mil
de equipo no usado para su
uso en otro lado*



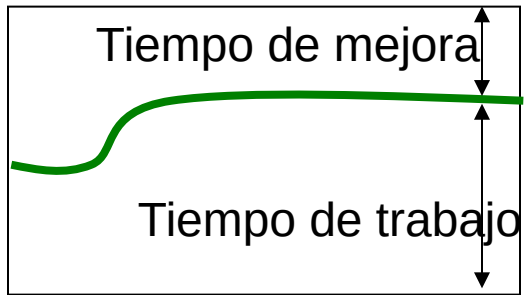
Bombas
intravenosas (4)
Siempre conectadas



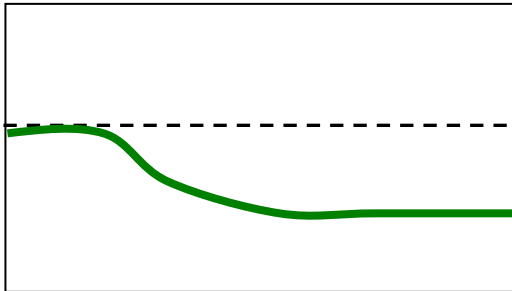
DESPUÉS

Paradoja del sistema: ¿QI significa... trabajar “más duro”?

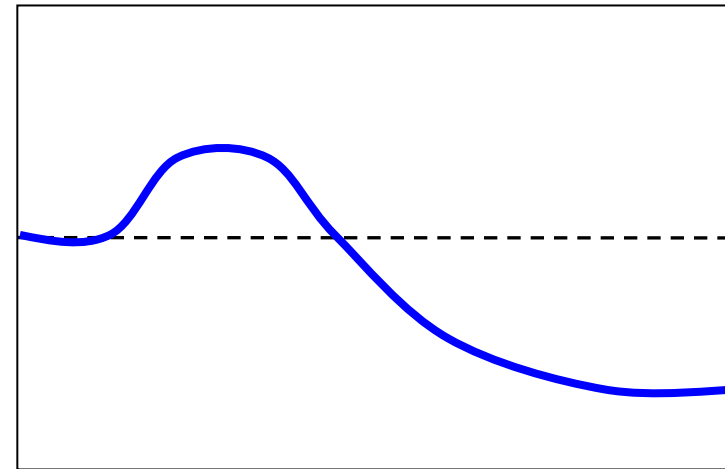
Esfuerzo



Capacidad



Desempeño real

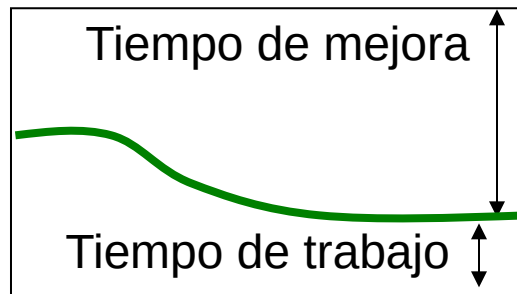


Tiempo →

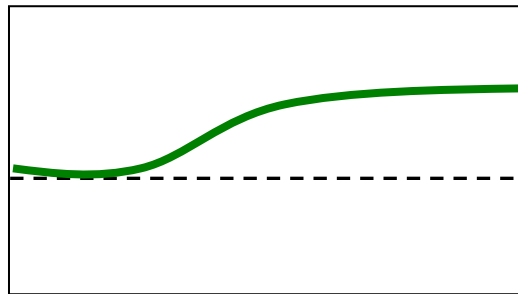
Repenning, NP, y Sterman, JD: Nobody Ever
Gets Credit for Fixing Problems that Never Happened
[www.webmit.edu](http://www.web.mit.edu)

Paradoja del sistema: Trabajar “de manera más inteligente”

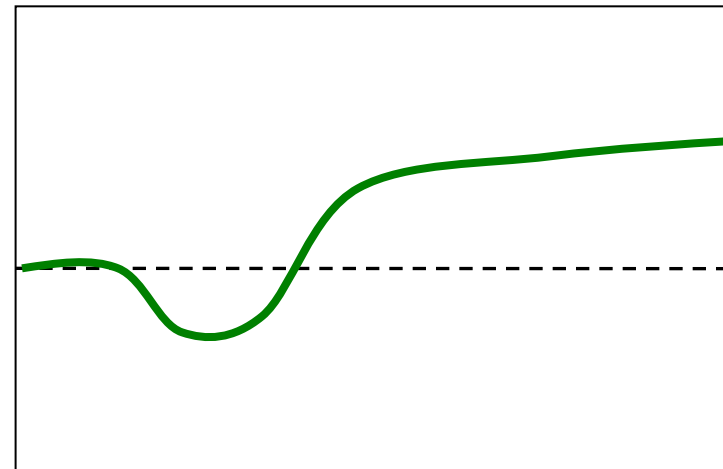
Esfuerzo



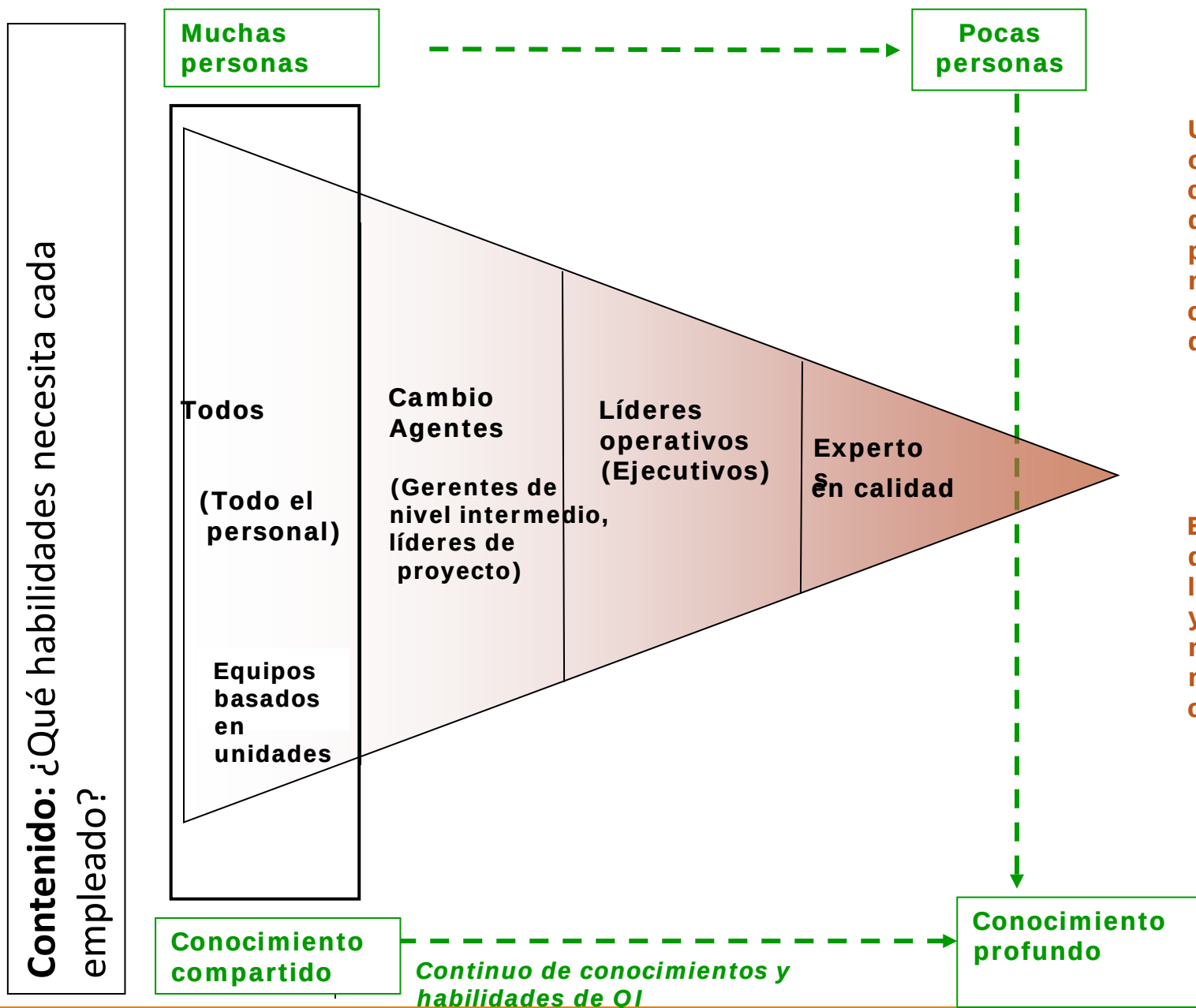
Capacidad



Desempeño real



Tiempo →



Una consideración operativa clave de crear capacidad es que diferentes grupos de personas tendrán distintos niveles de necesidad de conocimiento y habilidades de QI.

Es importante asegurarse de que cada grupo reciba la clase de conocimientos y habilidades que necesite, cuando lo necesite y en la cantidad correcta.

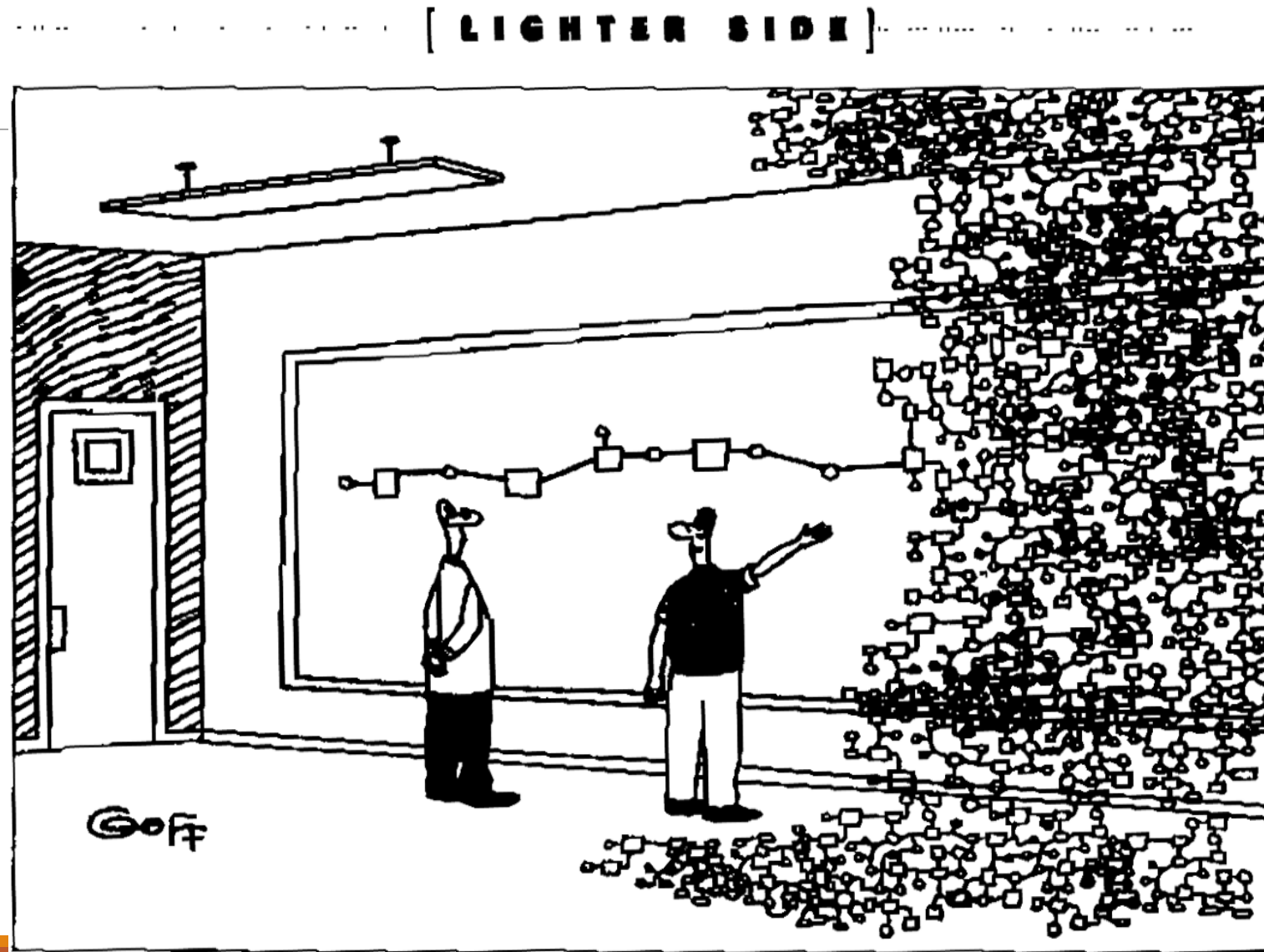
Datos



Información



Es aquí donde se vuelve un poco complicado.



¿Por qué “Protocolo” A3/Pensamiento?

- Ciclo de mejora estructurado
- Marco de trabajo para organizar el pensamiento.
 - Puede usarse para cualquier tipo de problema.
 - Individuo y equipos (y sistemas) de trabajo: un documento vivo y dinámico.
- Elimina el desperdicio del método de debates.
- Revela los problemas y las formas de pensar previas.
- Hace que la resolución de problemas sea visual.
- Cuenta una historia.

Una herramienta clave para convertirse en una organización de alta confiabilidad.

LEAN A3

1. Razón de la acción VISIÓN/Análisis Equipo de trabajo y AIM	4. Análisis de la brecha: Cambio	7. Plan de terminación: Sostener el nuevo proceso Diseminar
2. Estado actual: Mapear el proceso Medición de la línea de base	5. Enfoque de solución Cambiar ideas	8. Estado confirmado: Sostener y diseminar
3. Estado objetivo (o futuro) Ideal de mapa/Estado objetivo Medición	6. Experimentos rápidos (Ciclos PDSA = RCI) Percepciones	9. del cambio: Ideas para ayudar a sostener y diseminar

A3 - Casilla 1 Razón de la acción

¿Cuál es la declaración del problema?

¿Cuál es el alcance del problema?

¿Cuáles son los límites que va a establecer?

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

A3 - Casilla 2 Estado actual

¿Cómo se ve la organización actualmente?

- Datos/caso de negocios para necesidad:
- ¿Cuáles son los cambios actuales/futuros que desea iniciar?
- ¿Ha visitado personalmente el sitio que desea cambiar?
 - Recorrido Gemba
- Identificar cuáles son los procesos fundamentales.
- Mapa de flujo de los procesos fundamentales.
 - Identificar los problemas principales (de alto nivel) [Kapowie].

Razón de la acción	Análisis de la brecha	Implementación
1	4	7
Estado actual	Enfoque de ideas (soluciones)	Estado confirmado
2	5	8
Estado futuro (objetivo)	Experimentos rápidos	Percepciones
3	6	9

A3 - Casilla 3 Estado futuro (objetivo)

¿Cómo queremos que la organización se vea en:

- 1 año
- 3 años
- 5 años a partir de ahora?

¿Cómo es una “buena” apariencia futura?

¿Cómo sabremos cuando hayamos logrado un impacto?

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

A3 - Casilla 4 “Análisis de la brecha”

¿Cuáles son las grandes diferencias (brechas por cerrar) entre el estado actual y el futuro?

¿Qué impacto tienen estas brechas en nuestra capacidad de ser exitosos o de alcanzar el estado objetivo?

¿Cuánto control o influencia tenemos sobre estas brechas?

¿Cuáles son algunas de las causas raíz de estas brechas?

Razón de la acción	Análisis de la brecha	Implementación
1	4	7
Estado actual	Enfoque de ideas (soluciones)	Estado confirmado
2	5	8
Estado futuro (objetivo)	Experimentos rápidos	Percepciones
3	6	9

A3 - Casilla 5 Enfoque de ideas (soluciones)

¿Qué ideas/estrategias tenemos para cerrar la brecha?

¿Cuáles de los procesos fundamentales tienen el mayor potencial para cerrar las brechas (alcanzar el objetivo)?

¿Qué han hecho los demás para cerrar las brechas?

¿Qué tan sencillas o difíciles son las soluciones propuestas?

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

A3 - Casilla 6 Experimentos rápidos

Contramedidas propuestas para atender cada causa raíz.

Resultados predichos para cada contramedida.

Ejecutar varias PSDA.

Evaluación de calidad:

- ¿Se identifican pasos claros de contramedidas?
- ¿Las contramedidas se relacionan con la causa raíz del problema?
- ¿Quién es responsable de qué y para cuándo (5 porqués)?
- ¿Estos elementos de acción impedirán la recurrencia del problema?

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

A3 - Casilla 7 “Implementación”

Mesa para documentar cómo realizará los distintos ciclos de PDSA que ejecuta para cerrar las brechas.

- Quién (quién lidera la tarea)
- Qué (tarea)
- Cuándo (fecha de terminación)
- Dónde

Aprenda y mejore sobre la marcha.

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

A3 - Casilla 8 “Estado confirmado”

Logros

Mediciones (datos)

- gráficas de proceso, gráficas de control, etc.
- Documentar el cambio cuantificado (% de mejora o % que ya no está ocurriendo, etc.)

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9



A3 - Casilla 9 “Percepciones”

¿Qué ha aprendido de este proceso?

¿Cómo podemos hacer que sea mejor la próxima vez?

Resumen

Razón de la acción 1	Análisis de la brecha 4	Implementación 7
Estado actual 2	Enfoque de ideas (soluciones) 5	Estado confirmado 8
Estado futuro (objetivo) 3	Experimentos rápidos 6	Percepciones 9

1. Reasons for action:

Problem statement
NICU patients are delayed in being seen at specialty clinics after discharge date due to no authorization by CCS

CM staff in NICU and core office spending extra time investigating the status of CCS referrals which are initiated by a parents phone call when they are unable to

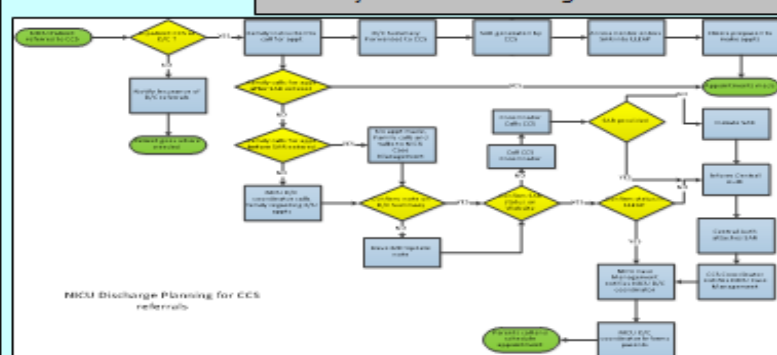
There is valuable time being wasted, by extra steps, reworking of the process which results in delays of service and low customer satisfaction.

process start 04-2016
process end 11-2016

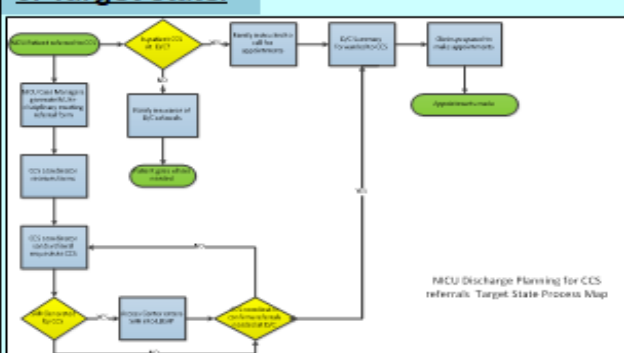
Scope
in scope: LLUCH CM, Riverside CCS
out of scope: other departments, S.B. CCS

2. Initial State:

Initially there were up to 7 decision points in addition to 10 steps. Referral went out with d/c summary at time of discharge.



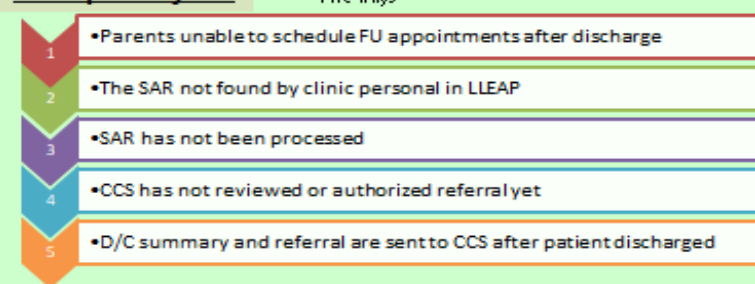
3. Target State:



Target is to have speciality appointment scheduled by the time patient is discharged from NICU. The decision points decreased to 3 with a maximum of 6 steps.

4. Gap Analysis:

Five Whys



Change

Sustain

7. Completion Plans:

Action	Who	when
Notify Manual Cota UM Coordinator of DC referral needs	NICU case manager	After weekly Multidisciplinary team meeting
Referral made to Riverside CCS	Manual Cota	As soon as possible.
f/u at CCS website	Manual Cota	1-2 weeks after referral request was made and then weekly

5. Solution Approach:

Data was collected from April thru July from RV county prior to starting the New Process and from August thru November with the new process in place and was compared to see if the process change is successful

Days Pre /post DC	# of days until SAR was Obtained for RV county april-july	% April-July
6 or more days post DC	27	58%
1-5 days post DC	10	21%
0-5 days prior to DC	8	17%
6 or more days prior to DC	2	4%

Days Pre /post DC	# of days until SAR was Obtained for RV county August- nov	% Aug-Nov
6 or more days post DC	46	43%
1-5 days post DC	38	36%
0-5 days prior to DC	13	12%
6 or more days prior to DC	9	9%

Change

Sustain

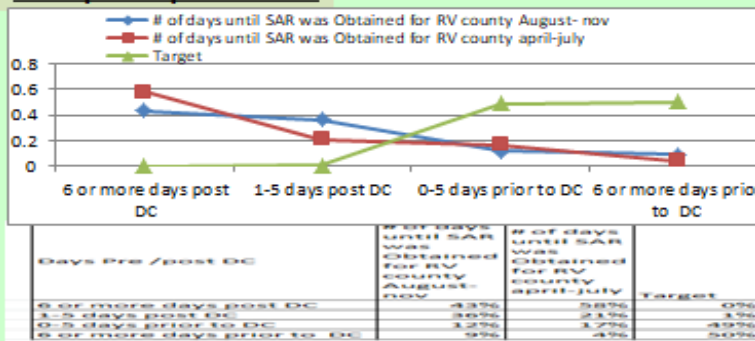
8. Confirmed State:

Manual Cota CCS coordinator and NICU discharge planner Aiko Liang will continue to follow up on Riverside county patient to make sure the new process is working smoothly and NICU patients have their speciality clinic appointments scheduled within reasonable time frame.

Current state



6. Rapid Experiments:



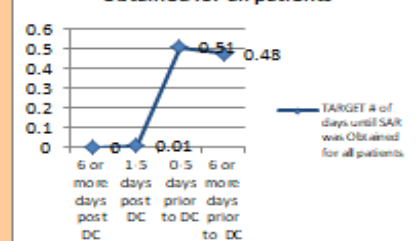
Change

Sustain

9. Insights:

Planning to role out the same process with San Bernardino county from January 2017. We will continue to do routine check/audits to make sure referral request are made on timely manner and NICU patients has the authorizations for the follow up appointments 0-5 days prior to discharge.

TARGET # of days until SAR was Obtained for all patients





- **Tormenta de pruebas**
- Pruebas rápidas del cambio (RCI = Múltiples ciclos de PDSA)



Ciclo SDSA

- PDSA: se enfoca en la **experimentación**
- SDSA: se enfoca en la **Estandarización/Sustentabilidad**
- Una vez que haya ejecutado muchos ciclos de PDSA (RCI) y haya logrado el nivel de desempeño deseado, usted deseará conservar esta ganancia.
 - Adopte un nuevo método **estándar** (hasta que tenga que hacer nuevas mejoras).
- El ciclo SDSA es cómo usted ***conserva la ganancia.***

"No tema aprender demasiado;
eso nunca va a suceder!"

Dr. Stephen Miles

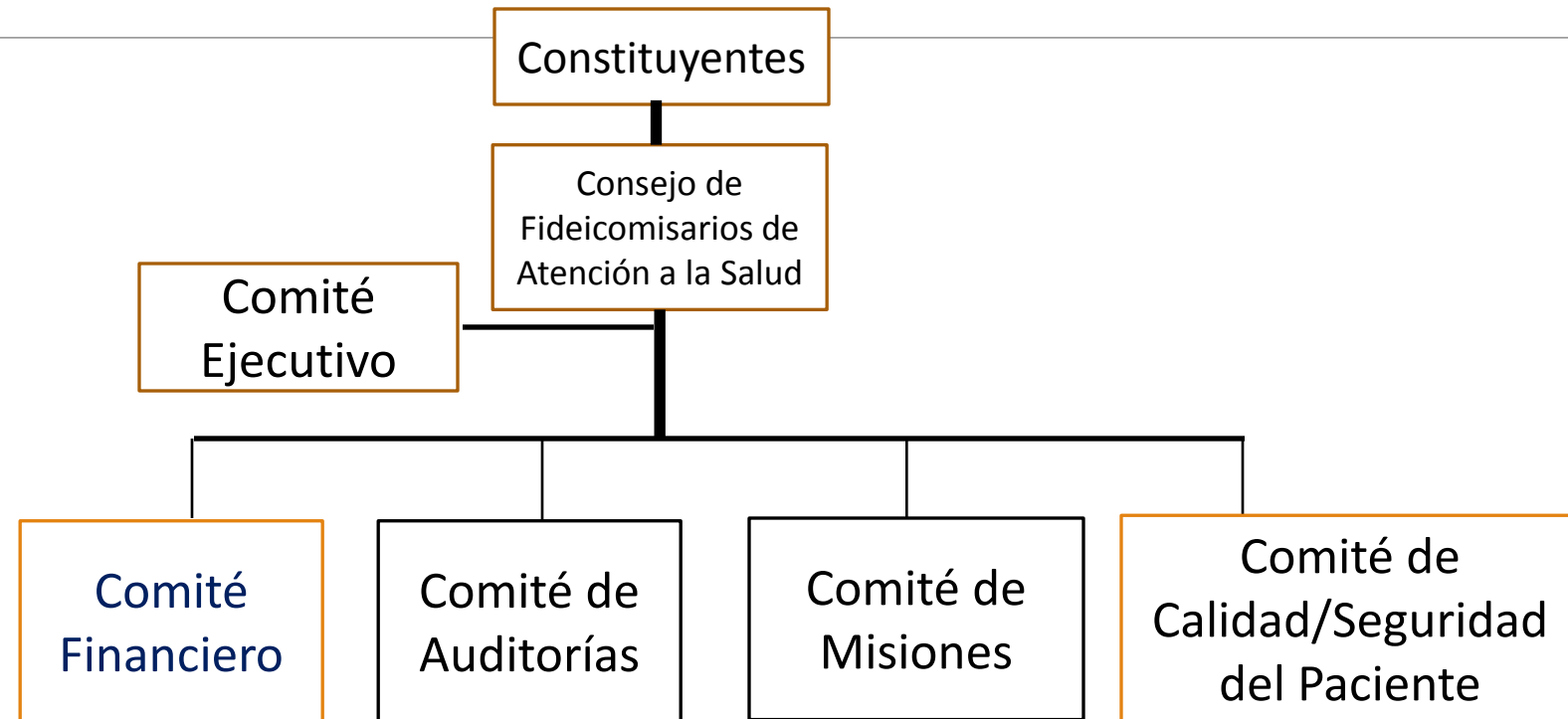




Responsabilidades del Consejo para la mejora de calidad de la atención a la salud

- Asegúrese de que su Consejo de atención a la salud cuente con “Calidad y seguridad del paciente” como parte de su agenda; debe ser aproximadamente el ~25% de la agenda - Instalaciones más grandes: Subcomité del Consejo de “Calidad y seguridad del paciente”
- Mantenga a su “Consejo” evaluado en cuanto a la condición de “Calidad y seguridad del paciente”.
- Establezca una “Cultura justa”.
- Seleccione una metodología de Mejora de Calidad (QI, por sus siglas en inglés).
- Incluya las metas de mejora de calidad/seguridad del paciente en la evaluación del desempeño de su Director Ejecutivo (CEO, por sus siglas en inglés).
- Comunique de manera continua los resultados de la mejora de calidad a todo el personal de los interesados (cuenta “historias”).

Estructura del Consejo “ideal”



IT BEGAN TO
OCCUR TO BOB
THAT THE BOARD
MIGHT BE THINKING
OF A CHANGE IN
LEADERSHIP...

WILLY@LOW-OROUTER.COM

WWW



Sistema de Atención a la Salud del Siglo XXI

El sitio de trabajo de atención a la salud del futuro es:

1. Un lugar deseable para trabajar.
2. Un lugar eficiente para trabajar.
3. Tiene una cultura de Mejora Continua de Sistemas (Calidad) -“Mejorar mi trabajo es mi trabajo”.

Cada empleado tiene dos trabajos:

- Su “descripción de puesto”.
- Mejorar a diario **cómo** hace su “trabajo”.

Sistema de Atención a la Salud del Siglo XXI

4. El personal trabaja en equipos multidisciplinarios.

- Equipos que son pares, están empoderados y tienen datos sobre:
 - Costo, calidad, acceso
- Los equipos tienen la capacidad de seleccionar desafíos de alta prioridad (aquellos que les resultan importantes) para mejorar.
- Equipos que reciben capacitación formal de mejora de calidad.



Sistema de Atención a la Salud del Siglo XXI

5. Los equipos tienen tiempo exclusivo para:
 - Realizar el cambio (Ciclos PDSA = Mejora de Ciclo Rápido).
 - Evaluar el cambio.
6. Los equipos eligen tareas que están alineadas con los valores y la cultura de la organización.
7. Cada empleado tiene un foro de seguridad para hacer preguntas.



Conceptos de mejora de calidad

1. Existen brechas graves en calidad: los objetivos compartidos son útiles.
2. Las personas de su fuerza de trabajo son buenas.
3. Esforzarse demasiado es el peor plan.
4. Toda mejora es cambio.
5. Las habilidades para mejorar no son comunes, aún.
6. Una sólida metodología de QI (conceptos) es esencial.

Conceptos de mejora de calidad

- 7. La medición ayuda al aprendizaje.
- 8. La adaptación local hace que los conceptos funcionen adecuadamente; sin eso, no funcionarán bien.
- 9. “Todos enseñan; todos aprenden.”
- 10. Mejora para un miembro individual del equipo:

“Mejorar mi trabajo es mi trabajo.”

Precaución

-
- Los principios de QI son herramientas para cambiar su sistema local... No el trabajo real para hacer el cambio necesario..
 - Meta: mayor eficiencia, mejor calidad y seguridad del paciente en su instalación.
 - A menos que ocurran muchos ciclos de prueba PDSA, usted no obtendrá ningún cambio o mejora.
 - Los principios de “QI” no pueden implementarse por mandato de la alta dirección; en lugar de ello, proviene de los equipos de trabajo de primera línea.
 - Los distintos sitios que usen los mismos principios de “QI” pueden conducir a diferentes procesos en diferentes sitios (libertad para innovar).



Temas de la mejora de calidad:

- ¡Pronto no es una hora!
- ¡Algo no es un número!
- ¡La esperanza no es un plan!
- ¡Cuidar no es atención integral de la persona!
 - La compasión sin ciencia no es gentileza bien intencionada; necesita combinarse con la medicina basada en la evidencia y la administración de atención a la salud basada en la evidencia.
 - “Esta vida está llena de oportunidades graciosas que usted puede mejorar en el ejercicio de las capacidades que Dios le dio para bendecir a los demás.” Yl, de Dic. de 1886.

Entonces, ¿qué es la calidad?

- La calidad es una forma de **pensar** sobre el trabajo.
- Calidad es cómo usted **enfoca** el trabajo cada día para usted mismo, en lo personal, y para quienes les presta servicio.
- La calidad no se trata del título de un puesto ni de usar la frase pegajosa más reciente.

Seguridad del paciente/Mejora de calidad = “La Ciencia de la Mejora”

Crear una cultura de mejora continua de la calidad en un “Cultura justa”.

“Mejorar mi trabajo es mi trabajo.”

“Recuerde que lo que vale la pena hacer, vale la pena hacerlo bien.”

YI, 29 de Sept. de 1892

Institute for Healthcare Improvement

IHI's Open School

[http://www.ihl.org/education/
ihlopenschool/overview/Pages/default.aspx](http://www.ihl.org/education/ihlopenschool/overview/Pages/default.aspx)