

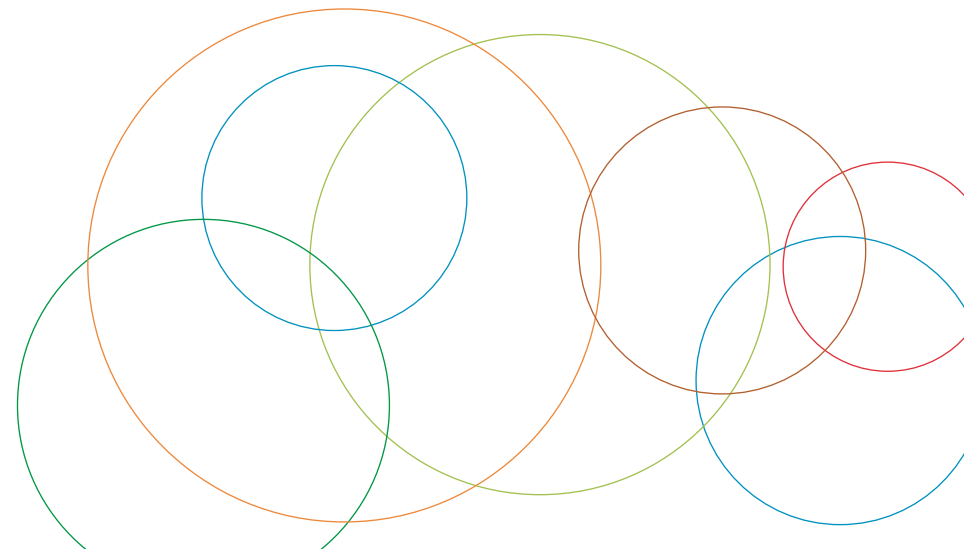
Siete estrategias clave para mejorar la calidad y la seguridad en los hospitales

Guía basada en la evidencia



Cómo citar este documento:

- Groene O, Kringos D, Sunol R on behalf of the DUQuE Project. Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. DUQuE Collaboration, 2014, www.duque.eu





Resumen ejecutivo/Propósito de este documento

Temas clave de calidad y seguridad | Fuentes de la evidencia | Conceptos clave | Referencias

Siete estrategias clave para mejorar la calidad y la seguridad en los hospitales

1. Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa
2. Situe la calidad entre las principales prioridades de su agenda
3. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización
4. Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos
5. Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad
6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas
7. Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*

Vaya a >>: [Anexo](#)





Resumen ejecutivo

Esta guía tiene como objetivo proporcionar un marco de trabajo actualizado para evaluar las actividades de mejora de la calidad y la seguridad en los hospitales. Este texto se basa en los últimos avances de la investigación y sintetiza los resultados del proyecto DUQuE y otros estudios empíricos a gran escala, revisiones sistemáticas y conocimiento de expertos. Las principales conclusiones de esta síntesis se reflejan en las “Siete estrategias clave para mejorar la calidad y seguridad en los hospitales”.

Éstas consisten en:

1. Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa
2. Situe la calidad entre las principales prioridades de su agenda
3. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización
4. Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos
5. Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad
6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas
7. Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*

Los gestores del hospital, directores o coordinadores de calidad y los profesionales pueden usar esta herramienta para reflexionar sobre la estrategia de mejora de la calidad de su organización, para identificar acciones específicas destinadas a mejorarla y aplicarla en todas las unidades del hospital. Las agencias de compra de servicios pueden utilizar esta herramienta para solicitar a los proveedores sanitarios temas críticos sobre su forma de mejorar la calidad y la seguridad.

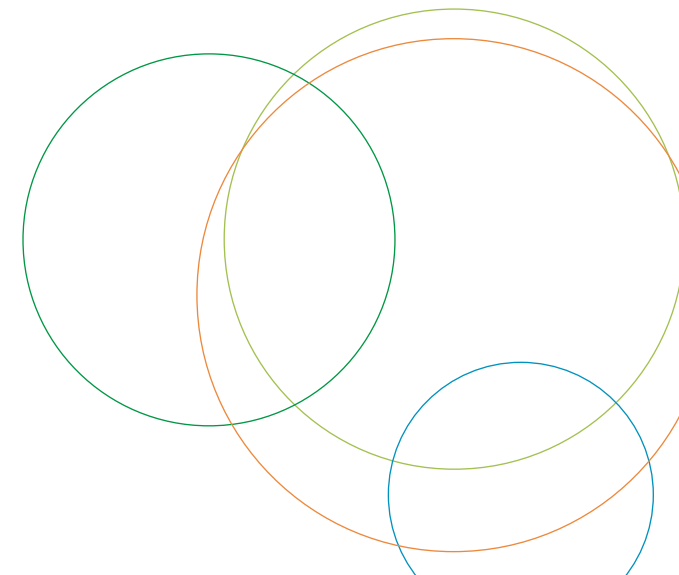


A niveles de microsistemas, han demostrado ser efectivas múltiples estrategias y herramientas para mejorar la calidad y la seguridad. El propósito de este documento es apoyar la gestión de los centros para alinear el uso de dichas estrategias y herramientas. Se hace hincapié en las cuestiones transversales tales como la supervisión y el liderazgo, la construcción de los sistemas de soporte para la mejora de la calidad, y en proporcionar los recursos necesarios para obtener atención una de alta calidad.

Las siete estrategias clave para mejorar la calidad y la seguridad en los hospitales consisten en:

1. Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa
2. Situe la calidad entre las principales prioridades de su agenda
3. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización
4. Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos
5. Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad
6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas
7. Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*

Para cada una de estas siete estrategias clave, realizamos una revisión sobre la evidencia existente, destacamos los aspectos clave para su futuro desarrollo y sugerimos temas que pueden ser utilizados por los directores o los coordinadores de calidad y sus equipos como guía de preguntas y reflexiones, a nivel local. Se referencian múltiples herramientas de evaluación con mediciones cuantitativas que pueden utilizarse para los procesos de reflexión y actuación.





Propósito de este documento

La investigación sobre los métodos de mejora de la calidad se ha traducido en una amplia gama de herramientas de evaluación, técnicas estadísticas y aplicaciones de mejora en la última década. Existe evidencia sustancial para un gran número de intervenciones clínicas y no clínicas para mejorar la calidad de la atención. Ello está en discordancia con las persistentes variaciones en la calidad y la seguridad que se documentan sistemáticamente en la literatura y en los medios de comunicación.

Para los responsables de la planificación y la implementación de la gestión de la calidad, la gran cantidad de información sobre las intervenciones de calidad y seguridad crea un problema.

Este documento tiene como objetivo: proporcionar un marco de trabajo actualizado para evaluar la calidad y la seguridad en los hospitales. Se basa en los últimos avances de la investigación y sintetiza los resultados del proyecto DUQuE y otros estudios empíricos a gran escala, revisiones sistemáticas y conocimiento de expertos.

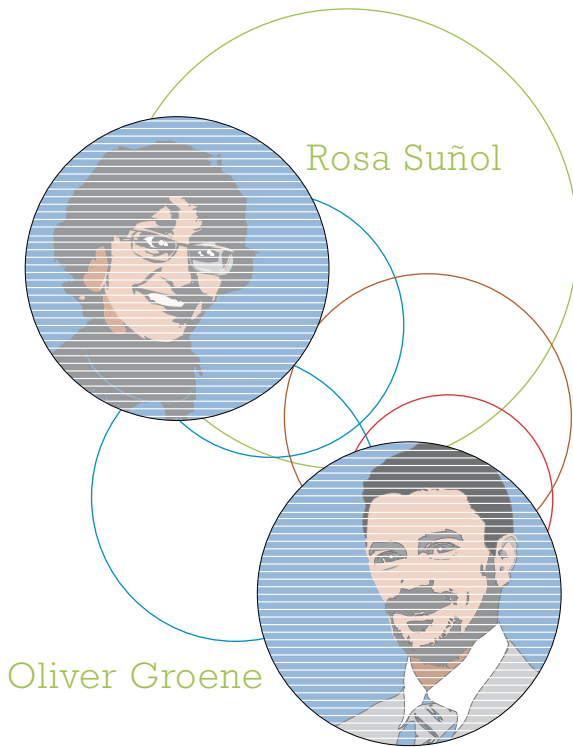
Esta guía no cubre todas las estrategias de calidad, pero toma una perspectiva a vista de pájaro para ayudar a los gestores a reflexionar sobre los métodos que utilizan en sus organizaciones para asegurar la calidad y la seguridad. Se incluyen enlaces interactivos a las herramientas específicas de evaluación tomadas de la literatura o generadas por el proyecto DUQuE.

“ El número de herramientas de mejora de la calidad es abrumador. La pregunta es: ¿por dónde empezar? Y: ¿cómo traduzco los cientos de enfoques en una estrategia coherente? ”



Este documento no pretende ser prescriptivo. Los hospitales difieren estructuralmente, en términos de los servicios que prestan (y los pacientes que atienden), su plantilla profesional y la madurez de sus sistemas de calidad y gestión de la seguridad. Sobre los profesionales y los gestores recae la responsabilidad de establecer las prioridades locales de su sistema de calidad y seguridad. Sin embargo, algunas de las lecciones sintetizadas aquí es probable que sean relevantes para cualquier hospital, ya sea un hospital de la comunidad o un hospital universitario, ya sea la prestación de servicios reconocidos a nivel internacional o en centros que operan en un entorno con recursos limitados.

El marco proporcionado aquí complementa las intervenciones bien establecidas para mejorar la calidad clínica. Lo que se pretende añadir es un conocimiento más profundo enfocado a toda la organización para garantizar la calidad y la seguridad.





1. Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa

La presión externa puede tomar diferentes formas, tales como programas de evaluación externa (inspección reguladora, acreditación o certificación) o la presión impuesta por las tablas de clasificación de hospitales, auditorías públicas o escándalos mediáticos.

Hay un incremento de la evidencia que sugiere que someterse a acreditación mejora la organización de los procesos de trabajo, promueve cambios y el desarrollo profesional. La efectividad de los programas de acreditación y certificación clínica ha sido investigada en cerca de 100 estudios científicos. Se han publicado muy pocas evaluaciones sobre la aplicación o el impacto de la certificación ISO o la inspección reguladora.

Sin embargo, a pesar de estos efectos, el impacto de la acreditación sanitaria y la certificación en los resultados de la atención de la salud siguen siendo poco claros. Por tanto, pueden ser ventajosos para los hospitales que están motivados en clarificar y organizar los procesos de trabajo, pero no deben ser consideradas como una herramienta única para mejorar los resultados de la atención.

Acreditación de los servicios de sanitarios • >>ver tabla <<

Otras formas de presión externa incluyen auditorías colaborativas, datos comparativos de práctica, la regulación profesional, inspecciones gubernamentales y los medios de comunicación. La cobertura mediática de los eventos de alto perfil aumenta la preocupación por la seguridad y la competencia de las instituciones o los individuos específicos; a menudo, se pregunta si podrían ocurrir fallos similares en otros entornos. Los hospitales con frecuencia fracasan en aprender de estos casos, caen en rutinas defensivas destinadas a minimizar el riesgo legal en lugar de utilizar la oportunidad de revisar y reflexionar sobre su propia cultura, su práctica y sus sistemas.

“La evaluación externa da seguridad a los pagadores, los pacientes y el público en general. Ayuda a subir el listón. También estimula la mejora de la calidad interna y ayuda a alinear los procesos de trabajo.”



GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- Antes de embarcarse en un nuevo programa de evaluación externa, primero haga un balance de los sistemas que ya existen en el hospital y a nivel de los departamentos y especialidades. No se limite únicamente al mapeo para la seguridad del paciente, incluya la seguridad del personal, edificios, mantenimiento, suministros, servicios de hotelería y el medio ambiente.
- Los sistemas a elegir podrían incluir autoevaluación (usando herramientas validadas), revisión por pares (entre departamentos o externa), benchmarking (por ejemplo, con registros clínicos nacionales, laboratorios de referencia), certificación ISO, acreditación (del centro 0 de la formación), así como la inspección obligatoria para permisos de apertura o el registro de centros y servicios (por ejemplo, radiación, productos farmacéuticos, medio ambiente, seguridad contra incendios).
- Debe recogerse información referida a: quién proporciona estas evaluaciones, qué incluyen, qué normas o criterios se utilizan, con qué frecuencia se realizan, a quién reporta los informes y cuánto cuesta.

▼ Iniciar una evaluación externa

La autoevaluación de todo el hospital sería un primer paso en cualquier programa de acreditación, utilizando los estándares y herramientas del modelo de acreditación que escogió la organización. Muchas de estas organizaciones de acreditación tienen sus estándares gratuitos en su sitio web, pero, por lo general, sin los criterios detallados ni las reglas de puntuación. Las páginas gubernamentales e intergubernamentales (por ejemplo, Consejo de Europa, Comisión Europea, OMS) tienden a ser más generosas compartiendo la propiedad intelectual de los estándares e instrumentos de evaluación. Las herramientas de autoevaluación para las funciones o departamentos específicos están disponibles en diversas fuentes y en diferentes niveles de sofisticación.



Muchas asociaciones profesionales de especialistas, tanto nacionales como europeas, disponen de sistemas externos de revisión por pares. Los registros de resultados clínicos, en general, están bien desarrollados en los países escandinavos, pero en muchos grupos de especialistas, tales como la cirugía cardíaca, se extienden por toda Europa. Muchos de los registros y esquemas de revisión por pares están dispuestos a incluir evaluación de colegas de otros países. Una forma específica de evaluación comparativa en los laboratorios clínicos es "la garantía de calidad externa", que ha demostrado reducir la variabilidad en los resultados de las pruebas mediante el *feedback* continuo de los resultados de cada laboratorio.

▼ **Adopción de un sistema de evaluación externa**

La disponibilidad y la aceptación de las evaluaciones externas varían entre los países y dentro de los países (a nivel nacional, regional y municipal). Basados en los resultados del cuestionario aplicado en DUQuE, la evaluación externa de forma voluntaria que es más frecuente es la certificación ISO 9001; 113 de 178 encuestados (63%) tenían algún tipo de certificación en algún momento, comparado con la acreditación voluntaria (59%) y la acreditación docente (53%). Los programas obligatorios están confinados dentro de las fronteras gubernamentales, pero los programas voluntarios, como los ofrecidos por los colegios profesionales, están generalmente disponibles fuera de estas fronteras. Los detalles sobre el efecto de los programas de evaluación externa que se encontraron en el DUQuE se resumen en: Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, et al. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(suppl_1):100–107.



La tabla que se presenta a continuación recoge ejemplos de algunas herramientas y programas que están disponibles en Europa.

Herramientas de autoevaluación - De todo el hospital	European Foundation for Quality Management
Herramientas de autoevaluación - Especialidad	Reducción de los riesgos del embarazo Hospitales promotores de la Salud
Estándares para servicios	Ver los organismos reguladores y técnicos como: Haute Autorité de Santé, Healthcare Improvement Scotland, National Institute for Health and Care Excellence
Estándares para seguridad del paciente	Estándares nacionales australianos de seguridad y de calidad de la atención Estándares nacionales básicos de Sudáfrica
Certificación ISO	Quality management system ISO 9004 Medical laboratories ISO 15189
Accreditación - internacional	Joint Commission International Accreditation Canada International DNV International Accreditation



2. Situe la calidad entre las principales prioridades de su agenda

Un factor común responsable de fallos catastróficos en la atención de la salud es la falta de implicación de los líderes. Este es un componente decisivo que afecta a la atención al paciente, incluso cuando la atención clínica se realiza por profesionales competentes y dedicados (ver “Problemas clave de calidad y de seguridad”).

Simplemente, la investigación sugiere que los hospitales en que los líderes están involucrados en la calidad alcanzan una mejor calidad en los resultados de la atención.

Los mecanismos causales para ello no se comprenden del todo, pero abarcan elementos, como: predicar con el ejemplo, la cultura de no culpar, el abastecimiento adecuado de las áreas clínicas clave, la supervisión proactiva de los indicadores de calidad y seguridad, y las intervenciones tempranas en caso de problemas.

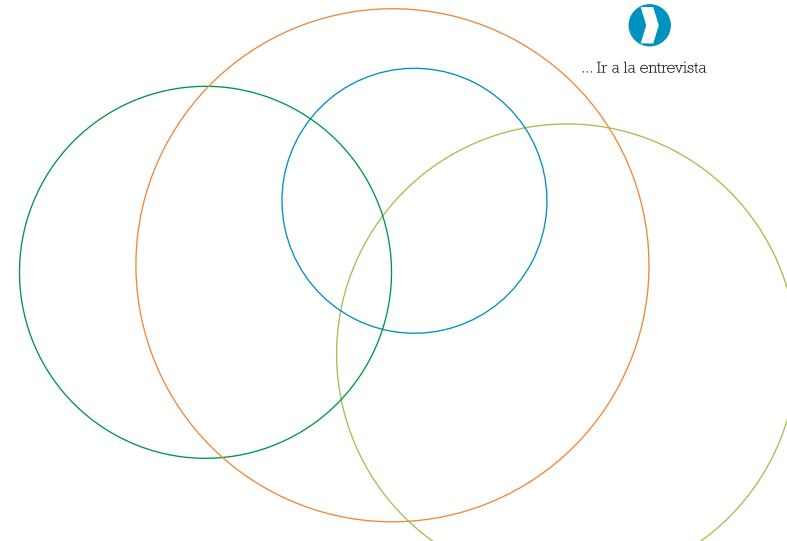
Los líderes deben evaluar de forma realista el funcionamiento de las organizaciones que representan, ser conscientes de las métricas de calidad disponibles en la organización y comprometerse con los equipos clínicos que conocen las dificultades de la mejora de la calidad.

“Una cosa que hemos aprendido es que el Patronato y la gerencia tienen que preocuparse por la calidad. La calidad tiene que estar en la agenda como una prioridad clave.”

Efectividad del liderazgo local • >> ver tabla <<



... Ir a la entrevista





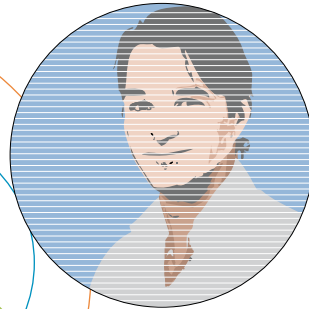
GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- **Para el Patronato del hospital:** los miembros del Patronato deben estar familiarizados con el funcionamiento del hospital respecto a los indicadores clave de calidad y de seguridad. Éstos deben ser la base para la discusión en sus reuniones periódicas. Involucrar a los ciudadanos como a los miembros del Patronato ayuda a evitar debates y discusiones excesivamente técnicas.
- **Para la Dirección ejecutiva (gerente, director médico, de enfermería y director de sistemas de información):** la principal responsabilidad de la Dirección ejecutiva es un compromiso crítico con la calidad en todas sus dimensiones (incluyendo la efectividad, la atención centrada en el paciente y la seguridad). Considere si las métricas disponibles en la organización son suficientes para controlar y supervisar las mejoras en todas las unidades organizativas. Sirva de enlace con los líderes clínicos para identificar acciones de mejora de calidad y ofrezca apoyo para su implementación. 'Hay tiempo suficiente a nivel de dirección ejecutiva para discutir los problemas de calidad y seguridad de los pacientes'



Entrevista

Daan Botje,
Investigador Nivel Utrecht



Estrategia 2: Situe la calidad en la agenda como una prioridad clave

“Una cosa que hemos aprendido es que el Patronato y la Dirección tienen que preocuparse por la calidad. La calidad tiene que estar arriba del todo en la agenda.”

La calidad en la agenda del equipo directivo lleva a una mejor atención

“Los hospitales que tienen la calidad como una de sus prioridades en su agenda generalmente están mejor organizados. La gestión se centra en los sistemas de calidad y tiene una visión más clara de cuán bien lo está haciendo la organización.

Los miembros del Patronato son los responsables de la calidad de la atención. Por tanto, es importante que ellos dediquen tiempo y participen en la mejora de la calidad. Siempre hay observadores críticos: desde las inspecciones, las asociaciones de pacientes, hasta los medios de comunicación.

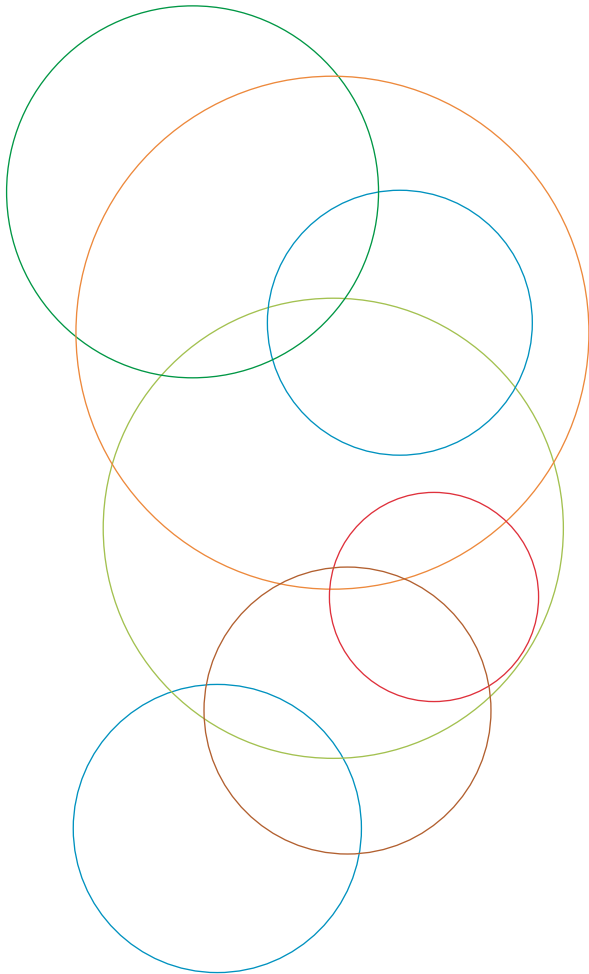
Todavía no está en todas las agendas

Por muy lógico que parezca poner la calidad en la agenda del equipo directivo no siempre pasa: los resultados de la investigación del DUQuE indican que más de una cuarta parte de los directores de los hospitales prestan poca o ninguna atención a la calidad. Una estadística preocupante. Para entender bien la calidad de la atención, es necesario que exista una interacción entre la Dirección y los diferentes servicios. Los miembros de deben averiguar activamente la información de los servicios. Cabe añadir que los especialistas también tienen que transmitir la información, que puede ser importante para otros servicios o miembros de Dirección para la gestión.



Director o coordinador de calidad

Un director o un coordinador de calidad puede desempeñar un papel importante. Este es una pieza clave de la organización, ya que debe trabajar estrechamente con los directivos y los especialistas. En los hospitales con un responsable de calidad activo, los miembros de la dirección pueden estar más involucrados y además los sistemas de calidad podrían también estar mejor desarrollados."





3. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización

Una de las principales conclusiones de la colaboración DUQuE es que dentro de cualquier hospital funcionan múltiples sistemas de calidad. Estos sistemas de calidad deben estar bien alineados para conseguir el mayor impacto y minimizar la burocracia innecesaria o la documentación que quita tiempo de atención al paciente.

Las actividades de calidad en los servicios están estrechamente relacionadas con los resultados en la atención. Los sistemas de gestión de calidad de los hospitales se deben concebir pensando en apoyar a los servicios para que realicen una atención de alta calidad.

En primer lugar, los sistemas de gestión de calidad de todo el hospital son necesarios para establecer las prioridades, las estructuras (por ejemplo, el comité de infección), los procedimientos (por ejemplo, para la difusión de conocimientos y la actualización de las guías de buenas prácticas), la recopilación de datos y los sistemas de monitorización de la calidad. Estos sistemas son un pre-requisito para la mejora de la calidad en las unidades de la organización; sin embargo, deben ser diseñados para servir de apoyo a los procesos de mejora clínica y de la atención centrada en el paciente en lugar de convertirse en un fin en sí mismos.

En segundo lugar, es necesario monitorizar a nivel de toda la organización la aplicación de las políticas globales del centro. No son suficientes las formulaciones de su misión y una mentalidad “de poner cruces en las casillas”. Las políticas se pueden evaluar de forma más efectiva en base a la evidencia en los documentos, los informes, los archivos, los registros de cumplimiento, los procedimientos y las actividades, y la observación directa.

En tercer lugar, la gestión de calidad en todo el hospital tiene que traducirse en acciones de mejora de calidad a nivel clínico. De lo contrario, corre el riesgo de ser considerada un ejercicio burocrático. Existe una amplia gama de estrategias a nivel clínico y procedimientos de la organización que deben ser evaluadas en los servicios, por ejemplo, mediante actas/informes para la prevención y medición de las infecciones, caídas, úlceras por presión,

“ Los procesos de calidad a nivel global del centro y los sistemas de rendición de cuentas son importantes, pero la mejora de calidad agrega más valor si se realiza cerca de procesos clínicos. Así, los sistemas a nivel de toda la organización tienen que apoyar a los departamentos para que realicen una atención de calidad. “





medicamentos o cirugía segura. Es necesario supervisar periódicamente la implementación y la difusión de estas estrategias. Estas tres formas de conceptualizar la gestión de calidad deben estar enlazadas con el mejoramiento continuo de la calidad de a nivel de los departamentos y servicios clínicos (ver sección IV). Además, parece que los sistemas de gestión de calidad actuales no reflejen adecuadamente los resultados que son importantes para los pacientes y sus familias.

GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- **Políticas de apoyo:** reflexione críticamente sobre la misión y las políticas de la organización: ¿cuántos de ellas están realmente implantadas en la práctica, son útiles, y dan apoyo a las actividades de mejora de la calidad clínica?
- **Iniciativas efectivas:** para aquellas iniciativas que resultan efectivas, debe tenerse en cuenta si su aplicación está implementada de manera uniforme en toda la organización.
- **Calidad a nivel de servicio:** 'tiene sistemas efectivos de gestión de calidad en todos los servicios? 'Apoyar a los servicios es una función clave del sistema de gestión de calidad de su hospital? 'Quién es responsable de apoyar y supervisar la calidad en cada servicio?
- **Ámbitos que cubre el sistema de calidad:** reflexione si los sistemas de calidad dan apoyo para conseguir una atención centrada en el paciente o si apoyan exclusivamente la efectividad clínica y la seguridad del paciente.



La evaluación de la gestión integral de la calidad (QM) en un hospital requiere una medición y monitorización detallada desde diferentes perspectivas y en distintos niveles de prestación de la atención. En el marco del proyecto DUQuE desarrollamos y validamos 3 herramientas a nivel de hospital, que complementariamente se orientaron a diferentes aspectos del sistema de gestión de calidad:

- **Índice del sistema de gestión de calidad (QMSI, Quality Management System Index)** es una medida general del grado de implementación de los sistemas de gestión de la calidad, incluye las subescalas sobre: documentos de políticas de calidad, monitorización de la calidad por parte de la dirección, formación de los profesionales, protocolos para el control de infecciones, protocolos formales para la medicación y el manejo del paciente, el análisis de los procesos de atención, el análisis de la práctica de los profesionales, análisis y *feedback* de las experiencias de los pacientes y la evaluación de los resultados.
- **Índice de cumplimiento de la gestión de calidad (QMCI, Quality Management Compliance Index)** desarrollado desde la perspectiva de cómo la Dirección del hospital supervisa las iniciativas del programa de calidad del hospital.
- **Índice de implantación a la calidad a nivel clínico (CQII, Clinical Quality Implementation Index)** mide el grado de extensión de los esfuerzos de calidad y mejora continua implantados en las áreas clínicas.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE LOS ÍNDICADORES

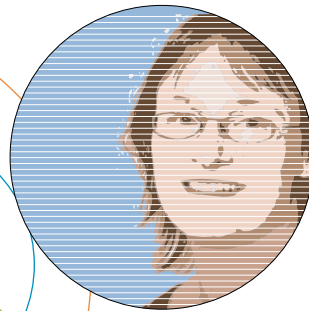
C. Wagner, O. Groene, C. A. Thompson, N. S. Klazinga, M. Dersarkissian, O. A. Arah, R. Suñol, and on behalf of the DUQuE Project Consortium Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care* (2014) 26 (suppl 1): 16-26 doi:10.1093/intqhc/mzu021

C. Wagner, O. Groene, M. Dersarkissian, C.A. Thompson, N.S. Klazinga, O.A. Arah, R. Suñol, and on behalf of the DUQuE Project Consortium The use of on-site visits to assess compliance and implementation of quality management at hospital level. *Int J Qual Health Care* (2014) 26 (suppl 1): 27-35 doi:10.1093/intqhc/mzu026



Entrevista

Cordula Wagner



Estrategia 3: Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización

“Nuestros sistemas de calidad han sido concebidos para mejorar los procesos asistenciales y medir los resultados clínicos. En la actualidad no logran captar lo que es importante para los pacientes y sus familias.”

Valor de la Salud añadido

“El proyecto DUQuE ha demostrado que los sistemas de calidad en toda la organización se relacionan positivamente con las actividades de calidad que se realizan a nivel de servicio y que éstas se relacionan positivamente con indicadores clínicos clave asistenciales de procesos y resultados. Pero hay otros factores, además de estos indicadores clínicos que son importantes para los pacientes y sus familias. Los beneficios de atención no son siempre (o tal vez no sólo) los resultados clínicos.

Participación

Cada vez más pacientes quieren participar en sus procesos de atención y ser informados de las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios. Dentro de los sistemas de calidad existentes, algunos centros han organizado la participación de los pacientes o sus representantes en los comités de calidad, en la discusión de los resultados de las encuestas y en el desarrollo de guías clínicas. Lamentablemente, no se pudo hallar ningún vínculo positivo entre el desarrollo del sistema de calidad, la implicación de los pacientes en estas actividades de calidad y las experiencias de los pacientes.

Toma de decisiones compartida

La cuestión es: ‘cómo podemos captar lo que es importante para los pacientes y sus familias’ Las futuras investigaciones posiblemente deberían centrarse más en la toma de decisiones compartida entre los profesionales y los pacientes, y el apoyo de las actividades de calidad de los servicios a estos procesos.”



4. **Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos**

La atención de alta calidad no se puede brindar sin profesionales bien capacitados y motivados. Una estrategia clave para mejorar la calidad de la atención es, por lo tanto, la contratación, la retención y el desarrollo de profesionales con las competencias adecuadas.

Los hospitales con prácticas excelentes atraen muchas veces, personas motivadas que quieren consolidar su reputación. Por otro lado, los hospitales sin una trayectoria en términos de calidad y seguridad, menos producción de investigación y con reputación menos brillante pueden tener dificultades para reclutar a los mejores profesionales.

[à Educación médica continuada • >> ver tabla <<](#)

[Cultura de seguridad del paciente • >> ver tabla <<](#)

[Efectividad del liderazgo local • >> ver tabla <<](#)

“Factores clave para realizar una atención de alta calidad son reclutar a los profesionales con competencias adecuadas y establecer responsabilidades claras para procesos asistenciales.”

Herramientas para evaluar el nivel de compromiso la gestión de la calidad a nivel de departamento

- Conocimientos especializados y responsabilidad (SER, specialized expertise and responsibility), que evalúan cómo se asignan las responsabilidades clínicas para cada uno de las cuatro condiciones
- Organización de las vías clínicas basada en la evidencia (EBOP, Evidence based organization of pathways) mide si los procesos organizativos de ingreso, atención aguda, rehabilitación (si procede) y la alta reflejan los requisitos de la atención basada en la evidencia
- Estrategias de Seguridad del Paciente (Patient Safety Strategies) basadas en las recomendaciones de seguridad del paciente de organizaciones internacionales
- Revisión clínica (Clinical Review) evalúa si la auditoría y la monitorización sistemática están incorporadas en los mecanismos de la gestión de calidad en los servicios



... Ir a la entrevista



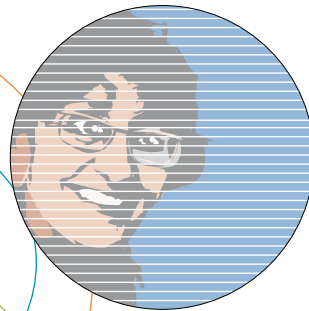
GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- **Reclutamiento:** ponga en el centro del proceso de selección los conocimientos y las habilidades clínicas y las capacidades para el trabajo en equipo, más que valorar únicamente las credenciales científicas. Considere preguntar en puestos de trabajo anteriores por los resultados clínicos y resultados de las auditorías del candidato.
- **Formación médica continua:** incluya los resultados de calidad y seguridad de cada unidad como criterio importante para la selección de los temas de educación continua.
- **Enfoque educativo:** utilice el estatus educativo del centro o de las personas de su hospital para consolidar la importancia de los resultados excelentes a nivel clínico e interpersonal. Construya una cultura de no culpabilización y enseñe las ventajas de la monitorización de los resultados de cada profesional y equipo.
- Organice la atención con responsabilidades claras: no acepte el “aquí todo el mundo hace de todo”. Establezca responsabilidades claras y liderazgo para cada condición clínica clave y pida que se hagan reuniones de equipo sistemáticas para revisar su atención.
- Trabajo en equipo: la calidad de la atención depende de la cadena asistencial y el trabajo en equipo de los profesionales, que requiere aptitudes y competencias específicas.



Entrevista

Rosa Sunol



Estrategia 4: Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos

“Los factores clave para ofrecer una buena calidad de la atención incluyen el reclutamiento de los profesionales con las competencias adecuadas y la asignación clara de las responsabilidades para el proceso de la atención.”

“Exploramos el profesionalismo (actitudes y comportamiento de los profesionales) y la cultura de seguridad del paciente en una muestra de 4.872 profesionales de 294 departamentos. En el primer caso, utilizamos un cuestionario desarrollado específicamente para este proyecto y para el segundo caso una medida ampliamente aceptada en muchos estudios.

Observación directa

Exploramos cómo se asignaban las responsabilidades, a partir de visitas de profesionales independientes a cada departamento (294) mediante observación directa y revisión de documentos; incluyendo la existencia de responsabilidades específicas para la atención del paciente, responsabilidades del líder clínico y asegurar que las guías clínicas basadas en la evidencia y han sido formalmente adoptadas y difundidas al personal clínico.

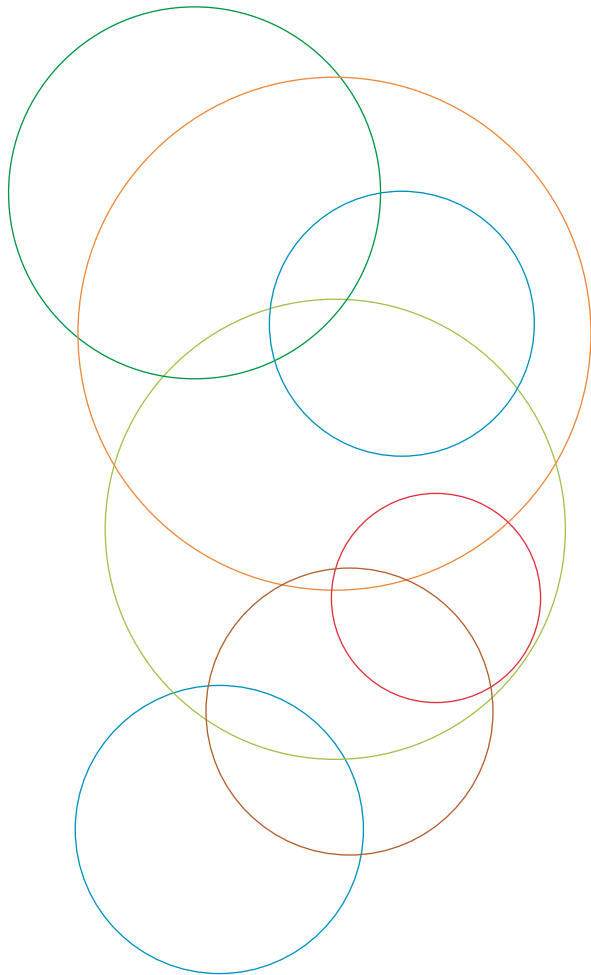
El profesionalismo es un concepto importante a evaluar y la escala recientemente desarrollada nos permite hacerlo. Las dimensiones cubiertas por esta medida incluyen la mejora de la calidad de la atención, mantener las competencias profesionales, cumplir las responsabilidades profesionales y la colaboración interprofesional. Esta medida puede permitir a otros investigadores estudiar una área que tiene un número limitado de instrumentos disponibles.



Clarificar las responsabilidades

Además, los hospitales con sistemas de gestión de la calidad más desarrollados están asociados positivamente con la percepción de niveles más altos de trabajo en equipo y un mejor clima de seguridad por parte de sus profesionales. La experiencia especializada y la adjudicación de responsabilidades parecen tener una fuerte relación con algunos indicadores clínicos, principalmente en el manejo de infarto de miocardio agudo e ictus. Esto sugiere que clarificar las responsabilidades dentro de los equipos clínicos y departamentos es una medida de calidad importante que puede implementarse fácilmente en los hospitales europeos.

Todos estos resultados apoyan la idea de que la promoción de la educación médica continuada, la mejora del comportamiento y actitudes clínicas, el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente consistente y apoyar la efectividad y responsabilidad del liderazgo local son áreas importantes a abordar en el desarrollo de los sistemas de calidad de los hospitales.”





5. Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad

La mayoría de los departamentos de los hospitales todavía siguen un principio de organización tradicional acorde con la especialización médica. Para responder mejor a las necesidades actuales de los pacientes, debe llevarse a cabo una organización basada en las trayectorias clínicas donde todas las actividades clínicas se centren en la trayectoria global del paciente.

Las ventajas de una organización basada en las trayectorias clínicas son una mejor estandarización de los procesos de atención, una mejor colaboración entre los clínicos, una reducción de la variabilidad y unos mejores resultados clínicos.

Una trayectoria clínica es más que una guía de práctica clínica. Refleja la mejor evidencia y las acciones a pie de cama, pero, lo más importante, refleja el conjunto de la organización del trabajo, incluyendo la definición de los roles profesionales, la organización de la planta de hospitalización en relación a aquella condición y las estrategias para garantizar la seguridad del paciente. Las estrategias de seguridad del paciente tienen que estar implantadas en el lugar donde se presta el servicio clínico. No son un añadido, sino un componente integral de la organización de la atención. La implementación de las trayectorias clínicas es normalmente un reto para superar los viejos patrones de atención y establecer nuevas colaboraciones, normalmente entre especialidades y grupos de profesionales. Las trayectorias clínicas se asocian con la reducción de los costes, pero no vienen de forma gratuita y requieren de apoyo de liderazgo, recursos financieros para la reorganización y formación del personal.

“Todavía hay mucho por aprender de la medicina basada en la evidencia. No se trata solo de seguir las guías de práctica clínica; se trata de que se organice la atención acorde con la mejor evidencia.”



... Ir a la entrevista

[Difusión e implementación de Guías de práctica clínica • >> ver tabla <<](#)

[Intervenciones para mejorar la transferencia de información • >> ver tabla <<](#)



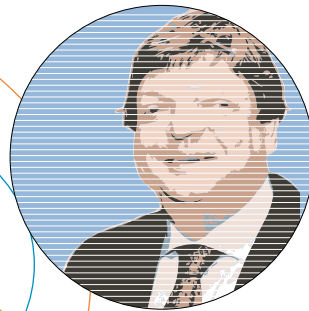
GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- **Evaluación basal:** Considere los principales grupos de pacientes de su hospital (en términos de mayor volumen o impacto): ¿Hasta qué punto la atención de estos grupo está basada en trayectorias clínicas basadas en la evidencia?
- **Organización de la trayectoria clínica:** ¿Permiten la organización de la planta y de la trayectoria clínica aplicar la atención basada en la evidencia? ¿Disponen de los recursos y los procesos necesarios para ello?
- **Monitorización:** ¿Cómo se monitoriza la implementación de la trayectoria clínica?
- **Seguridad del paciente:** ¿Los procedimientos de la seguridad del paciente basados en la evidencia son un componente integral de la trayectoria clínica?
- **Nueva evidencia:** ¿Hay algún sistema y persona responsable para evaluar si los procesos de atención están alineados con la mejor evidencia disponible?



Entrevista

Niek Klazinga



Estrategia 5: Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad

“Todavía hay mucho por aprender de la medicina basada en la evidencia. No se trata sólo de que los profesionales sigan las guías de práctica clínica; se trata de que se organice la atención de acuerdo con la mejor evidencia.”

“La evidencia científica no solo proporciona las bases para la medicina, sino que también tiene que ser la piedra angular de la gestión. Especialmente la manera en que organizamos la prestación de atención de salud de una forma efectiva, segura, oportuna, centrada en el paciente, puede beneficiarse de la enorme cantidad de evidencia de la que se dispone en este momento. Mientras que los médicos y las enfermeras se han vuelto más expertos en la aplicación de los principios de la medicina basada en la evidencia en las últimas décadas, los gestores en la atención sanitaria a menudo parecen menos capaces de practicar la gestión basada en la evidencia.

Respecto a esto, garantizar la seguridad de los pacientes debería considerarse como parte integral de asegurar la efectividad clínica. Gestionar la seguridad no es una actividad independiente, es parte integral de la organización y gestión de los servicios asistenciales y deberían optimizarse los beneficios así como minimizar los riesgos.

Multitud de encuestas

Las estrategias de gestión de la calidad en general y las estrategias de seguridad del paciente en particular han sido estudiadas en diferentes niveles en el proyecto DUQuE: el entorno externo del hospital, las estrategias a nivel de hospital, las estrategias a nivel de trayectoria clínica y departamento para los cuatro grupos de condiciones y a nivel de prestación real de atención al paciente. Se utilizaron

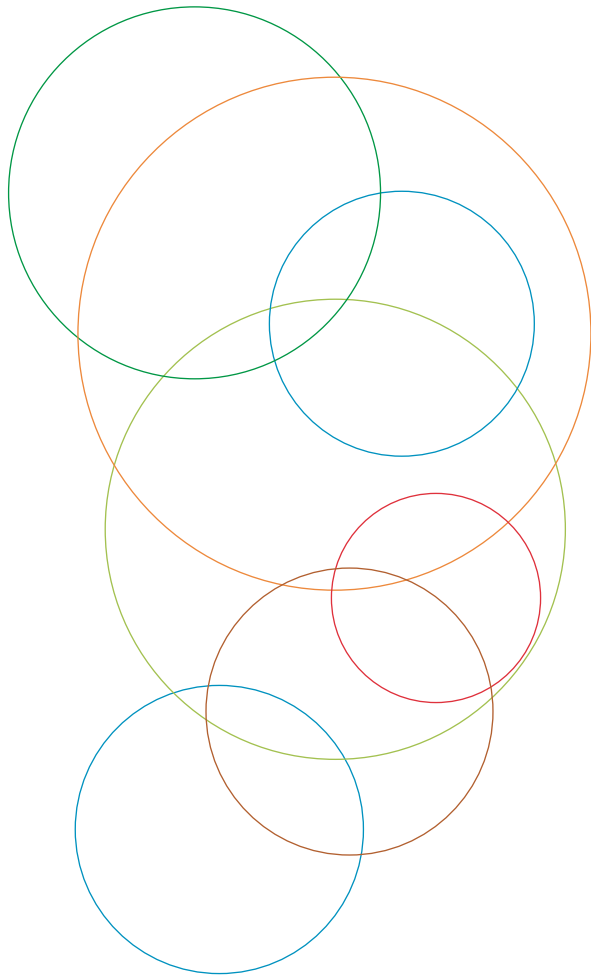


una multitud de encuestas que respondieron los profesionales (10.000) y gerentes (200) incluyendo muchos profesionales con tareas de gestión a nivel de hospital y de departamento. Además, se realizaron una serie de 74 visitas a hospitales y alrededor de 9.000 revisiones de historias clínicas para evaluar si la atención cumplía con los estándares de seguridad y se ajustaba a los protocolos basados en la evidencia.

Buena gestión

La mala noticia es que, en cada una de las cuatro condiciones clínicas (ictus, infarto agudo de miocardio, fractura de cadera y partos), hemos identificado un gran número de deficiencias en el cumplimiento de los protocolos basados en la evidencia y en los estándares de seguridad. La buena noticia es que obtuvimos un conocimiento importante sobre cómo una atención más efectiva y segura se relaciona con la forma en la que se implementan los sistemas de gestión de la calidad y las actividades de mejora.

El grado con el que los principios de gestión de la calidad se aplican a las trayectorias clínicas (a nivel de departamento) tiene una fuerte correlación con la calidad de la atención que se presta en los hospitales estudiados. Por lo tanto, el estudio del DUQuE ofrece nueva evidencia sobre cómo la calidad clínica se puede mejorar a partir de una buena gestión."





6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas

Los sistemas de información de los hospitales (que abarcan los sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones clínicas, las historias clínicas electrónicas, los sistemas de diagnóstico asistidos por ordenador, los recordatorios para la atención preventiva o manejo de la enfermedad o dosificación y prescripción del tratamiento) tienen un enorme potencial para la mejora de la calidad y la seguridad de la atención de salud.

La efectividad de los sistemas informatizado de apoyo a la toma de las decisiones clínicas ha sido evaluada por un gran número de estudios (más de 300), incluyendo ensayos clínicos randomizados. Existe, por tanto, una fuerte evidencia sobre su efectividad.

[Sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones clínicas](#) • >> ver tabla <<

[Metodología Seis Sigma y Lean](#) • >> ver tabla <<

La implementación actual de las tecnologías de la información de la atención de salud varía mucho entre los hospitales, incluso dentro de un mismo país. Asimismo, la implementación de las tecnologías de la información de los hospitales puede ser intensiva en recursos. Una historia clínica electrónica completamente integrada podría no ser necesaria. De hecho, la evidencia más fuerte para la mejora de la calidad y la seguridad apunta específicamente a las prescripciones de medicación. Para que los sistemas de información del hospital estén preparados para el futuro, es de suma importancia que se tenga prevista la integración cuidados dentro y fuera del hospital en las trayectorias clínicas.

Ninguna otra organización se podría permitir continuar con el uso del papel y el lápiz en lugar de mantener un sofisticado sistema de información para la planificación, ejecución y control de la prestación del servicio. Las funciones obligatorias en los sistemas informáticos son muy efectivas para modificar los comportamientos.'

“No other organisation could afford to continue using paper and pencil instead of maintaining sophisticated information systems to plan, deliver and control service provision. Forced functions are highly effective in modifying behavior.”



... Ir a la entrevista



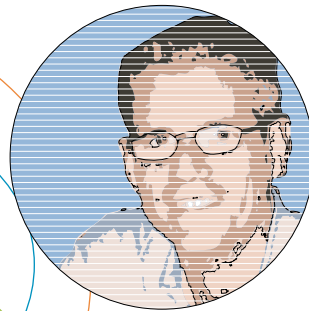
GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

- **Implementación de TIC:** evalúe el grado en el que los sistemas de información se han implementado en toda la organización.
- **Incorporación de los profesionales a las TIC:** ¿con qué grado de efectividad usa la plantilla profesional los sistemas existentes?
¿Con qué grado de efectividad se puede compartir información entre unidades organizativas (y con los profesionales y cuidadores que le atienden después del alta)?
- **Mejora de la calidad:** las TIC producen una gran cantidad de información. ¿En qué grado se usa dicha información para informar la mejora de la calidad a nivel de las unidades y servicios?



Entrevista

Philippe Michel



Estrategia 6: Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas

“Ninguna otra organización se podría permitir continuar usando papel y lápiz en lugar de mantener un sofisticado sistema de información para planificar, ejecutar y controlar la provisión de un servicio. Las funciones obligatorias en los sistemas informáticos son muy efectivas para modificar los comportamientos.”

Preguntas utilizadas

“Preguntamos a los directores o los coordinadores de calidad de todos los hospitales participantes una serie completa de temas sobre los sistemas de información existentes. Se incluían preguntas sobre (i) si el hospital había adoptado la historia clínica electrónica para los pacientes hospitalizados, (ii) si los resultados de las pruebas e imágenes estaban disponibles electrónicamente en las unidades de hospitalización o salas de consulta, (iii) si los sistemas informáticos de entrada de prescripciones están disponibles para la medicación, (iv) si se habían implementado sistemas de apoyo a la toma de decisiones como los recordatorios y las alarmas. Además, hemos planteado muchas preguntas estrechamente vinculadas al uso de los sistemas de información en todos los niveles de la organización. Por ejemplo; en el nivel del trabajador de primera línea: “¿la información sobre eventos importantes y problemas se traspa adecuadamente cuando se cambian los equipos o los turnos?” o, en el nivel de directivos y gestores: “¿Disponen de cuadros de mando revisados regularmente?”

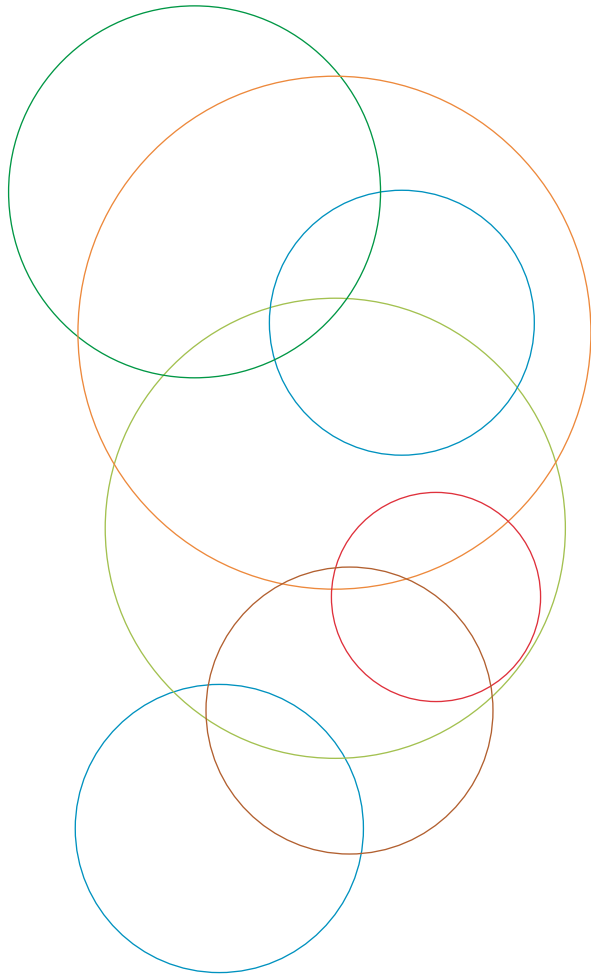
Muchos eventos adversos prevenibles

Sabemos por experiencias previas (¡insuficientemente publicadas al dar resultados negativos!) que numerosas iniciativas de mejora de calidad no consiguieron alcanzar resultados sostenibles debido a la inexistencia de un sistema de



información, imposibilitando la provisión de *feedbacks* sistemáticos y periódicos. Se han invertido esfuerzos enormes en la provisión de cuidado eficiente (el “caso de negocio de la calidad”) usando métodos como el lean. ¿Cuántos han fallado debido a la falta de un sistema de información correcto?

Actualmente se están dedicando esfuerzos enormes en calidad y seguridad a mejorar las trayectorias clínicas del paciente. ¿Cuántas implementaciones de trayectorias clínicas, tanto a nivel de planta de hospitalización como a nivel de hospital, han fallado debido a la inexistencia de sistemas de información? ¿Cuántas veces la discontinuidad del cuidado en el sistema de salud (entre organizaciones de atención primaria, secundaria y terciaria) se relacionan con la interrupción en la transferencia de información? ¿Cuántos eventos adversos están directamente vinculados a la inadecuación del sistema de información? No lo sabemos realmente. Yo sospecho que “muchos”.





7. Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*

La auditoría y el *feedback* son estrategias claves de mejora de la calidad que pueden ser aplicadas de manera individual o como parte de una intervención multifacética. Se supone que los profesionales mejorarán su actuación cuando el *feedback* demuestre deficiencias en el proceso o los resultados de la atención.

La auditoría y el *feedback* han sido adecuadamente investigados por más de 100 estudios basados en diseños experimentales o casi experimentales.

Los mecanismos de auditoría y *feedback* difieren respecto a:

- Formato del *feedback*
- Fuente del *feedback*
- Frecuencia del *feedback*
- Instrucciones para la mejora
- Situación basal
- Objetivo de comportamiento que se pretende cambiar
- Medidas que marcan la diferencia para los pacientes

Los hospitales utilizan la auditoría y el *feedback* por diversas razones. Muchos países monitorizan la calidad de la atención a nivel nacional, recogen la información prospectivamente y proporcionan *feedback* sobre las variaciones en la práctica de los proveedores. “Cerrar el ciclo de la auditoría” es una expresión usada frecuentemente para denotar deficiencias en la interpretación y el uso de la información de la auditoría para impulsar procesos de mejora.

“

La auditoría y la monitorización sistemática tienen que estar incorporadas en los mecanismos de la gestión de calidad de los departamentos, todos los profesionales deben participar y recibir *feedback* sobre su desempeño.”



... Ir a la entrevista

[Auditoría y *feedback* • >> ver tabla <<](#)

[Notificación de incidentes y eventos adversos • >> ver tabla <<](#)

[Checklists de seguridad • >> ver tabla <<](#)

[Visitas de soporte educativo • >> ver tabla <<](#)



GUÍA PARA REFLEXIONAR Y ACTUAR:

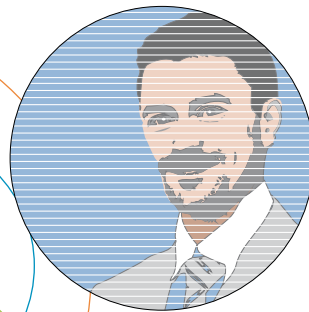
- **Cerrando el ciclo de auditoría:** ¿En la organización quién es responsable de monitorizar la práctica entre los ciclos de auditoría y actuar de enlace con las unidades clínicas sobre las acciones de mejora de la calidad basadas en los resultados de la auditoría? ¿Quién vincula los resultados de la auditoría con el sistema de gestión de calidad general del hospital de tal manera que los profesionales de una unidad puedan aprender de las experiencias en otras unidades?
- **Vincular auditoría y *feedback* a la mejora:** ¿La auditoría y el *feedback* están incorporados en una estrategia apropiada para reflexionar sobre los resultados e iniciar mejoras?
- **Cubrir todos los dominios de la calidad:** ¿La auditoría y el *feedback* cubren lo que es importante medir o están basados en ítems de datos fácilmente medibles

[Información sobre la práctica](#) • [» ver tabla](#) «



Entrevista

Oliver Groene



Estrategia 7: Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*

“La auditoría y la monitorización sistemática deben estar incluidas en los mecanismos de gestión departamental de la calidad y contar con que todos los profesionales participan y reciban *feedback* sobre su desempeño.”

“Hay una vasta cantidad de literatura que sugiere que la monitorización sistemática es la clave, o si lo prefiere, el punto de partida para cualquier mejora de la calidad y la seguridad. Si no sabemos lo bien que lo estamos haciendo puede que, de hecho, o no lo estemos haciendo bien en absoluto y, desde luego, no sabemos si la atención está mejorando.”

Información sobre la práctica

La monitorización por sí sola no es suficiente. La información sobre la práctica debe ser devuelta en el momento oportuno, de manera concisa y en el nivel apropiado, sea el hospital, el equipo o el individuo. La manera de proporcionar el *feedback* es vital. Cuando el desempeño basal es bajo, es más efectivo cuando lo comunica un supervisor o un colega y debería incluir objetivos claros y un plan de acción.

La auditoría y el *feedback* son componentes integrales de cualquier sistema de gestión de calidad. Hemos obtenido datos sobre estos sistemas en casi 200 hospitales y encuestado a más de 10.000 profesionales. Preguntamos sobre qué tipo de datos se recogen (ej. datos sobre volumen, cumplimiento de las guías clínicas, complicaciones, incidentes, encuestas a pacientes, etc.), cómo se usa la información y si la práctica individual de los médicos y las enfermeras se monitoriza.



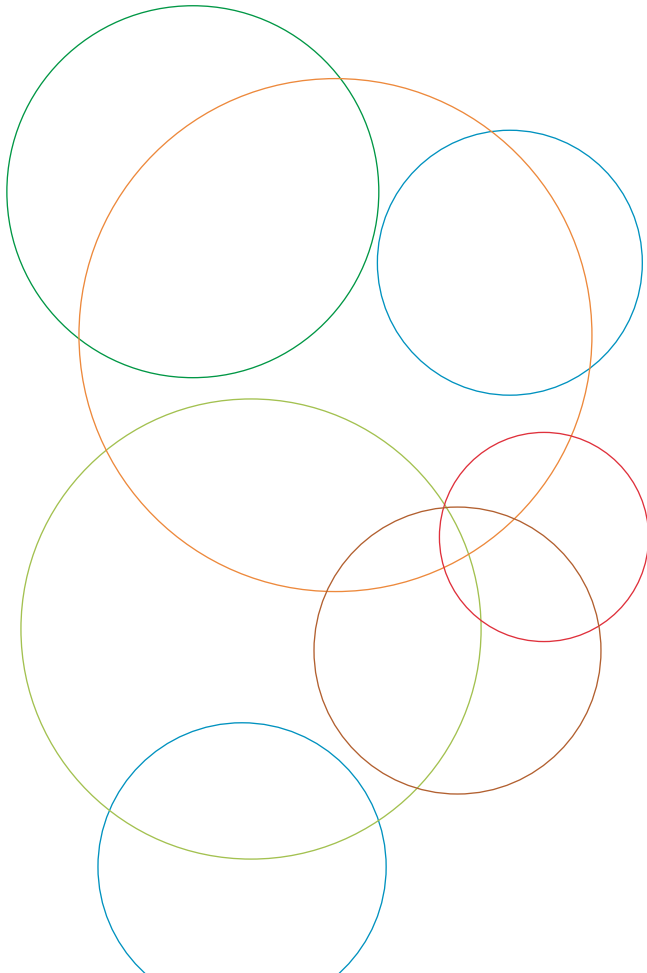
Tres principales resultados

En términos generales se obtuvieron tres resultados principales. Primero, si miramos los datos obtenidos se puede ver que las estrategias de los hospitales para monitorizar y proveer *feedback* son todavía muy heterogéneas, ¡a pesar de la cantidad de información que sugiere su importancia!

Eso significa que para muchos hospitales todavía hay un considerable espacio para la mejora. En segundo lugar, nuestro análisis psicométrico confirmó que la monitorización y el *feedback* son un dominio integral de la gestión de la calidad. Esto sugiere que no deberían ser separadas de otras actividades de calidad. En tercer lugar, nuestro estudio es el mayor, hasta el momento, que ha analizado el impacto de la gestión de la calidad en los resultados de la atención sanitaria y se ha detectado un efecto muy fuerte entre estos y las actividades de calidad realizadas cerca de la gestión clínica del paciente.

Cercano y rápido

La principal implicación de todo ello es que la auditoría y el *feedback* no deberían ser un sistema aislado en el hospital, deberían estar directamente vinculados a todas las áreas clínicas clave. Es importante remarcar que en el pasado los sistemas de gestión se centraron demasiado en los niveles superiores de la organización, esto implica: ¡demasiadas políticas de calidad y muy pocas mejoras! Nuestros resultados sugieren que el enfoque crucial en la gestión de la calidad, auditoría y *feedback*, deberían ser lo más cercanas y rápidas posible a la atención directa del paciente. Si se hace correctamente los resultados de atención sanitaria mejorarán."





Temas clave en calidad y seguridad

Nuestro conocimiento sobre cómo medir la calidad, implementar vías clínicas, evaluar las perspectivas de los pacientes e investigar eventos adversos ha aumentado sustantivamente en los últimos 30 años. Mientras la calidad y la seguridad han mejorado en términos generales, las variaciones entre hospitales se mantienen.

Estas variaciones atañen a la adherencia a las medidas de proceso de la atención (como proporcionar beta bloqueantes en el alta de los infartos de miocardio agudo) y a los resultados de la atención (como complicaciones o mortalidad después de cirugía). Además, el desempeño de los hospitales varía entre dimensiones de la calidad, por ejemplo puede que tengan un buen desempeño en términos de la efectividad clínica de la atención pero tengan un desempeño bajo en términos de la seguridad del paciente o en la atención centrada en el paciente.

Resolver problemas de calidad requiere acciones que a menudo van más allá de las responsabilidades de la unidad donde se

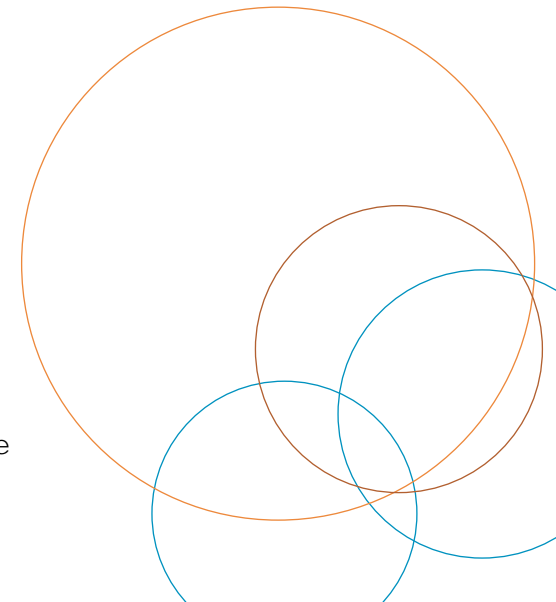
observa el problema. Algunos ejemplos son:

- Reducir infecciones hospitalarias
- Fallo en el rescate después de cirugías de alto riesgo
- Atender las necesidades de pacientes crónicos
- Asegurar la integración de los servicios entre diferentes niveles
- Mejorar el desempeño en resultados no-clínicos (ej.: resultados reportados por el paciente)

Debido a la complejidad de la atención sanitaria moderna, la naturaleza variante de las expectativas de los pacientes y los diferentes contextos de recursos en que los hospitales operan, eliminar toda la variabilidad en los casos clínicos es impracticable y no deseable.

A pesar de esto, las diferencias de atención entre hospitales que son similares en el mix de pacientes y que operan en el mismo contexto técnico generan preguntas sobre las razones latentes de las diferencias observadas. Aún más sorprendentes son las marcadas diferencias en la calidad de la atención que

“La efectividad clínica, la atención centrada en el paciente y la seguridad son atributos de la calidad en cualquier hospital. El grado de consecución de estos atributos a menudo varía drásticamente entre las diferentes unidades organizativas.”





se observan entre diferentes unidades organizativas de un mismo hospital.

La obtención de resultados excelentes a nivel de microsistemas pueden reflejar los efectos del volúmenes de la atención, la reorganización de los servicios o los patrones de referencia de otros niveles asistenciales. A menudo, sin embargo, reflejan una clara dedicación a los principios de mejora de la calidad. Estos son los principios que deben ser fortalecidos a fin de reducir las variaciones injustificadas y para mejorar la calidad y la seguridad en toda la organización.

Al aplicar las medidas de mejora de calidad, la atención debe contextualizarse. Los factores contextuales, tales como la ratio de personal, la cultura de apoyo, la forma de informar sobre las actuaciones, etc. tienen una gran influencia en la efectividad de la mejora de la calidad. Los hospitales tienen que ser conscientes de estos factores contextuales en el diseño, implementación y mejora de sus sistemas de gestión de calidad.

Fuentes de evidencia utilizadas en esta guía:

Esta guía sintetiza múltiples fuentes de evidencia. Estas fuentes se obtuvieron por los miembros del Consorcio (DUQuE, Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe), un proyecto de investigación financiado por el 7º Programa Marco de Investigación de la UE.

El objetivo principal del proyecto era estudiar la efectividad de los sistemas de gestión de calidad en los hospitales europeos e investigar los factores asociados con: a) su implementación (por ejemplo, la cultura organizacional, el capital social, la participación profesional, trabajo en equipo y el clima de seguridad, presión externa), y b) la calidad de los resultados del cuidado. El proyecto DUQuE obtuvo datos utilizando un diseño de estudio transversal, observacional. Los datos fueron obtenidos en el hospital, los niveles de departamento o servicio, profesionales y de pacientes. Participaron hospitales de la República Checa, Francia, Alemania, Polonia, Portugal, España, Turquía y el Reino Unido.

En total, 188 hospitales participaron en la recogida de datos, que incluyó encuestas de 9.857 profesionales y 6.536 pacientes, 9.082 revisiones de historias





clínicas, 74 visitas de evaluación externa, y los datos de información rutinaria de 182 hospitales. Esto hace que este proyecto de colaboración sea el más grande en investigar el efecto de los sistemas de gestión de calidad en los hospitales europeos.

Hemos formulado y puesto a prueba hipótesis sobre la implantación de sistemas de gestión de calidad, sus asociaciones con otros factores que se sabe afectan la calidad, y su efecto sobre la calidad de la atención en cuatro condiciones que reflejan la diversidad de los pacientes atendidos en el hospital (por ejemplo, la atención a los pacientes con infarto agudo de miocardio, fractura de cadera, accidente cerebrovascular y partos).

Además, el Consorcio realizó una serie de revisiones sistemáticas sobre las estrategias clave para mejorar

la calidad y la seguridad en los hospitales. Tenemos información extraída sobre su efectividad y sobre los factores contextuales que afectan a su puesta en práctica. Los resultados de estas revisiones se explican en los capítulos siguientes.

Finalmente, el Consorcio reúne a un numeroso grupo de investigadores de la calidad de la atención de salud, grupos de interés que representan a las agencias de calidad nacionales/regionales, y los profesionales clínicos y gestores a cargo de la implementación de sistemas de calidad y con responsabilidad de garantizar la calidad de la atención. Su conocimiento experto también se utilizó en la formulación de recomendaciones.

“Las “siete estrategias clave de mejorar la calidad” presentadas aquí están basadas en las principales conclusiones del proyecto.”

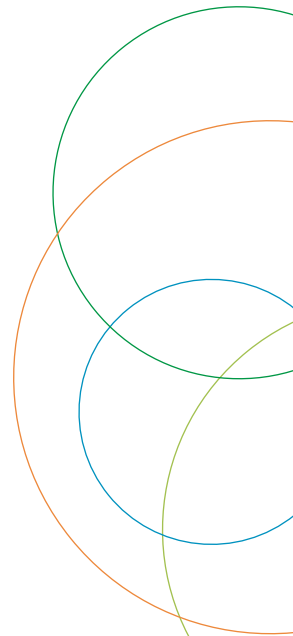
Los cuestionarios y formularios de recogida de datos del proyecto DUQuE están disponibles en siete idiomas para otros investigadores. Por favor, tenga en cuenta que los cuestionarios incluyen más elementos que los que figuran en nuestros índices y análisis. Algunas de estas medidas se han validado y publicado en el **International Journal for Quality in Health Care**, otros todavía están en proceso de validación. Si desea más información o utilizar las medidas para proyectos de investigación por favor, envíe un resumen de protocolo (incluyendo objetivos, los métodos, el uso esperado y si se dispone de fondos) a los coordinadores DUQuE Rosa Suñol (rsunol@fadq.org) y Oliver Groene (oliver.groene@lshtm.ac.uk). Los cuestionarios pueden encontrarse en la siguiente página web: www.duque.eu.



Conceptos clave

- o **Calidad:** La atención que es clínicamente efectiva, personalizada y segura. (*Darzi 2008*).
- o **Efectividad clínica** - Incluye la atención de salud conforme a los estándares de atención basada en la evidencia y los resultados de la atención. (*Institute of Medicine 2001*).
- o **Atención centrada en el paciente** - La atención de salud que establece una colaboración entre los profesionales, los pacientes y sus familias (si procede) para garantizar que las decisiones respeten los deseos de los pacientes, sus necesidades y preferencias y que los pacientes tienen la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. (*Hurtado 2001*).
- o **Seguridad del paciente** - La prevención de daños causados por errores de comisión y omisión. (*Institute of Medicine 1999*).
- o **Mejora de la calidad** - La mejora de la efectividad, la seguridad y los procesos de atención centrados en el paciente (mejor calidad) orientados a alcanzar los mejores resultados para los pacientes.
- o **Sistema de gestión de la calidad** - Conjunto de actividades que interactúan, métodos y procedimientos utilizados para dirigir, controlar y mejorar la calidad de la atención.
- o **Estrategias de calidad** - Aplicación organizativa de instrumentos e intervenciones para mejorar la atención al paciente.
- o **Gestión de la calidad** - Proceso sistemático de identificación, evaluación y adopción de medidas para mantener y mejorar la calidad de los procesos de atención.
- o **Presión externa** - Las exigencias para garantizar la calidad ejercidas a través de la regulación estatutaria, la evaluación externa a través de la certificación o acreditación o las expectativas del público (*Wagner 2001*).
- o **Gobierno del hospital** - Un proceso compartido de los máximos líderes de la organización, incluyendo la formulación de políticas y la toma de decisiones (*Alexander 2006*).
- o **Cultura organizacional** - o la cultura corporativa, comprende las actitudes, experiencias, creencias y valores de una organización (que puede ser influenciado por la gestión) (*Mannion 2008*).
- o **Implicación profesional** - Conjunto de actitudes y comportamientos de los profesionales (médicos, enfermeras, otros profesionales asociados) que es distinto, pero está relacionado con la cultura organizacional y tiene implicaciones para la motivación individual al trabajo en equipo y las interacciones entre el equipo y profesional-paciente.

International Journal for Quality in Health Care, Supplement on the DUQuE Project, April 2014 <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/by/year/2014>





Financiado: El equipo de investigación que ha llegado a estas conclusiones ha recibido financiación de la European Union Seventh Framework Programme under grant agreement n° .241822

Autores: Groene, O; Kringos, D.S; Suñol, R, on behalf of the DUQuE Consortium;

Nos gustaría agradecer a las siguientes personas (en orden alfabético) por su contribución a la obtención y la síntesis en que se basan el resumen de efectividad de las distintas estrategias:

Daan Botje (Netherlands Institute for Health Services Research), Antje Hammer (Institute of Medical Sociology, Health Services Research, and Rehabilitation Science of the University of Cologne), Oliver Groene (Department of Health Services Research and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine), Kiki Lombarts (Center for Evidence-Based Education, Academic Medical Centre Amsterdam), Dionne Kringos (Department of Social Medicine, Academic Medical Centre - University of Amsterdam), Solvejg Kristensen (Centre Denmark Region & Centre for Healthcare Improvements, Aalborg University), Russell Mannion (Health Services Management Centre, University of Birmingham), Philippe Michel (University Hospital Lyon), Thomas Plochg (Department of Social Medicine, Academic Medical Centre Amsterdam - University of Amsterdam), Steffie van Schoten (Netherlands Institute for Health Services Research), Mariona Secanell (Avedis Donabedian Research Institute), Rosa Sunol (Avedis Donabedian Research Institute), Angelina Taylor (Royal College of Surgeons of England), Joppe Tra (Department of Public and Occupational Health, EMGO institute VUmc), Frantisek Vicek (Czech Accreditation Committee), Cordula Wagner (Netherlands Institute for Health Services Research).



Concept and realisation:
Leene Communicatie
Design:
Ontwerpstudio D&AS



DUQuE consortium

Agradecimientos: Consorcio del proyecto DUQuE lo forman (en orden alfabético):

Klazinga N, Kringos DS, MJMH Lombarts y Plochg T (Academic Medical Centre-AMC, Universidad de Amsterdam, PAÍSES BAJOS); Lopez MA, Secanell M, Sunol R y Vallejo P (Instituto Universitario Avedis Donabedian FAD -Universitat Autònoma de Barcelona. Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas REDISSEC, ESPAÑA); Bartels P y Kristensen S (Central Denmark Region & Center for Healthcare Improvements, Universidad de Aalborg, DINAMARCA); Michel P y Saillour-Glenisson F (Comité de la Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitania, FRANCIA) ; Vlcek F (Comité de Acreditación Checa, REPÚBLICA CHECA); Car M, Jones S y Klaus E (Dr Foster Intelligence-DFI, REINO UNIDO); Bottaro S and Garel P (European Hospital y Healthcare Federation-HOPE, BÉLGICA); Saluvan M (Universidad de Hacettepe, TURQUÍA); Bruneau C y Depaigne-Loth A (Haute Autorité de la Santé-HAS, FRANCIA); Shaw C (Universidad de New South Wales, Australia); Hammer A, Ommen O y Pfaff H (Institute of Medical Sociology, Health Services Research y Rehabilitation Science, Universidad de Colonia-IMVR, ALEMANIA); Groene O (London School of Hygiene y Tropical Medicine, REINO UNIDO); Botje D y Wagner C (The Netherlands Institute for Health Services Research-NIVEL, PAÍSES BAJOS); Kutaj-WasikowskaH and Kutryba B (Polish Society for Quality Promotion in Health Care-TPJ, POLONIA); Escoval A y Lívio A (Portuguese Association for Hospital Development-APDH, PORTUGAL) y Eiras M, Franca M y Leite I (Portuguese Society for Quality in Health Care-SPQS, PORTUGAL); Almeman F, Kus H y Ozturk K (Turkish Society for Quality Improvement in Healthcare-SKID, TURQUÍA); Mannion R (Universidad de Birmingham, REINO UNIDO); Arah OA, DerSarkisian M, Thompson CA y Wang A (University of California, Los Angeles-UCLA, USA); Thompson A (Universidad de Edinburgo, REINO UNIDO).



Referencias (por año de publicación)

Groene O, Klazinga N, Wagner C, Arah OA, Thompson A, Bruneau C, Suñol R; Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe Research Project. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Serv Res.* 2010 Sep 24;10:281. doi: 10.1186/1472-6963-10-281.

Groene O, Mora N, Thompson A, Saez M, Casas M, Suñol R. Is the maturity of hospitals' quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety? *BMC Health Serv Res.* 2011 Dec 20;11:344. doi: 10.1186/1472-6963-11-344.

Groene O, Botje D, Suñol R, Lopez MA, Wagner C. A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care.* 2013 Oct;25(5):525-41. doi: 10.1093/intqhc/mzt058.

Hammer A, Arah OA, Dersarkissian M, Thompson CA, Mannion R, Wagner C, Ommen O, Sunol R, Pfaff H; DUQuE Project Consortium. The relationship between social capital and quality management systems in European hospitals: a quantitative study. *PLoS One.* 2013 Dec 31;8(12):e85662. doi: 10.1371/journal.pone.0085662. eCollection 2013. PMID: 24392027

Groene O, Sunol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. The investigators reflect: what we have learned from the Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) study. *Int J Qual Health Care.* 2014 Mar 18. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 24643959

Schneider EC. Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for high-quality health care. *Int J Qual Health Care* (2014) 26 (suppl 1): 1 doi:10.1093/intqhc/mzu028

Secanell M, Groene O, Arah OA, Lopez MA, Kutryba B, Pfaff H, Klazinga N, Wagner C, Kristensen S, Bartels PD, Garel P, Bruneau C, Escoval A, França M, Mora N, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *Int J Qual Health Care.* 2014 Mar 25. [Epub ahead of print] PMID: 24671120

Wagner C, Groene O, Thompson CA, Klazinga NS, Dersarkissian M, Arah OA, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care.* 2014 Mar 11. [Epub ahead of print] PMID: 24618212

Wagner C, Groene O, Dersarkissian M, Thompson CA, Klazinga NS, Arah OA, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. The use of on-site visits to assess compliance and implementation of quality management at hospital level. *Int J Qual Health Care.* 2014 Mar 25. [Epub ahead of print] PMID: 24671121



Wagner C, Thompson CA, Arah OA, Groene O, Klazinga NS, Dersarkissian M, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. A checklist for patient safety rounds at the care pathway level. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 9. [Epub ahead of print] PMID: 24615594

Wagner C, Groene O, Thompson CA, Dersarkissian M, Klazinga NS, Arah OA, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 9. [Epub ahead of print] PMID: 24615597

Plochg T, Arah OA, Botje D, Thompson CA, Klazinga NS, Wagner C, Mannion R, Lombarts K; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Measuring clinical management by physicians and nurses in European hospitals: development and validation of two scales. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 9. [Epub ahead of print] PMID: 24615595

Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD, Kristensen S, Thompson CA, Dersarkissian M, Bartels PD, Pfaff H, Secanell M, Mora N, Vlcek F, Kutaj-Wasikowska H, Kutryba B, Michel P, Groene O; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014 Feb 26. [Epub ahead of print] PMID: 24578501

Botje D, Klazinga NS, Suñol R, Groene O, Pfaff H, Mannion R, Depaigne-Loth A, Arah OA, Dersarkissian M, Wagner C; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 5. [Epub ahead of print]

Wagner C, Mannion R, Hammer A, Groene O, Arah OA, Dersarkissian M, Suñol R; on behalf of the DUQuE Project Consortium. The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 25. [Epub ahead of print] PMID: 24671119

Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, Bruneau C, Hammer A, Wang A, Arah OA, Wagner C; on behalf of the DUQuE Project Consortium. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 9. [Epub ahead of print] PMID: 24615598

Groene O, Sunol R, Klazinga NS, Wang A, Dersarkissian M, Thompson CA, Thompson A, Arah OA; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 9. [Epub ahead of print] PMID: 24615596

Groene O, Kristensen S, Arah OA, Thompson CA, Bartels P, Sunol R, Klazinga N; on behalf of the DUQuE Project Consortium. Feasibility of using administrative data to compare hospital performance in the EU. *Int J Qual Health Care*. 2014 Mar 5. [Epub ahead of print] PMID: 24554645



Anexo

Tabla de evaluación 1: Acreditación de servicios de atención sanitaria

Tabla de evaluación 2: Efectividad del liderazgo local

Tabla de evaluación 3: Educación médica continuada

Tabla de evaluación 4: Cultura de seguridad del paciente

Tabla de evaluación 5: Sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones

Tabla de evaluación 6: Difusión y aplicación de guías de práctica clínica

Tabla de evaluación 7: Intervenciones para mejorar de la transferencia de información clínica

Tabla de evaluación 8: Intervenciones centradas en el paciente

Tabla de evaluación 9: Six Sigma y Lean

Tabla de evaluación 10: Información sobre la práctica

Tabla de evaluación 11: Auditoría y *feedback*

Tabla de evaluación 12: Notificación de incidentes y eventos adversos en el hospital

Tabla de evaluación 13: Listas de verificación de seguridad (check-lists)

Tabla de evaluación 14: Visitas de soporte educativo



Tabla de evaluación 1: Acreditación de servicios de atención sanitaria

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Acreditación sanitaria</p>	<p>La acreditación es (normalmente) un programa voluntario en el cual evaluadores externos entrenados revisan la conformidad de una organización de salud con unos estándares de práctica preestablecidos. Se asume que los programas de acreditación mejoran el comportamiento de las organizaciones sanitarias, los resultados del paciente, y por tanto la calidad de la atención de salud.</p>	<p>La efectividad de los programas de acreditación han sido investigados por alrededor de 95 estudios, con diferentes enfoques diferentes. Existe evidencia consistente de que los programas de acreditación general y de las subespecialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infarto agudo de miocardio - Traumatología - Atención quirúrgica ambulatoria - Control de infecciones - Manejo del dolor <p>mejoran el proceso de la atención prestada por los servicios de salud, mejorando la estructura y la organización de los centros sanitarios.</p> <p>Varios estudios también mostraron mejoras en los resultados clínicos de un amplio espectro de condiciones clínicas; aunque esta evidencia no es consistente en todos los estudios. La acreditación se relaciona consistentemente con la promoción del cambio y el desarrollo profesional.</p>	<p>Es probable que la actitud de los profesionales respecto a la acreditación tenga un impacto en el éxito de su puesta en práctica, aunque no hay evidencia real para ello. Se ha demostrado que las actitudes de los profesionales hacia la acreditación se determinan por su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencia en el impacto positivo en la calidad, en la práctica de la organización y en la toma de decisiones en común • Percepción de burocracia, el tiempo y los costos involucrados; y • Dificultad percibida en alcanzar los estándares y en la recogida de datos.

Referencias seleccionadas

- Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care 2008; 20(3):172-183.
 - Flodgren G, Pomey MP, Taber SA, Eccles MP. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2011;(11):CD008992.



Tabla de evaluación 2: Efectividad del liderazgo local

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
Opinión de los líderes locales	<p>Los líderes de opinión locales son profesionales designados por sus colegas como “un aliado influyente en la educación”. Se pueden utilizar como una estrategia de mejora de la calidad por ejemplo para, transmitir normas, modelando los comportamientos apropiados, o la difusión de la utilización de las nuevas tecnologías entre los colegas, en base a su credibilidad y estatus como miembros de la comunidad local.</p> <p>Las intervenciones estudiadas en la literatura científica en general se dirigen a la gestión adecuada de un problema específico del paciente. Los líderes de opinión locales difunden materiales educativos en varios puntos en el tiempo y organizan reuniones de la comunidad con reconocidos expertos en el campo, mantienen e intensifican sus contactos regulares formales o informales con colegas, participan en los programas didácticos, actividades de divulgación o grupos de trabajo de la comunidad.</p> <p>Se supone que los líderes de opinión locales pueden influir positivamente en la práctica de los profesionales de la salud.</p>	<p>La efectividad de los líderes de opinión locales sobre los resultados de la práctica de los profesionales y los resultados de salud sólo ha sido investigada por 8 estudios que utilizaron ensayos controlados aleatorios.</p> <p>La limitada evidencia de datos disponible muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de las prácticas incorrectas de catéteres urinarios después de asistir a una conferencia y un tutorial dirigido por un líder; • Más pacientes recibieron aspirina y terapia física • Aumento en los partos vaginales. <p>No hay mejoría en los resultados de salud</p>	<p>El uso de los líderes locales parece más efectivo cuando se combina con otras intervenciones complementarias, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recordatorios - Auditoría y <i>feedback</i> - Visitas de soporte educativo - Estrategias de marketing - Procesos de consenso locales - Intervenciones realizadas por el paciente

Referencias seleccionadas

- O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000125.

- Elliott TE, Murray DM, Oken MM, Johnson KM, Braun BL, Elliott BA, et al. Improving cancer pain management in communities: main results from a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 1997;13:191-203.



Tabla de evaluación 3: Educación médica continuada

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Educación médica continuada (CME, Continuing medical education).</p>	<p>La educación médica continuada pretende ayudar a los profesionales a estar al día en los avances de la atención, a aceptar sistemas nuevos y más beneficiosos de cuidados y a dejar de utilizar intervenciones diagnósticas y terapéuticas menos beneficiosas. Ello debe mejorar la práctica clínica de los médicos y los resultados de salud de los pacientes. Hay varios instrumentos y técnicas de CME disponibles incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programas didácticos - educación interactiva - auditoria y <i>feedback</i> - vistas educativas o de evaluación externa independientes - líderes de opinión - recordatorios - guías de práctica clínica 	<p>La efectividad de la educación médica continuada ha sido bien estudiada. La evidencia es, pues, relativamente fuerte.</p> <p>Técnicas para cambiar la práctica clínica de los médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los programas interactivos entre profesionales y educadores tienen efectos moderado-altos, con mayores efectos para la auditoria y <i>feedback</i> de los resultados óptimos esperados versus la práctica realizada. - Las técnicas didácticas y proveer de materiales escritos solamente no tienen efecto o lo tienen muy bajo. <p>Técnicas educativas que mejoran los resultados de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varios estudios demuestran que la auditoria y el <i>feedback</i>, las visitas educativas independientes y los recordatorios a los médicos tienen un efecto moderado o alto para obtener buenos resultados de salud en los pacientes. <p>Efectividad de CME por vía electrónica:</p> <p>Varios estudios han demostrado que la educación por vía electrónica con multicomponentes puede ser efectiva para cambiar el patrón de práctica de los profesionales y mejorar sus conocimientos; sin embargo, cuando estos programas se basan sólo en textos monótonos son de efectividad limitada.</p> <p style="text-align: right;">↓</p>	<p>Las características clave de éxito son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - información transmitida por profesionales valorados - intereses y motivaciones del grupo diana - utilizar trabajo colaborativo en equipo - adaptar las intervenciones a las necesidades de la audiencia - obtener el soporte de compañeros y directivos sénior de la organización - tener en cuenta las necesidades de la organización local - evidencia de uso subóptimo de la atención efectiva - sólidas estimaciones de los costes asociados a los cambios de práctica <p>Hacen falta políticas complejas para obtener un desarrollo multifacético e implementación de la CME. Harán falta cambios organizativos en la forma de impartirla y financiarla en todos los países para apoyar estos cambios en el sistema específico de salud y atención sanitaria de cada país.</p> <p style="text-align: right;">↓</p>



Tabla de evaluación 3: Educación médica continuada

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
		<p>Coste-efectividad de los programas enfocados a cambiar el comportamiento de los profesionales.</p> <p>Un estudio sobre coste-efectividad del soporte educativo para dos intervenciones concluyó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La CME para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca mediante inhibidores del enzima conversor de la angiotensina fue muy coste efectiva con una reducción de 2.062\$ por año de vida salvado • Al reducir el uso de inhibidores selectivos de serotonina a favor de los antidepresivos tricíclicos el coste por paciente vinculado (\$82) fue superior que el ahorro generado al cambiar la práctica médica (\$75). 	<p>Una barrera potencial para los médicos para aplicar los avances clínicos es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cambios rápidos y estresantes para los médicos y los potenciales pacientes, quizás debidos a la falta de experiencia en las nuevas modalidades de tratamiento. <p>Debemos ser conscientes que ningún sistema individual de enfoque de la educación continuada funciona en todas circunstancias. Los educadores deben utilizar aproximaciones centradas en los entornos sociales, políticos y económicos únicos de sus equipos y organizaciones.</p>

Referencias seleccionadas

- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21(3):380-385.
- Lam-Antoniades M, Ratnapalan S, Tait G. Electronic continuing education in the health professions: An update on evidence from RCTs. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2009; 29(1):2009.
- O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003030.



Tabla de evaluación 4: Cultura de seguridad del paciente

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Promover una cultura organizativa de seguridad del paciente</p>	<p>Se reconoce cada vez más que los cambios estructurales solos, realizados por las organizaciones sanitarias no obtienen suficientes beneficios en la práctica de las organizaciones. Promover una cultura positiva de seguridad del paciente en todas las unidades del hospital para garantizar valores y actitudes consistentes y el comportamiento adecuado en lo que respecta a la seguridad del paciente, se considera como una estrategia importante para apoyar la mejora del sistema de atención de salud. Pueden usarse diferentes estrategias, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones educativas (p.e. talleres y sesiones de refuerzo semanales) para desarrollar planes de acción personalizados, motivación a los empleados, bienestar en el trabajo, compromiso organizacional... - Introducción de una intervención (por ejemplo, administrativa) para el cambio de la cultura organizativa en un comportamiento específico de seguridad, tales como la frecuencia de lavado de manos, y tasas de infecciones nosocomiales seleccionadas. - Formación del equipo: Un conjunto de métodos estructurados para optimizar los procesos de trabajo en equipo, 	<p>Una cantidad limitada de estudios han evaluado la efectividad de la promoción de cultura de seguridad del paciente de la organización para mejorar la práctica de la atención. Los estudios son muy heterogéneos, a menudo de diseño transversal y se prestan a confusión, lo que limita su validez externa. La (débil) evidencia disponible muestra:</p> <p>Intervención lavado de manos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aunque los estudios son inconsistentes en su efectividad probada en términos de un mayor cumplimiento, un estudio mostró una reducción de las infecciones nosocomiales (enterococo resistente a la vancomicina, RR=0.19; n=1). <p>Las sesiones educativas para impulsar la motivación de los trabajadores, pueden dar lugar a mejoras en los resultados del trabajo (motivación; satisfacción laboral; compromiso organizacional y cultura; trabajo en equipo; ética/ambiente), pero no resultados personalizados orientados a la vida (n=1 estudio).</p> <p>Formación del equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varios estudios (n = 16) mostraron que la formación del equipo o las herramientas para apoyar la comunicación del equipo pueden resultar en una mejoría de la percepción del personal de la cultura de seguridad, de procesos de atención (p.e., la disminución de los retrasos), o mejores resultados de 	<p>La participación de las enfermeras en el liderazgo de las rondas de seguridad ha demostrado aumentar su efectividad. Generalmente, se considera que enfocar los cambios de práctica mediante la mejora de la cultura/clima de la seguridad es una estrategia clave para profundizar en la seguridad del paciente.</p>



Tabla de evaluación 4: Cultura de seguridad del paciente

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
	<p>tales como la comunicación, la cooperación, la colaboración y el liderazgo. Se centra en la consecución de los conocimientos, habilidades o actitudes que subyacen para un trabajo en equipo efectivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rondas: Ejecutivos o altos directivos visitan las áreas de atención directa de pacientes con el objetivo de observar y analizar las amenazas actuales o potenciales para la seguridad del paciente, así como apoyar al personal de atención directa en el tratamiento de este tipo de amenazas. - Técnicas que combinan varias estrategias de intervención, p.e., de Programa de Seguridad Integral de Unidad (CUSP, Comprehensive Unit-base Safety Program). <p>Sin embargo, se supone que las organizaciones de atención sanitaria o unidades de trabajo tienen culturas identificables, que la cultura tiene que ver con la práctica realizada, que las intervenciones proporcionarán un retorno de la inversión que valga la pena.</p>	<p>seguridad del paciente (p.e., menos eventos adversos).</p> <p>El apoyo administrativo aumenta el lavado de manos (OR 5.5.7; CI: 5.25-6.31).</p> <p>Rondas Ejecutivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Han demostrado (n = 8) resultados en la mejora de la percepción del personal o de la cultura de seguridad. <p>Programa integral de Seguridad de la Unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha demostrado (n = 6) obtener mejoras de los procesos de atención y la percepción del trabajo en equipo por parte del personal. <p>En general, todos los estudios coinciden en que existe una muy débil base de la evidencia sobre el vínculo entre la cultura de la organización y el funcionamiento de atención sanitaria.</p>	

Referencias seleccionadas

- Parmelli E, Flodgren G, Beyer F, Baillie N, Schaafsma ME, Eccles MP. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review. *Implement Sci* 2011; 6:33.
- Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8(2):105-117.
- Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine* 2013;158:369-374.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2012.



Tabla de evaluación 5: Sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones clínicas

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones clínicas (CDSS, Computerised clinical decision support systems)</p>	<p>Los sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas están disponibles para diferentes funciones. Sistemas informatizados de uso común:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico - Recordatorios para la atención preventiva o el manejo de enfermedades - Dosificación de medicamentos y prescripción. <p>Se asume que mejorarán la práctica de los profesionales.</p>	<p>La efectividad de los sistemas informatizados de soporte a las decisiones clínicas ha sido evaluada por un gran número de estudios (más de 300), a menudo ensayos controlados aleatorios. Por tanto, existe una fuerte base de evidencia de su efectividad. Los estudios han demostrado los resultados de los sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas en:</p> <p>Mejora de los resultados de morbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR 0.88 (95% CI 0.80-0.96) <p>Los estudios son inconsistentes en sus resultados sobre la efectividad de los CDSS en los resultados del paciente. Hasta ahora parece que han tenido una limitada capacidad para detectar diferencias clínicamente importantes, en especial sobre la mortalidad.</p> <p>Aumento de identificación de eventos adversos de drogas y porcentajes de cumplimiento de temas de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación: mejora en 2,36% puntos (de 0.04 a 2.4%) • Tasas: disminución de las tasas absolutas de eventos adversos de fármacos en 5,4 puntos (de 7,6 a 2,2%) • Mejoras en la dosificación de fármacos osciló del 12 al 21% <p>Varios estudios han confirmado grandes mejoras.</p> <p>Mejora de la aplicación de los servicios de atención preventiva</p> <p>OR 1,42 (IC del 95%: 1,27 a 1,58)</p> <p>Varios estudios han confirmado grandes mejoras.</p> <p>Tratamientos y terapias más apropiadas ordenadas por los proveedores</p> <p>OR 1,57 (IC del 95%: 1,35 a 1,82)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varios estudios han confirmado grandes mejoras. • Mejora en realizar o completar los estudios clínicos <p>OR 1,72 (IC del 95%: 1,47 a 2,00)</p>	<p>La integración de los sistemas de apoyo informatizados a las decisiones clínicas con y su uso en un entorno académico han sido asociados con los fallos en los CCDSS. Sin embargo, la base de evidencia para este hallazgo era muy débil.</p> <p>Diversos estudios (sobre 70) estudiaron las características críticas de los CDSS para mejorar la práctica clínica. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoyo a las decisiones de forma automática como parte del flujo de trabajo clínico - Proporcionar apoyo a las decisiones en el momento y el lugar de la toma de decisiones - Proporcionar una recomendación en lugar de una evaluación - Usar un ordenador para generar el apoyo a las decisiones





Tabla de evaluación 5: Sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas

Strategy	Description	Effectiveness	Context - actions
		<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la eficiencia y el proceso de la atención <p>Varios estudios han confirmado grandes mejoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en el tiempo de entrega (disminución del 11% en el tiempo) <p>Varios estudios han confirmado grandes mejoras.</p> <p>Reducción de los gastos de hospitalización y los costos. Por ejemplo, pasar de USD 35.283 a USD 26.315).</p> <p>Varios estudios han confirmado grandes ahorros en los costes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento general de la satisfacción de los proveedores entre la mayoría de los usuarios de CDSS. <p>Varios estudios han confirmado grandes mejoras.</p> <p>Los CDSS que utilizan sistemas de diagnóstico, sistemas de recordatorio, sistemas de gestión de la enfermedad o la dosificación de fármacos o sistemas de prescripción, han sido ampliamente asociados con mejoras en la práctica asistencial.</p>	

Referencias seleccionadas

- Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR et al. Effect of clinical decision-support systems: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 157(1):29-43.
- Chan AJ, Chan J, Cafazzo JA, Rossos PG, Tripp T, Shojania K et al. Order sets in health care: A systematic review of their effects. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2012; 28(3):July.
- Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005; 293(10):1223-1238.
- Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003; 163(12):1409-1416.
- Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 2005; 330(7494):765.
- Main C, Moxham T, Wyatt JC, Kay J, Anderson R, Stein K. Computerised decision support systems in order communication for diagnostic, screening or monitoring test ordering: systematic reviews of the effects and cost-effectiveness of systems. *Health Technol Assess* 2010; 14(48):1-227.
- Sahota N, Lloyd R, Ramakrishna A, Mackay JA, Prorok JC, Weise-Kelly L et al. Computerized clinical decision support systems for acute care management: a decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. *Implement Sci* 2011; 6:91.
- Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001096.



Tabla de evaluación 6: Difusión y aplicación de guías de práctica clínica

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Difusión y aplicación de guías de práctica clínica</p>	<p>Las guías de práctica clínica tienen el potencial de mejorar la atención al paciente mediante la promoción de las intervenciones basadas en la evidencia. Sin embargo, existe incertidumbre sobre la posible efectividad de las diferentes estrategias de difusión e implementación de las guías y los recursos necesarios para alcanzarlas. Intervenciones comúnmente investigadas para difundir y aplicar las guías clínicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recordatorios en papel (generados por ordenador) - Difusión de materiales educativos - Reuniones educativas - Auditoría y <i>feedback</i> - Las intervenciones dirigidas a pacientes. 	<p>La efectividad de las estrategias de difusión e implementación de las guías de práctica clínica ha sido bien investigada en más de 200 estudios que incluyeron más de 300 comparaciones; aunque la calidad de estos estudios es generalmente pobre. La mayoría de los estudios que reportaron datos dicotómicos de proceso (86,6 %) y observaron de una modesta a moderada mejora en la atención, sugiriendo que la difusión e implementación de guías de práctica puede fomentar el cumplimiento de las prácticas recomendadas.</p> <p>Evidencia de los estudios de intervención individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos Mediana de la mejora reportada (n = 4) : 8.1 % (rango 3,6 a 17 %) • Auditoría y <i>feedback</i> Mediana de la mejora reportada (n = 6) : 7.0 % (rango 1,3 a 16,0 %) • Recordatorios Mediana de la mejora reportada (n = 14) : 14,1 % (rango -1,0 a 34,0 %) <p>Estudios de intervenciones múltiples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos (48%) / reuniones educativas (41%) / recordatorios (31%) / auditoría y <i>feedback</i> (24 %) Mediana de la mejora reportada (n = 18) : 17,3 % (rango -5,6 a 16,4 %). <p>La efectividad de las intervenciones múltiples no es más alta que las intervenciones individuales y no parece aumentar con el número de intervenciones. También se ha demostrado que las guías de práctica clínica son más efectivas cuando se presentan en formatos portátiles fáciles de acceder/fáciles de usar y se implementan utilizando recordatorios para tipos de pacientes específicos. Muy pocos estudios han investigado los costos de las diferentes estrategias. En general, las intervenciones cortas (por ejemplo, durante el almuerzo) utilizando reuniones educativas y difusión de materiales educativos parecen ser más factibles teniendo en cuenta los limitados recursos disponibles.</p>	<p>Las guías de práctica clínica son más efectivas si se adaptan a las necesidades locales. La disponibilidad de recursos y las consideraciones prácticas son elementos importantes que deben ser compensados con la efectividad esperada, para determinar la elección de la intervención.</p>

Referencias seleccionadas

- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 2:S14-S20.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8(6):iii-72.




Tabla de evaluación 7: Intervenciones para mejorar la transferencia de información clínica

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Intervenciones para mejorar la transferencia de información clínica</p>	<p>- Hay varios puntos críticos de transición en el cuidado del paciente durante y después de una estancia en el hospital, que se llaman transferencias. Éstas se producen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la transferencia de la atención de un profesional a otro por un cambio de turno o cambio de servicio (traslado intrahospitalario) - Cuando un paciente es admitido o dado de alta <p>Las transferencias incompletas o pobres pueden resultar en eventos adversos e incidentes en los pacientes. Hay varias intervenciones disponibles que tienen como objetivo optimizar transferencias hospitalarias.</p> <p>Ejemplos de intervenciones para mejorar las transferencias intrahospitalarias son la introducción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermera de enlace en una UCI / UCIP - Protocolo de transferencia utilizando la analogía de la Fórmula 1 parada en boxes y la experiencia de la aviación - Parte de salida desde urgencias a medicina interna en base a buzón de voz - Transferencia iniciada por el farmacéutico durante el traslado del paciente de oncología y hematología a unidad de cuidados intensivos 	<p>Cerca de 50 estudios evaluaron la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar las transferencias intrahospitalarias, que a menudo sufren de una metodología débil. Los estudios mostraron que:</p> <p>Las soluciones tecnológicas resultan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una reducción de los eventos adversos evitables (de 1.7 a 1.2 %) • mejora de la satisfacción con calidad de la transferencia • mejora la identificación del proveedor (reducción del 50% de pacientes perdidos durante las rondas) <p>Los estudios de enfermería mostraron que al complementar los medios orales con los escritos lleva a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mejorar la retención de la información. <p>Los libros blancos o consensos han caracterizado el intercambio verbal efectivo, que se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tipo de pacientes y acciones requeridas • con tiempo para preguntas y mínimas interrupciones <p>El contenido debe mantenerse actualizado diariamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pesar de que no se ha demostrado que la formación en transferencias puede mejorar los resultados del paciente, mejora las actitudes, conocimientos y habilidades de los profesionales para el lugar de trabajo. <p>La efectividad en intervenciones de alta ha sido ampliamente estudiada (n> 200) por estudios muy heterogéneos.</p>	<p>Es importante desarrollar y validar de la calidad de la transferencia hospitalaria de uno mismo y del grupo y este tema se pueden incorporar en los programas de certificación de los médicos de hospital. Las organizaciones profesionales también pueden servir como potentes mediadores del cambio, por ejemplo, aumentando la visibilidad de transferencias y movilizando fondos para la investigación. Las asociaciones profesionales pueden apoyar la planificación del alta mediante el desarrollo de guías de práctica para el traslado de pacientes en estado crítico. Es posible que las intervenciones al alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sólo tengan un efecto medible a largo plazo (por ejemplo, después de 3 meses); • sólo se estén trabajando en subgrupos específicos de pacientes • sólo sean efectivas si se realizan en intensidades más altas. Las características que pueden dificultar o



Matriz de evaluación 7: Intervenciones para mejorar la transferencia de información clínica

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
	<ul style="list-style-type: none"> - Soluciones tecnológicas: por ejemplo, la creación de una plantilla electrónica que descargue la información de las historias clínicas informatizadas. - Complementar la información verbal con información por escrito - Las intervenciones formativas relacionadas con la gestión de la información, el reconocimiento de errores, el trabajo en equipo y la comunicación utilizando por ejemplo, juego de roles, la observación, evaluación y <i>feedback</i>. <p>Las intervenciones dirigidas a reducir los problemas en los pacientes adultos dados de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación preingreso - Protocolos integrales de planificación del alta - La valoración geriátrica integral - Apoyo de la planificación del alta - Las intervenciones formativas 	<ul style="list-style-type: none"> • la planificación integral del alta en combinación con post-alta a través de la interfaz del hospital - hogar (por ejemplo, para las personas mayores con insuficiencia cardiaca crónica) reduce los índices de reingreso y puede mejorar los resultados de salud (por ejemplo, la supervivencia y calidad de vida) sin aumentar los costes. <p>La mayoría de los estudios llegaron a conclusiones firmes de que las intervenciones en el alta fueron efectivas. Hubo evidencia razonable de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uno de los factores más importantes para mejorar el proceso de alta y la reducción de los eventos adversos es la efectiva comunicación y planificación. • servicios que combinan la evaluación de necesidades, la planificación del alta y un método para facilitar la aplicación de estos planes fueron más efectivos que los servicios que no incluyen la última acción. • las intervenciones formativas tienen un efecto sobre aspectos del estado emocional de los pacientes después del alta, en el conocimiento y la adherencia a la medicación. <p>Hay evidencia limitadas de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los pacientes tratados con intervenciones “hospital en casa “ permanecen con más frecuencia en casa. • disminución de los reingresos de los pacientes que reciben un alta planificada (diferencia de -11 %, IC del 95%: -17 % a -4 %) a las 4 semanas de seguimiento en comparación con aquellos que no recibieron la planificación del alta formal (diferencia de 6% IC 95% 0,4% a 12%), esta diferencia aumentó a 	<p>complicar la efectividad de las intervenciones en la transferencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La multitarea necesaria de los médicos urgencias <p>La imprevisibilidad de la carga de trabajo (por ejemplo, en una sala de recuperación), dificulta la planificación de la disponibilidad de personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el intercambio de información entre departamentos • La falta de conocimiento en el ámbito de cuidados críticos impide una comunicación efectiva • La diversidad funcional de los equipos de atención <p>Además, los estudios han demostrado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hospitales que se basan en gran medida en el trabajo en equipo multidisciplinar (hospitales “magnéticos”) tienen una tasa de mortalidad de 4,6% menor después de ajustar el pronóstico de mortalidad. Por ejemplo la introducción de un equipo de control de infecciones multidisciplinario puede producir una gran reducción de MRSA nosocomial o de las tasas de neumonía.



Matriz de evaluación 7: Intervenciones para mejorar la transferencia de información clínica

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto-acciones
		<p>los 9 meses de seguimiento (diferencia de 8,3% IC 95% 1,6% a 15%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - mejora de 4 a 12 en la puntuación del Barthel y un cambio en la puntuación Euroqol a las 26 semanas. - mejora de la satisfacción de los pacientes asignados a la planificación del alta (n=2) - reducción de costes: 1 estudio encontró una diferencia para los costes de hospitalización de los gastos totales, incluyendo los gastos de readmisión a las 2 semanas de seguimiento (diferencia- \$ 170.247, IC del 95% - a \$ 253.000 - \$ 87.000) y en 2 a 6 semanas de seguimiento (diferencia - \$ 137.508, IC del 95% - \$210.000 hasta - \$ 67.000). Otro estudio observó un menor coste para los servicios de laboratorio para los pacientes que recibieron la planificación del alta (diferencia media por paciente - £295, IC del 95% £564 a - 26£). 	

Referencias seleccionadas

- Arora VM, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med* 2009; 4(7):433-440.
- Gordon M, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ* 2011; 45(11):1081-1089.
- Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: A systematic meta-review. *BMC health services research* 2007; 7.
- Ong MS, Coiera E. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources* 2011; 37(6):Jun.
- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000313.



Tabla de evaluación 8: Intervenciones centradas en el paciente


Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Intervenciones de atención centrada en el paciente</p>	<p>Hay un amplio abanico de intervenciones de calidad disponibles para mejorar la atención centrada en el paciente. Las intervenciones más frecuentemente estudiadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar al médico clínico en atención centrada en el paciente. - Proporcionar materiales formativos dirigidos a pacientes sobre atención centrada en el paciente. - Proporcionar materiales específicos sobre la condición o el comportamiento que tenemos como objetivo para proveedores y pacientes. - Abordar los bajos niveles de health literacy en grupos con desventajas sociales. - Proveer ayudas a la toma de decisiones para mejorar la toma de decisiones clínicas. - Grupos de autoayuda y apoyo entre iguales para mejorar el autocuidado y el automanejo de la enfermedad. - Implicación de los pacientes en la prevención para mejorar la seguridad del paciente (ej.: control de infecciones). <p>Se asume que la atención centrada en el paciente resultará en mejoras en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los procesos de consulta - Las experiencias de los pacientes y los proveedores sobre la atención - El conocimiento de los pacientes - El uso de los servicios sanitarios - El estado de salud y de bienestar 	<p>La efectividad de las intervenciones de calidad centradas en el paciente ha sido investigada en alrededor de 146 estudios basados en ensayos clínicos randomizados. Los resultados más evidentes de una reciente Revisión Sistemática de la Literatura Cochrane que estudió la efectividad de las tres primeras intervenciones listadas (formación; material de información) observó:</p> <p>Efectos positivos claros en el proceso de consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de detección de distress psicológico • Aumento de la proporción de visitas en los que se abordaron todas las preocupaciones sobre la salud • Mejora de la percepción del paciente sobre la específica información provista de la enfermedad. <p>Resultados mixtos en el proceso de consulta relacionados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El comportamiento vinculado a la comunicación centrada en los pacientes por parte de los profesionales • Las habilidades de empatía de los proveedores • El uso por parte de los proveedores de diversas habilidades de recolección de datos. <p>Toma de decisiones compartida (incluida la implicación de los niños).</p> <p>Indicaciones de efectos positivos en satisfacción del paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El arte de cuidar • La calidad de la atención técnica • El resultado de la satisfacción global <p>No mejoras en los comportamientos saludables o la utilización de servicios.</p> 	<p>Se sabe poco sobre el impacto de acciones contextuales sobre la efectividad de las intervenciones centradas en el paciente.</p> <p>La evidencia disponible indica que la efectividad de las intervenciones centradas en el paciente se ve obstaculizada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presiones ligadas a la falta de recursos - Falta de concienciación, habilidades y conocimientos.



Tabla de evaluación 8: Intervenciones centradas en el paciente

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto-acciones
		<p>Mejoras claras del estado de salud en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reducción del distress emocional en los pacientes que lo sufrían. <p>Efecto mixto o poco claro en el estado de salud:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efecto mixto en las medidas psicológicas de salud.• No efecto en las medidas generales de estado de salud.	

Referencias seleccionadas

- DelliFraine JL, Langabeer JR, Nembhard IM. Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. Qual Manag Health Care 2010; 19(3):211-225.
- Glasgow JM, Scott-Caziewell JR, Kaboli PJ. Guiding inpatient quality improvement: a systematic review of Lean and Six Sigma. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010; 36(12):533-540.
- Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, Benn J, Chaturvedi S, Phillips N et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. British Journal of Surgery 2012; 99(3):



Tabla de evaluación 9: Six Sigma y Lean


Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto-acciones
<p>Six Sigma y Lean para la mejora continua de la calidad</p>	<p>A pesar de que Lean y Six Sigma son dos populares técnicas diferentes (que provienen de la industria de manufacturación) pueden ser usadas de manera conjunta para establecer un ciclo de mejora continua de la calidad en una organización de atención sanitaria. El uso combinado podría proveer a los equipos de calidad y a una organización sanitaria con procesos enfocados a la medición y eliminación de errores (SixSigma) y la garantía de un proceso de trabajo eficiente y con valor añadido (Lean).</p> <p>Ambas herramientas enfatizan el seguimiento de los datos y el uso de métodos cuantitativos para documentar la mejora de la calidad y el progreso hacia el <i>objetivo establecido</i>. Se asume que resultan en mejores resultados clínicos, procesos de cuidado y desempeño financiero de las organizaciones de atención sanitaria.</p>	<p>La efectividad de Six Sigma y Lean solo ha sido evaluada por un número muy limitado de estudios.</p> <p>A pesar de que la base de evidencia es débil, diversos estudios han demostrado que la aplicación de Six Sigma y/o Lean pueden resultar en: (reportamos en este apartado resultados de estudios individuales)</p> <p>Mejora del control de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del 85% de la tasa de infección del torrente sanguíneo relacionada al catéter (Sigma) - Reducción del 68% de la tasa de infección por estafilococo áureo resistente a la metilicina en pacientes quirúrgicos y de UCI con un seguimiento a 4 años (Sigma) <p>Mejora del proceso de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de un 23-30% en el retraso del inicio de cirugía (Sigma) <p>A pesar de que la evidencia es relativamente débil, otros estudios informaron de que el uso combinado de Six Sigma y Lean resulta en mejoras en el proceso de atención por ejemplo respecto al rendimiento de los quirófanos, rendimiento de sala de urgencias; tiempos de espera de los pacientes).</p> <p>Aumento del uso de los antibióticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aumento en la proporción de pacientes no-cardíacos que reciben antibióticos durante una hora antes de una operación del 38 al 86% con un seguimiento de 8 meses (Sigma) <p>Reducción del tiempo de ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una reducción del tiempo de ingreso para pacientes quirúrgicos y heridos de casi 3 días con un seguimiento de 10 meses (uso combinado de Lean y Six Sigma) <p style="text-align: right;"></p>	<p>No se informa del contexto en los estudios incluidos. Not reported in the included studies</p>



Tabla de evaluación 9: Six Sigma y Lean

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto-acciones
		<p>Mejora de resultados clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la tasa de preservación de esfínter en pacientes con cáncer rectal utilizando nuevas técnicas quirúrgicas (Six Sigma) Otros estudio también encontraron mejoras en resultados clínicos usando Six Sigma, pero estos estudios presentaban una baja calidad. <p>Ahorro de costes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay buena evidencia analítica de que el uso de Six Sigma puede resultar en ahorro de costes (estimado por un estudio en 1,32 millones de dólares). <p>Reducción de errores de medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversos estudios muestran que la implementación de programas Lean o Six Sigma pueden resultar en una reducción de los errores de medicación. 	

Referencias seleccionadas

-DelliFraine JL, Langabeer JR, Nembhard IM. Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. Qual Manag Health Care 2010; 19(3):211-225.

-Glasgow JM, Scott-Caziewell JR, Kaboli PJ. Guiding inpatient quality improvement: a systematic review of Lean and Six Sigma. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010; 36(12):533-540.

-Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, Benn J, Chaturvedi S, Phillips N et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. British Journal of Surgery 2012; 99(3):



Tabla de evaluación 10: Información de la práctica

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
Información sobre la práctica.	<p>Mediante los indicadores de práctica, y la difusión pública de los datos sobre el desempeño de la calidad de la atención hospitalaria, se espera que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes y consumidores pueden decidir mejor la atención que desean recibir; - Los profesionales sanitarios y las organizaciones pueden decidir mejor qué proporcionar, para mejorar o para comprar. 	<p>Muy pocos estudio han examinado la efectividad de la publicación relacionada con la información del desempeño sobre el comportamiento de los pacientes y los proveedores, o la calidad de la atención. Sólo podemos proporcionar evidencia limitada de estudios individuales.</p> <p>La publicación relacionada con la información del desempeño, puede resultar potencialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efecto positivo sobre la mortalidad a los 30 días para el infarto del miocardio agudo, mientras que para la mortalidad al año (n=1) no se observa efecto alguno. Otro estudio informa de un 21% de disminución de la mortalidad después de la cirugía CABG (by pass aorto-coronario) (41% de reducción ajustada por riesgo). Otros estudios también han confirmado que el <i>feedback</i> sobre la práctica clínica de los médicos influye en la mejora de la práctica. <p>Mejora de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociados con publicaciones de datos de mortalidad para 6 condiciones médicas comunes y 2 operaciones quirúrgicas (n=1) • Efecto positivo pequeño de la publicación de los datos de resultados del paciente sobre el volumen de pacientes para la cirugía de by-pass coronario y los valores extremos de bajas complicaciones para la disectomía lumbar, pero estos efectos no duraron más de dos meses después de cada lanzamiento público (n=1). Otro estudio también mostró más prestación de servicios (por ejemplo, el programa de sillitas infantil de seguridad, los acuerdos de transferencia formales, o la formación de las enfermeras sobre el periodo de lactancia) y la mejora de los resultados (por ejemplo, la satisfacción del paciente y la tasa de cesáreas). • Ningún efecto de la disponibilidad de los datos de desempeño del CAHPS sobre el cambio del plan de salud en los nuevos beneficiarios de Medicaid (n=2). <p>Estrategias de implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos estudios mostraron que los informes de retroalimentación combinados con otras estrategias de implementación, como la educación o los planes de mejora de la calidad, dieron lugar a una mejora de los resultados del proceso de atención sanitaria. 	<p>Barreras comunicadas en la aplicación de indicadores de desempeño o cambio de las prácticas de atención asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de concienciación del profesional sanitario. - Falta de datos fiables para evaluar los efectos - Gestores/médicos que proveen poco soporte al equipo - Falta de recursos (por ejemplo, instalaciones para la mejora de la calidad) - Bajo soporte administrativo - Insuficiente apoyo de administración - Falta de distribución de material didáctico - Ausencia de líder de opinión local.

Referencias seleccionadas

- de Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(2):119-129.
- Ketelaar-Nicole ABM, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane-Katherine HO, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283(14):1866-1874.*
- Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001; 22:69-89.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006; 28(2):117-128.



Appraisal matrix 11: Audit and feedback

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Auditoría y <i>feedback</i></p>	<p>La auditoría y el <i>feedback</i> son estrategias clave para la mejora de la calidad, que pueden ser aplicadas individualmente o como parte de intervenciones múltiples. La asunción es que los profesionales mejorarán su práctica cuando la retroalimentación demuestre deficiencias en el proceso o resultados de la atención. La auditoría y los mecanismos de <i>feedback</i> difieren con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formatos de <i>feedback</i> - Fuentes de <i>feedback</i> - Frecuencia de <i>feedback</i> - Instrucciones para la mejora - Dirección del cambio requerido - Prácticas basales - Profesión destinataria - Contexto <p>Comportamiento que se quiere modificar.</p>	<p>La auditoría y el <i>feedback</i> han estado bien estudiados en cientos de estudios, con más de cien estudios basados en diseños experimentales y cuasi-experimentales.</p> <p>Varias revisiones de la Cochrane han evaluado la efectividad de la auditoría y el <i>feedback</i>. Una reciente revisión de la Cochrane actualizada (Ivers 2012, n=70) ha demostrado pequeños y moderados, pero sistemáticos efectos de la efectividad de la auditoría y el <i>feedback</i> en la práctica de los profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La media de la mejora en los estudio con respuestas dicotómicas (n=49): 4.3% (RIC 0.5-16%) - La media de la mejora en los estudios con respuesta continua (n=21): 1.3% (RIC 1.3-28.9%) <p>Un meta-análisis sobre auditorías y estrategias de <i>feedback</i> (Hysong 2009, basado en datos de la revisión de la Cochrane de 2006, n=19) confirma estos hallazgos.</p>	<p>La efectividad es mayor o la mejora es más pronunciada bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prácticas basal baja - El auditor es un supervisor o colega - Realizado más de una vez - Incluye tanto las metas esperadas como los planes de acción <p>Las siguientes condiciones atenúan el efecto de la auditoría y el <i>feedback</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado solo verbalmente - <i>feedback</i> gráfico sin el <i>feedback</i> escrito del supervisor o el plan de acción.

Referencias seleccionadas

- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane.Database. Syst. Rev. 2012;6:CD000259.
- Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. Med Care 2009;47(3):356-63.



Tabla de evaluación 12: La notificación de incidentes y eventos adversos en el hospital

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
Notificación de incidentes y eventos adversos	La notificación de incidentes (también conocido como análisis de causa raíz) es una herramienta de análisis de eventos para analizar de forma retrospectiva las causas sistemáticas y prevenir la recurrencia de los eventos adversos y errores evitables que conducen a la muerte, lesión física o psicológica grave o el riesgo de tales lesiones. Se supone que los comentarios de la notificación de incidentes conduce a una mejora de la seguridad de los pacientes en la prestación de servicios de atención de la salud.	La investigación sobre la efectividad de la notificación de incidentes es limitada. Alrededor de 40 estudios han estudiado especialmente la efectividad del análisis mediante la herramienta de causa raíz. Aunque no se han reportado efectos agregados, los resultados indican que la notificación de incidentes en los resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la mortalidad (de 5% a 1% 3 años después) y la mejora de La supervivencia de pacientes a 1 año (de 70 a 93%); (n = 2) • Disminuye la tasa de eventos adversos de medicamentos (en un 46% durante 29 meses, n = 1) • Mejora la seguridad del paciente por la comunicación entre el personal sanitario • Mejora el cumplimiento de proceso de trabajo (78-100%) • Mejora de la atención durante el seguimiento de los pacientes. 	La efectividad del <i>feedback</i> de los sistemas de notificación de incidentes aumenta cuando se considera en el diseño los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • El <i>feedback</i> a múltiples niveles de la organización • Adecuación al tipo de atención prestada • <i>Relevancia</i> de los contenidos para el entorno local y sus sistemas de trabajo • Integración del <i>feedback</i> dentro del diseño sobre seguridad de los sistemas de información • Control del <i>feedback</i> y sensibilidad a los requisitos de información de los diferentes usuarios • <i>Empoderar</i> al personal para asumir la responsabilidad de mejorar la seguridad • Posibilidad de ciclos de <i>feedback</i> rápidos y la comprensión inmediata de los riesgos • <i>Feedback</i> directo a los que han reportado y a los grupos clave de interés • Los procesos de <i>feedback</i> establecidos son continuos, claramente definidos y comúnmente entendidos • Integración del <i>feedback</i> de seguridad dentro de las rutinas de trabajo del personal de primera línea • Se han realizado mejoras visibles • El personal que considera <i>creíble</i> la fuente y el contenido de los comentarios • <i>Feedback</i> preserva la confidencialidad y fomenta la confianza entre profesionales que reportan y los que desarrollan las políticas • El apoyo visible de alto nivel para mejorar los sistemas de iniciativas de seguridad • El aprendizaje de doble bucle

Referencias seleccionadas

- Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A et al. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care 2009; 18(1):11-21.
- Percapio KB, Watts BV, Weeks WB. The effectiveness of root cause analysis: what does the literature tell us? Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 2008; 34(7):391-398.



Tabla de evaluación 13: Lista de verificación de seguridad (check-lists)

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
Listas de verificación de seguridad (<i>check-lists</i>)	Las listas de verificación de seguridad (también conocido como checklist médico) son una herramienta destinada a mejorar los procesos de atención y seguridad de los pacientes. A menudo son parte de las iniciativas de mejora de calidad con múltiples componentes. Los <i>check-lists</i> de seguridad pueden variar en su diseño, contenido y método de aplicación.	<p>El número de estudios que han evaluado la eficacia de los <i>check-lists</i> son pocos (n=9), con varios diseños y ajustes, y con frecuencia sufren de un alto riesgo de sesgo. Por tanto, los resultados deben utilizarse con precaución. El <i>check-list</i> de seguridad se aplicó a los pacientes por los equipos de atención médica, que tenían que incluir un médico clínico o cirujano. En general, se sugieren algunas de las mejoras en la seguridad del paciente como consecuencia del uso de <i>check-lists</i> de seguridad en papel por los equipos de atención médica, en particular con respecto a</p> <p>ICU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la duración de la estancia del paciente en algunos estudios • Mejoras en el cumplimiento de algunos de los procesos de atención en algunos estudios, pero éstos no fueron consistentes en todos los estudios <p>Servicios de urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el uso apropiado de catéteres (no estadísticamente significativo) • Disminución de la duración de la estancia <p>Cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la tasa de cualquier complicación, la infección del sitio quirúrgico, reintervención no planeada, y la muerte • La incidencia de neumonía se mantuvo estable. <p>Acute care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improvement of antibiotic administration within eight hours for patients with pneumonia 	<p>La efectividad de los <i>check-lists</i> es probable que aumente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diseño y el método de implementación se basan en un enfoque basado en la evidencia • El <i>check-list</i> está pilotado y validado (para garantizar que contiene todos los elementos y se interpreta de forma consistente por todos sus usuarios) • Los miembros del personal están entrenados en el uso de éstas y su cumplimiento adecuado.

Referencias seleccionadas

- Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings--limited evidence of effectiveness. BMC Health Serv Res 2011; 11:211..



Tabla de evaluación 14: Visitas de soporte educativo

Estrategia	Descripción	Efectividad	Contexto - acciones
<p>Visitas de soporte educativo</p>	<p>Las visitas de soporte educativo son una intervención de mejora de la calidad orientada a mejorar la práctica de los profesionales y los resultados de la atención. Personas capacitadas visitan a los clínicos en los centros donde trabajan y les facilitan información para cambiar su práctica. La información suministrada puede incluir feedback sobre su desempeño, o puede basarse en la superación de los obstáculos para el cambio. Este tipo de visitas cara a cara es también conocida como la educación basada en el detalle o visitas educativas.</p>	<p>La efectividad de esta acción ha sido bien investigada. Los estudios muestran que las visitas de soporte educativo pueden ser efectivas en la mejora de la práctica profesional. Los efectos son, en su mayor parte, de pequeños a moderados, pero potencialmente importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mediana ajustada de riesgo (RD) en cumplimiento con la práctica deseada fue del 5,6% (rango intercuartil 3-9%) • Efectos pequeños pero consistentes sobre las prácticas de prescripción: la mediana RD 4.8% (rango IQ de 3-6.5%). <p>El efecto sobre otros comportamientos profesionales es más variable (mediana ajustada RD 6% (rango IQ 3.6-16%).</p>	<p>La calificación de la persona que realiza las visitas de soporte educativo es importante para su efectividad. Sin embargo, su influencia potencial no ha sido estudiada hasta la fecha.</p>

Referencias seleccionadas

- O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4):CD000409.
- O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.[Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.pub2]