

Seguridad del paciente estrategia transversal a la calidad de la atención a la salud.

Mtra. Grisel E. Maruri Arizmendi

Doctorando Calidad en los Sistemas de Salud, INSP

Subdirectora de Calidad en Salud
Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad
Secretaría de Salud

grisel.maruri@edomex.gob.mx
grisel.maruri@gmail.com

Contenido

1

Seguridad de Paciente como una dimensión de la calidad en el sistema de salud

2

AESP (obligatoriedad en el sistema de salud)

3

Ciencia de la implementación (¿Cómo vamos a implementar las barreras?)

4

¿Qué estamos haciendo en México?

5

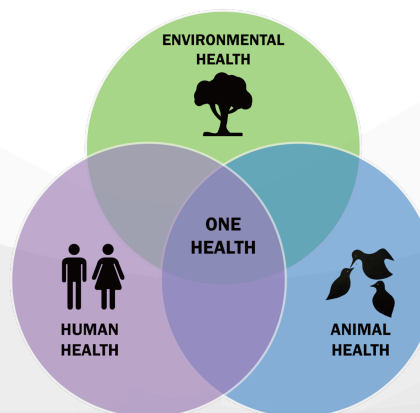
Conclusión

1

Dimensiones de la calidad de los servicios de salud.



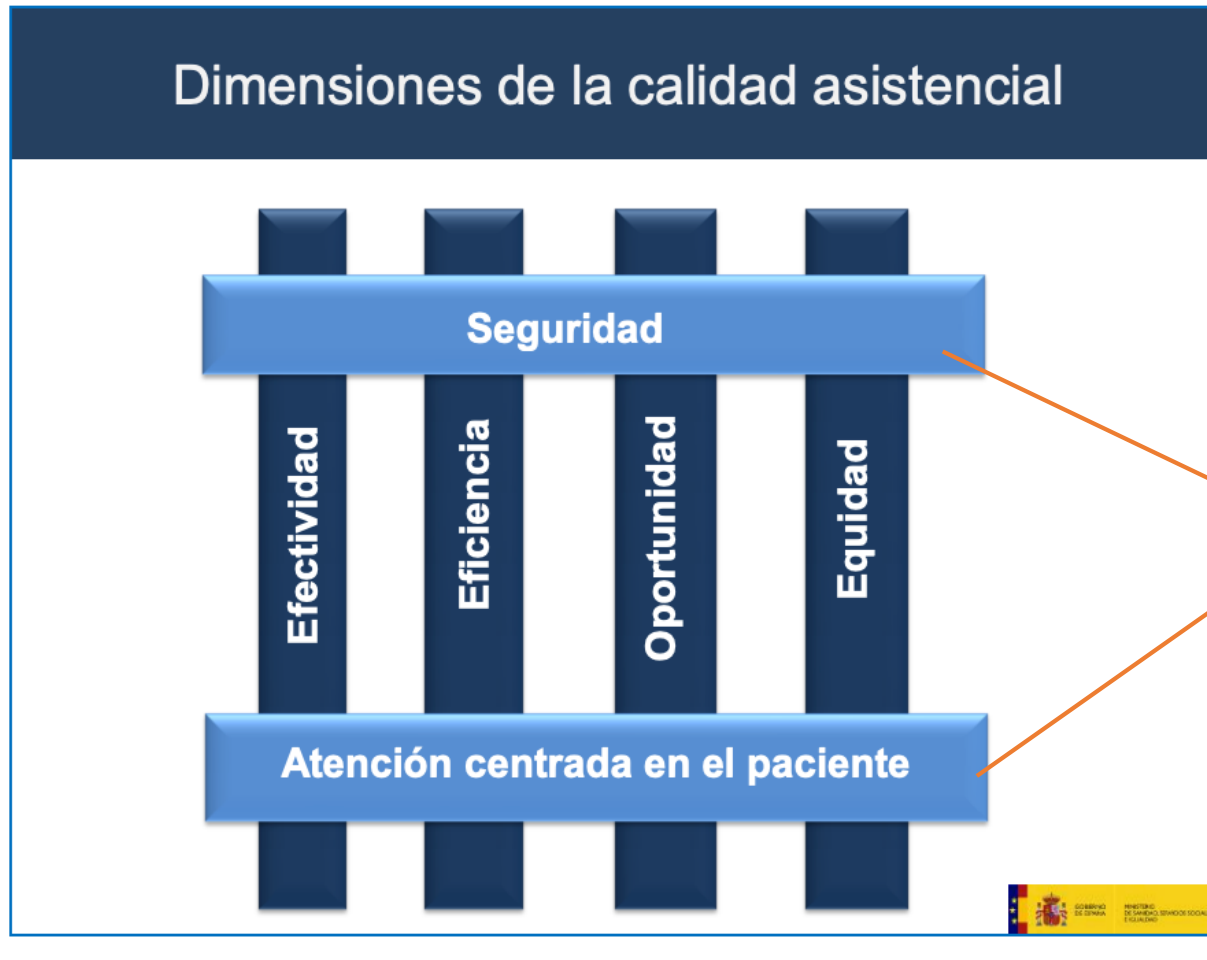
**Resultados
en
salud**



La salud del hombre, los animales domésticos y silvestres, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) **están estrechamente vinculados y son interdependientes.**

1

Seguridad de Paciente



Son dimensiones fundamentales para la calidad asistencial e impactan en las otras dimensiones.

3

Seguridad del paciente

¿Cuál es el objetivo de la seguridad del paciente?

- Prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.
- Una piedra angular de la SP es la **mejora continua basada en el aprendizaje** a partir de los errores y eventos adversos.

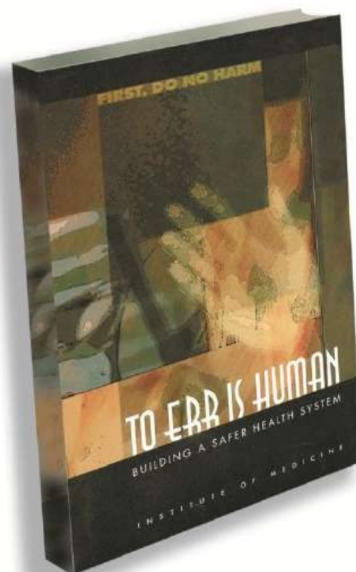
Barrera de seguridad

Serie de acciones específicas que previenen los riesgos, y por lo tanto, la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela es menor.



Una **práctica segura** que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

Por qué hay que trabajar en la seguridad del paciente...



(1999) 30,000 historias clínicas,
3.7% de eventos adversos,
58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte.
Concluyó que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año.

REVIEW ARTICLE

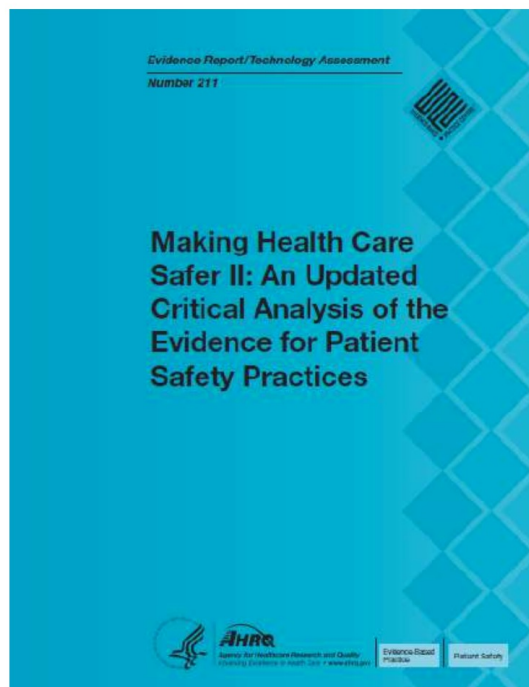
A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care

John T. James, PhD



2004
“ante todo, no hacer daño”.

Ya sabemos qué es lo que hay que hacer...



2013

Annals of Internal Medicine

SUPPLEMENT

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Wachter, MD; Kathryn M. McDonald, MM; Karen Schoelles, MD, SM; Sydney M. Dy, MD, MSc; Kaveh Shojania, MD; James T. Reston, PhD, MPH; Alyce S. Adams, PhD; Peter B. Angood, MD; David W. Bates, MD, MSc; Leonard Bickman, PhD; Pascale Carayon, PhD; Sir Liam Donaldson, MBChB, MSc, MD; Naihua Duan, PhD; Donna O. Farley, PhD, MPH; Trisha Greenhalgh, BM BCh; John L. Haughom, MD; Eileen Lake, PhD, RN; Richard Lilford, PhD; Kathleen N. Lohr, PhD, MA, MPhil; Gregg S. Meyer, MD, MSc; Marlene R. Miller, MD, MSc; Duncan V. Neuhauser, PhD, MBA, MHA; Gery Ryan, PhD; Sanjay Saint, MD, MPH; Stephen M. Shortell, PhD, MPH, MBA; David P. Stevens, MD; and Kieran Walshe, PhD

1. Checklists perioperatorios y de anestesia
2. Bundle vías centrales
3. Planes de remoción de sondas vesicales
4. Bundle de neumonía asociada al respirador
5. Higiene de manos
6. Listado de abreviaturas peligrosas
7. Planes para prevenir úlceras por presión
8. Precauciones barrera IACS
9. Catéteres centrales bajo control ecográfico
10. Planes de prevención TVP y TEP

Viernes 8 de septiembre de 2017

DIARIO OFICIAL

(Segunda Sección)

ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a y 3a, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o, fracciones I y II, 4o, fracción II y 17, fracción VI, de la Ley General de Salud, así como 1, 9, fracciones II, VI y XII y 10, fracción VIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho

Que
los Estad
General t

DOF: 16/06/2023

ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o, fracciones I y II, 4o, fracción II, 15 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud, así como 1, 9, fracciones II, VI y XII, 10, fracción VIII y 11, fracción XVIII del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o., párrafo cuarto, reconoce el derecho humano que tiene toda persona a la protección de la salud, señalando que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los

2

AESP (obligatoriedad en el sistema de salud)

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (MISP)

MISP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.

MISP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA.

MISP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN.

MISP.4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS.

MISP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS).

MISP.6 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE
POR CAUSA DE CAÍDAS.

AESP.7 REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS
ADVERSOS Y CUASI FALLAS.

AESP.8 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AESP 1.



Acción Esencial 1. Identificación correcta del paciente



EN LOS MOMENTOS CRÍTICOS

La OMS estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria.

AESP 1.



Acción Esencial 1. Identificación correcta del paciente



¿Está exento de riesgos?

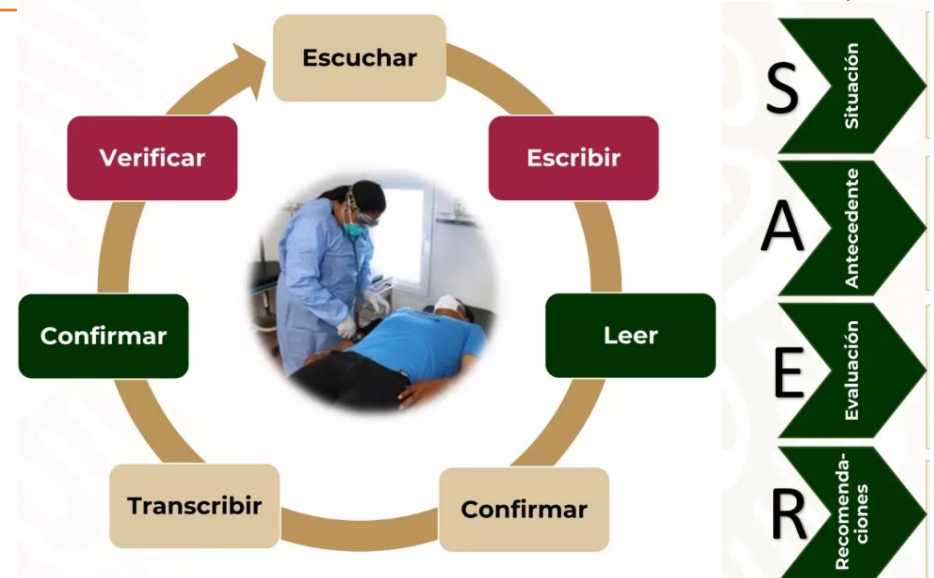
AESP 2.



Acción Esencial 2. Comunicación efectiva

COMUNICACIÓN EFECTIVA

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención. Mediante el uso del proceso de **Escuchar -Escribir -Leer - Confirmar -Transcribir -Confirmar y Verificar**



Datos de la Joint Commission International señalan que 80% de los eventos adversos graves se deben a errores de comunicación, asimismo diversas publicaciones mencionan que alrededor de 53% del personal de salud no se atreve a preguntar cuando tienen dudas.

AESP 3.



Acción Esencial 3. Seguridad en el proceso de medicación

DOBLE VERIFICACIÓN

Preparación y administración
Medicamentos de alto riesgo.



X2



MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.

CLORURO DE POTASIO 14.9%

Por cada 100ml hay 14.9g de KCL
10 ml = 1.49gr
10 mL = 1490 mg
10 ml = 19mEq
1 ml = 1.9mEq

CLORURO DE SODIO 17.7%

Por cada 100ml hay 17.7g de NaCl
10 ml = 1.77 gr
10 ml = 1770 mg
10 ml = 30 mEq
1 ml = 1.34 mEq
1g = 13.41 mEq

BICARBONATO DE SODIO 7.5%

Por cada 100ml hay 7.5g de NaHCO3
10 ml = 0.75gr
10 ml = 750 mg
10 ml = 8.9 mEq
1 ml = 0.892 mEq
1 mEq = 84 mg

GLUCANATO DE CALCIO 10%

Por cada 100ml hay 10g de GuCa
10 ml = 1gr
10 ml = 1000 mg
10 ml = 4.65 mEq
1 ml = 0.465 mEq

FOSFATO DE POTASIO 15%

Por cada 100ml hay 15g de KPO4
10 ml = 15gr
10 ml = 1500 mg
10 ml = 21 mEq
1 ml = 2.1 mEq

SULFATO DE MAGNESIO 10%

Por cada 100ml hay 10g de MgSO4
10 ml = 10gr
10 ml = 1000 mg
10 ml = 8.3 mEq
1 ml = 0.83 mEq

Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales.

AESP 4.



Acción Esencial 4. Seguridad en los procedimientos





VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO

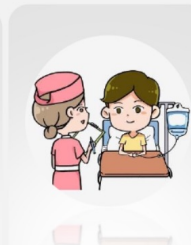
Su propósito es verificar:

- a) El paciente correcto.
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- e) Marcado del sitio anatómico.
- f) Alergias.
- g) Riesgo de sangrado, si corresponde.
- h) Entre otros que defina la unidad.

La realización del tiempo fuera, con el propósito de llevar a cabo:



**Procedimiento/
Tratamiento
correcto**



**Con el
paciente
correcto**



**y en el sitio
correcto**

Paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto.

Procedimientos dentro y fuera del quirófano.

AESP 4.



Acción Esencial 4. Seguridad en los procedimientos

Médico extirpa por error un riñón sano a niño de tres años

06 Sep 2018 / 11:03 AM /

"Es un caso muy lamentable, desde luego un error humano", dijo el funcionario.

El médico cirujano de un hospital oncológico de Bolivia extirpó por error el

Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella

vez del riñón enfermo. Posteriormente, le retira el riñón que correspondía, que es un riñón que tenía un tumor", relató el secretario de Salud de la Gobernación regional, Oscar Urenda.

La intervención fue llevada a cabo en el Hospital Oncológico de Santa Cruz (este), el el más moderno de Bolivia. "Es un caso muy lamentable, desde luego un error humano", acotó el funcionario, citado por el diario El Deber.

Autoridades médicas del Hospital Oncológico anunciaron de inmediato el inicio de una auditoría médica para establecer qué sucedió, mientras que el colegio de galenos de Santa Cruz informó que seguirá el caso hasta determinar si hubo negligencia.

El Código Penal boliviano establece una pena de 2 a 8 años de prisión por lesiones en casos de mala praxis, en engorrosos procesos que se ventilan en la justicia ordinaria.



AESP 5.



Acción Esencial 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

¡Pacientes como aliados!



REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)

Coadyuvar a **reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud.**

Capacitación

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal del establecimiento estudiantes, pacientes y familiares

Administración

- Asegurar el abasto y mantenimiento de material y equipo necesario para la higiene de manos

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente

¡Compromiso de los líderes!
Calidad del agua, insumos, monitorización.

AESP 6.



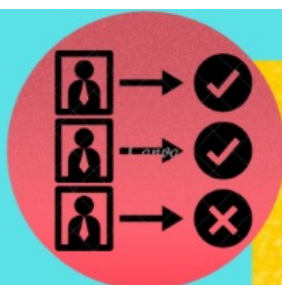
Acción Esencial 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas



Pacientes hospitalizados y ambulatorios



EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Se usa un instrumento o herramienta establecida previamente en la unidad.

Debe reevaluar el riesgo de caída del paciente en: Cada cambio de turno, cambio de área o servicio, cambio en el estado de salud, cambio o modificación del tratamiento.

Factores que deben estar previstos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes:

1. Limitación física del paciente
2. Estado mental del paciente
3. Tratamiento farmacológico
4. Problemas de comunicación



Hasta aquí ya implementamos las barreras de seguridad.

¿Las intervenciones se han mantenido en el tiempo?



AESP 7.



Acción Esencial 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

AUTENTICACIÓN	
Nombre de Usuario	
Clave de Acceso	
INGRESAR	

¡RECUERDA! Toda Infección Asociada a la Atención de la Salud es un EVENTO ADVERSO

- ✓ **NO punitivo**
- ✓ Confidencial
- ✓ Independiente
- ✓ Análizado por expertos
- ✓ Orientación sistemática
- ✓ Capacidad de respuesta



AESP 8.



Acción Esencial 8. Cultura de seguridad del paciente

Niveles de madurez en cultura de la seguridad



Creadora

La gestión del riesgo siempre es parte integral de lo que hacemos

Proactiva

Estamos alerta ante riesgos que puedan ocurrir

Calculadora

Tenemos sistemas para gestión del riesgo

Reactiva

Actuamos sólo cuando ocurre un incidente

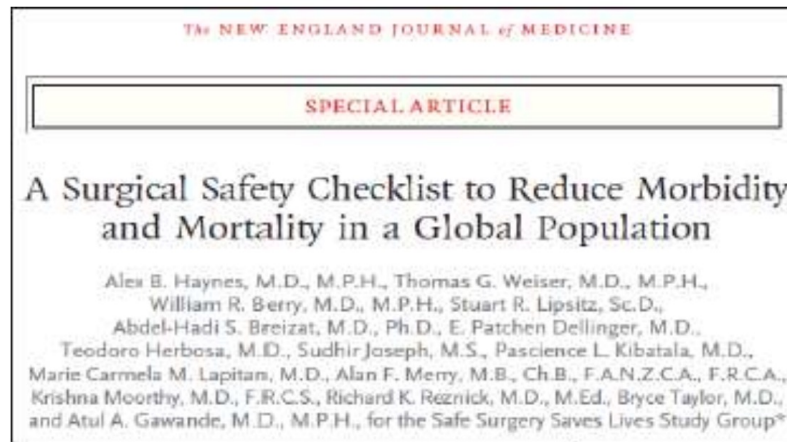
Patológica

La seguridad es una pérdida de tiempo

¿Qué nos dice la evidencia?

¿El check list, sirve o no sirve?

2009



Nº pacientes pre: 3.733
 Nº pacientes post: 3955
 Complicaciones mayores se redujeron 36%
 Mortalidad se redujo 47%
 Infecciones se redujeron 48%

2014



Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada

David R. Urbach, M.D., Anand Govindarajan, M.D., Refik Saskin, M.Sc., Andrew S. Wilton, M.Sc., and Nancy N. Baxter, M.D., Ph.D.

Nº pacientes pre: 109.341
 Nº pacientes post: 106.370
 Sin mejoras significativas

EDITORIALS

The Checklist Conundrum

Lucian L. Leape, M.D.

N ENGL J MED 370;11 NEJM.ORG MARCH 13, 2014

The New England Journal of Medicine

2014

Lo más probable es
que no se use bien...



No se trata de un problema técnico, sino social

Protocolo de estudio | [Acceso abierto](#) | [Publicado:05 diciembre 2023](#)

Alarma con cuidado: una estrategia de desimplementación para reducir el uso de alarmas de prevención de caídas en hospitales de EE. UU.: un protocolo de estudio para un ensayo híbrido 2 de efectividad-implementación

[Kea Turner](#) , [Molly McNett](#), [Catima Potter](#), [Emily Cramer](#), [Mona Al Taweel](#), [Ronald I. Shorr](#) y [Lorena C. Mion](#)

Ciencia de la implementación **18**, Número de artículo: 70 (2023) | [Citar este artículo](#)

[Métrica](#)

Abstracto

Fondo

Las alarmas de prevención de caídas se utilizan comúnmente en los hospitales de EE. UU. como estrategia de prevención de caídas a pesar de la evidencia limitada de su efectividad.

Además, las alarmas de prevención de caídas son perjudiciales para el personal sanitario (p. ej., fatiga por alarma) y para los pacientes (p. ej., alteraciones del sueño, restricción de movilidad). Es necesario realizar investigaciones para desarrollar y probar estrategias para reducir el uso de alarmas de prevención de caídas en los hospitales de EE. UU.

Un ejemplo de
desimplementación
relacionado con las
alarmas de prevención de
caídas.

NO DEL

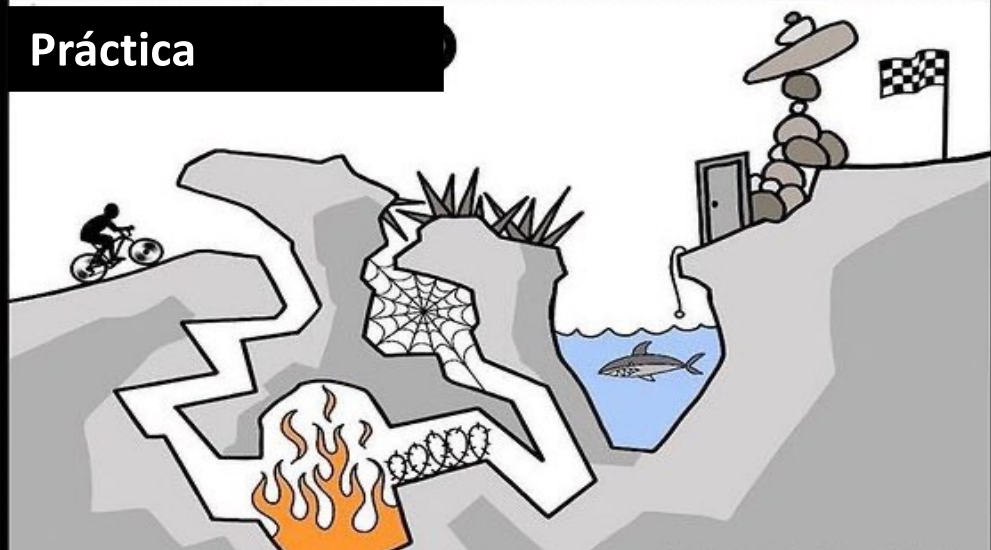


Teoría



@successpictures

Práctica



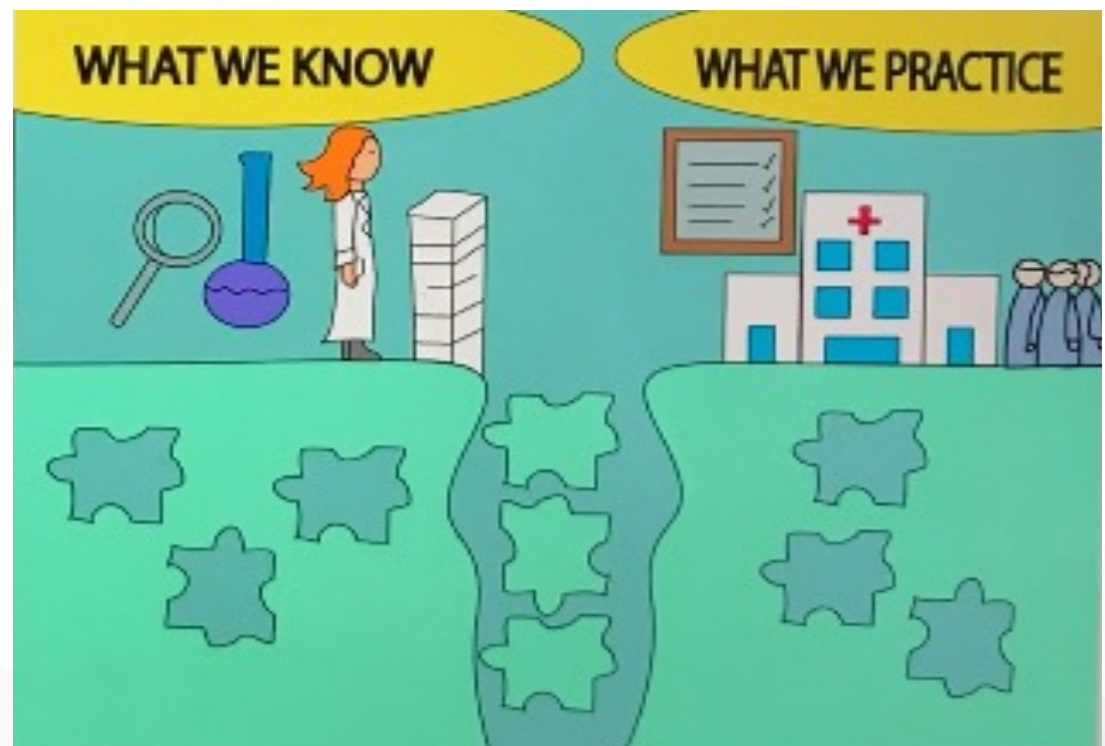
La receta mágica NO existe



2

¿Qué es la ciencia de la implementación?
¿Cómo vamos a implementar las barreras?

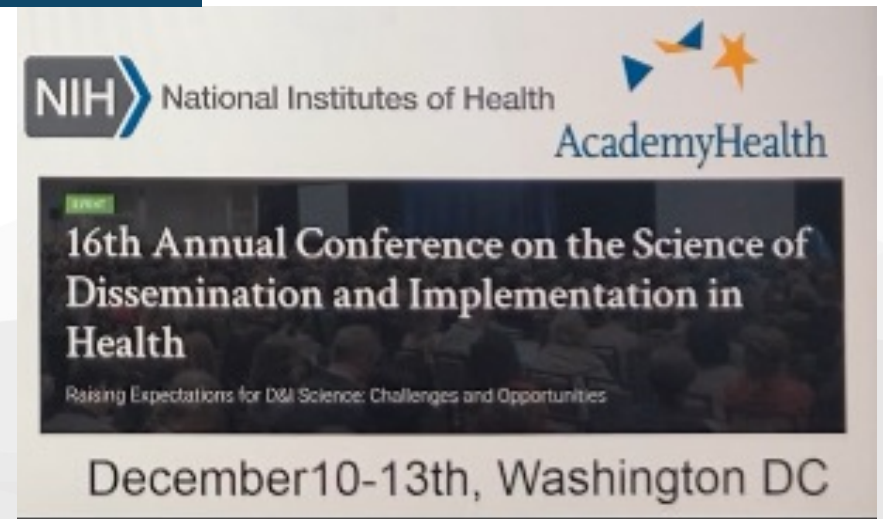
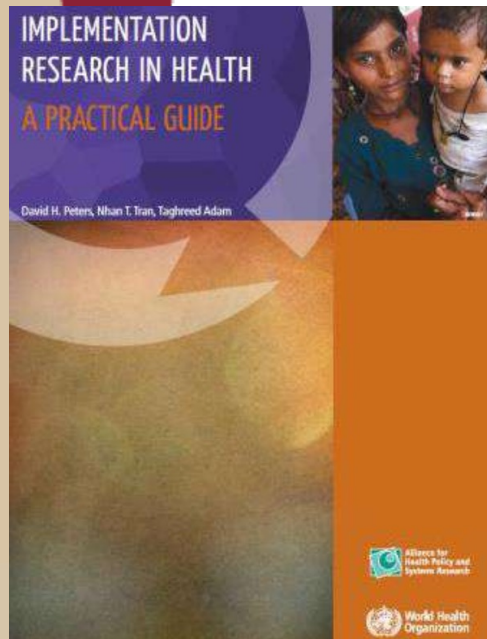
El estudio de métodos para promover la adopción e integración de prácticas, intervenciones y políticas basadas en evidencia en la práctica rutinaria.



Llevar lo que sabemos a lo que hacemos

3

No es algo nuevo...



3

¿Qué es la ciencia de la implementación?

La brecha entre la evidencia y la práctica....



Slote Morris et al, 2011, *J R Soc Med* 2011 Dec;104(12):510-20

BELE HELLOR 2012
ADAPTED FROM AN ORIGINAL BY E. HELLOR

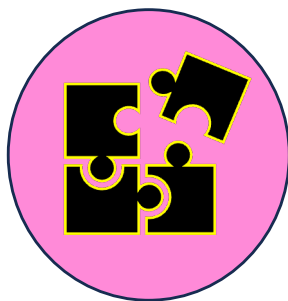
3

¿Cómo la ciencia de la implementación puede ayudar?



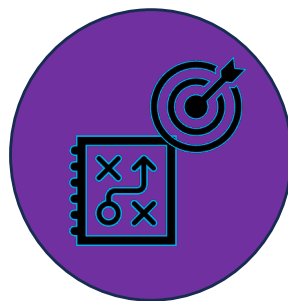
IDENTIFICAR FACTORES

Que influyen en la implementación de intervenciones, innovaciones en la práctica clínica, nuevas tecnologías, etc.



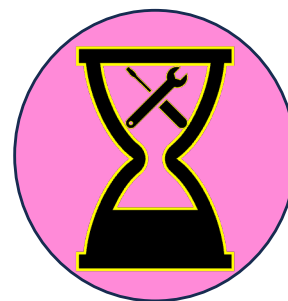
ADAPTAR

Adaptar las intervenciones existentes para mejorar el ajuste con nuevas poblaciones y entornos, así como garantizar la pertinencia social.



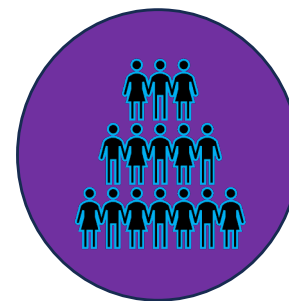
ESTRATEGIAS

Desarrollar estrategias para acelerar y mejorar la adopción, implementación y mantenimiento de prácticas, políticas y programas basados en evidencia.



DESIMPLEMENTAR INTERVENCIONES

Retirar la intervención para eliminar o reducir el uso de lo que ya no funciona o potencialmente peligroso.



DISEMINAR Y ESCALAR

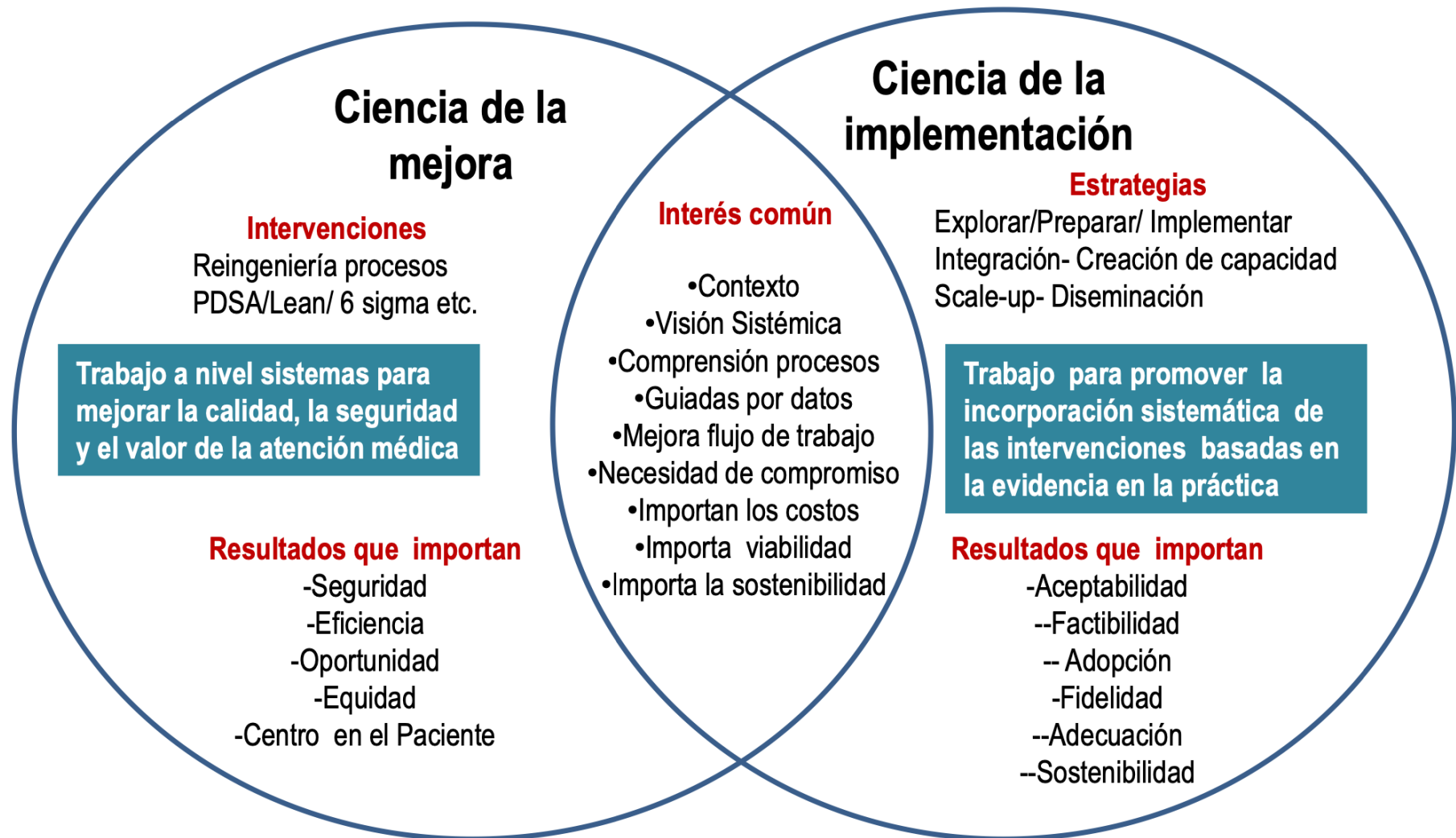
Diseminar y expandir ampliamente intervenciones efectivas en entornos de atención médica y comunidades.

3

Cuando se define la ciencia de la implementación, algo de lenguaje poco científico puede ayudar:

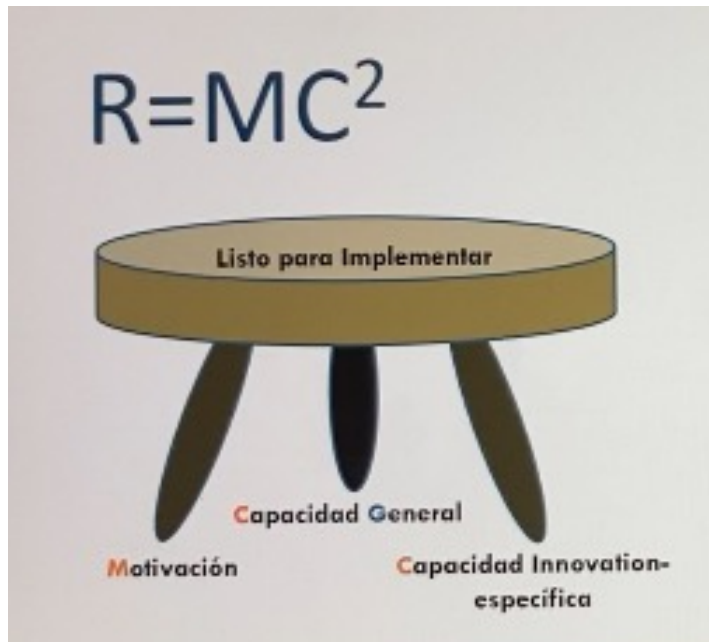
- La intervención/práctica/innovación es **LA COSA**
- La investigación sobre efectividad busca saber si **LA COSA** funciona
- La investigación de implementación busca saber la mejor manera de ayudar a que las personas o los lugares **HAGAN LA COSA**
- Las estrategias de implementación son **todo lo que hacemos** para tratar de ayudar a que las personas y lugares **HAGAN LA COSA**
- Los principales resultados de la implementación son **CUÁNTAS VECES** y **CUÁN BIEN** hacemos **LA COSA**

Ciencia de la mejora y Ciencia de la implementación



3

Marco conceptual



Preparación de un sistema basado en la evidencia.

Readiness o Preparación



Motivación



Capacidad (innovación específica)



Capacidad General

Motivación: Creencias sobre una intervención que afectan el deseo de adoptar una práctica.

Capacidad de innovación específica: Las condiciones humanas, técnicas y físicas importantes para la implementación exitosa de una innovación particular.

Capacidad General: Se refiere a aspectos del funcionamiento organizativo (por ejemplo, cultura, capacidad del personal, liderazgo, clima organizacional).

3

Participación de los involucrados



ENFOQUE DE SISTEMA

La generación de conocimiento proviene tanto de las manos de los practicantes, profesionales, implementadores como de aquellos que normalmente desempeñan el papel de investigadores de intervención.

3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

Las características de la innovación

Las características de las personas

El contexto (macro-meso-micro)

Las estrategias

El balance entre la fidelidad y las adaptaciones

La sostenibilidad

3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

Las características de la innovación

- Fuente
- Fuerza y calidad de la evidencia
- Ventaja relativa
- Adaptabilidad
- Escalabilidad/Reversibilidad
- Complejidad
- Calidad del diseño y “packaging”
- Costos

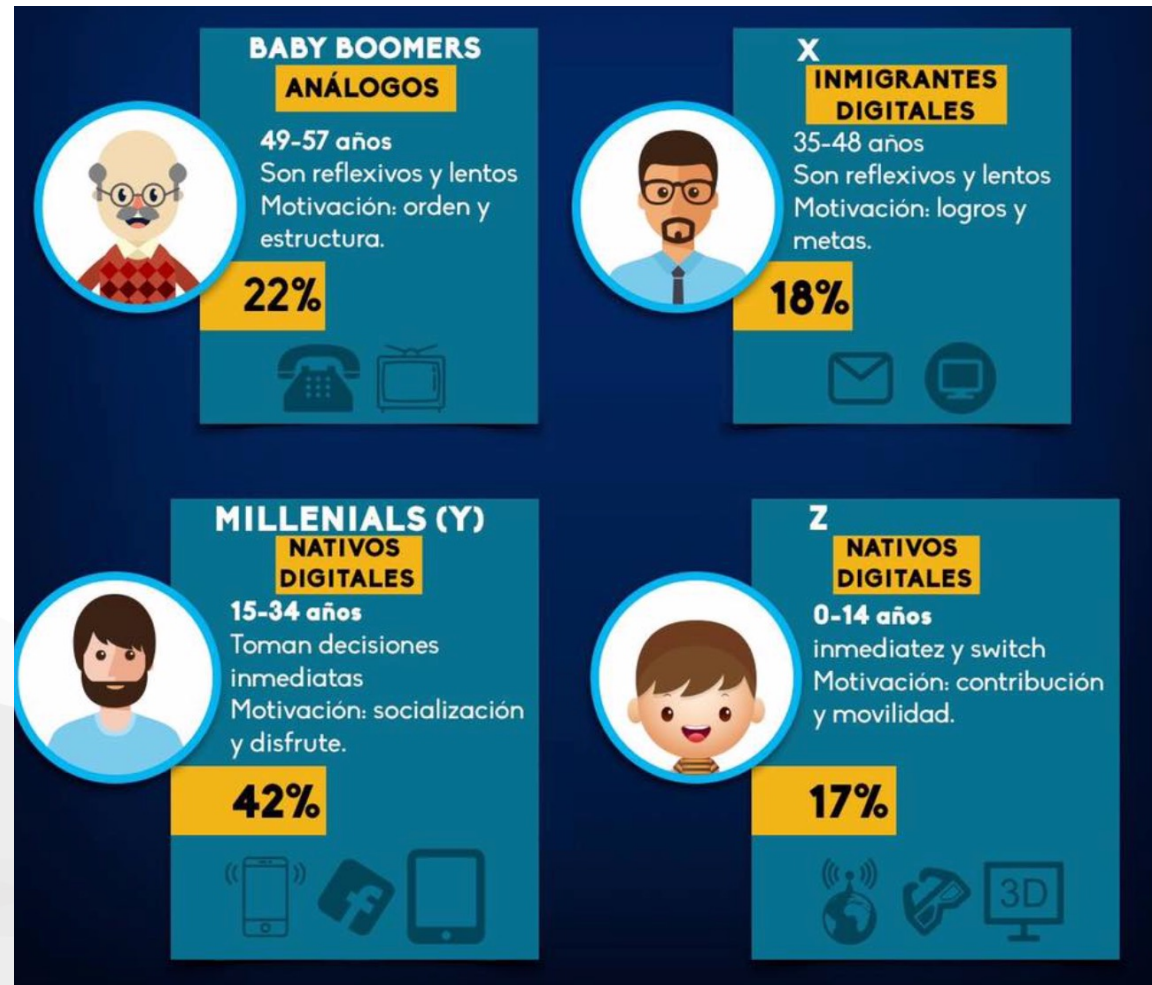


3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

Las características de las personas

- Identificación con la organización
- Grado de predisposición personal al cambio
- Conocimientos y creencias acerca de la innovación
- Auto-eficacia
- Otros atributos personales



3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

El contexto (externo e interno)

EXTERNO

- Necesidades y recursos de los pacientes
- Universalización
- Retos del sistema de salud
- Políticas públicas

INTERNO

- Apoyo organizacional
- Liderazgos
- Infraestructura organizacional
- Cultura y clima organizacional
- Presteza organizacional al cambio
- Relaciones sociales y de apoyo
- Recursos económicos
- Asignación de tiempo
- Feedback

3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

Las estrategias

- Definición del proceso de implementación
- Estrategias para promover el compromiso del personal
- Estrategias de creación de competencias
- Estrategias de promoción
- Estrategias de aprendizaje
- Estrategias de escalamiento



3

Factores determinantes del éxito de la implementación.

El balance entre la fidelidad y las adaptaciones

Fidelidad

Moderadores Potenciales

1. Complejidad de la intervención
2. Estrategias facilitadoras
3. Calidad de ejecución
4. Respuesta de los participantes

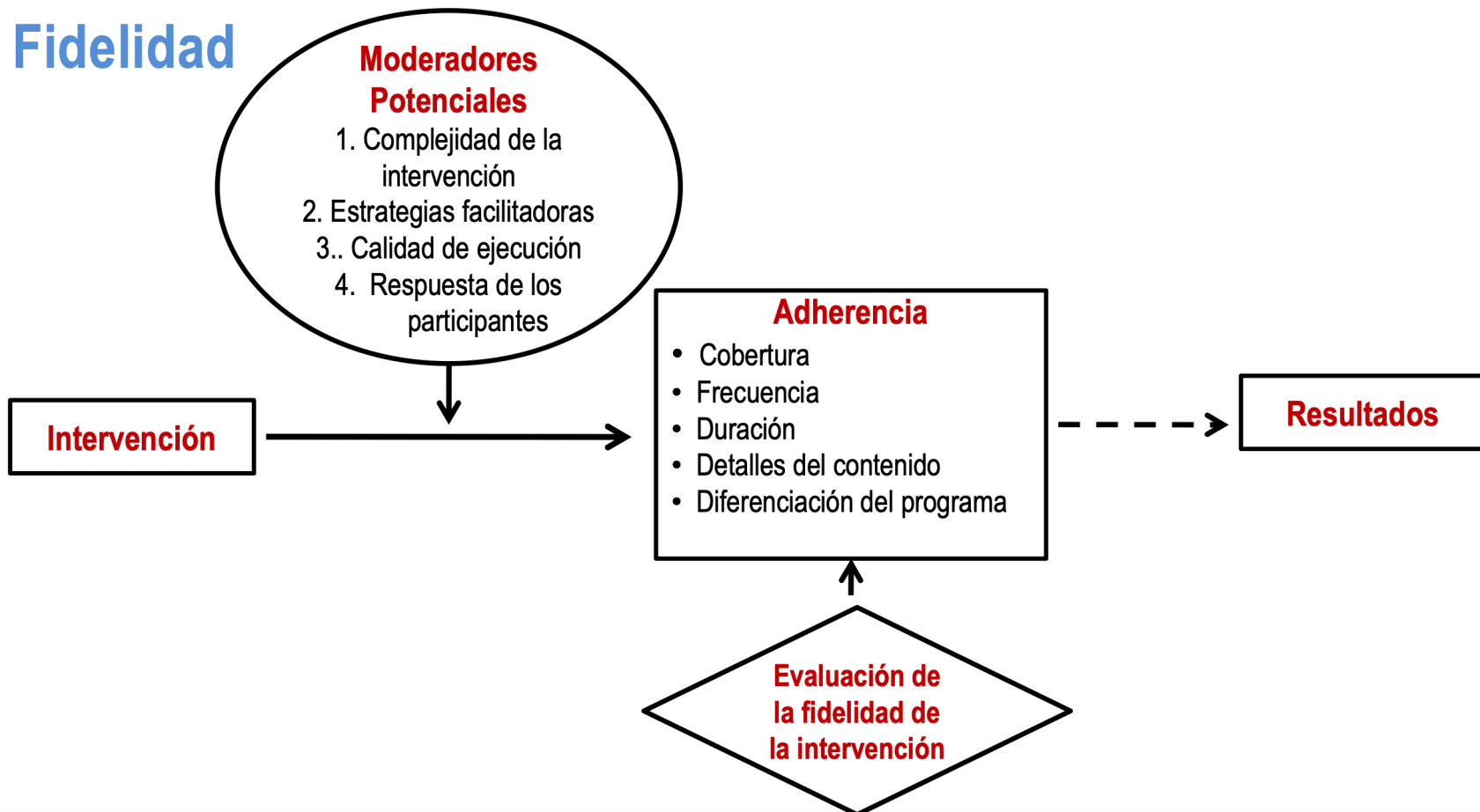
Intervención

Adherencia

- Cobertura
- Frecuencia
- Duración
- Detalles del contenido
- Diferenciación del programa

Resultados

Evaluación de la fidelidad de la intervención



3

¿Qué pasa cuando una mejora **no se sostiene en el tiempo**?

- Se pierde dinero
- Alta variabilidad y pérdida de efectividad (riesgo)
- Baja la moral y la convicción en las iniciativas (motivación)
- Se comienza a cuestionar éticamente algunos procesos

CONSISTENCY
IS THE KEY!





¿Qué se hace en México?

Análisis causa raíz



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



DIF



Guía Técnica para el Análisis Causa – Raíz de Eventos Adversos en hospitales 2013

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

4

¿Qué estamos haciendo en México?



¿Qué estamos haciendo en México?



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

ENCUESTA



**CULTURA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

.Para acceder a las consultas ingrese la contraseña asignada:

Enviar

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



4

¿Qué estamos haciendo en México?

Acreditación

(Modificando una vez que se agregaban padecimientos a tratar y que serían cubiertos por el Seguro Popular)

***Dirección General de Calidad en Salud**

Criterios básicos de infraestructura y capacidad para otorgar servicios de salud.

Mecánismo de financiamiento para los establecimientos que formaron parte del extinto Seguro Popular.

Certificación

(1999, homologación JCI 2008, última versión del modelo 2018)

***Consejo de Salubridad General**

Enfocado en mejora continua de procesos desde un enfoque proactivo de la seguridad del paciente como eje transversal a todas las dimensiones de la calidad en la atención a la salud.

4

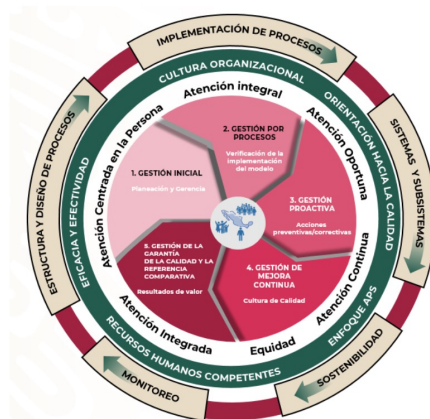
Aspectos positivos del proceso de certificación:

- Sustento para la implementación de acciones de mejora de la calidad de la atención;
- Ha contribuido con el orden administrativo en los establecimientos de atención médica certificados;
- Ha coadyuvado a reestructurar y documentar los procesos;
- Facilitó la detección y solución de problemas específicos;
- Aportó a la efectividad laboral, al mejorar el desempeño del personal inmerso y ha favorecido
- Al desarrollo de la cultura organizacional por la calidad.

Modelo Único de Evaluación de la Calidad MUEC



MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD MUEC



DOF: 29/06/2023



Consejo de Salubridad General

Dirección General de Calidad y
Educación en Salud

Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Catálogo Único Nacional de
Criterios y Estándares para
la Evaluación de la Calidad
(CUNCEEC)

Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria de la CCEAM, 20 de julio 2023.

ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

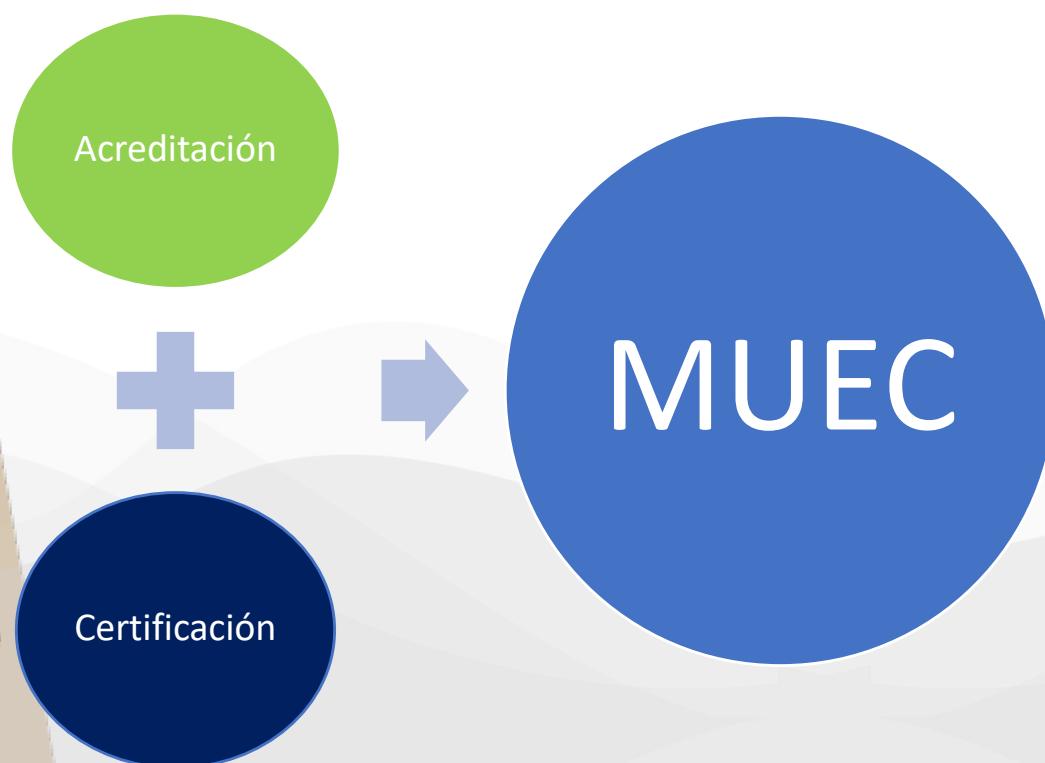
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto, 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o. fracción II, 15 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud; 1, 9, fracciones II y XII, 10, fracción VIII y 11, fracción XVIII del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

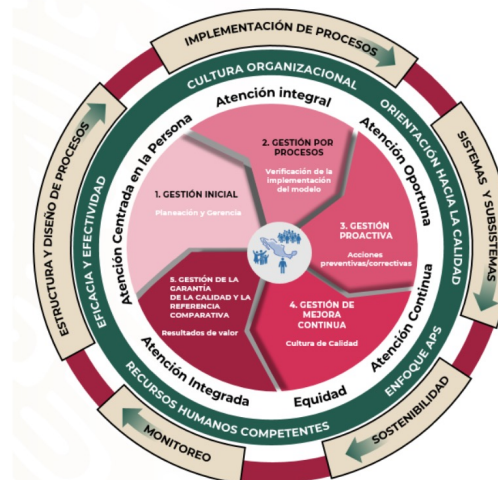
Modelo Único de Evaluación de la Calidad MUEC



- El MUEC se define como la estrategia integral, que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua e progresiva de la estructura, procesos y resultados.



MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD MUEC



Evolución de la gestión de riesgos y seguridad del paciente

¡Librémonos de las manzanas malas!

Mejora de la Calidad

Reducir el daño al paciente

Aseguramiento de la Calidad

Diseño de procesos seguros

Seguridad

“Aquí no pasa”

NO ACCIÓN

PASIVO

REACTIVO

PROACTIVO

+

REACTIVO
Gestión de Riesgos

- No se toman medidas para corregir y/o mejorar
- No se analizan los incidentes
- Miedo y defensa
- Secreto y silencio
- Se produce daño al paciente

- Control de los procesos:
- Auditorias, acciones correctivas y seguimiento de indicadores
- Documentación del sistema
- Método estadísticos
- Estándares y mejores prácticas
- Resolución de problemas (análisis causa – raíz)
- No se toman medidas para prevenir riesgos
- Continúa el daño al paciente

- Estrategias para identificar, priorizar y reducir riesgos
- Enfoque proactivo
- Informe de Evento Adverso, Cuasi-falla y Evento Centinela

El Evento Adverso NO DEBERÍA VOLVER a ocurrir

El Evento Adverso NUNCA DEBERÍA Ocurrir

5

Conclusión

Es necesario desarrollar la capacidad organizacional para implementar sistemas de gestión de calidad que permitan identificar, evaluar, superar y prevenir los retos del sistema de salud.

- Los costos de fallos en la calidad representan de 20 a 40% del gasto total de los sistemas de salud¹.

1. Saturno-Hernández Pedro J, Hernández-Avila Mauricio, Magaña-Valladares Laura, García-Saisó Sebastián, Vertiz-Ramírez José de Jesús. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Jul 06]; 57(3): 275-283.



“Un poco de conocimiento que
ACTUA es infinitamente más
valioso que mucho conocimiento
que permanece inactivo”

Kahlil Gibran

GRACIAS



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
¡El poder de servir!