

P1

Título de la iniciativa

Identificación inequívoca del paciente: experiencia en la Provincia de Mendoza

P2**1. Identificación correcta de pacientes**

Categoría de la iniciativa Seleccione por favor la categoría principal identificada.

P3

Institución ejecutora

Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud, dependiente de la Subsecretaría de Planificación y Coberturas Públicas Sanitarias del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la provincia de Mendoza.

P4

Servicio donde se ejecuta la iniciativa

Servicios de internación seleccionados (Clínica Médica, Cirugía General, UTI) de los establecimientos de salud participantes, siete del subsector público y dos del subsector de la seguridad social.

P5**Mendoza**

Provincia

P6

Ciudad(es)

Mendoza

P7

Localidad(es)

Ciudad de Mendoza

P8

Nombre de la persona a cargo (coordinador)

Andrea Falaschi

P9

Nombres de integrantes del equipo

Andrea Falaschi, María Belén Peralta Roca, Marcela Musse, Marisa Cejas, Fabiana Espejo, Adriana Koch, Gabriela Escudero, Silvina Salvarredi y referentes de la iniciativa en los establecimientos de salud participantes

P10

Mails de contactoProporcione al menos un correo electrónico para poder contactarnos

Mail 1	andrefalaschi@mendoza.gov.ar
Mail 2	mperaltaroca@mendoza.gov.ar
Mail 3	peraltarcamb@gmail.com

P11

Teléfono de contacto

-

Página 3: Descripción de la iniciativa

P12

Inicio de implementación de la iniciativa

Especifique la fecha de inicio **01/04/2021**
de implementación de la
iniciativa

P13

Finalización de implementación de la iniciativa

El encuestado omitió esta pregunta

P14

¿La iniciativa se encuentra en curso actualmente?

Sí

P15

Fundamentos de la iniciativa¿Cómo surgió la iniciativa? ¿Qué buscaba la iniciativa? Extensión máxima 500 palabras. Requisito excluyente.

La iniciativa surge en el contexto de pandemia por COVID-19 mediante la creación de la Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud, dependiente de la Subsecretaría de Planificación y Coberturas Públicas Sanitarias del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza en el año 2020 mediante la Resolución N°1465/20. A raíz de la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la identificación de los pacientes en hospitales de la provincia, en octubre del año 2020 se emite la Resolución N°2430/2020 que resuelve en sus artículos: incluir en los Comités de Crisis que fueron constituidos en cada institución en el contexto de la pandemia a un representante de Calidad y Seguridad del Paciente; priorizar la implementación de la Identificación Inequívoca de los Pacientes mediante la utilización de una pulsera o brazalete identificatorio con al menos dos identificadores inequívocos y conformar un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Hospitalario como órgano técnico permanente de asesoramiento de las Direcciones Ejecutivas de los nosocomios.

En enero de 2021 se realiza un primer relevamiento de seguridad del paciente en establecimientos de salud con internación, de mediana y alta complejidad, tanto del sector público como del privado. De un total de 32 instituciones, se obtuvo la información del 83% (26). Se observó que: el 35% (9) contaba con un Comité Hospitalario de Calidad y Seguridad del Paciente, el 19% (5) tenía área/servicio de Calidad, el 61,5% (16) utilizaba pulsera identificatoria para pacientes hospitalizados, 70% (18) tenían definido un procedimiento para la identificación de los mismos y 42,5% (11) realizaban monitoreo de indicadores. Se evidenciaron escasos espacios institucionales destinados a la calidad de la atención sanitaria con Hospitales que no contaban con un sistema establecido de Identificación del Paciente, una variabilidad en la utilización de pulsera identificatoria con medición y monitoreo bajos y una necesidad de estandarización de los procesos.

En marzo de 2021 se realizó una Matriz de Riesgo de Seguridad del Paciente en Hospitales de Mendoza, junto con los directores de la Dirección de Maternidad e Infancia, la Dirección de Hospitales como socios estratégicos internos y el Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria como socios estratégicos externos. Se analizaron las áreas de Cultura de Seguridad del Paciente, Metas internacionales de seguridad y Eventos centinelas bajo los criterios de probabilidad de ocurrencia, severidad/nivel de riesgo de falla y preparación de la organización. La falta de políticas y procedimientos, las infecciones asociadas a los cuidados de la salud y la muerte no esperada para el evento de cuidado fueron los puntos priorizados en cada una.

Teniendo en cuenta el marco normativo nacional y provincial, las oportunidades de mejora identificadas y en consonancia con las acciones priorizadas por la OMS y organizaciones afines para promover la seguridad en la atención sanitaria se decide, en conjunto con las autoridades ministeriales, comenzar a trabajar para la implementación de la identificación inequívoca de los pacientes.

P16

Objetivos de la iniciativaExtensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

OBJETIVO GENERAL

-Establecer un sistema de identificación inequívoca del paciente en establecimientos de salud públicos y de la seguridad social de la provincia de Mendoza

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar la práctica segura de identificación del paciente mediante la utilización de una pulsera identificatoria durante todo el proceso asistencial dentro de la Institución
 - Co-diseñar y estandarizar con los equipos de cada Hospital los procesos de identificación del paciente, redactar los procedimientos y establecer el monitoreo de la mejora implementada
 - Construir a nivel provincial un registro permanente de datos que permita monitorear y obtener de forma sistemática información sobre la cantidad de pacientes identificados correctamente.
 - Capacitar y entrenar a los equipos de salud en temas de calidad y seguridad del paciente
 - Promover y generar una cultura de seguridad del paciente
-

Destinatarios de la iniciativa ¿Quiénes fueron los beneficiarios? ¿Qué cobertura se logró? Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Los beneficiarios de la iniciativa son los pacientes hospitalizados en los establecimientos de salud de gestión pública y de la seguridad social de la provincia de Mendoza.

La iniciativa se planteó en etapas según la capacidad operativa, la disponibilidad de recursos y los objetivos planteados a nivel ministerial. En un primer período se seleccionaron nueve hospitales de mediana y alta complejidad, según criterios de magnitud estimada del problema, impacto de la mejora y factibilidad de la implementación. De esos hospitales cada equipo de mejora determinó un servicio donde iniciar la implementación (prueba piloto). Una vez realizados los ciclos de mejora y ajustes necesarios, se escaló a otros servicios con el objetivo de poner en marcha la práctica segura en todos los servicios de internación. Cuando se haya finalizado la implementación de la iniciativa en todos los servicios de hospitalización de los nueve establecimientos, se escalará a 5 Hospitales más de la provincia, con fecha estimada diciembre de 2023.

Actualmente los establecimientos de salud participantes son: Hospital Central, Hospital Luis Lagomaggiore, Hospital Teodoro J. Schestakow, Hospital Dr. Humberto Notti, Hospital Ítalo Perrupato, Hospital Diego Paroissien, Hospital Antonio J. Scaravelli y de la Obra Social de los Empleados Públicos de la provincia (OSEP) Hospital El Carmen y Hospital Alexander Fleming.

Exceptuando en este informe de la iniciativa la identificación inequívoca del binomio madre-hijo, ya que se está desarrollando en forma separada y paralelamente por las particularidades que la revisten, al momento se ha logrado implementar la práctica segura en el 100% de los establecimientos de salud participantes de la primera etapa, con variabilidad en el avance del escalonamiento en los servicios.

Descripción de la iniciativa¿En qué consiste la iniciativa? Principales actividades?Extensión máxima: 1000 palabras. Requisito excluyente.

La iniciativa se planificó siguiendo la metodología de mejora continua y el modelo colaborativo del Institute for Healthcare Improvement (IHI). Se basa en varios equipos con un objetivo común, trabajando juntos de una manera estructurada para planear, implementar y monitorear las mejoras. La colaborativa es un proyecto de mejora donde las instituciones que participan: adoptan y adaptan las intervenciones, miden de manera estandarizada los eventos de interés, reportan y comparten resultados a una base de datos confidencial, participan en sesiones de aprendizaje, integran una comunidad de aprendizaje donde reciben soporte e interactúan con otros equipos para lograr un objetivo común.

PRINCIPALES ACTIVIDADES

-Involucramiento de Directivos (nivel gerencial)

Como primer paso se convocó a los Directores de los establecimientos participantes a fin de informarles sobre la iniciativa, lograr un compromiso de los mismos y solicitar la creación de los Comités Hospitalarios de Calidad y Seguridad del paciente. Las reuniones con los gestores se mantuvieron en forma periódica durante aproximadamente 15 meses (2 reuniones virtuales, 8 reuniones presenciales) con la finalidad de hacer una puesta al día de la iniciativa, informarles sobre barreras y facilitadores y plantear en forma conjunta posibles soluciones.

-Identificación de líderes-Conformación de equipos de mejora

Se identificaron referentes o líderes de calidad y seguridad del paciente en cada establecimiento de salud. Se conformaron los equipos de trabajo interdisciplinarios que llevarían adelante la iniciativa. Se establecieron de común acuerdo con los equipos: canales formales e informales de comunicación (se utilizaron mails personales o institucionales y se generaron grupos de WhatsApp para tal fin) y día y horario fijo para las sesiones virtuales.

-Sesiones de aprendizaje y para compartir resultados y mejoras

Se realizaron múltiples Sesiones de Aprendizaje Virtual (SAV), con una frecuencia semanal los primeros meses, luego quincenal y actualmente mensual (45 encuentros en el años 2021, 20 en el año 2022 y 10 hasta la fecha en el año 2023)

Se realizaron Sesiones de Aprendizaje Presencial (SAP) con modalidad de jornada-taller (3 encuentros en el año 2022)

Las SAV y las SAPse destinaron a:

-Capacitación y entrenamiento de los equipos en temas referentes a Calidad y Seguridad del paciente: Identificación correcta de los pacientes, Atención Centrada en las Personas, Liderazgo y Cultura, Trabajo en equipo, Gestión y psicología del cambio, Ciclo de Mejora, Enfoque por procesos, Políticas y procedimientos, Diagrama conductor, Implementación, Monitoreo e indicadores de un Proyectos de mejora entre las principales temáticas abordadas

-Co-diseño de la estrategia de implementación en cada cada hospital

-Diseño o mejora del proceso de identificación del paciente en cada establecimiento. Revisión de diagramas de flujo y procedimientos operativos estándar (POE)

-Desarrollo de material educativo para pacientes y familiares

-Generación de espacio de aprendizaje colaborativo y de experiencias compartidas: durante toda la puesta en marcha y una vez iniciada la etapa de monitoreo los equipos comparten sus datos (indicadores), ciclos de mejora y dificultades al resto de los equipos.

-Actividades prácticas para poner en práctica herramientas adquiridas de trabajo en equipo y de calidad

-Realización de Diagrama Conductor (DC): el DC se construyó entre todos los equipos. Fue la herramienta que se utilizó para plasmar las ideas de cambio y los conductores necesarios para lograr el objetivo planteado.

-Períodos de acción: entre las SAV y las SAP los equipos realizan las actividades propuestas en sus Hospitales (puesta en marcha, ciclos de mejora, escalamiento, etc)

-Visitas en terreno: se visitaron todos los Hospitales para dialogar con directivos y equipos, conocer la situación local e intercambiar propuestas de mejora.

-Generación de documentos marco: se redactó un documento con Directrices para la Identificación inequívoca del paciente. En proceso de redacción un documento de Buenas Prácticas de la iniciativa para ser emitido por resolución ministerial.

-Conformación de los Comités Hospitalarios de Calidad y Seguridad del Paciente: durante el desarrollo de la iniciativa se logró la conformación de los Comités Hospitalarios de Calidad y Seguridad del Pacientes, con sus correspondientes resoluciones. Los Comités coordinan y controlan el desarrollo de la iniciativa en sus establecimientos.

-Desarrollo de estrategia provincial de monitoreo y reporte: se diseñó un instrumento de recolección de datos y un flujo de reporte de los mismos. Se establecieron responsables en cada Hospital y a nivel central para el envío de la información y el análisis de los datos recolectados, se determinó frecuencia de toma de datos, de reporte y de encuentro para compartir la información obtenida. Se desarrolló un instructivo para lograr la estandarización de la medición y se comenzó a utilizar en forma generalizada una planilla de observación en soporte papel.

Resultados de la iniciativa ¿Cuáles fueron los resultados más importantes? ¿Qué evidencias avalan los resultados?
Extensión máxima: 1000 palabras. Requisito excluyente.

-Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza jurisdiccional: documento de directrices provinciales (en redacción documento de buenas prácticas), monitoreo y reporte de datos provinciales a nivel central

-Promoción de liderazgo: conformación de comités (resoluciones hospitalarias), identificación de referentes que coordinan la iniciativa (registro de participación de las reuniones mensuales de puesta en común, recolección y reporte de datos)

-Construcción de cultura de seguridad del paciente: participación activa de los equipos en las reuniones/actividades planificadas, iniciativas propias de los comités, informes de comités

-Co-diseño de procesos con el equipo de salud: participación en el desarrollo de los documentos procesos y escritos y aprobados en cada Hospital (Diagramas de flujo del proceso, POE)

-Creación de un registro permanente de datos: elaboración de una base de datos con el reporte regular de información a nivel Ministerial

-Monitoreo y seguimiento de la correcta utilización de la pulsera de identificación de los pacientes: diseño de estrategia, instrumento de medición, reportes semanales de los hospitales, análisis de datos por mes elaboración de run chart general (todos los hospitales, todos los servicios) y run chart específicos de cada hospital y por tipo de servicio, lo que permitió identificar en forma desagregada las variaciones mensuales en el porcentaje de los pacientes correctamente identificados, posibilitando un seguimiento pormenorizado del proceso, construcción de una base de datos, identificación de las principales causas o con mayor peso en la falta de cumplimiento de los procesos o de la no utilización de la identificación (Gráfico de Pareto)

La mediana general (todos los Hospitales y Servicios) del porcentaje de pacientes con pulsera correctamente colocada en el primer semestre 2023 fue de 83,19% de un total de 5788 pacientes observados.

Los servicios de clínica médica que son reportados por los 8 hospitales tienen la muestra de mayor tamaño, 3910 pacientes observados, con una Mediana de pulseras correctamente colocadas para Adultos de 82,21% y para Pediatría de 82,97 %.

Los servicios de cirugía general reportados por 4 hospitales con 1479 pacientes observados, tuvieron una mediana de 89,73%.

Las UTI son reportadas por 5 hospitales con 583 pacientes observados y su mediana fue del 100% de pulseras correctamente colocadas.

Se monitoreó mes a mes el porcentaje de diferentes variables:

-pacientes donde la pulsera no cumple con el procedimiento, desagregada en: datos ilegibles-erróneos-incompletos, tamaño inadecuado

-pacientes que no tiene pulsera colocada, desagregada en: en el entorno –no disponible

Para los pacientes que teniendo colocada la pulsera, esta no cumple con el procedimiento que permita la correcta identificación el motivo con mayor frecuencia en el semestre son los datos ilegibles con el 71,59% seguido por datos erróneos 21%

Cuando se trata de pacientes que no tienen colocada la pulsera el motivo con mayor porcentaje es que se encuentra en el entorno del paciente en un 59% y no disponible un 41%

Cabe mencionar que desde el mes de julio se escala con la iniciativa a nuevos servicios dentro de los hospitales participantes De esta forma se incorporan al monitoreo 4 servicios de pediatría y 9 servicios de adultos, alcanzando al mes de julio un total de 7758 pacientes observados.

P20

Indicadores y medios de verificación¿Cómo se midió el éxito del cumplimiento de los objetivos?Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Se elaboraron indicadores de proceso y de resultado

1. Promoción de liderazgo

Nº de Hospitales con Resolución de conformación de Comités / Nº de Hospitales participantes

2. Construcción de cultura de seguridad del paciente

Nº de Hospitales participantes en los encuentros / Nº de Hospitales convocados

3. Co-diseño de procesos con el equipo de salud

Nº de Hospitales con procedimientos de ID escrito y aprobado / Nº de Hospitales participantes

4. Creación de un registro permanente de datos

Nº de semanas reportadas por Hospital y Servicio / Nº de semanas que deben ser notificadas

5. Monitoreo y seguimiento de la correcta utilización de la pulsera de identificación de los pacientes

Nº de pacientes con Pulsera correctamente colocada / Nº de pacientes observados.

Nº de pacientes con Pulsera correctamente colocada que NO Cumple con los procedimientos / Nº de pacientes observados.

Nº de pacientes que NO tienen Pulsera colocada / Nº de pacientes observados.

Nº de pacientes que No pueden ser observados / Nº de pacientes internados.

5.1 Revisión de los motivos frecuentes del uso incorrecto o no utilización del brazalete

Nº de pacientes con pulsera colocada pero que NO tienen Pulsera colocada por tener Datos Ilegibles / Nº de total de motivos informados por los que la pulsera NO Cumple con los procedimientos.

Nº de pacientes con pulsera colocada pero que NO tienen Pulsera colocada por tener Datos Erróneos / Nº de total de motivos informados por los que la pulsera NO Cumple con los procedimientos.

Nº de pacientes con pulsera colocada pero que NO tienen Pulsera colocada por tener Datos Incompletos / Nº de total de motivos informados por los que la pulsera NO Cumple con los procedimientos.

Nº de pacientes con pulsera colocada pero que NO tienen Pulsera colocada por tener un Tamaño inadecuado / Nº de total de motivos informados por los que la pulsera NO Cumple con los procedimientos.

Nº de pacientes que NO tienen Pulsera colocada por Encontrarse en el Entorno / Nº de total de motivos informados por los que NO tienen pulsera colocada.

Nº de pacientes que NO tienen Pulsera colocada por estar disponible / Nº de total de motivos informados por los que NO tienen pulsera colocada.

P21

Principales fortalezas de la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Las principales fortalezas de la iniciativa son:

- Desarrollo de una política de seguridad del paciente
 - Compromiso de Directivos
 - Construcción de un espacio de aprendizaje colaborativo (comunidad de aprendizaje)
 - Conformación de equipos de mejora
 - Optimización del trabajo en equipo
 - Liderazgos establecidos
 - Consistencia de los datos
 - Talento humano capacitado y con manejo de herramientas de calidad
 - Comités de Calidad y Seguridad del paciente
 - Experiencia de socios estratégicos internos y externos
-

P22

Obstáculos presentados durante la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Las barreras encontradas durante la iniciativa fueron:

- Disponibilidad de recursos
 - Tiempo: escasa disponibilidad de tiempo destinado exclusivamente a las actividades de la iniciativa con la que cuentan los equipos de mejora (sobrecarga de trabajo asistencial)
 - Espacio físico: no todos los equipos cuentan con espacio físico para realizar las actividades
 - Dificultades tecnológicas (conectividad, sistemas de gestión, dispositivos)
 - Frecuencia y asignación de recursos no garantizada (por ejemplo de pulseras e insumos de impresoras)
 - Dificultad para involucrar mayor cantidad de profesionales a las iniciativas
 - Falta de reconocimiento y motivación en los Hospitales
 - Problemas urgentes que surgen que desplazan lo importante
-

P23

Tipo de apoyo recibido

Económico,
Formativo,
Informativo,
Gestión,
Infraestructura,
Técnico

P24

En caso de haber recibido algún tipo de apoyo, ¿quién lo ha proporcionado?

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la provincia de Mendoza
IECS (socio estratégico externo)

P25

Justificación de la Buena Práctica en Seguridad de Pacientes ¿Por qué considera que es una Buena Práctica en Seguridad de Pacientes? Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Las buenas prácticas en seguridad del paciente tienen en común ser de aplicación universal y de bajo costo de implementación, reflejan que existen formas diferentes y mejores de hacer las cosas, y colocan al paciente como centro del proceso de atención. La primera Meta Internacional y una de las principales medidas o soluciones para la Seguridad del Paciente es la Identificación inequívoca de los Pacientes.

Es necesario garantizar la identificación correcta de todos los pacientes, durante todo el proceso de atención, mediante métodos apropiados, dado que cualquier falla en este proceso supone riesgos que pueden derivar en daño para los mismos. Los errores en la identificación de los pacientes ocurren prácticamente en todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento, están presentes durante todos los tipos de cuidado y resultan de una multiplicidad de factores.

P26

Principales lecciones aprendidas Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

- Deben existir políticas de calidad que garanticen la implementación de las iniciativas y la sostenibilidad de las mismas
 - La rectoría y gobernanza de los ministerios es fundamental en la aplicación de las líneas estratégicas
 - Debe existir un compromiso genuino de los altos mandos y mandos medios
 - El trabajo en equipo interdisciplinario es la base de las prácticas seguras
 - Los procesos deben ser mejorados por las personas que lo llevan adelante
 - Los recursos deben garantizarse
 - Los resultados exitosos deben valorarse, compartirse y reconocerse
-

P27

Recomendaciones para replicar la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras.

- Definir una planificación y un cronograma adaptable a las diferentes circunstancias
 - Los gestores y los profesionales asistenciales deben ser capacitados en temas de calidad y seguridad del paciente
 - Se debe involucrar más al paciente y su familia, desde la planificación
 - Promover sistemas informáticos que faciliten el monitoreo y reporte de los datos
 - Gestión centralizada de los recursos
-

P28

Estoy de acuerdo con lo expresado

Consentimiento informado Al completar este formulario usted acepta los criterios que establece la OPS en el texto, da su conformidad y autoriza expresamente a la OPS a lo siguiente: (1) recolectar la información que proporcione a través del formulario, (2) almacenar dicha información, (3) procesar y utilizar dicha información en los términos indicados. De igual forma, usted certifica que, según su leal saber y entender, la información facilitada en el formulario y en la documentación que proporcione es exacta y veraz, así como que dispone de los permisos necesarios para usar, divulgar y transferir esta información a la OPS. Asimismo, certifica que el uso de esta información por parte de la OPS no infringe ningún derecho de terceros. La OPS se reserva el derecho de modificar las condiciones de esta propuesta.
