

CALIDAD CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALUD MENTAL INFANTIL Y ADOLESCENTE

Daniel Fung, Chan Mei Chern & Tina Zhou Ting Fang

Edición: Matías Irrázaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle & Gonzalo Ros



Relación Médico-Paciente por Regina Holliday

Daniel Fung MBBS, MMed (Psiquiatría), FAMS

Presidente del Consejo Médico, Instituto de Salud Mental & Consultor Senior, Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Instituto de Salud Mental, Singapur

Conflictos de interés: no se declaran

Chan Mei Chern MBA

Director Adjunto, Operaciones Clínicas, Instituto de Salud Mental, Singapur

Conflictos de interés: no se declaran

Tina Zhou Ting Fang MD

Director Adjunto, Asuntos Médicos, Instituto de Salud Mental, Singapur

Conflictos de interés: no se declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Fung D, Chern CM, Fang TZT. Calidad clínica y seguridad del paciente en salud mental infantil y adolescente (Irrázaval M, Martín A, ed. Prieto-Tagle F, Ros G, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

Uno puede preguntarse por qué es necesario tener un capítulo sobre la calidad clínica y la seguridad del paciente en la salud mental de niños y adolescentes. Seguramente, la base misma de la medicina es proporcionar una buena atención clínica, que sea segura. Como médico, uno de los principales objetivos de la asistencia sanitaria está encapsulado en el dictum *primum non nocere* (primero, no hacer daño). Sin embargo, como se declaró en el libro de referencia del Instituto de Medicina de 1999, “errar es humano”, y más tarde, en *Cruzando la Brecha de la Calidad* (Comité de Calidad en Salud en Estados Unidos, 2001), mucho daño ha resultado involuntariamente de las intervenciones de salud, ya sea directamente a través de una acción o indirectamente por omisión (Kohn et al, 2000). Se ha sugerido que hasta 98.000 personas mueren cada año debido a errores médicos en los EE.UU. No se dispone de estimaciones de niños que hayan sufrido daños o hayan muerto como resultado de errores médicos. Sin embargo, muchas cuentas anecdóticas indican ciertamente que esto ocurre en los niños, quienes forman una proporción grande de cualquier población. En Singapur, las camas pediátricas son poco más del 5% del total de camas de hospital y en el Instituto de Salud Mental (IMH, por sus siglas en inglés), el único hospital psiquiátrico de Singapur, hay 20 camas pediátricas, de un total de alrededor de 2000 camas.

No es que los médicos y otros profesionales de la salud no sean conscientes del propósito primordial de su trabajo; la mayoría de los profesionales de la salud realmente creen apasionadamente que lo están haciendo bien. Desafortunadamente, el daño a menudo es producto de intervenciones terapéuticas. ¿Cómo es eso posible? ¿Qué ha ido mal? Como dice Donald Berwick (1996), un pediatra que ayudó a establecer el Instituto de Mejora de la Salud en los EEUU, “cada sistema está perfectamente diseñado para lograr lo que fue diseñado para lograr”. Los sistemas de salud son llevados a cabo por seres humanos. El profesional de salud es el principal impulsor de la evaluación clínica que conduce al diagnóstico. Esto es seguido por un tratamiento basado en ese diagnóstico, en algunas situaciones utilizando habilidades especiales conducidas por los profesionales, a menudo un médico. Estas habilidades pueden ser físicas, como la destreza quirúrgica necesaria para extirpar o corregir partes problemáticas del cuerpo, o analíticas—ayudando a los pacientes a comprender de mejor manera sus problemas y aprender formas eficaces de manejarlos, que a menudo es el caso en salud mental—o para desarrollar una comprensión integral de la familia, y de esta forma ayudar a que la familia funcione mejor, como es el caso de la salud mental infantil y adolescente. La dificultad radica en el elemento humano; los seres humanos son propensos al error y los errores son inevitables cuando los seres humanos están involucrados.

Uno de los problemas es que los médicos son entrenados para ser perfeccionistas, y a veces pueden considerarse como incapaces de error (Perper & Cina, 2005). Los sistemas de atención de salud, debido a la forma en que evolucionaron, nunca fueron diseñados en torno a este hecho. Por ejemplo, examinemos la simple cuestión de los fármacos. Los médicos prescriben muchos fármacos; nuevos medicamentos se desarrollan regularmente, algunos tienen nombres similares y, sin embargo, aún no se ha hecho un intento por diferenciarlos. Por ejemplo, el nombre del fármaco clomipramina (utilizado para el trastorno obsesivo compulsivo) es similar al del fármaco clorpromazina (utilizado para la psicosis). Fácilmente pueden ocurrir prescripciones erróneas si el médico o el farmacéutico no son cuidadosos. Algunos fármacos también se parecen físicamente,

Dimensiones de la calidad en la atención en salud

- **Seguridad:** Reducir el daño debido a la atención,
- **Efectividad:** Aumentar la alineación entre la evidencia científica y la práctica, reduciendo tanto el uso insuficiente de prácticas eficaces y el uso excesivo de las ineficaces,
- **Centro en el paciente:** Ofrecer a los pacientes y a sus seres queridos más control, elección, autoeficacia e individualización de la atención,
- **Accesibilidad:** Reducir los retrasos que no son instrumentales, intencionales o informativos,
- **Eficiencia:** Reducir las pérdidas en todas sus formas; y,
- **Equidad:** Reducir las brechas raciales y socioeconómicas en la calidad, acceso y resultados de salud.

y los pacientes y farmacéuticos pueden fácilmente confundirlos.

Este capítulo ha sido diseñado para ayudar a los profesionales que trabajan en salud mental a comprender los sistemas y cómo mejorarlos. Introducirá ideas sobre la estandarización de la atención y el uso de medidas para monitorizar la calidad y mejorarla. Como el Condado de Jonkoping en Suecia frecuentemente articula a su personal, los profesionales de la salud esencialmente tienen dos trabajos, uno es hacer el trabajo que se supone que deben hacer, y el otro es mejorarlo. Jonkoping cuenta con uno de los mejores sistemas de atención médica en Suecia, y un festival anual que celebra su enfoque de sistemas para la mejora de la asistencia sanitaria.

¿QUÉ ES LA CALIDAD CLÍNICA?

La calidad se define a menudo como un estándar que puede ser comparado o usado como referencia entre diferentes contextos. Este es un concepto utilizado en muchas industrias, pero ha sido relativamente extraño a la atención de la salud hasta hace poco tiempo. Los profesionales médicos a menudo no tienen tal concepto en su pensamiento, porque se les enseña a ver a los pacientes en forma individual y no a los sistemas. El foco de la formación clínica es el desempeño individual, en la identificación y el tratamiento de los problemas. Esto está cambiando lentamente, pero el desafío de este tipo de pensamiento es aún mayor en la salud mental que en la física. Por ejemplo, en la formación en salud mental, a los aprendices se les solía enseñar a pensar en las diferencias individuales, y en cómo estas contribuyen a los síntomas únicos de cada paciente en una formulación psicodinámica. Muy a menudo, un marco etiológico lineal, que es fácil de entender en una enfermedad médica (como las bacterias que causan la infección), no puede ser extrapolado a los trastornos psiquiátricos, cuyas causas son muchas e interactúan entre ellas. Esto es especialmente cierto en los trastornos de salud mental de niños y adolescentes, y conlleva a que los profesionales vean a cada paciente como único; los intentos de estandarizar los tratamientos y los resultados, y su medición, pueden parecer entonces irracionales. Si bien cada paciente es único, no se puede comparar lo que no se puede medir. Los psiquiatras han demostrado que los resultados de salud mental son medibles, mediante la utilización de autoinformes de los pacientes y sus cuidadores, observaciones independientes de los profesionales, u otros resultados más objetivos (p.ej., retomar la asistencia a la escuela). La calidad clínica en la salud mental consiste en encontrar medidas adecuadas para los tratamientos y

resultados clínicos, y medirlos respetando la individualidad de cada paciente. Estas mediciones pueden utilizarse entonces para mejorar el sistema. La calidad se centra en la mejora del sistema, en lugar de en los seres humanos, que son propensos a error, y en no culpar a las personas por los errores que se producen.

PENSAMIENTO SISTÉMICO

Las personas pueden prever el futuro sólo cuando coincide con sus propios deseos, y los hechos más obvios pueden ser ignorados cuando no son bienvenidos.

– George Orwell, *London Letter*

Un sistema es un conjunto de elementos interdependientes que interactúan para lograr un resultado común—un conjunto de cosas que trabajan juntas para alcanzar una meta. La calidad es el resultado de un trabajo exitoso dentro de un sistema que produce un buen resultado. Se logra no por individuos heroicos que trabajan solos, sino por individuos que trabajan en equipo dentro de sistemas bien diseñados. Los médicos no pueden trabajar solos en un sistema que se compone de equipos. La gestión de la calidad requiere planificación y no debe ser accidental. Como dijo Edward Deming, un experto en calidad que ayudó a diseñar sistemas de fabricación, “no se puede inspeccionar la calidad del producto, ya está ahí”, lo que significa que la calidad no es algo que generará la inspección. Es algo que debemos planificar intencionalmente.

¿Cómo se sentiría usted al conducir un coche que se descompone una de cada diez veces que lo utiliza, es decir, un 10% del tiempo? ¿Qué tan seguro se sentiría si volara en un avión que se estrella cada 100 vuelos, es decir, un 1% del tiempo? Sin embargo, no nos damos cuenta de que en los hospitales, los eventos adversos inesperados pero prevenibles—no como resultado de una enfermedad—pueden ocurrir casi un 30% del tiempo (Chapman et al, 2014; Classen et al, 2011). El problema no es el error humano, que es inevitable; el problema es no tener sistemas bien diseñados para prevenir que ocurran errores. ¿Cómo superó la industria del automóvil y la industria aérea el error humano? Desarrollando un enfoque sistémico.

Uno de los principales problemas que enfrentamos es que no reconocemos el error humano y los errores como un problema sistémico; en cambio, tendemos a responsabilizar a los “culpables” por no haber sido suficientemente cuidadosos. Si un sistema permite que se prescriban medicamentos de nombre similar sin cierta verificación, suelen ocurrir errores. Volvamos el ejemplo anterior de la clomipramina y la clorpromazina. Un sistema bien diseñado advertiría al prescriptor cuando se utiliza la clorpromazina para el trastorno obsesivo compulsivo. Esto no significa que no pueda ser utilizada, pero si es prescrita, el sistema dará una advertencia para prevenir errores. Este tipo de alerta temprana se denominan *sistemas de apoyo a las decisiones clínicas*. Tal apoyo puede ser en forma de miembros del equipo que ayudan a los médicos, como los farmacéuticos; o automatizado, utilizando tecnologías de información. Hoy en día, los aviones raramente se estrellan, y los automóviles son bastante confiables. ¿Cómo se logró esto? Diseñando sistemas en torno a los potenciales errores que cometen los seres humanos. Los mismos principios se pueden aplicar a la medicina y la psiquiatría infantil, si se entrena a los profesionales a pensar en estos errores en primer lugar.

MEJORAMIENTO

No todo cambio es mejoría, pero toda mejoría es cambio

–Anónimo

A todos nos gustaría mejorar y hacer nuestro trabajo más seguro y más eficiente, pero primero deberíamos examinar las motivaciones para hacerlo. A veces, se realizan cambios para ajustar los propios horarios, sin pensar en el impacto que esto tiene para los pacientes. Por ejemplo, un equipo puede programar las reuniones familiares en las mañanas, ya que es el horario más conveniente para reunir a todo el equipo, pero esto puede ser muy inconveniente para las familias, debido a sus compromisos laborales y escolares, y puede aumentar el estrés de la familia.

La mejoría se logra de mejor forma cuando existen objetivos específicos que apuntan a los pacientes y su atención, más que a las necesidades de los equipos y las organizaciones. Debemos tener claridad respecto a *qué* queremos lograr y *cómo* sabremos que ha ocurrido una mejoría (lo que significa que los resultados deben ser medidos). La medición debe utilizarse para aprender sobre el sistema, en lugar de una forma de definir recompensas o castigos. El mejoramiento se logra a menudo cambiando los sistemas, en lugar de cambiar los procesos dentro de los sistemas. ¿Puede un auto conducir más rápido que su velocidad máxima? No es probable, a menos que usted obtenga un coche nuevo, con un motor diferente y una velocidad máxima diferente. ¿Puede un psiquiatra infantil ver más pacientes en un período de tiempo determinado, si no cambiamos la forma en que ese psiquiatra trabaja? En efecto, una consulta psiquiátrica infantil tradicional tomará por lo menos una hora, y está limitada por la disponibilidad de tiempo del médico. Para generar una mejora real, puede ser necesario hacer un cambio en la forma en que se lleva a cabo la consulta; por ejemplo, haciendo que otro profesional de la salud evalúe al paciente y apoye la consulta, o automatizar algunas partes de la consulta, utilizando tecnologías de la información y computadoras.

Estructura de un consejo de salud

El consejo debe ser dirigido por un miembro de la alta dirección del hospital. Debe estar formado por diversos comités que supervisen distintos aspectos de los temas clínicos y operacionales. Por ejemplo, se podrían tener comités para supervisar:

- El riesgo clínico y la seguridad del paciente: monitorización de los indicadores clínicos, incluyendo el control de infecciones y la seguridad de los medicamentos, los efectos adversos, revisiones, encuestas de seguridad de los pacientes, y rondas clínicas
- Estándares y evaluación comparativa para garantizar la calidad, como la acreditación y otorgamiento de licencias de las instalaciones de salud mental
- Medicamentos y otras intervenciones terapéuticas para la atención de salud mental, incluyendo la adherencia a los parámetros nacionales e internacionales
- Cuestiones relacionadas con la calidad operativa, como la experiencia y la satisfacción de los pacientes, así como la participación en la atención
- Metodologías de mejoramiento (p.ej., formulación de innovación) y su implementación

Análisis de causa raíz

Una causa raíz es una causa que una vez eliminada del sistema impide que el evento indeseado final se repita. Éste es un método utilizado internacionalmente para identificar las causas sistémicas de los errores y los efectos adversos. Su uso en los incidentes de seguridad de los pacientes y casi-errores ha sido estipulado por la Comisión Mixta, un organismo de acreditación para las instituciones de salud originario de los Estados Unidos. Otros países de Europa y Australia también han adoptado esta metodología. El método no es una fórmula fija de análisis de riesgo, sino un enfoque general para ayudar a identificar los medios para hacer frente al riesgo identificado.

REDISEÑANDO LOS SISTEMAS

No es necesario cambiar. Sobrevivir no es una obligación.

—W. Edwards Deming

Para rediseñar un sistema, debe haber un plan. Los hospitales han comenzado a desarrollar estructuras administrativas para gestionar el aseguramiento y la mejora de la calidad. Por ejemplo, cuando en el 2005 el Instituto de Salud Mental (IMH, por sus siglas en inglés) de Singapur se convirtió en el primer hospital psiquiátrico de Asia acreditado por la Comisión Mixta, el proceso había comenzado desarrollando un marco de calidad para la evaluación y mejora. Esto fue liderado por un consejo de calidad, presidido por su director ejecutivo, quien participó en la planificación y monitorización, en la mejora de la calidad y en los programas de seguridad de los pacientes. Esto se realiza adoptando un enfoque amplio, sistémico, y a nivel organizacional. Por ejemplo, el Acta de Hospitales Privados y Clínicas Médicas (PHMCA, por sus siglas en inglés) de Singapur, requiere que los hospitales establezcan comités de aseguramiento de la calidad para supervisar los estándares de atención médica. Entonces, se ponen en marcha los sistemas de monitorización, para asegurar que se cumplan estas normas. El Ministerio de Salud de Singapur también ha creado una Oficina de Desempeño en Salud en cada hospital, para supervisar y dar retroalimentación respecto a la calidad clínica y los estándares de seguridad. La estructura del Consejo de Calidad del IHM—con grupos de trabajo y comités—supervisa toda la entrega de atención al paciente. Todos los incidentes graves relacionados con el paciente, o los eventos adversos se investigan utilizando el método de “análisis de causa raíz” (Wu et al, 2008), y los resultados se comparten en diversos foros para promover el aprendizaje y reducir los riesgos. Toda esta información es mantenida confidencial por el PHMCA. El sistema busca ser justo, y que no se responsabilice a los individuos por los errores no intencionales. Sin embargo, el daño intencional no es—y no debe ser— protegido de la acción disciplinaria.

Un buen liderazgo y gestión son fundamentales para impulsar cambios importantes de mentalidad, de un foco en los errores individuales, a un foco en los problemas del sistema. El cambio no es fácil; los primeros pioneros e innovadores probablemente representan alrededor de un 15% del personal en cualquier organización, y el resto son reacios a aceptar el cambio. Existen muchas otras barreras al cambio en los sistemas de atención de salud. Una es la cultura, que se centra en las tradiciones y en la creencia que la industria de la atención de la salud no es similar a otras industrias, como la manufactura o la ingeniería aeronáutica. Otra barrera potencial es la financiera. Mejorar y estandarizar la atención puede en realidad aumentar los costes o reducir los ingresos individuales, y en consecuencia, hacer que los médicos y otros profesionales teman perder sus ingresos.

Por lo tanto, para cambiar un sistema sanitario es necesario contar con un marco de mejora de la calidad. Tal sistema debe tener cinco dominios:

- 1. Detección.** Es necesario contar con un sistema para detectar y tratar los eventos que ponen en riesgo a los pacientes, visitantes o empleados. Idealmente, la información obtenida por este sistema de registro no debe ser utilizada para sancionar o para la evaluación del desempeño. En Singapur y otros países, los procesos de aseguramiento de la calidad son

confidenciales, y están protegidos de responsabilidad legal, de forma que se centren exclusivamente en el mejoramiento. Además, un sistema de registro justo e imparcial fomenta la transparencia, haciendo que la recopilación de datos sea más confiable y completa. A través de estos medios, se fomenta el reporte de los errores médicos y cuasi-pérdidas. Los datos pueden ser integrados, analizados e informados a diversos comités, donde pueden ser utilizados para definir objetivos y prioridades para el programa de calidad del hospital. Las *visitas mensuales de seguridad*, son visitas físicas de la alta gerencia a las unidades operativas individuales, para identificar problemas de seguridad. Estas visitas ejemplifican el compromiso de la alta gerencia con la seguridad del paciente, y les permiten interactuar con el personal y los pacientes, para obtener retroalimentación de primera fuente. También tiene como objetivo fomentar una actitud no punitiva entre el personal, mediante el fomento de la retroalimentación con respuestas tangibles de la alta gerencia. Por ejemplo, la alta dirección visitó un servicio de hospitalización psiquiátrica infantil. Se les dijo que las luces del techo estaban demasiado bajas, permitiendo que algunos de los jóvenes más altos pudieran desmontar las bombillas y utilizarlas de manera inadecuada. La dirección aprobó rápidamente la modificación de las luces de techo. Los comentarios de los pacientes y las familias y la información obtenida por medio de encuestas pueden ayudar a informar e iniciar mejoras. En el IMH, cada dos años se lleva a cabo una encuesta de clima de seguridad, para determinar la opinión del personal sobre cuestiones de seguridad. Esto se complementa con un grupo focal de pacientes, que recopila las opiniones de los pacientes sobre cuestiones de seguridad e identifica las lagunas en el proceso de atención.

2. **Validación de los datos.** Dado que un programa de mejoramiento de la calidad depende de los datos recopilados, la validación de los datos es importante. La validación de los datos se realiza cuando:

- Se introduce una nueva medida
- Se realiza una modificación a una medida existente
- Los datos resultantes de una medida existente han cambiado de forma inesperada
- Una fuente de información ha cambiado, y el asunto de la recopilación de datos ha cambiado.

El proceso de validación de datos incluye:

- Recopilar nuevamente los datos
- Comparar los datos originales con los datos recopilados nuevamente
- Calcular la precisión de los datos
- Tomar medidas correctivas para los datos con menos del 90% de precisión y volver a recopilar los datos después de que se hayan implementado las acciones correctivas.

Debe realizarse este ciclo de identificación de las causas raíz, corrección y recopilación de los datos hasta que se alcance el nivel de precisión deseado superior al 90%.

Tipos de error

Diagnóstico

- Error o retraso en el diagnóstico
- Incapacidad de realizar las pruebas indicadas
- Uso de pruebas anticuadas
- Incapacidad para actuar en base a los resultados de la monitorización o las pruebas

Tratamiento

- Error en el desempeño de una operación, procedimiento o prueba
- Error en la administración de un tratamiento
- Error en la dosis o método de utilización de un fármaco
- Retraso evitable en el tratamiento, o en la respuesta a una prueba alterada
- Atención inadecuada (no indicada)

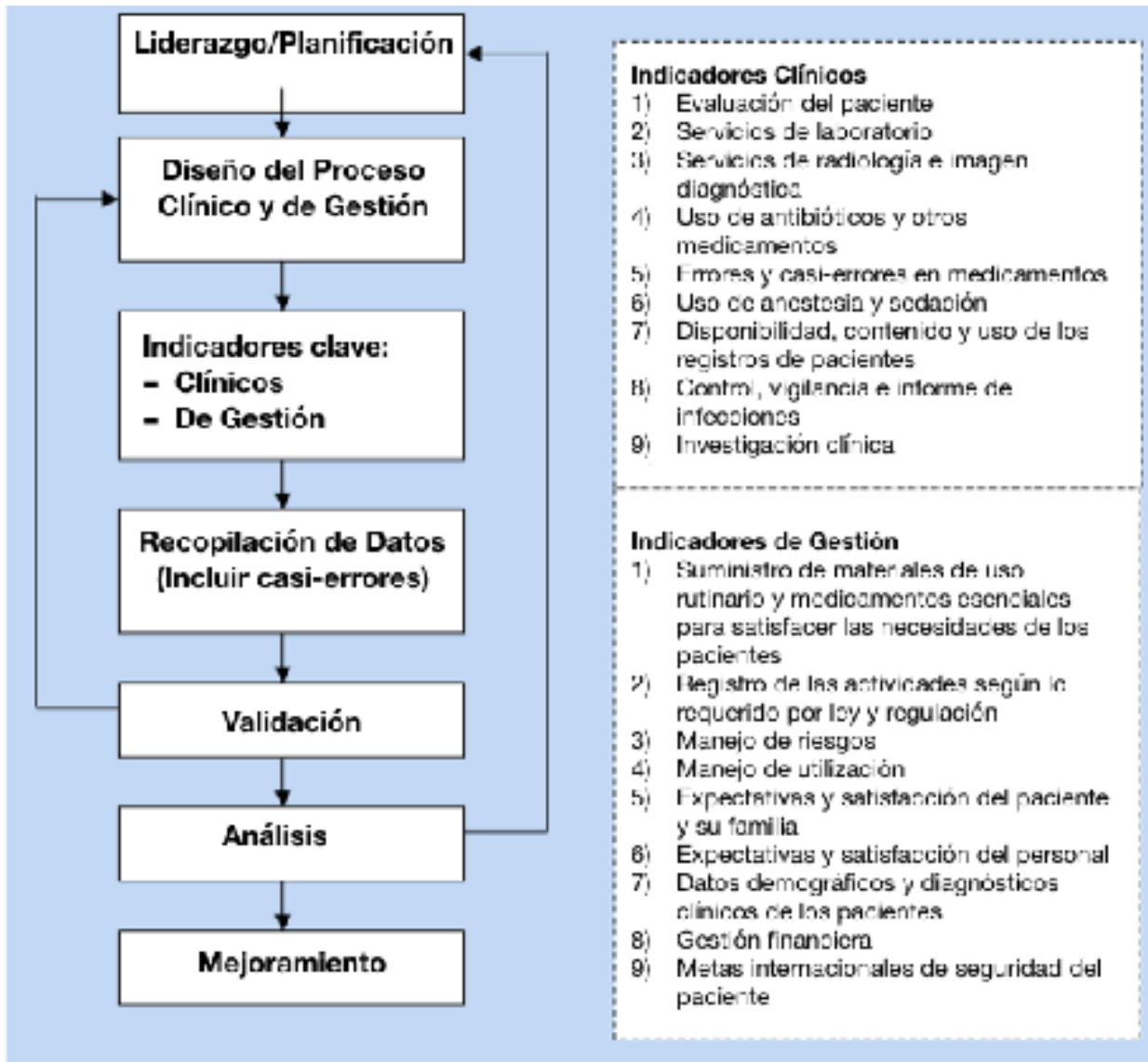
Preventivo

- Incapacidad para proporcionar tratamiento profiláctico
- Inadecuada supervisión o seguimiento del tratamiento

Otros

- Falla en la comunicación
- Falla del equipamiento
- Otras fallas del sistema

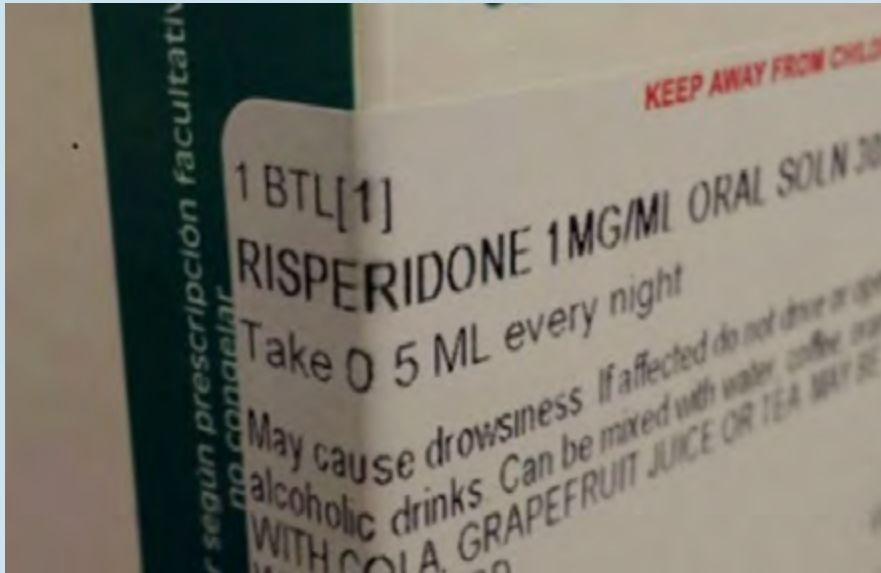
Figura J.8.1 Marco de mejoramiento de la calidad



3. **Análisis.** La información de varias fuentes de detección se utiliza y analiza para comprender las necesidades de los pacientes y sus familias. Esto incluye información de grupos focales de pacientes, formularios de retroalimentación, quejas y felicitaciones, encuestas de satisfacción de los pacientes, informes hospitalarios de incidencia, y diversos informes de los comité de calidad. Estos son utilizados en la planificación de nuevos servicios y en el mejoramiento de los servicios existentes.
4. **Mejoramiento de las actividades utilizando un conjunto de herramientas de mejora.** Éstas se describen más adelante en el capítulo.
5. **Evaluación y difusión.** Una vez que se demuestra que los cambios son efectivos, es necesario difundirlos a las otras unidades. Esto requiere que los proyectos sean desarrollados para ser escalables, y para garantizar esto, es necesario planificarlo previamente.

Lidiando con un error en la administración de un medicamento

En el ISM, a un paciente de 10 años de edad se le prescribió 0,5 mL de risperidona, pero sus cuidadores en la Unidad de Cuidados Intermedios le administraron una dosis 10 veces mayor. El análisis de causa raíz encontró que este error se había producido porque el primer dígito de la receta estaba oscurecido parcialmente en la etiqueta del medicamento, y existía una falta de comunicación de la información de los medicamentos a los cuidadores de la unidad de cuidados. Este problema podría mitigarse alentando al personal a ser “más cuidadoso” en el futuro. Sin embargo, para hacer frente a las circunstancias que hicieron posible el error, se eligió establecer directrices y pautas de etiquetado de los medicamentos, y proporcionar información sobre el medicamento en forma de memos o copias de la receta de prescripción al personal de la unidad de cuidados intermedios. En este caso, adoptar un pensamiento sistémico ayudó a ir más allá de “culpar” y “avergonzar” al personal, a una solución más eficaz, que es probable que prevenga la recurrencia de este mismo error.



Eventos adversos graves más frecuentes en contextos de salud mental

- Muerte de un paciente o discapacidad grave asociada con fuga del paciente
- Suicidio o intento de suicidio de un paciente que resulta en una discapacidad grave mientras es atendido en un centro de salud
- Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con una caída mientras es atendido en un centro de salud
- Muerte del paciente o discapacidad grave contribuida por el uso de restricción física
- Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con un error en los medicamentos
- Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con una hipoglicemia mientras el paciente es atendido en un centro de salud
- Úlceras por presión en etapa 3 o 4, adquiridas después del ingreso a un centro de salud
- Muerte inesperada como resultado de una falta de tratamiento o un retraso en el tratamiento
- Muerte inesperada como resultado de una intervención médica, que podría haberse prevenido.

Clasificación de la mortalidad

Categoría 1: Muerte esperada

Incluye las muertes:

- Debidas a una enfermedad terminal (anticipada por los profesionales y la familia); y/o
- Seguidas a una falla cardíaca o respiratoria antes del ingreso al hospital; y
- Que ocurrió a pesar de la intervención médica.

Categoría 2: Muerte inesperada que no era prevenible razonablemente.

Categoría 3: Muerte inesperada que era posiblemente prevenible, y es:

- Debido a una falta de tratamiento o a un retraso en el tratamiento; o
- Causada por una intervención médica.

Objetivos internacionales de seguridad del paciente

- Objetivo 1. Identificar correctamente a los pacientes
- Objetivo 2. Mejorar la comunicación efectiva
- Objetivo 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta
- Objetivo 4. Asegurar el lugar correcto, procedimiento correcto y paciente correcto en una cirugía
- Objetivo 5. Reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención de salud
- Objetivo 6. Reducir el riesgo de daño al paciente producto de caídas

CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD MENTAL

El mejoramiento comienza con las propias acciones

—Arnold H. Glasgow

Los errores médicos en la psiquiatría habían recibido relativamente poca atención hasta una serie de estudios publicado en el periódico estadounidense *Hartford Courant*. Los artículos informaron que entre 1988 y 1998, ocurrieron 142 muertes en los Estados Unidos durante la reclusión y la restricción en las instalaciones psiquiátricas (Weiss et al, 1998). Esos informes fueron recibidos por la profesión de psiquiatría con el mismo escepticismo y afirmaciones de inevitabilidad que habían caracterizado la reacción de otras especialidades médicas a informes iniciales de errores médicos (Leape et al, 1993). Los errores médicos no se limitan a los adultos y también ocurren en los niños, pero en general no se informan (Slonim et al, 2003).

Los errores pueden ocurrir en cualquier momento de la entrega de atención médica, y hay muchas formas diferentes de clasificarlos; una de ellas es categorizarlos en errores diagnósticos, de tratamiento, preventivos u otros (Leape et al, 1993). Por lo general, los errores no son eventos aislados, sino el resultado de sistemas ineficaces, por lo que es importante tener como objetivo las causas raíz, y tener sistemas a prueba de errores.

Eventos adversos

Un evento adverso es una lesión o complicación no intencional que resulta en una discapacidad temporal o permanente, en la muerte, o en un aumento de la duración de la estancia en el hospital, que es causada por la gestión de la atención de salud, más que por el curso de la enfermedad en sí mismo. Un *evento adverso grave* es un suceso inesperado, que puede involucrar la muerte, una pérdida importante de la función, o una lesión importante relacionada con el tratamiento, una falta de tratamiento o un retraso en el tratamiento de la enfermedad o cuadro clínico subyacente del paciente. Los eventos adversos graves también son denominados *eventos centinela*. El Foro Nacional de Calidad de los Estados Unidos incluye 27 causas posibles para estos eventos. Los eventos adversos se detectan generalmente a través de informes directos a medida que los eventos ocurren, o en revisiones retrospectivas de los registros médicos. Cada evento adverso grave debe ser evaluado utilizando la metodología de análisis de causa raíz, que se centra en los problemas relacionados con los sistemas, más que en el error humano. Se puede convocar

Casi-error: confundiendo el corazón con la cabeza

Un paciente debía iniciar un tratamiento con antidepresivos tricíclicos. Debido al efecto potencial de un bloqueo cardíaco, se indicó realizar un ECG antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, el paciente fue enviado por error a la sala de Terapia ElectroConvulsiva.

Si el personal no hubiera revisado que efectivamente no se había indicado una TEC—era un ECG—la paciente hubiera recibido un tratamiento que no requería, con sus potenciales riesgos. Se observó que tanto el ECG como la TEC eran entradas consecutivas en el menú de exámenes y tratamientos; una pequeña marca fuera de lugar podría haber enviado a la paciente a un procedimiento completamente diferente.

una investigación disciplinaria separada cuando la muerte del paciente o incidente clínico involucra:

- Un acto criminal o un daño deliberado del paciente
- El uso de alcohol o drogas ilícitas
- Una acción insegura deliberada; o
- Una práctica profesional no ética.

Los *casi-errores* son variaciones del proceso que no afectan a un resultado, pero para las cuales una recurrencia conlleva una probabilidad significativa de un resultado adverso grave. También vale la pena cuantificar los casi-errores, porque ayudan a identificar las tendencias preocupantes, y son una forma de aprendizaje antes de que ocurra un evento adverso real.

Las metas internacionales de seguridad del paciente en las Normas Internacionales de Acreditación de la Comisión Mixta para Hospitales abordan algunas de las áreas más problemáticas en la atención de la salud, que se enumeran en el Cuadro. Estas metas proporcionan el marco y el impulso para que los hospitales midan la seguridad en estas áreas y realicen mejoras continuas en los procesos para salvaguardar la seguridad de los pacientes.

Los servicios de salud mental tienen barreras adicionales para desarrollar un sistema de mejoramiento debido al:

- Estigma
- El dualismo mente-cuerpo, que hace difícil que los sistemas de mejora de la calidad en los hospitales generales se apliquen en un entorno de salud mental, ya que los dos sistemas difieren en la forma en que la práctica médica contrasta con la práctica psiquiátrica
- El rol del gobierno en la supervisión del trabajo
- Variaciones legales y regulatorias en la legislación de salud mental que regula el tratamiento involuntario
- El hecho de que están involucrados múltiples sectores (p.ej., servicios sociales, justicia penal, educación, etc.)
- Diferentes sistemas de diagnóstico y estructuras separadas de atención
- Una fuerza de trabajo más heterogénea, una mayor práctica en solitario, particularmente en la práctica privada
- Menos procedimientos que pueden estandarizarse
- Diferentes sistemas de financiación o estructura de mercado diferente
- Mejora de la calidad y medidas de desempeño menos desarrolladas
- Menos vinculación con la tecnología de la información y la innovación.

MEDICIÓN PARA EL MEJORAMIENTO

No es suficiente hacer lo mejor posible; usted debe saber qué hacer, y después hacerlo lo mejor que pueda.

–W. Edwards Demming

Los datos se recopilan de varias maneras. Puede ser en forma de datos de salida (como el número de pacientes vistos), o resultados (como si los pacientes se

están sanando o mejorando), o en la forma de complicaciones (como los efectos secundarios de los medicamentos) o efectos adversos. De esta forma, se puede entonces evaluar su tendencia y compararlos. El análisis de tendencia significa elegir algunos parámetros y medirlos regularmente con el tiempo. La comparación (o evaluación comparativa) consiste en tomar estos datos y compararlos con sí mismos en un período diferente o con otros servicios, locales o internacionales.

Los datos pueden ser simplemente una recopilación de hechos y cifras que tienen poca utilidad o, si se usan adecuadamente, pueden ser informativos. Tomemos el ejemplo del número de pacientes atendidos en una clínica. Uno podría usar esto como datos de salida. Una manera simplista de interpretarlo sería asumir que ver más pacientes indicaría que un equipo está haciéndolo bien, porque ha aumentado los resultados. ¿Pero cómo van progresando los pacientes? ¿Han mejorado? ¿Existen resultados adversos y complicaciones? La utilización de los datos como indicador del rendimiento está comenzando a utilizarse ampliamente en la psiquiatría o la salud del comportamiento. Algunos indicadores de uso frecuente incluyen la tasa de caídas, suicidios, agresiones, asfixia, eventos adversos, reingresos al hospital (dentro de un plazo especificado, usualmente 30 días) y la mortalidad por días de hospitalización. Algunos indicadores frecuentes y su uso se pueden encontrar en las siguientes páginas web (haga clic en el nombre para acceder):

- [La Comisión Mixta Internacional \(JCI, por sus siglas en inglés\). Biblioteca Internacional de Medidas](#)
- [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos \(OECD, por sus siglas en inglés\). Estadísticas de Salud de la OECD](#)
- [El Consejo Australiano de Estándares de Atención en Salud. Informe de Indicadores Clínicos de Australasia](#)
- [Servicio Nacional de Salud \(Inglaterra\). Estadísticas](#)
- [Ministerio de Salud de Singapur. Estadísticas](#)

Por ejemplo, en Singapur se utilizan los siguientes indicadores en los servicios de psiquiatría infantil y adolescente:

- Caídas
- Agresiones
- Reclusión
- Reingreso al hospital
- Duración promedio de la estancia
- Eventos adversos
- Tasa de ocupación de camas
- Estado funcional del paciente, medido por la Escala de Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I, por sus siglas en inglés) y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global para Niños (CGAS, por sus siglas en inglés).

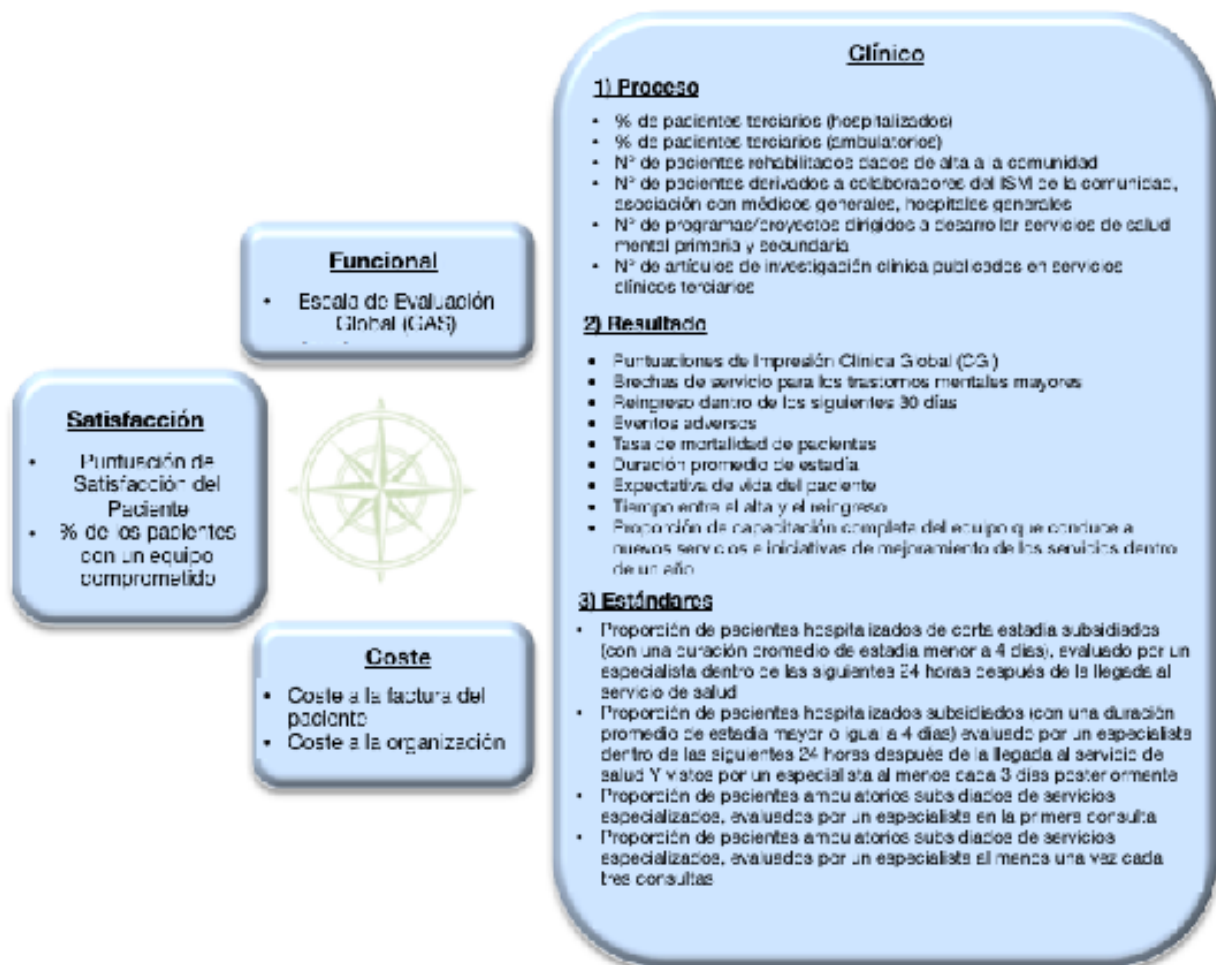
La recolección de datos puede realizarse de varias maneras. El mejor método para obtener datos precisos es la medición regular y continua de indicadores importantes específicos de la práctica psiquiátrica, pero a menudo requiere mucho tiempo y supone una gran carga. Una manera de sortear estas dificultades es introducir estos indicadores como parte de la práctica regular. Esto se puede llevar a cabo incluyendo escalas de calificación pertinentes en la práctica cotidiana y el uso de tecnología para introducir las en los sistemas, automatizando la corrección

y el análisis. Una forma más tradicional de recolección de datos es a través de auditorías para medir los resultados a través del muestreo. Otra forma de muestreo puede ser utilizar informes voluntarios de resultados. En muchos hospitales, la retroalimentación de los pacientes y las familias es una forma útil de obtener información voluntaria. Un nuevo enfoque para identificar los eventos adversos y los resultados es a través del uso de herramientas “gatillo” que son parte de sistemas de auditoría o de registros médicos electrónicos. Estos métodos están todavía en desarrollo. [Haga clic aquí](#) para acceder a una herramienta desarrollada por el Instituto para la Mejora en Salud.

Una vez que se miden y monitorizan los datos, se pueden identificar los problemas que merecen ser abordados. Los problemas que merecen ser solucionados son aquellos que:

- Ocurren con frecuencia
- Tienen resultados adversos graves, como la muerte o la discapacidad
- Preocupan significativamente al personal y los pacientes.

Figura J.8.2 Brújula de Valor Clínico



Coste efectividad

Los ensayos clínicos de intervenciones en salud mental a menudo demuestran su eficacia sin proporcionar información respecto a su eficacia en el mundo real. El análisis del coste-efectividad toma en cuenta el coste de la intervención en relación con el beneficio clínico. En los trastornos mentales, la calidad de vida es un aspecto importante más allá de la mejora de los síntomas clínicos. Sin embargo, la mayoría de la medición de los resultados de salud mental se centra en la mejora de los síntomas, sin tener en cuenta su impacto en el funcionamiento. Por lo tanto, es necesario medir la calidad de vida. Además, con los rápidos avances en la medicina moderna, la mayoría de las personas reconoce que ningún sistema de salud en el mundo es capaz de comprometerse con cada intervención disponible. Evidentemente, los gobiernos y los responsables de las políticas públicas se enfrentan constantemente a decisiones difíciles respecto a la asignación de los escasos recursos financieros. Por lo tanto, tiene sentido centrarse en las intervenciones que mejoran más la calidad de vida de los individuos.

La evaluación económica de las intervenciones sanitarias es una de las herramientas que ayudan a guiar la toma de decisiones en este ambiente desafiante. El concepto de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) fue desarrollado originalmente para medir la eficacia o la mejora en el análisis de coste-efectividad (Weinstein & Stason, 1977). Este enfoque toma en consideración tanto la *cantidad* como la *calidad* de vida. La primera se expresa en términos de esperanza de vida o, alternativamente, si la persona está muerta o viva. La segunda abarca todo el espectro de la vida de un individuo, no sólo su estado de salud, y consta de una serie de componentes, como el bienestar físico, social y cognitivo del individuo. Se han desarrollado diversos instrumentos para medir los AVACs, como por ejemplo:

- EuroQol-5-dimensiones (EQ-5D) (EuroQol Group, 1990)
- Índice de Servicios de Salud (HUI, por sus siglas en inglés) (Horsman et al, 2003)
- Índice Rosser, Versión Breve 36 (SF-36), Versión Breve 12 (SF-12) (Turner-Bowker et al, 2002)
- Perfil de Impacto de Enfermedad (SIP, por sus siglas en inglés) (de Bruin et al, 1994).

Las evaluaciones económicas están bien documentadas en una serie de poblaciones y sistemas de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso del EQ-5D para evaluar el coste-efectividad en trastornos de salud mental como la depresión, la psicosis, y los trastornos no psicóticos graves y complicados en los adultos (Subramaniam et al, 2013); el Cuestionario de Autoreporte de 20 elementos (SRQ20) en los servicios de salud mental comunitaria de adultos (Harpham et al, 2003); el SF-6D y el EQ-5D en un estudio en adultos con esquizofrenia (McCrone et al, 2009); el Cuestionario de Resultados en Jóvenes 30.1 (Y-OQ-30.1, por sus siglas en inglés) en niños con TDAH, trastorno adaptativo, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, y trastornos psicóticos (Dunn et al, 2005); y el EQ-5D para la dislexia grave en niños (Hakkaart-van Roijen et al, 2011).

Si bien se reconoce la utilidad de las evaluaciones económicas en la asignación de los recursos escasos, debe destacarse que tales mediciones rara vez están disponibles para las poblaciones de salud mental, especialmente en niños y adolescentes. Esto es sorprendente, dado que más de la mitad de los trastornos

El PHEA, una metodología de mejoramiento de la calidad

- Planificar el mejoramiento
- Hacer el proceso de mejoramiento
- Estudiar los resultados
- Actuar para mantener las ganancias y continuar mejorando el proceso.

Caso clínico

Johnny es un niño de 10 años de edad que presenta alta agresividad. Se le diagnosticó un TDAH grave y un trastorno de la conducta comórbido. Johnny fue ingresado al hospital por nueve días, después de que el personal del hogar de niños donde vivía fuera incapaz de contener sus accesos de cólera. Una mañana, Johnny se despertó y decidió que quería salir de la sala. Tomó sus maletas, caminó hacia la puerta cerrada, y comenzó a golpear, patear y gritar a la puerta. Ahmad, otro paciente, estaba molesto por el comportamiento de Johnny, y lo golpeó en la cara.

La conducta disruptiva se definió como la agresión dirigida hacia uno mismo, a otros, a la propiedad y al ambiente, que resultaba en lesiones o daño significativo a los objetos. El equipo planteó la hipótesis de que una reducción en el comportamiento disruptivo de los pacientes conduciría a una reducción de las agresiones y autolesiones (indicadores de calidad del hospital).

Durante un período de 21 meses, la unidad de psiquiatría infantil había reportado 206 incidentes relacionados con los pacientes, donde un 50% de ellos era debido a conductas disruptivas, un 27% eran agresiones al personal y otros, y un 21% eran eventos de autolesión. La unidad tenía una de las tasas de agresión más altas, cinco veces mayor que el resto del hospital. Se determinó que esto era un problema que necesitaba ser solucionado. Se creó un equipo de mejoramiento de la práctica clínica, para encontrar maneras de reducir en un 50% los comportamientos disruptivos en la unidad dentro de los siguientes 6 meses.

El equipo utilizó el ciclo PHEA para guiar su trabajo. Se elaboró un diagrama de flujo de progreso, para identificar las brechas clave en el desempeño. Se realizó un grupo focal de pacientes, para obtener retroalimentación de 15 pacientes que habían sido testigos de conductas disruptivas. Se elaboró un diagrama de causa y efecto, y un diagrama de Pareto, donde se identificaron tres causas raíz:

1. Incapacidad de los pacientes para regular sus emociones cuando éstas se activan
2. Falta de capacitación del personal en el manejo de los pacientes disruptivos.
3. Hospitalizaciones prolongadas debidas a falta de soporte comunitario.

Figura J.8.3 Diagrama de Causa y Efecto, también conocido como el diagrama de espina de pescado o Ishikawa, nombrado en honor a un experto en calidad japonés, Kaoru Ishikawa. Es un método para identificar las causas raíz de un problema.

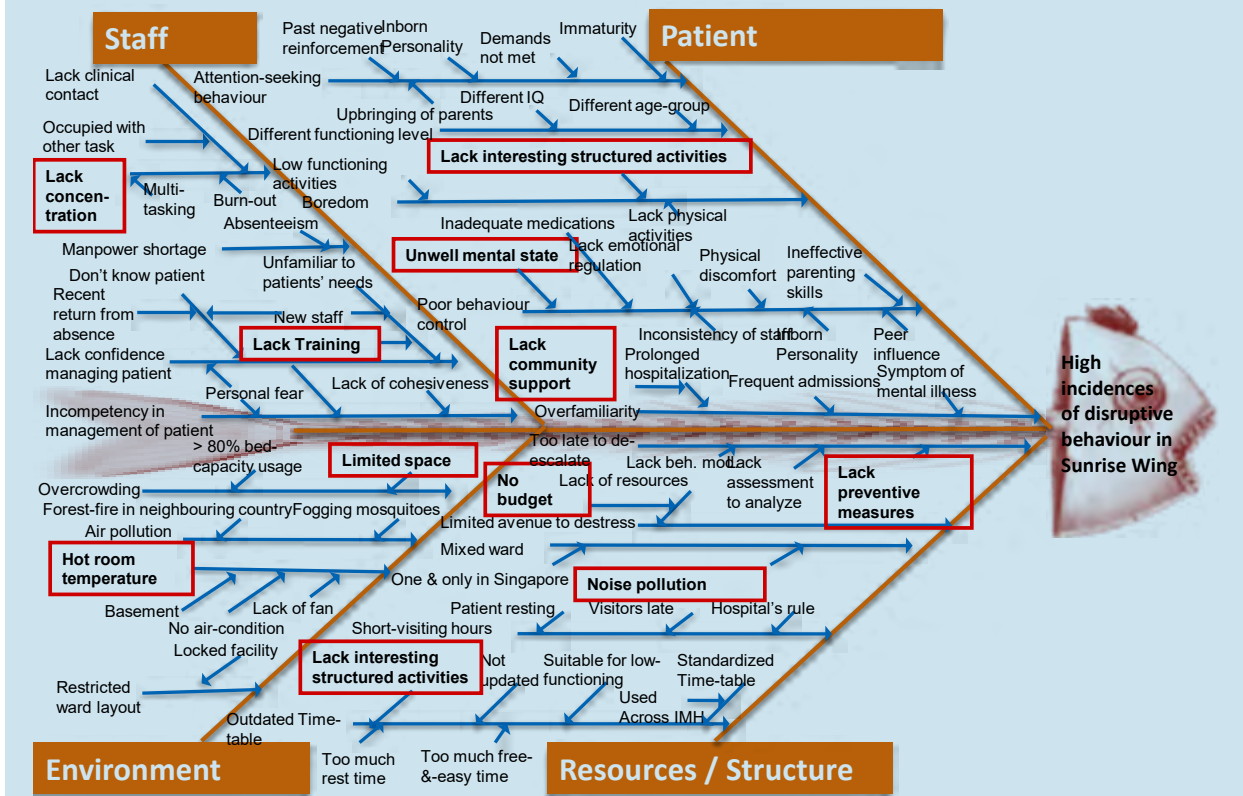
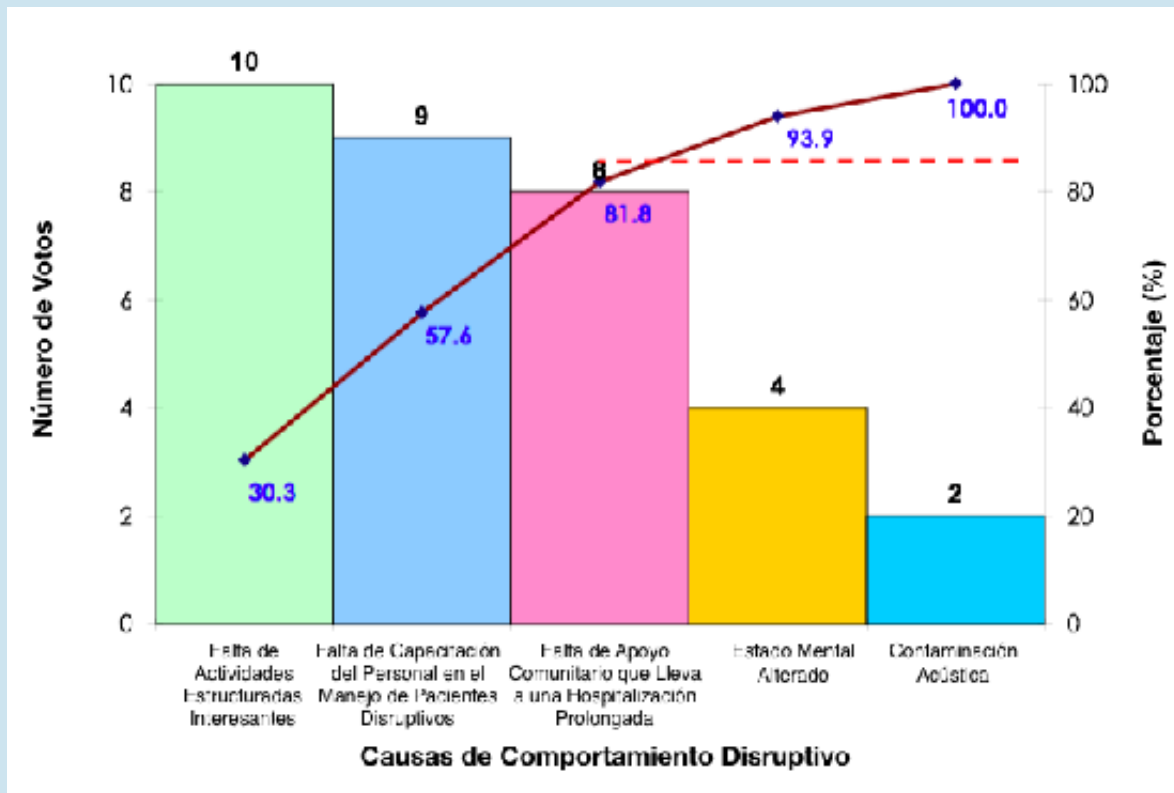


Figura J.8.4 El Diagrama de Pareto es un tipo de gráfico cuyo objetivo es destacar los factores más importantes que pueden causar un problema. Los problemas individuales están representados en orden descendente por barras, y el total acumulado está representado por la línea.



Con las causas raíz identificadas, el equipo hizo una lluvia de ideas, y puso a prueba varias intervenciones. Para la primera causa raíz identificada (dificultad de los pacientes para regular sus emociones):

- Se proporcionaron programas de modificación del comportamiento individualizado para los niños disruptivos

- Se implementó un “rincón para volver a la calma”, para proporcionar a los pacientes formas alternativas de hacer frente a los estresores. Éste fue diseñado para ser un lugar especial que promoviera una baja de la intensidad emocional y una regulación de las emociones. Los pacientes que estaban agitados o estresados eran llevados a esta habitación,



Figura J.8.5 Habitación para volver a la calma

bajo la supervisión de personal de enfermería o un profesional de apoyo de salud. La habitación contenía elementos dirigidos a distraer, calmar y tranquilizar a los pacientes por medio de estímulos visuales y auditivos. El objetivo era ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades prácticas, que pudieran utilizar en otros contextos y después de que fueran dados de alta. El uso de esta habitación también permitía al personal disminuir la intensidad de algunas situaciones, sin tener que recurrir a la restricción física o al aislamiento. A diferencia de las habitaciones de aislamiento, que a menudo son ambientes estériles carentes de cualquier estimulación, esta habitación ofrecía actividades adaptativas.

Para la segunda causa raíz identificada, los miembros del equipo que tenían experiencia en el manejo

de los pacientes disruptivos compartieron estrategias con el resto del personal, y miembros seleccionados del personal asistieron a una capacitación externa en esta área.

Para la tercera causa identificada, se llevaron a cabo reuniones y conferencias con organizaciones de otros niveles de atención, para comprender y abordar sus necesidades, y se proporcionó capacitación a los colaboradores de la comunidad, para entrenarlos en habilidades de manejo de los pacientes después del alta.

Con este enfoque multifacético, la unidad vio una disminución de un 80% de los incidentes de conductas disruptivas. Además de los ahorros en los costes, los pacientes, cuidadores y el personal informaron un aumento de la satisfacción durante la estadía hospitalaria.

mentales tienen su inicio en la niñez o la adolescencia, y persisten durante la vida adulta, afectando el funcionamiento y la productividad de los individuos a lo largo de la vida (Kim-Cohen et al, 2003). Sin servicios adecuados de salud mental y apoyo, los niños que presentan una enfermedad mental tienen menos probabilidades de crecer y prosperar. Tal vez con la amplia disponibilidad de análisis de coste-efectividad en la actualidad, los sistemas de salud pública podrán prestar mayor atención a las intervenciones en niños y adolescentes con trastornos mentales.

Valor

Valor es la medida del resultado, equilibrado con el coste. El valor debe definirse por lo que los pacientes necesitan y, en un sistema que funcione bien, depende principalmente de los resultados. Como afirma Michael Porter (2010), el valor en el cuidado de la salud se mide por los resultados obtenidos, no el volumen de los servicios prestados, y el cambio de enfoque de volumen a valor es un desafío central. En 1996, la Facultad de Medicina de Dartmouth desarrolló la idea de una brújula de valor para la atención en salud (Nelson et al, 1996). La Brújula de Valor Clínico se asemeja a una brújula común, en que tiene cuatro puntos—cuatro aspectos de los procesos de atención de salud que miden calidad:

- Norte: estado funcional, estado de riesgo y bienestar
- Sur: costes (tanto directos como indirectos)
- Este: satisfacción con la atención
- Oeste: resultados clínicos.

Estos cuatro aspectos proporcionan una medida equilibrada y completa para supervisar la calidad de la asistencia sanitaria.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo se puede usar la brújula de valor clínico. Supongamos que hay un tratamiento médico para la esquizofrenia



que puede erradicar sus síntomas por completo, y que causa que la persona con la enfermedad se vuelve completamente funcional después del tratamiento y sin efectos secundarios. Este sería un gran tratamiento, porque los resultados son fantásticos. Sin embargo, si el coste de ese tratamiento es excesivamente alto, y sólo unas pocas personas en el mundo pueden permitirse tal lujo, el valor puede no ser tan grande. Un resultado excelente a un coste muy alto es de bajo valor, especialmente si esto significa que sólo muy pocas personas pueden beneficiarse de él. Por otro lado, un tratamiento suficientemente bueno, con resultados ligeramente más pobres pero a un coste muy bajo puede ser de gran valor. Un ejemplo de esto puede ser el entrenamiento para padres; se ha demostrado que tiene buenos resultados en la reducción de problemas de conducta en los niños, y no es demasiado costoso cuando se lleva a cabo en contextos grupales.

Métodos de mejoramiento

Para mejorar la asistencia sanitaria, no es suficiente tener buenos tratamientos que funcionen—los que a menudo llamamos tratamientos basados en la evidencia. Estos tratamientos deben ser aplicables en el mundo real de manera segura, asequible, accesible, oportuna y eficaz. Este tipo de sistema de entrega basado en la evidencia puede ser evaluado usando metodologías de mejoramiento.

Una de las metodologías básicas de mejoramiento es el modelo “Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar” (PHEA) (Plan-Do-Study-Act, PDSA, por sus siglas en inglés). El ciclo PDSA proporciona un modelo para el mejoramiento, permitiendo que los equipos pongan a prueba los cambios a una escala menor, antes de implementarlos a gran escala o en otros servicios:

- *Planificar*. Esto involucra identificar el problema, por qué deben modificarse las prácticas para solucionar el problema, cómo se debe lograr esto, cómo se debe implementar y medir el cambio, y cuándo se debe comenzar
- *Hacer*. Esta es la fase de acción en la cual se lleva a cabo el plan, se recopilan los datos y se realizan observaciones.
- *Estudiar*. Esta fase implica analizar los datos, compararlos con lo esperado, y resumir los hallazgos
- *Actuar*. Adaptar los cambios e implementarlos. Después de esto, comienza entonces un nuevo ciclo.

Recientemente, el *Pensamiento Ajustado* (Lean Thinking, en inglés) se ha vuelto popular en el mejoramiento de la atención de salud. Este término fue acuñado por Womack et al (1990; 1996) en su estudio del Sistema de Producción de Toyota; y proporciona una nueva forma de pensar respecto a cómo organizar las actividades humanas para ofrecer más beneficios a la sociedad, y más valor a las personas, mediante la eliminación de residuos. El objetivo del Pensamiento Ajustado es crear una empresa más eficiente, que sustente el crecimiento alineando la satisfacción del cliente con la satisfacción de los empleados. Puede conocer más sobre el [Pensamiento Ajustado haciendo clic aquí](#).

SOSTENER Y PROPAGAR EL MEJORAMIENTO

A menudo, los equipos se establecen para trabajar temporalmente en un problema, y las ganancias iniciales obtenidas se pierden cuando el equipo se disuelve. Un proceso de mejoramiento que no presta atención a la creación de condiciones para perpetuar los cambios, será incapaz de sostener las ganancias,

ya que la sostenibilidad no ocurre automáticamente después de que se realiza la mejora. Por el contrario, la sostenibilidad requiere una planificación sistemática para realizar cambios en la columna vertebral del proceso después de que el proyecto haya llegado a su fin. Esto puede involucrar la estandarización de los procesos, la documentación de las políticas, los procedimientos y las directrices asociadas, la medición y revisión para garantizar que los cambios se incorporen a la práctica diaria, la formación y educación del personal y el compartir las mediciones y estado de las iniciativas (Departamento de Gestión de Recursos del Grupo Nacional de Atención de Salud, 2011).

El éxito de un proyecto proporcionará el impulso para una implementación más amplia de los cambios en otros departamentos o unidades adecuadas. La difusión de los cambios genera mayores retornos sobre la inversión inicial, y crea un renovado sentimiento de satisfacción y orgullo cuando los cambios se están adoptando en otros lugares. Se debe elaborar un plan de difusión para compartir los resultados de los cambios, e impulsar su implementación en los departamentos o unidades adecuados. Es importante reconocer que las características del cambio, es decir, la ventaja relativa, la compatibilidad, la complejidad, la capacidad de prueba y la observabilidad (Rogers, 1983), influirán en su propagación y en su capacidad de ser adoptados.

INNOVACIÓN

La innovación puede definirse como la “introducción y aplicación intencional dentro de un rol, grupo u organización, de ideas, procesos, productos o procedimientos, nuevos para la unidad de adopción pertinente, diseñados para beneficiar significativamente al individuo, el grupo, o la sociedad en general” (West, 1990). Esta definición abarca los tres componentes clave de la innovación: la novedad o idea nueva, una aplicación que se puede implementar y que es beneficiosa. En la asistencia sanitaria, la necesidad de innovación es complicada, porque necesita ser segura y beneficiosa de una manera éticamente aceptable. Debido a que la innovación implica riesgos, este equilibrio es importante. Al considerar la innovación en la asistencia sanitaria, nos referimos en gran parte a la innovación biomédica, a los nuevos tratamientos y tecnologías que tratan mejor la enfermedad. También existe innovación en los sistemas de salud que apunta a mejoras en la eficiencia y reducción de los costes, resultando en un mejor uso de los recursos (Ellner et al, 2015). Estas innovaciones son particularmente importantes para crear un mejor valor para los pacientes.

CONCLUSIONES

La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de una gran intención, del esfuerzo sincero, de la dirección inteligente y de la ejecución hábil; representa la elección sabia de muchas alternativas.

– William A Osler

La ciencia de la mejora es algo nuevo para la atención sanitaria, en gran parte porque la atención sanitaria generalmente es resistente al cambio. Este es el desafortunado efecto de la noble tradición de la medicina, donde desde un principio se enseña a los médicos de que existe una manera específica de hacer las cosas, que

se ha transmitido durante muchos años; si bien algunos de estos métodos tienen poco respaldo científico. Por ejemplo, tradicionalmente se les enseña a los médicos a realizar una buena entrevista e historia clínica, realizar un examen físico y luego realizar estudios o pruebas. Con el advenimiento de nuevas tecnologías, esto no necesariamente puede ser el método más eficiente o rentable, sin embargo, pocos estudios han explorado este tema. La mejora de la calidad ha movilizó a muchas industrias a alcanzar la perfección por medio de sistemas de prueba de errores, en lugar de depender de enfoques humanos defectuosos. No estamos proponiendo un cambio radical sin preocuparnos por la seguridad, sino estudiar los sistemas que tenemos hoy y mejorarlos.

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berwick D (1996) A primer to leading the improvement of systems. *BMJ*, 312:619-622.
- Chapman SM, Fitzsimons J, Davey N et al (2014). Prevalence and severity of patient harm in a sample of UK-hospitalised children detected by the Paediatric Trigger Tool. *BMJ Open*, 4:e005066 doi:10.1136/bmjopen-2014-005066.
- Classen DC, Resar R, Griffin F et al (2011) 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*, 30:581-589. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190
- Committee on Quality in healthcare in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.
- de Bruin AF, Diederiks JP, de Witte LP et al (1994). The development of a short generic version of the sickness impact profile. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47:407-418.
- Dunn TW, Burlingame GMM, Walbridge M et al (2005). Outcome assessment for children and adolescents: Psychometric validation of the youth outcome questionnaire 30.1. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12:388-401.
- Ellner AL, Stout S, Sullivan EE et al (2015). Health systems innovation at academic health centers: Leading in a new era of health care delivery. *Academic Medicine*. doi: 10.1097/ACM.0000000000000679
- EuroQol Group (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16:199-208.
- Hakkaart-van Rooijen L, Goetsch WG, Ekkebus M et al (2011). The cost-effectiveness of an intensive treatment protocol for severe dyslexia in children. *Dyslexia* 17:256-267.
- Harpham T, Reichenheim M, Oser R et al (2003). Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy and Planning*, 18:344-349.
- Horsman J, Furlong W, Feeny D et al (2003). The health utilities index (HUI): Concepts, measurements properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:54.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60:709-717.
- Leape L, Lawthers AG, Brennan TA et al (1993). Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 19:144-149.
- McCrone P, Patel A, Knapp M et al (2009). A comparison of SF-6D and EQ-5D utility scores in a study of patients with schizophrenia. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12:27-31.
- National Healthcare Group Quality Resource Management Department (2011). *The NHG Quality Improvement Toolkit*. Singapore: National Healthcare Group.
- Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK (1996). Improving health care, part 1: The clinical value compass. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 22:243-258
- Perper JA, Cina SJ (2005). *When Doctors Kill: Who, Why, and How*. New York: Copernicus Books, p111.
- Porter ME (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363:2477-2481.
- Rogers EM (1983). *Diffusion of Innovations*, 3rd Edition. New York: The Free Press.
- Slonim AD, LaFleur BJ, Ahmed W et al (2003). Hospital-reported medical errors in children. *Pediatrics*, 111:617-621.
- Subramaniam M, Abidin E, Poon LY et al (2013). EQ-5D as a measure of programme outcome: Results from the Singapore early psychosis intervention programme. *Psychiatry Research*, 215:46-51.
- Turner-Bowker DM, Bartley PJ, Ware JE Jr (2002). *SF-36 Health Survey & "SF" Bibliography: Third Edition (1988-2000)*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Weinstein MC, Stason WB (1977). Foundation of cost-effectiveness analysis for health and medical practice. *New England Journal of Medicine*, 296:716-721.
- Weiss EM et al (1998). Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant* 1998; October 11-15.
- West MA (1990). The social psychology of innovation in groups. In MA West & JL Farr (eds), *Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies*. Chichester, UK: Wiley, pp309-334.
- Womack JP, Jones DT, Roos D (1990). *The Machine that Changed the World*. New York: Rawson Associates.
- Womack JP, Jones DT (1996). *Lean Thinking*. London: Simon & Schuster.
- Wu A, Lipshutz K, Pronovost P (2008). Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA* 299:685-687. doi: 10.1001/jama.299.6.685