

“Transformando la Cultura Organizacional en Salud: Marcos y Experiencias Globales



Dr. Enrique Ruelas Barajas


“Transformando la Cultura Organizacional”



- **La cultura y la acreditación en la mejora de la calidad**
- **¿Cambio-Cultura-Liderazgo?**
- **El liderazgo en la calidad y la seguridad**
- **Algunos Casos**
- **Conclusiones**





“Transformando la Cultura Organizacional” 

- La cultura y la acreditación en la mejora
- **¿Cambio-Cultura-Liderazgo?**
- El liderazgo en la calidad y la seguridad
- Algunos casos
- Conclusiones

CONCEPTOS

CAMBIO ORGANIZACIONAL

“Conducir el cambio organizacional es manejar la dinámica, no las piezas”

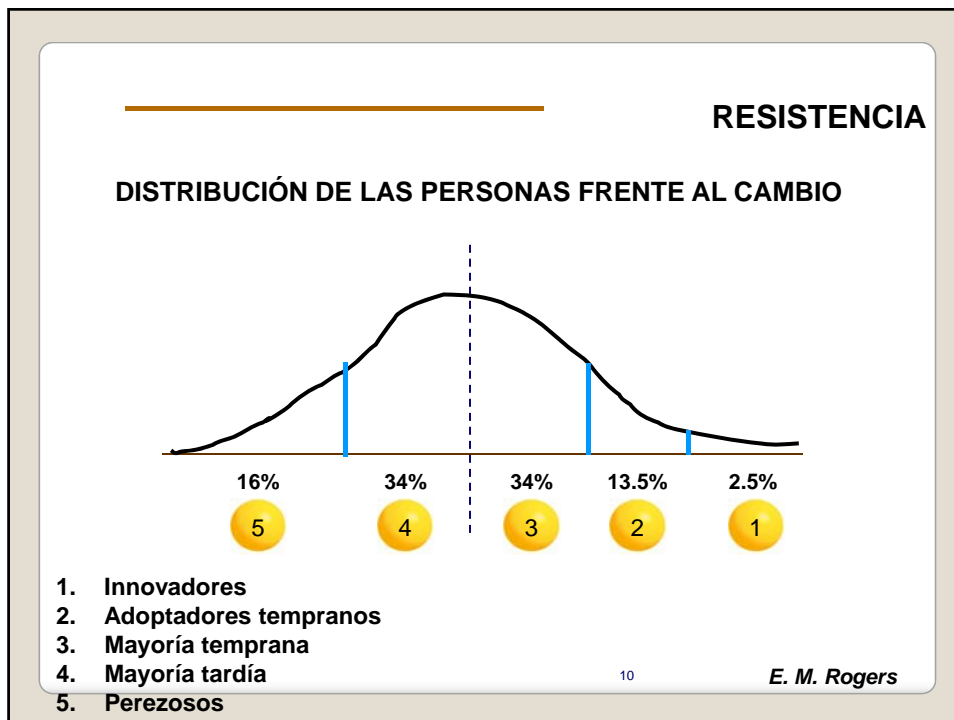
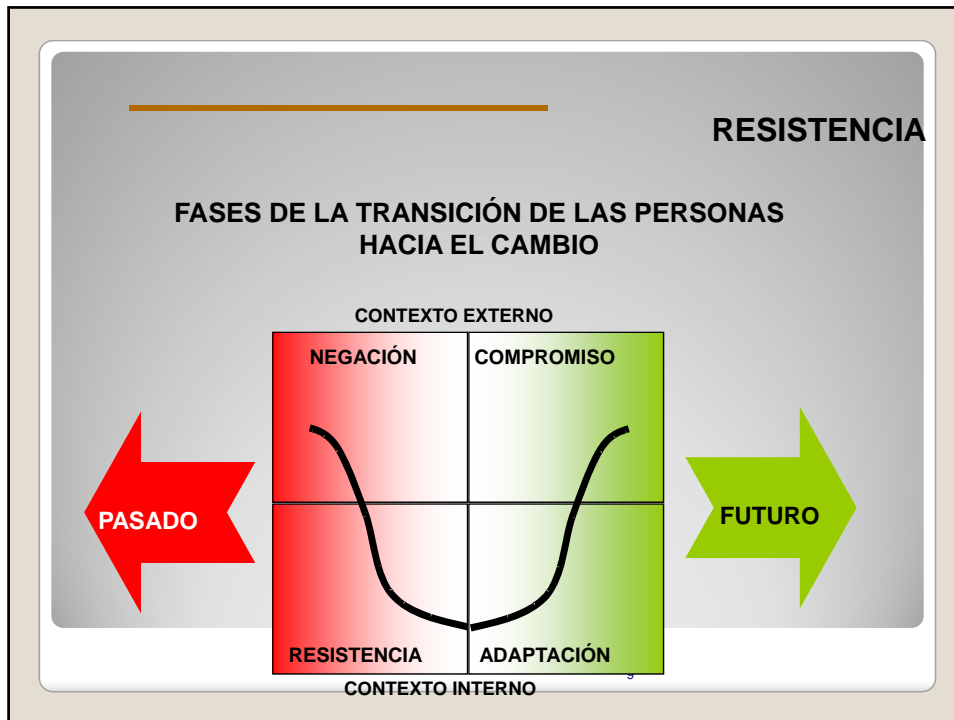
7 *Duck*

RESISTENCIA

EL CAMBIO PRODUCE SENSACIÓN DE PÉRDIDA DE:

- Seguridad.
- Competitividad.
- Relaciones.
- Sentido de dirección.
- Territorio.

8



ESTRATEGIA

REGLAS PARA FACILITAR LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN

1. Encontrar innovaciones “sólidas”
2. Encontrar y respaldar a los innovadores
3. Invertir en los adoptadores tempranos
4. Hacer observable la actividad de los adoptadores tempranos
5. Creer y confiar en la re-inención de la innovación
6. Crear márgenes de recursos para el cambio
7. Liderar con el ejemplo

11 *D. Berwick*

ESTRATEGIA

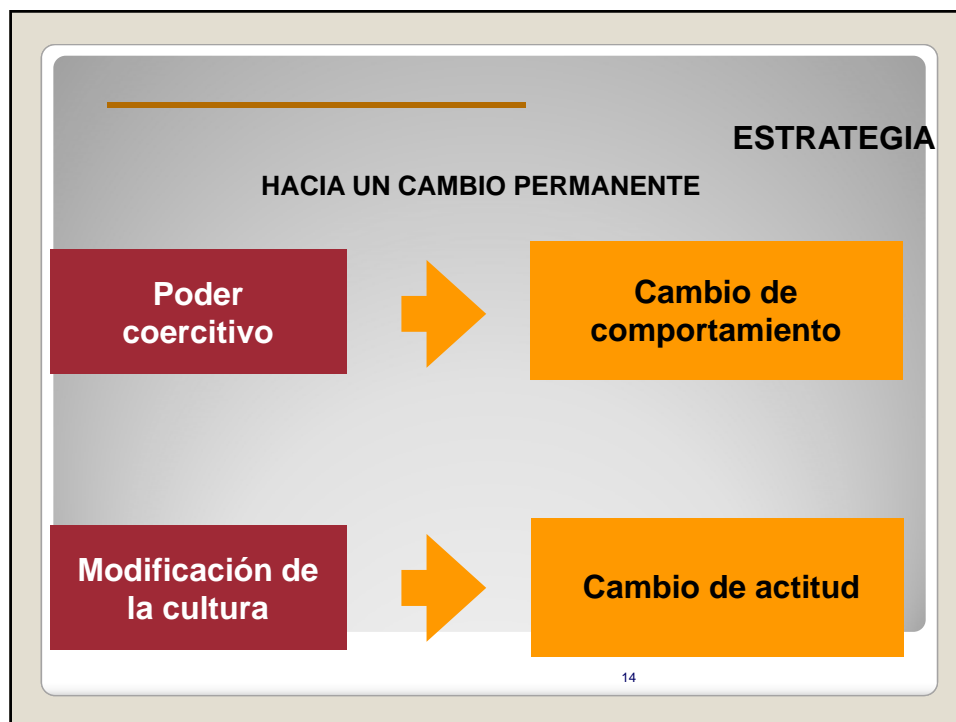
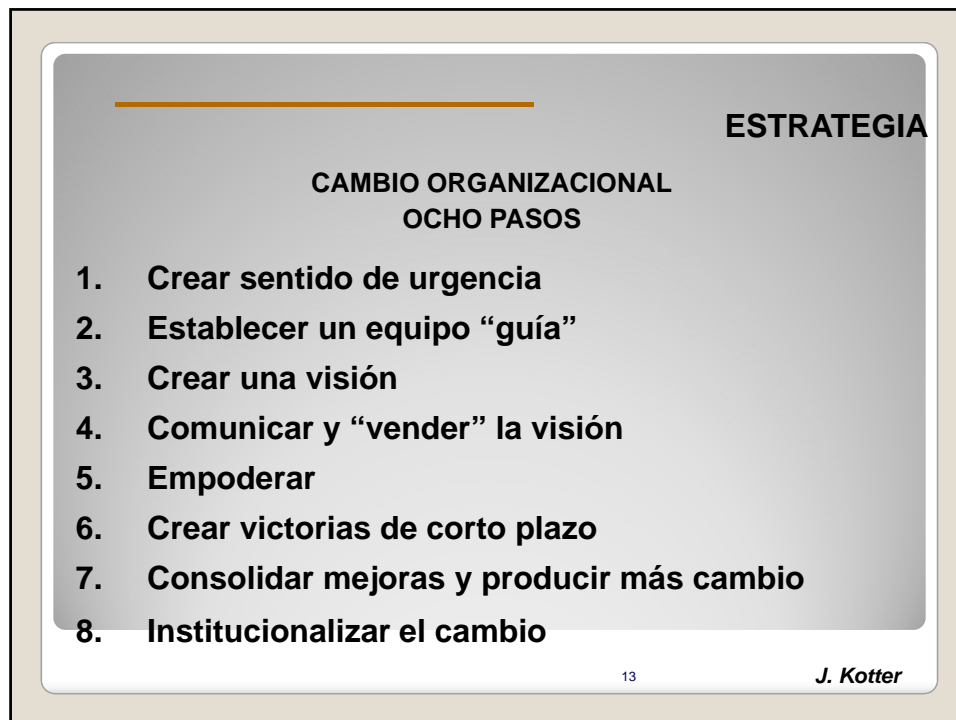
CAMBIO ORGANIZACIONAL

Analizar – Pensar – Cambiar

VS

Ver – Sentir – Cambiar

12 *J. Kotter, 2002*



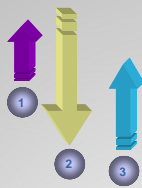
CULTURA ORGANIZACIONAL

- Conjunto de creencias o convicciones
- Desarrolladas por un grupo que va aprendiendo a adaptarse.
- Si éstas creencias o convicciones funcionan, se consideran validas y
- Son enseñadas a los nuevos miembros como aquello que es correcto hacer, sentir o pensar.

Adaptado de E. Schein.

15

FACTORES QUE REFUERZAN UN VALOR EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL



FACTORES


1 **Liderazgo** (Visión – Decisión – Motivación – Ejemplo)
Capacitación
Recursos
Estandarización

1 2 **Medición de resultados**
Información


1 2 3 **Reconocimiento**

E. Ruelas



“Transformando la Cultura Organizacional” 

- La Cultura y la Acreditación en la mejora
- ¿Cambio-Cultura-Liderazgo?
- **El liderazgo en la calidad y la seguridad**
- Algunos casos
- Conclusiones

“Transformando la Cultura Organizacional” 

ERAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA

I. Infalibilidad absoluta	(~4,000 A.C. → 1856 D.C.)
II. Infalibilidad relativa	(1856 → 2000)
III. Falibilidad expuesta	(2000 →)

E. Ruelas

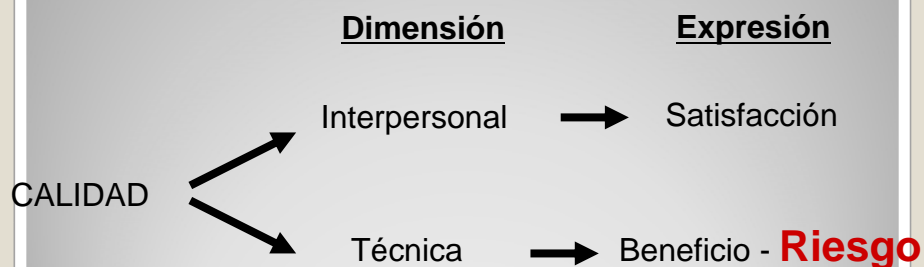
“Transformando la Cultura Organizacional”



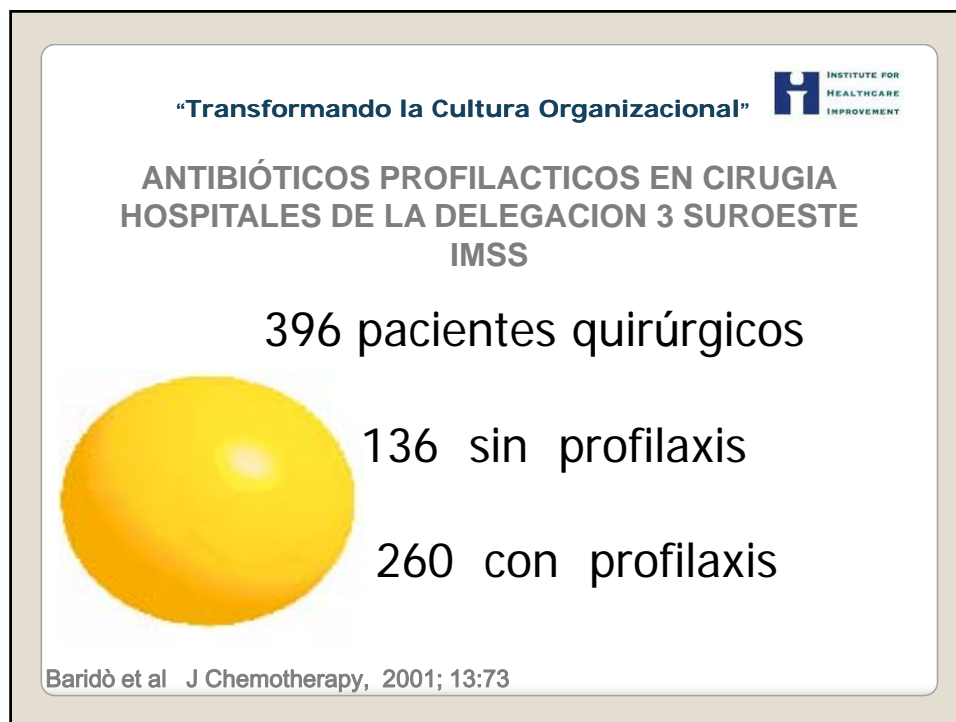
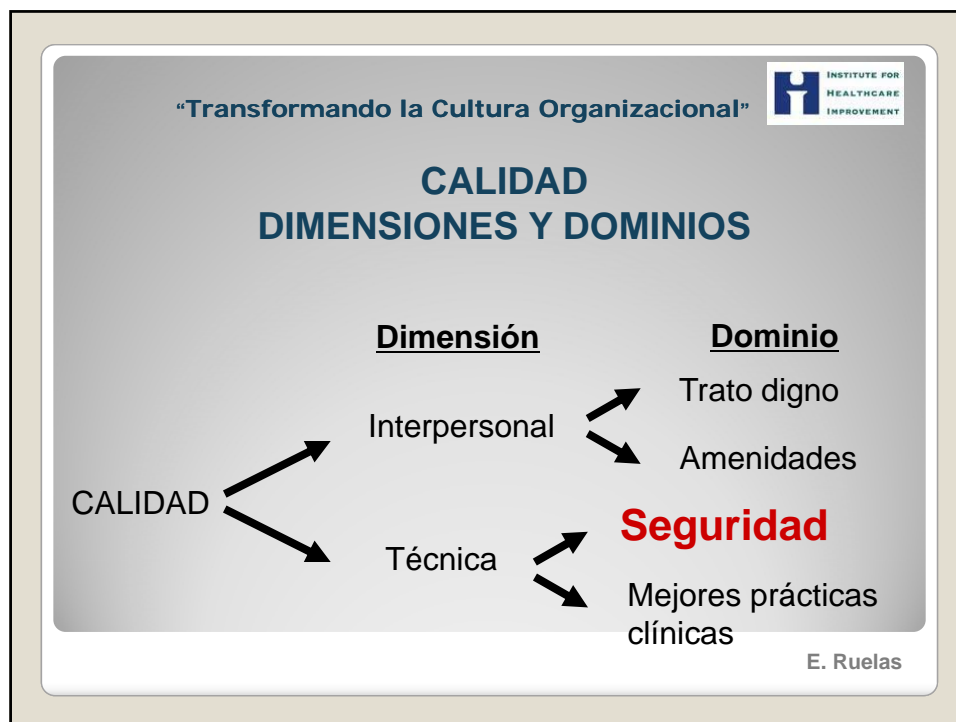
III. Falibilidad Expuesta

- 1999 Instituto de Medicina: libro “Error es humano; Construyendo un sistema de salud seguro”
- Entre 44,000 y 98,000 americanos mueren anualmente por errores médicos prevenibles.

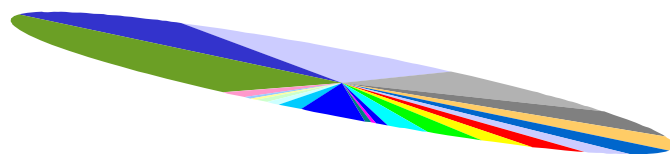
CALIDAD DIMENSIONES Y EXPRESION



A. Donabedian



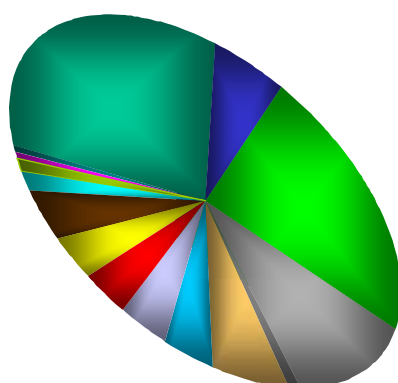
260 Prescripciones 22 Antibióticos Profilácticos Prescritos



■ Cefotaxima	■ Cefalotina	■ Amikacina	■ Ceftazidima
■ Dicloxacilina	■ Penicilina SC	■ Ciprofloxacina	■ Cloranfenicol
■ Tmt+ Smz	■ Peflacina	■ Cefuroxima	■ Tetraciclina
■ Clindamicina	■ Neomicina	■ Ceftriaxona	■ Vancomicina
■ Metronidazol	■ Ampicilina	■ Oxacilina	■ Cefalexina
■ Procaínica	■ Eritromicina		

Baridò et al J Chemotherapy, 2001; 13:73

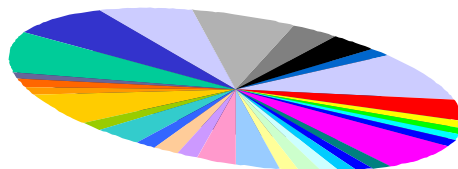
Prescripción de 1 antibiótico profiláctico 15 diferentes antibióticos



■ cefotaxima
■ amikacina
■ cefalotina
■ ceftazidima
■ metronidazol
■ dicloxacilina
■ penicilina acuosa
■ cloranfenicol
■ ciprofloxacina
■ ampicilina
■ tmt+sms
■ peflacina
■ cefuroxima
■ tetraciclina
■ oxacilina

Baridò et al J Chemotherapy, 2001; 13:73

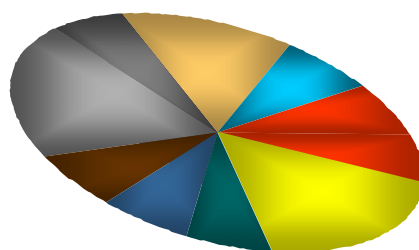
Prescripción de 2 antibióticos profilácticos 32 combinaciones // 68 pacientes



■ amikacina+cefotaxima	■ amikacina+clindamicina	■ amikacina+dicloxacilina	■ amikacina+pen.acuosa
■ amikacina+metro	■ amikacina+cefalotina	■ amikacina+ceftazidima	■ cefotaxima+metronidazol
■ cefotaxima+ciprofloxacina	■ cefotaxima+peflacina	■ cefotaxima+pen.acuosa	■ cefotaxima+tmp+sulfa
■ cefotaximaclindamicina	■ ceftazidima+metronidazol	■ ceftazidima+peflacina	■ ceftazidima+ciprofloxacina
■ ceftazidima+keflex	■ ceftazidima+vancomicina	■ ampicilina+metronidazol	■ ampicilina+pen.acuosa
■ cefalotina+ceftriaxona	■ metronidazol+peflacina	■ metronidazol+neomicina	■ metronidazol+tmp+sulfa
■ pen.acuosa+procainica	■ cipro+cefalotina	■ cipro+ceftriaxona	■ clora+dicloxacilina
■ clora+tmt+sulfa	■ dicloxacilina+cipro	■ dicloxa+cefalotina	■ ceftazidima+cefotaxima

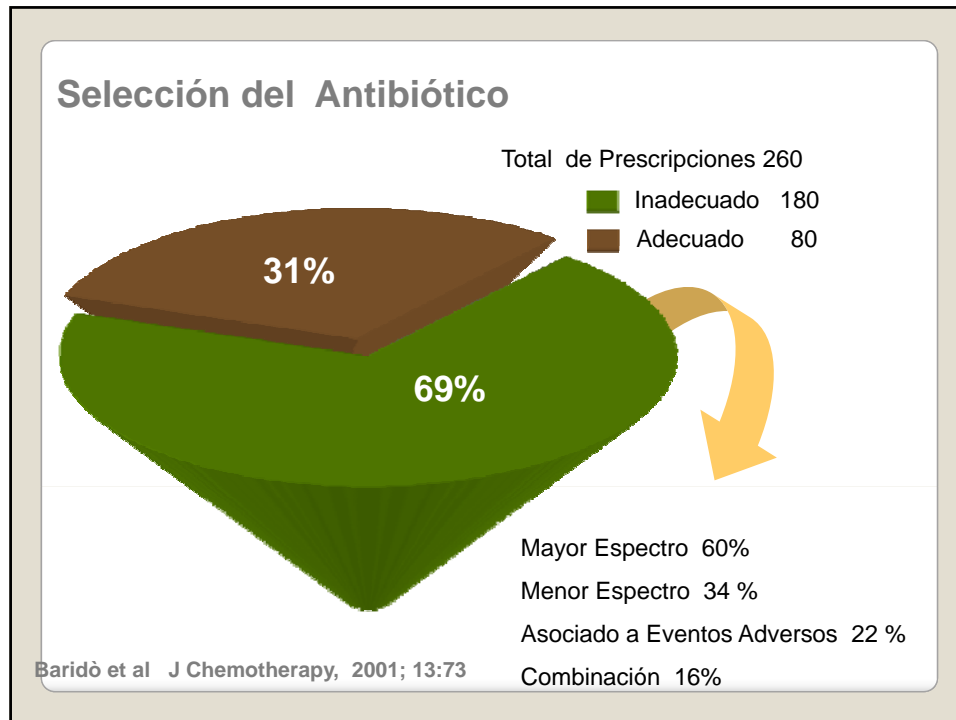
Baridò et al J Chemotherapy, 2001; 13:73

Prescripción de 3 antibióticos profilácticos 10 combinaciones // 15 pacientes



■ amikacina+metronidazol+Penicilina acuosa	■ amikacina+ampicilina+clindamicina
■ amikacina+cefotaxima+metronidazol	■ amikacina+cefotaxima+cefalotina
■ amikacina+cefotaxima+clindamicina	■ amikacina+clindamicina+penicilina acuosa
■ amikacina+metronidazol+penicilinaacuosa	■ ampicilina+clindamicina+penicilina acuosa
■ cefotaxima+eritromicina+neomicina	

Baridò et al J Chemotherapy, 2001; 13:73



“Transformando la Cultura Organizacional”

•El problema de la inducción

“Pero con toda mi experiencia, nunca me he encontrado en un accidente (quirúrgico) de ningún tipo que sea digno de mención. En todos mis años en el (hospital), solo he visto un (paciente) en situación difícil. Nunca vi ningún (evento adverso), nunca he (producido uno) ni jamás me he encontrado en una situación que amenazara con acabar en algún tipo de (error grave)”

¿Un(a) cirujano(a)?


¿Un(a) enfermero(a)

¿Un(a) Jefe(a) de Servicio?

¿El (La) Director(a) de un hospital?

*“Pero con toda mi experiencia, nunca me he encontrado en un accidente de ningún tipo que sea digno de mención. En todos mis años en el **mar** solo he visto un **barco** en situación difícil. Nunca vi ningún **naufragio** nunca he **naufragado** ni jamás me he encontrado en una situación que amenazara con acabar en algún tipo de **desastre**”*

E. J. Smith, Capitan del RMS Titanic. 1907




WHITE STAR LINE

R.M.S. **TITANIC**
45000 TONS
THE LARGEST AND SAFEST STEAMER IN THE WORLD

Maiden voyage April 10th 1912

To NEW YORK,
From Southampton.

JAMES R. WALKER & SON. at 128 Oxford Street and 24 Regent Street, London



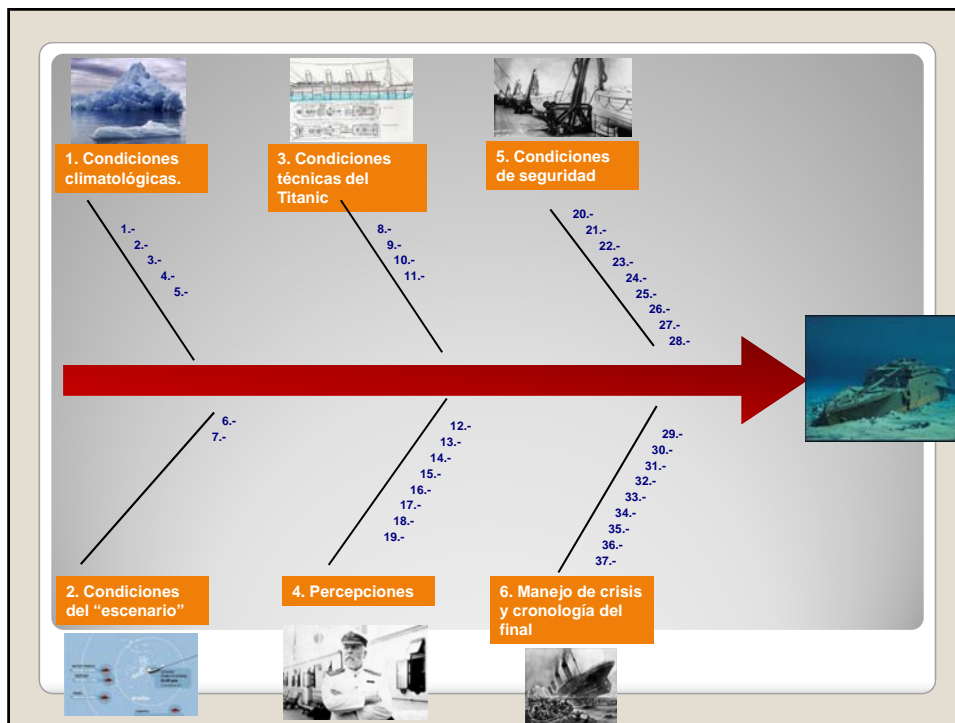
WHITE STAR LINE

R.M.S. **TITANIC** 45000 TONS
THE LARGEST AND **SAFEST** STEAMER IN THE WORLD

Maiden voyage April 10th 1912

To NEW YORK,
From Southampton.

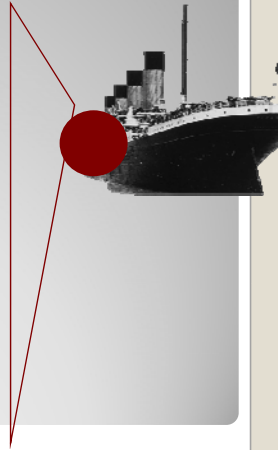
JAMES R. WALKER & SON. at 128 Oxford Street and 24 Regent Street, London



1. Condiciones climatológicas



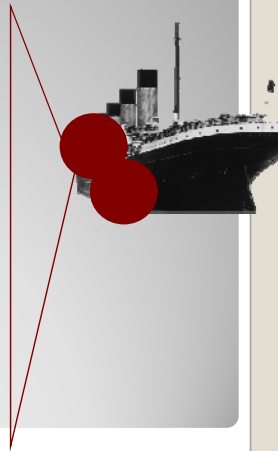
1. Corrientes de Labrador y del Golfo = "Espejismo de agua fría".
1. No hay luna.
1. Las estrellas están muy brillantes y titilan intensamente.
2. No hay olas.
3. El agua está a 28 grados Fahrenheit.



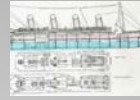
2. Condiciones del escenario



6. El Titanic transita por la "Ruta de Gallardetes" = gran cantidad de icebergs
6. Hay más icebergs de lo habitual ese año: aproximadamente 1000 en lugar de 500 promedio al año



3. Condiciones técnicas del Titanic

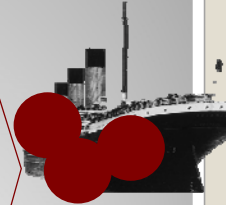


8. Tenía 16 compartimentos para distribuir agua en caso de inundación. Con 4 llenos de agua aún puede flotar.

9. Tenía 13 botes salvavidas con capacidad para 1,178 pasajeros.

10. Llevaba a bordo a 2,227 pasajeros.

11. Navegaba a una velocidad de 22 nudos, de 23 posibles.



4. Percepciones



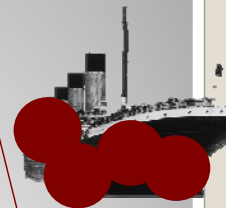
12. El Capitán Edward J. Smith era ampliamente reconocido.

13. El Capitán Smith y el constructor habían alardeado sobre la imposibilidad de hundimiento.

14. Un marinero respondió a pregunta de una pasajera: "Sí señora, Dios mismo no lo podría hundir".

15. El "espejismo de agua fría" hacía que el horizonte se percibiera más arriba de lo que en realidad estaba.

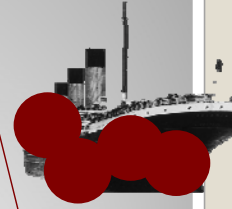
16. A las 10:00 p.m. se reportó "aire claro" = visibilidad perfecta.



4. Percepciones



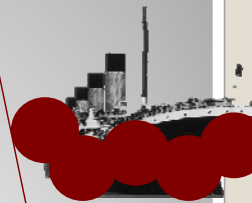
17. El iceberg contra el que chocó era un "Iceberg Azul"= se había volteado, estaba mojado y eso lo hizo más oscuro que los demás.
18. La lámpara Morse del Titanic no se percibía claramente desde el Californian por la cantidad de estrellas titilantes.
19. El Capitán del Californian no creyó que pudiese ser un barco como el Titanic.



5. Condiciones de seguridad



20. El 14 de abril por la mañana el Capitán Smith canceló el simulacro programado.
21. A lo largo del día se recibieron advertencias de 6 barcos sobre presencia de icebergs en la ruta.
22. A las 9:40 p.m. el Mesada envió un mensaje que el operador de radio del Titanic no entregó en el puente de mando.
23. A las 10:30 p.m. el Californian envió un mensaje diciendo que estaba bloqueado entre icebergs.



5. Condiciones de seguridad



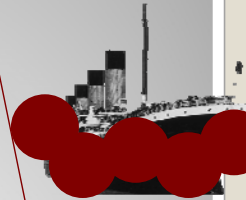
24. El operador de radio del Titanic recibió el mensaje y respondió: "shut up! shut up! I am busy. I am working". Estaba enviando mensajes de los pasajeros a Nueva York.

25. El operador de radio del Titanic terminó su turno, apagó el radio a las 11:30 p.m. y se fue a dormir.

26. Era el único operador de radio del Titanic.

27. Los vigías del Titanic no tenían binoculares (los binoculares no estaban donde debían estar).

28. Los botes salvavidas tenían capacidad para el 53% por ciento de todos los pasajeros que llevaba a bordo.



6. Manejo de la crisis y cronología del final



29. 11:00 p.m. El Titanic estaba a 16 km. del iceberg.

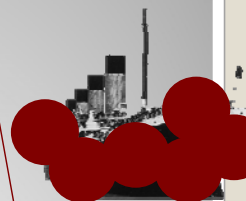
30. 11:35 p.m. Avistamiento del iceberg. Se dio la alarma con tres campanadas.

31. 11:40 p.m. IMPACTO. Se dañaron 6 de los 16 compartimientos de agua.

32. 12:05 a.m. El Capitán Smith ordenó abordar los botes salvavidas.

33. 12:15 a.m. Se envió señal de ayuda (S.O.S)

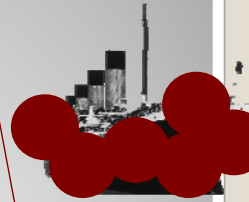
34. 12:45 a.m. Baja el primer bote.



6. Manejo de crisis y cronología del final.



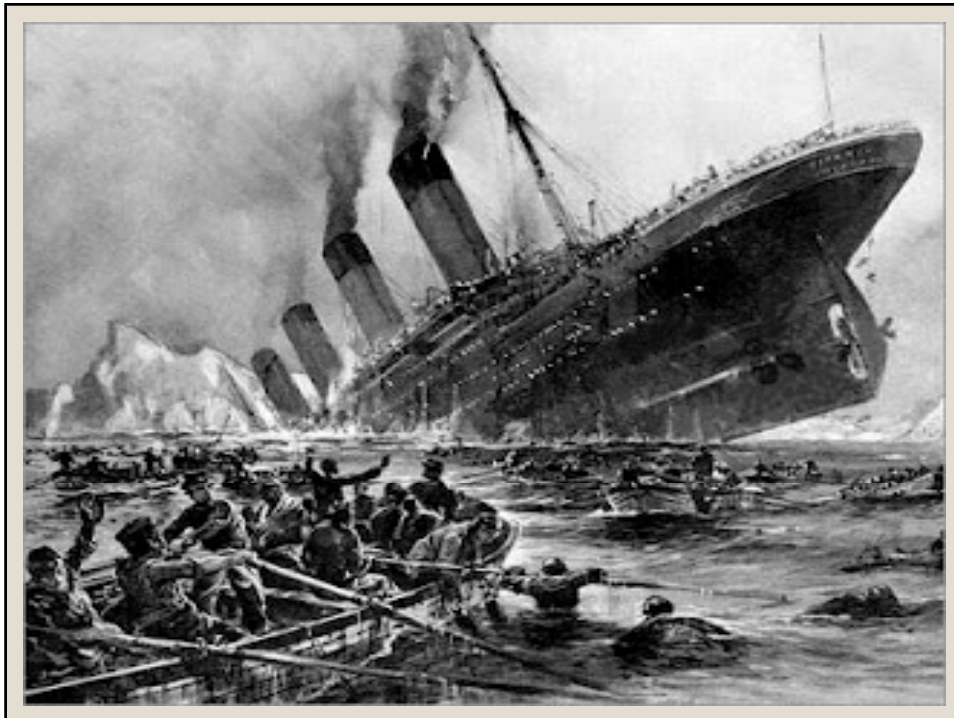
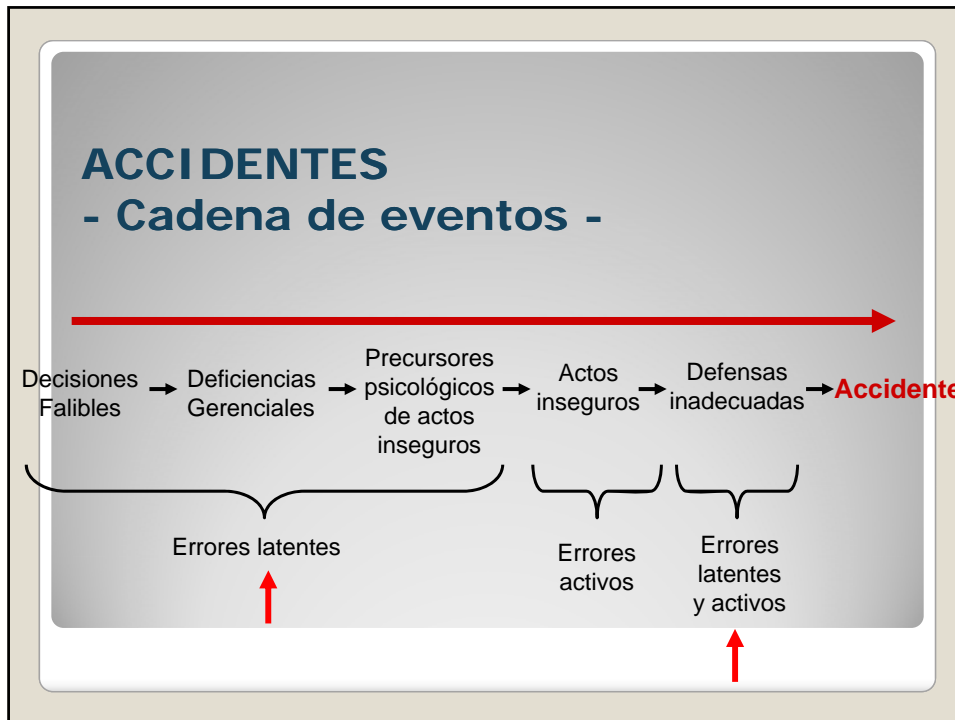
35. 1:30 a.m. Habían bajado 700 pasajeros de 2,227
36. 2:05 a.m. El Capitán Smith arengó a sus hombres: "Señores: han cumplido con su deber...!"
37. Murieron 1,517 pasajeros y tripulación del barco "más seguro" del mundo en las aguas heladas del Atlántico Norte...en calma.

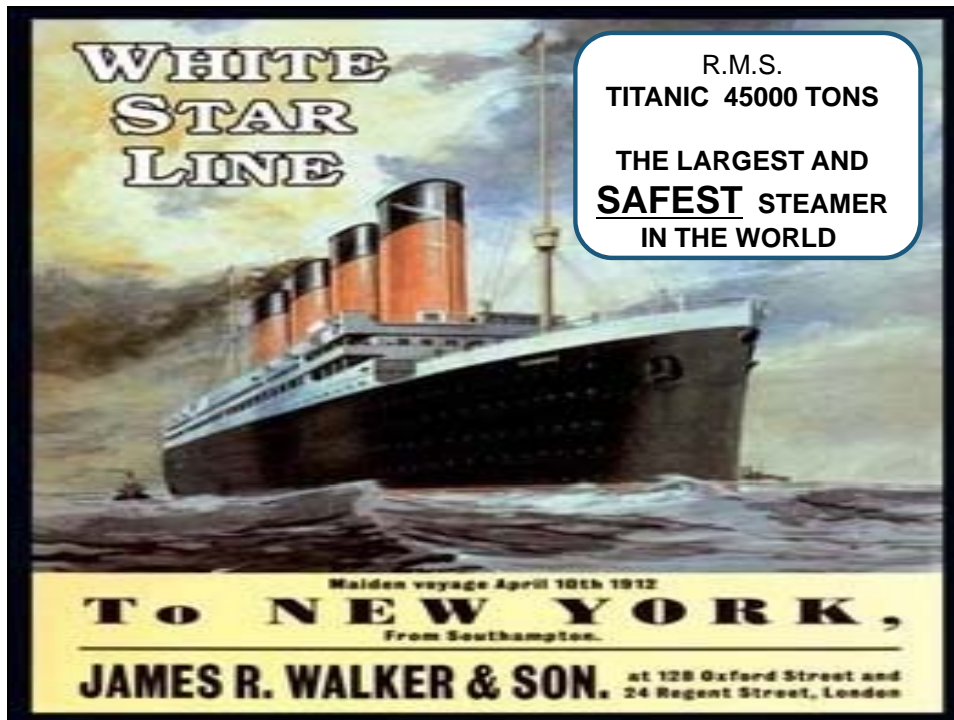


1. Condiciones climatológicas
2. Condiciones del "escenario"
3. Condiciones técnicas del Titanic
4. Percepciones
5. Condiciones de seguridad
6. Manejo de la crisis y cronología del final

Efecto Queso Suizo








“EI PROBLEMA DE LA INDUCCIÓN,
LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y LAS PARTITURAS”



→ **LOS ACCIDENTES SON GENERALMENTE RESULTADO DE UNA CADENA DE EVENTOS DETONADOS POR EL DISEÑO DEFECTUOSO DE UN SISTEMA QUE INDUCE AL ERROR O HACE DIFÍCIL DETECTARLO.**


**“EI PROBLEMA DE LA INDUCCIÓN,
LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y LAS PARTITURAS”**



**“LA SEGURIDAD ES UNA CARACTERÍSTICA
DE LOS SISTEMAS, NO DE SUS
COMPONENTES”**

Cook

**“EI PROBLEMA DE LA INDUCCIÓN,
LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y LAS PARTITURAS”**



**→ DISEÑAR UN SISTEMA
SEGURO**

VS.

CULPAR INDIVIDUOS

“Transformando la Cultura”




•La necesidad de “partituras”

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

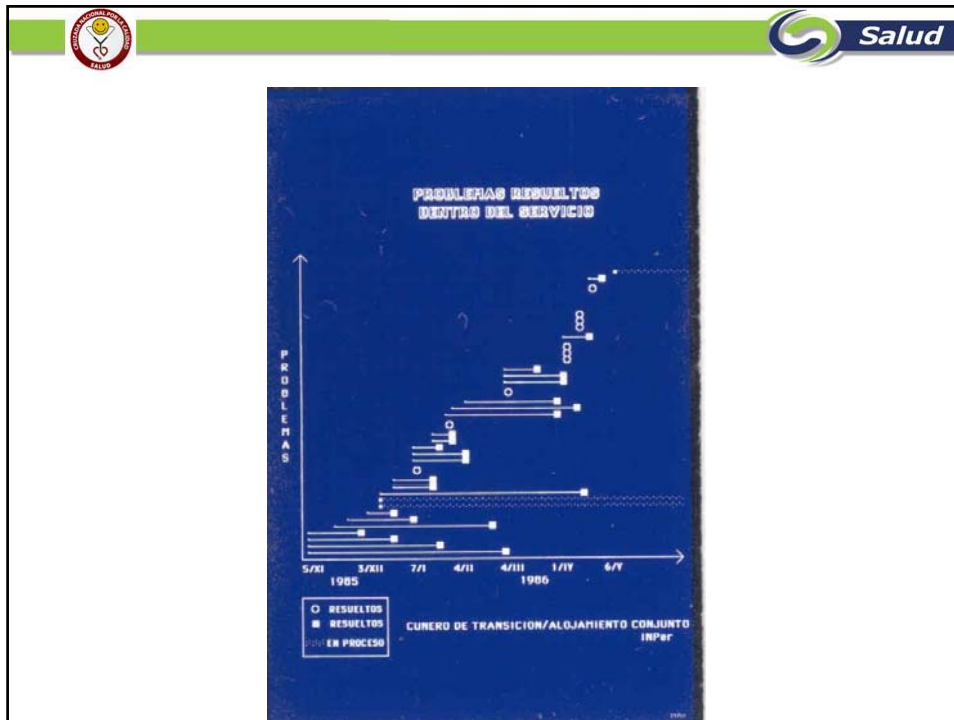
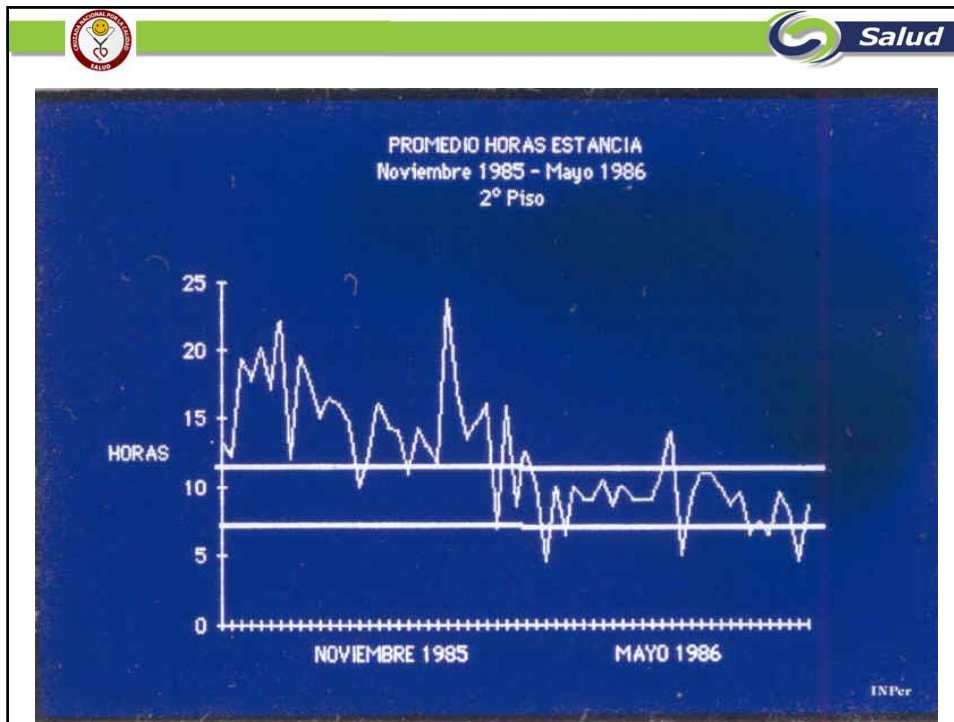
	Basal	Checklist	Valor de P
Casos	3733	3955	-
Muerte	1.5%	0.8%	0.003
Morbilidad total	11.0%	7.0%	<0.001
Infección de herida quirúrgica	6.2%	3.4%	<0.001
Reoperación no planeada	2.4%	1.8%	0.047

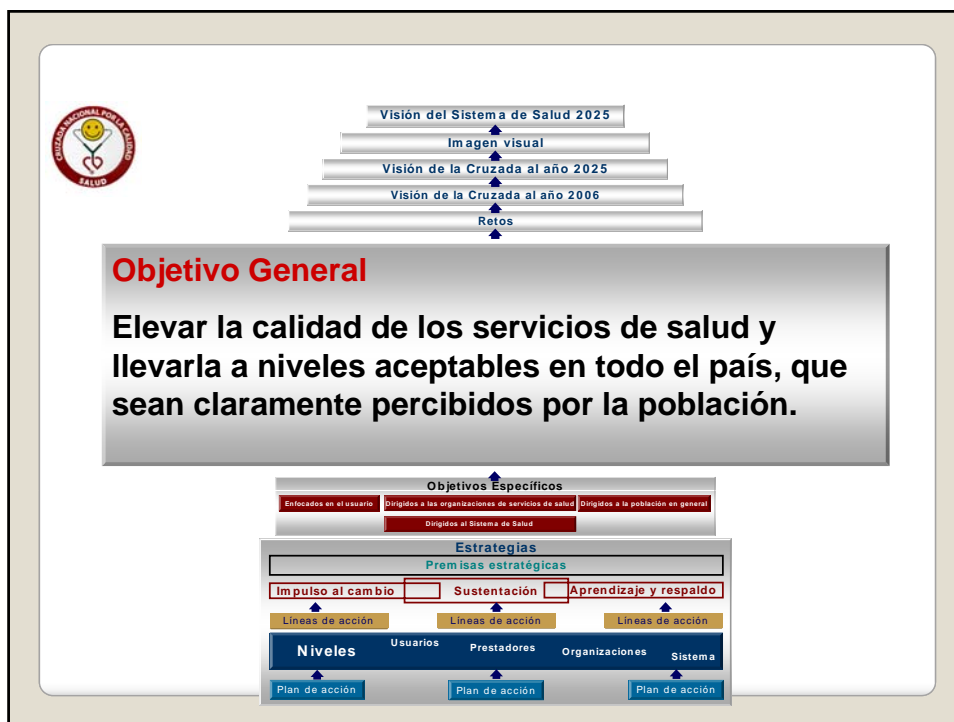
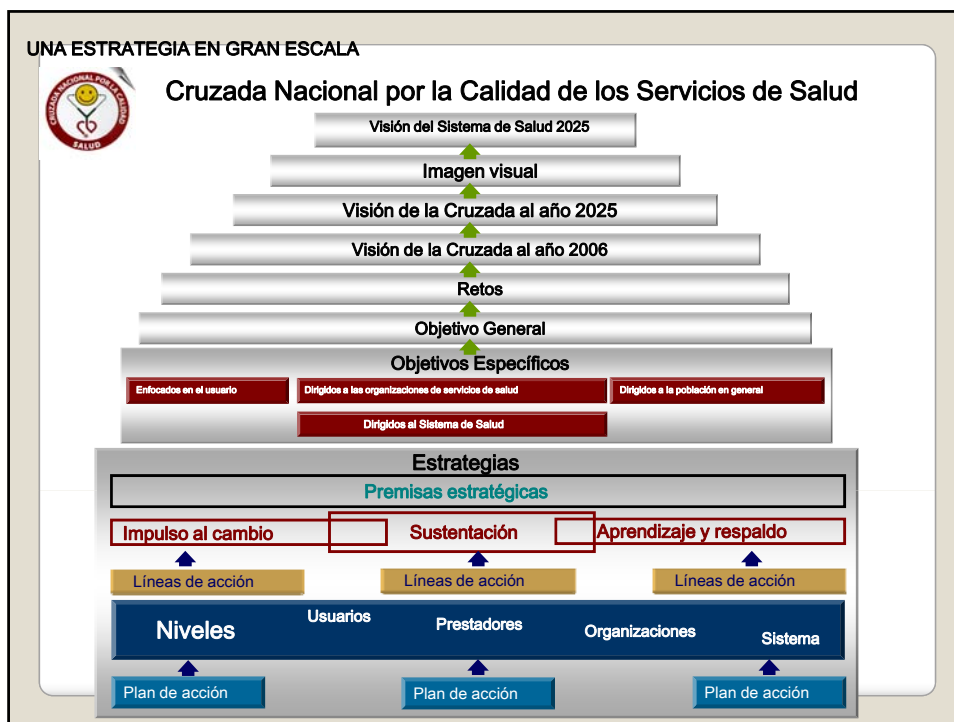
Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* 360:491-9. (2009)

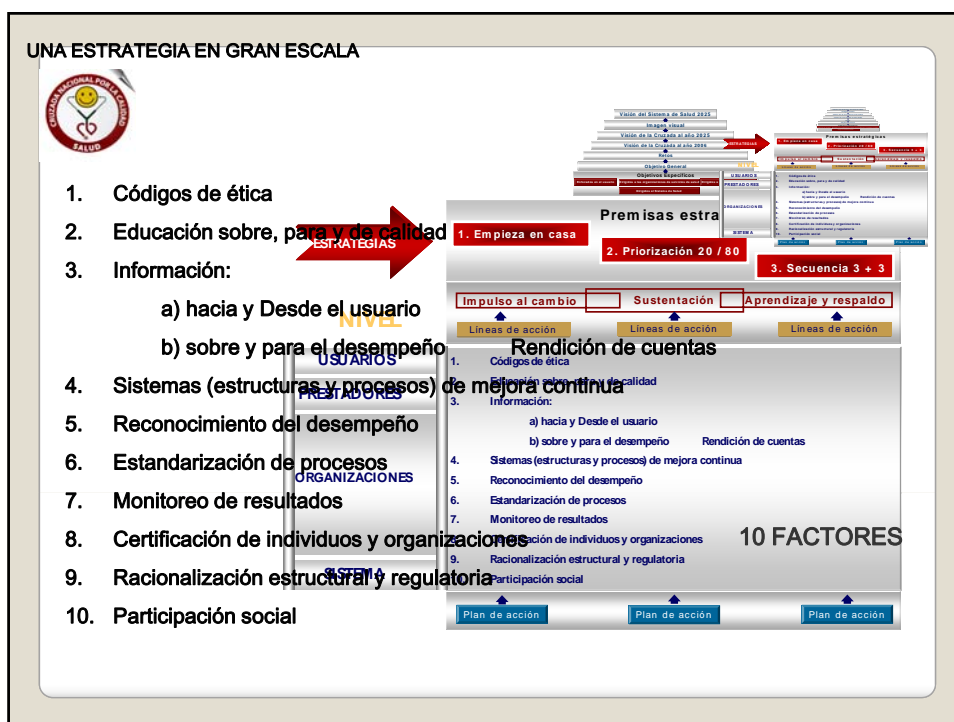
CÉDULA DE CERTIFICACIÓN	
➤ 1. Estándares centrados en el paciente	161
➤ 2. Estándares de gestión del Establecimiento de Atención Médica	166
➤ 3. Metas internacionales para la seguridad del paciente y sistemas de información	6 9
TOTAL	342

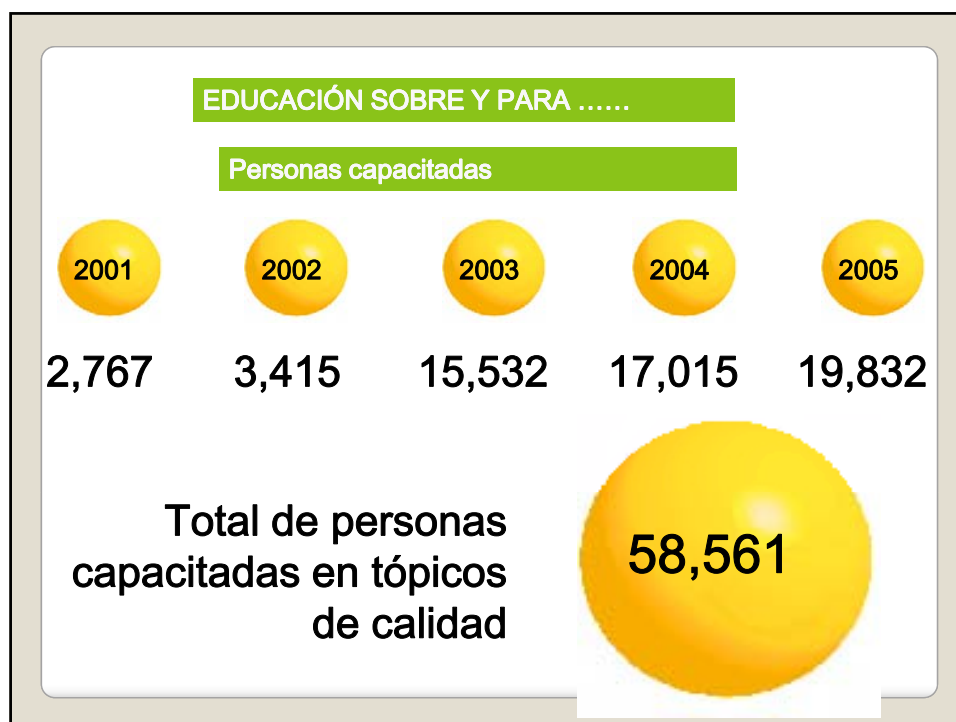
“Transformando la Cultura Organizacional” 

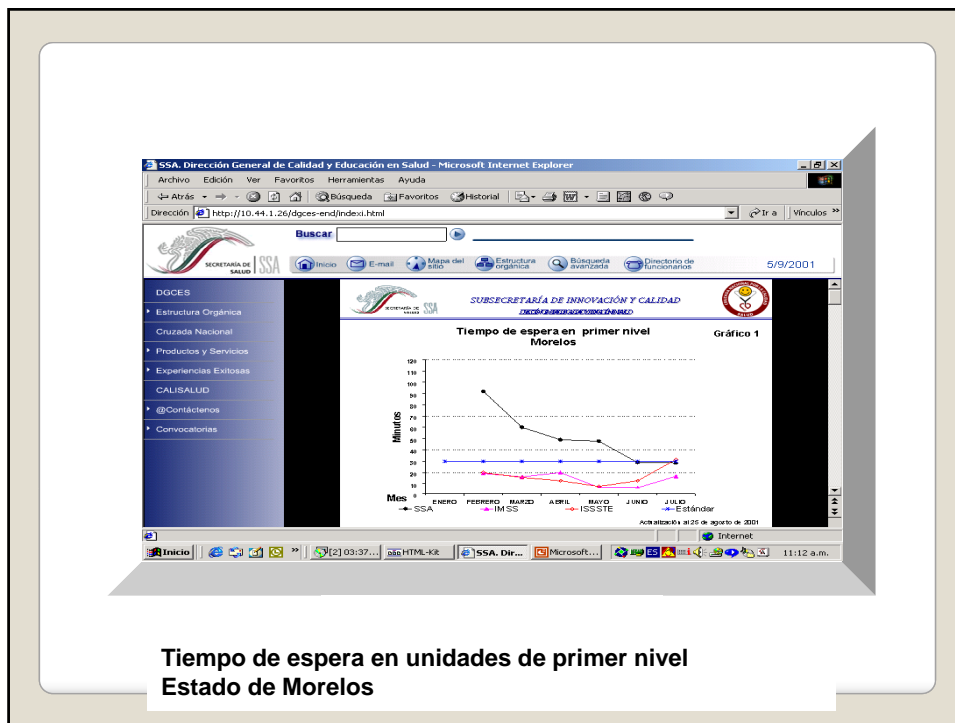
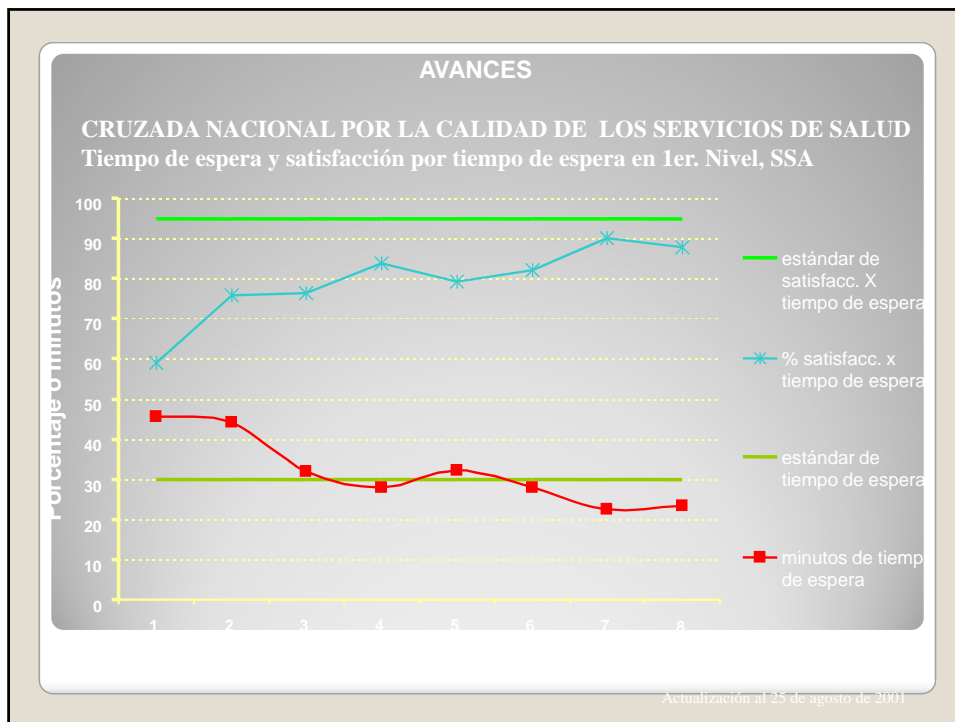
- La cultura y a acreditación en la mejora
- ¿Cambio-Cultura-Liderazgo?
- El liderazgo en la calidad y la seguridad
- **Algunos casos**
- Conclusiones





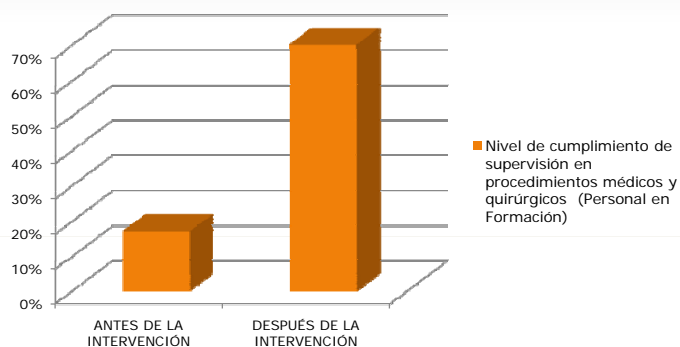






MEJORA DE LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN
DURANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

**Nivel de cumplimiento de supervisión en
procedimientos médicos y quirúrgicos
(Personal en Formación)**

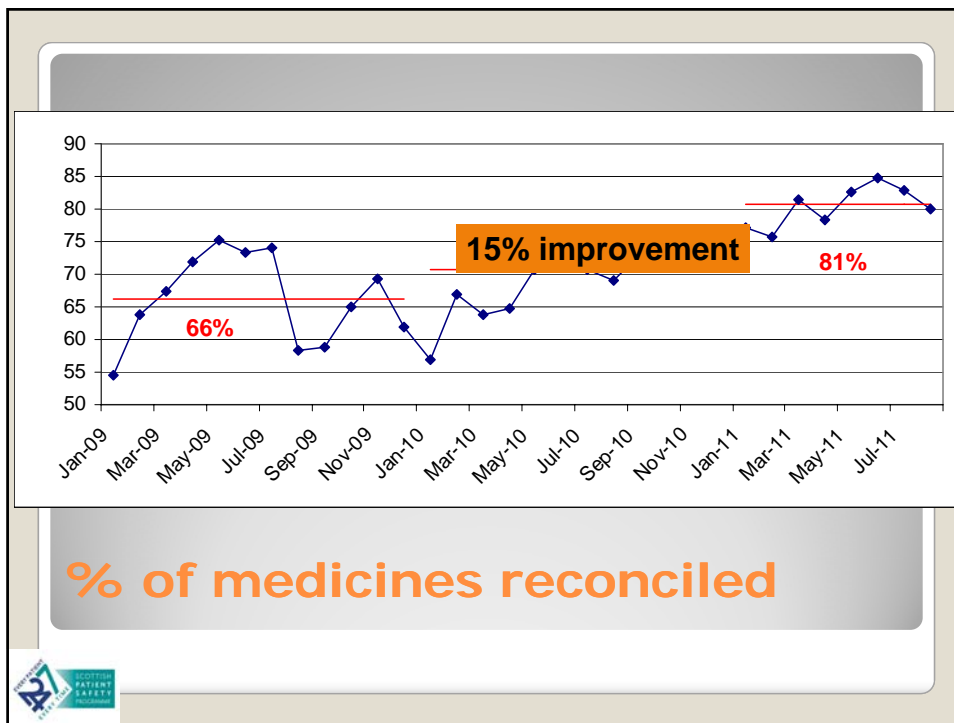
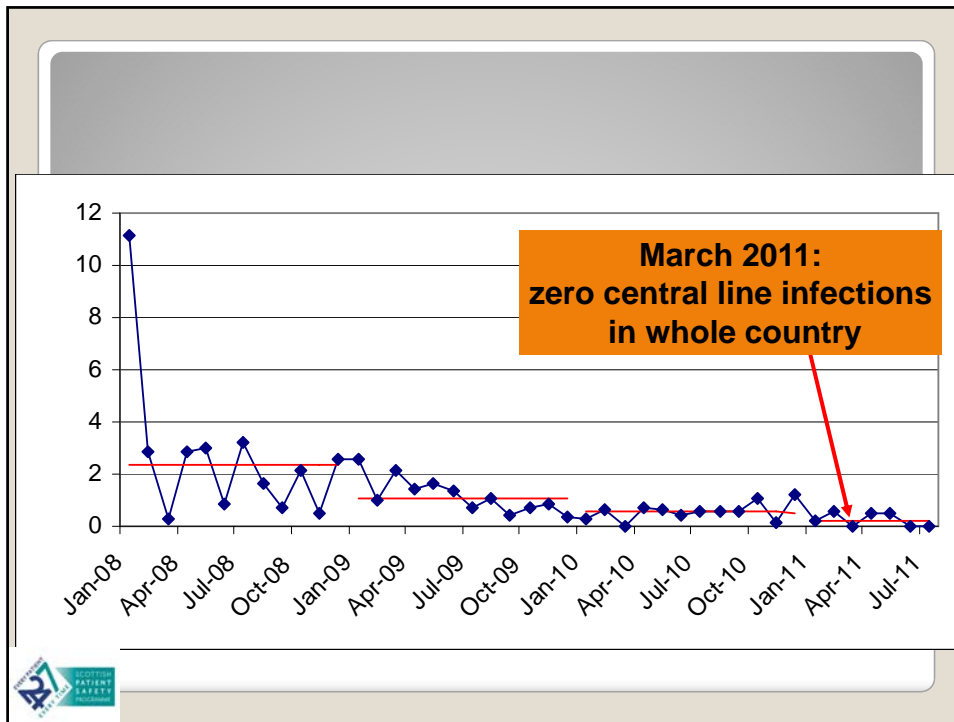


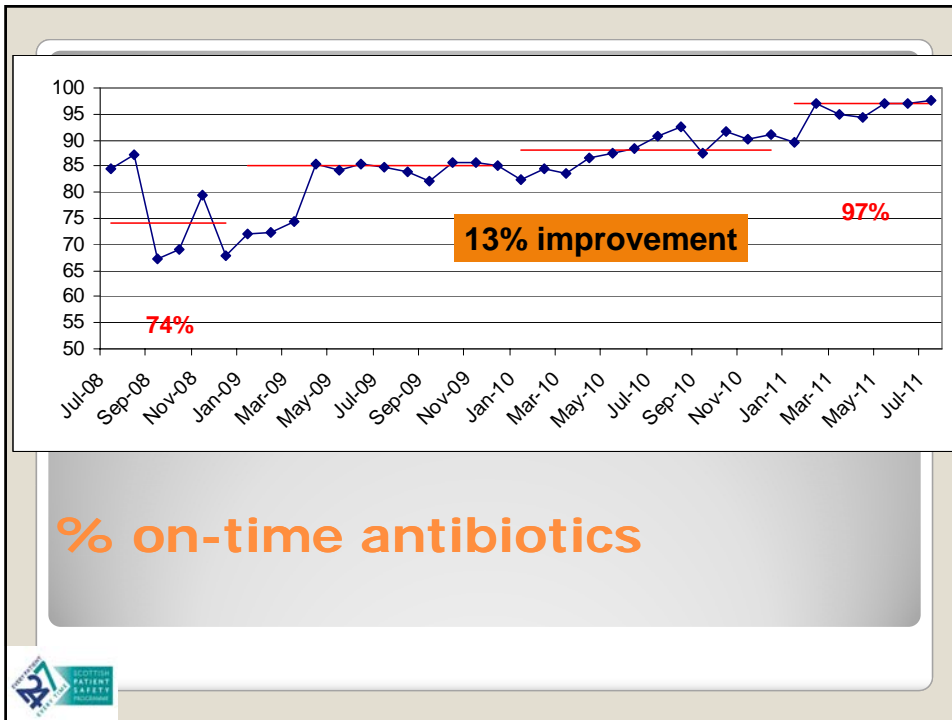
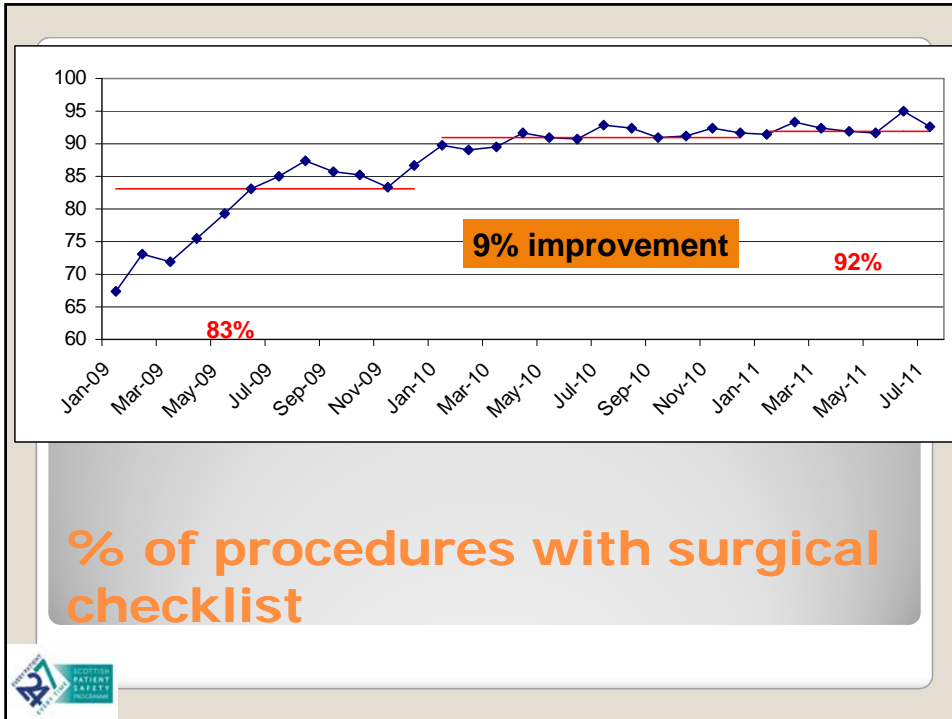
MEJORA DE LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN
DURANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

PERCEPCIÓN DEL CLIMA

PERCEPCIÓN CLIMA DE SEGURIDAD				
MEDIDA	<i>INCLUYE TODO EL PERSONAL ENCUESTADO</i>		<i>EXCLUYENDO AL PERSONAL EN FORMACIÓN</i>	
	1A MUESTRA	2A MUESTRA 6 meses después	1A MUESTRA	2A MUESTRA 6 meses después
Media	6.8*	8.3*	8.3	8.5

*p 0.11







- Metas claras y una metodología definida, con soluciones definidas ('bundles', etc)
- Formación de capacidades en calidad y seguridad
- Acciones concretas del liderazgo
- Desarrollo de líderes futuros
- Medición mensual de procesos y resultados, compartida y transparente
- Colaboración constante

Teoría del cambio

“Transformando la Cultura Organizacional”



- La cultura y la acreditación en la mejora
- ¿Cambio-Cultura-Liderazgo?
- El liderazgo en la calidad y la seguridad
- Algunos casos
- **Conclusiones**

GESTIÓN DE LA CALIDAD
UN MODELO OPERATIVO

EL MODELO 4 X 4

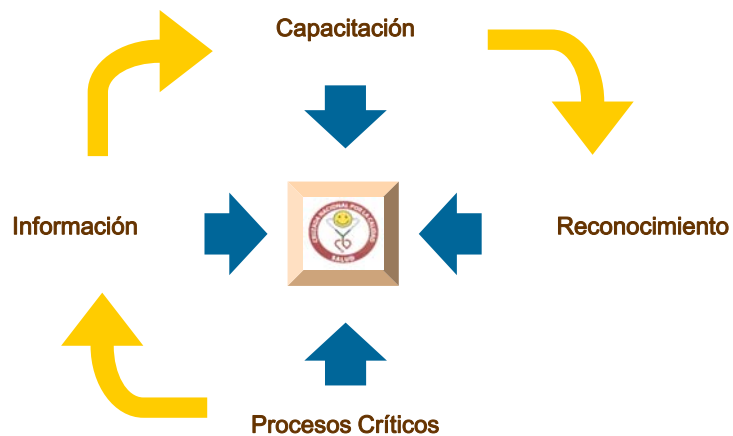
4 PILARES

4 ENGRANES

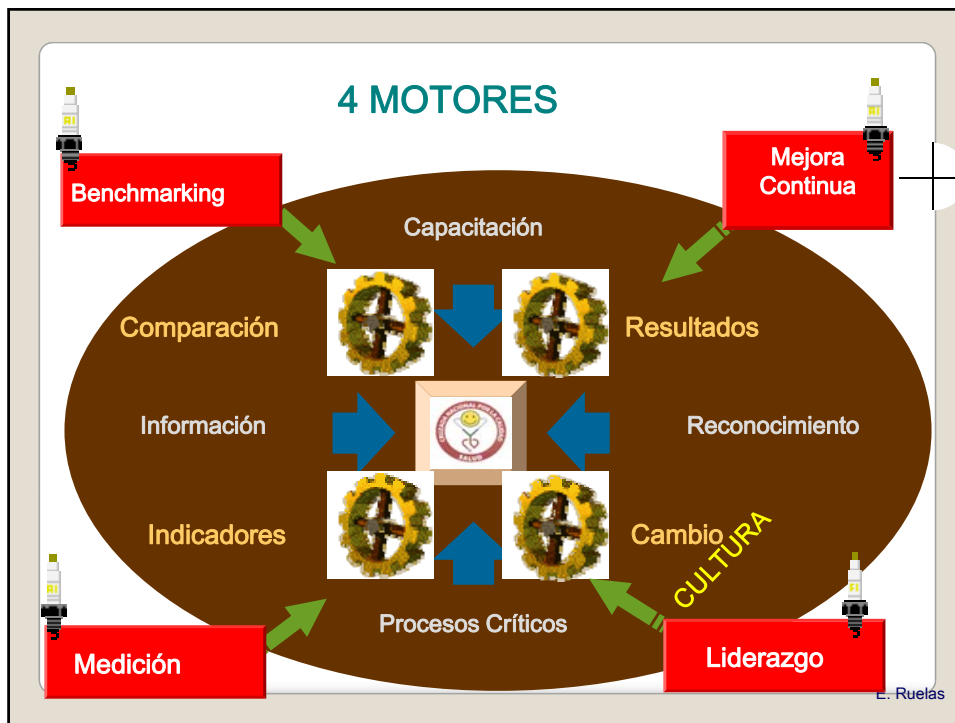
4 MOTORES

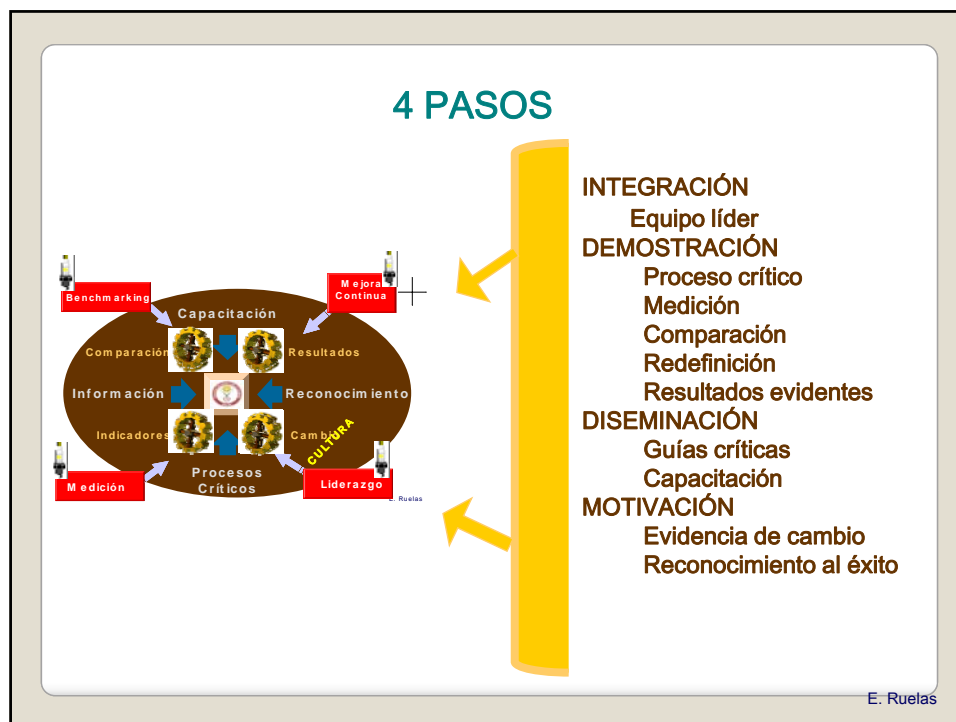
4 PASOS

4 PILARES



E. Ruelas





“En las últimas semanas me han tratado como a un rey. Me han consentido y me han dado de comer todo lo que he querido, ¡Qué afortunado he sido de estar internado todo este tiempo en un ambiente tan bondadoso!”

¿Un paciente antes de ser sometido a un procedimiento quirúrgico?

"En las últimas semanas me han tratado como a un rey. Me han consentido y me han dado de comer todo lo que he querido, ¡Que afortunado he sido de estar todo este tiempo en un ambiente tan bondadoso!"

Un pavo. La noche del 23 de Diciembre

El Problema de la Inducción. Bertrand Russell.

Put a face on the data

Jim Reinertsen, MD


...and whenever possible

4/13/2012

Baseline SSER, Calendar Year 2008, 46 Events

John B. 9/06/2008 Delay in Dx	Shirley H. 12/23/08 Post Proced Death	Florita H. 7/03/2008 Delay in Tx	Wade W. 7/16/2008 Delay in Tx	Baby Boy S. 8/1/2008 Wrong Pt. Procedure	Joseph R. 9/08/2008 Delay in Dx.	
Tamika M. 4/21/2008 Med Error	Andrea M. 6/24/2008 Wrong Procedure	Nancy H. 6/18/2008 Med Error	Jimmy P. 7/07/2008 Fall	Joann E. 9/23/2008 Wrong Site Surgery	Cynthia M. 10/27/2008 Med Error	
Baby Girl V. 5/12/2008 Mother's Delay in Tx	Kyle W. 9/13/2008 Delay in Tx	Teodur C. 1/29/08, 2/12/2008 Delay in Tx	Alvin G. 8/17/2008 Fall	Nicole S. 1/4/2008 Delay in Dx	Margaret H. 2/6/2008 Med Error	
Ursula H. 2/12/2008 Fall	Ms. L. 2/14/2008 Delay in Tx	Sandra M. 12/10/2008 Post Procedure Death	Karen G. 8/5/2008 Proced Cx/Delay in Tx	Cynthia K. 11/10/2008 Delay in Tx	Lance D. 10/30/2008 Delay in Tx	
Nicole H. 8/12/2008 Post-proced Cx	Robert S. 10/13/2008 Fall	Mary D. 3/9/2008 Med Error	Baby Boy G. 3/25/2008 Med Error	Lorena W. 11/10/2008 Post Procedure Death	Priscilla W. 8/30/2008 Delay in Tx	
Eugene B. 10/27/2008, 10/28/2008 Med Error, Fall	Kathy W. 12/16/2008 Post Proced Loss of Function			Robert B. 12/2/2008 Post Procedure Death	Dale W. 10/12/2008 Med Error	
Virginia L. 8/12/2008 Delay in Tx	Helene C. 9/5/2008 Fall			Lester J. 9/5/2008 Fall	Calvin P. 4/4/2008 Med Error	Gwendolyn P. 10/28/2008 Wrong Implant
Chantal E. 6/26/2008 Inapprop Touching	Gary B. 6/13/2008 Fall			Mary C. 12/19/2008 Fall	Douglas T. 10/18/2008 Med Error	

24 Patients & Events – Jan-Dec,2009 vs 46 Total for 2008

Louene D. 9/23/09 Fall	Beverly S. 2/4/09 Med Error	Robert D. 5/12/09 Post Procedure Death	Karen C. 9/28/09 Delay In Treatment	Peggy P. 7/1/09 Burn	Sharenda W. 2/15/09 Med Error
Edward R. 4/23/09 Wrong Side Procedure	Brenda R. 10/14/09 Delay In Treatment	James H. 10/25/09 Post Procedure Death	Lilliam C. 4/3/09 Retained foreign object	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 47% Reduction SSER from Dec. 08 Baseline 48% Reduction in # of events year to year </div>	
Dorothy R. 1/28/09 Delay In Treatment	Donna S. 6/4/09 Retained foreign object				
Monroe K. 5/18/09 Post Procedure Death	Jerry Y. 11/7/09 Fall			Yoland C. 7/7/09 Delay in Treatment	Scott G. 9/5/09 Delay in Treatment
Juanita A. 5/14/09 Delay In Treatment	Johnny B. 11/9/09 Fall			Alma M. 11/6/09 Fall	Ronnie D. 11/3/09 Delay in Treatment
Michael F. 8/20/09 Retained foreign object	Willie B. 11/5/09 Med Error			Pauline M. 11/2/09 Fall	Helen C. 11/4/09 Delay In Treatment

A 78% reduction through Nov. 2010

Lois R.
4/16/10
Surgical Fire

Mary B.
5/22/10
Post Procedure Cx

Lamar A.
6/3/10
Med Error

Bruce C.
5/25/10
Delay In Dx

Marilyn C.
1/21/10
Med Error

Sylvia L.
3/31/10
Delay In Dx

Ruby B.
5/30/10
Fall

Frank S.
2/22/10
Surgery Cx

Doyle L.
7/22/10
Med Error



- **Josefina González, de 35 años de edad, madre de 3 niños, programada para mielografía, a quien en lugar de introducir el medio de contraste inyectan alcohol por error debido a que el frasco no estaba etiquetado.**
- **Resultado: Paciente cuadripléjica.**

The diagram is set within a light gray rounded rectangle. At the top right, the word 'ESTRATEGIA' is written in black. Below it, 'CAMBIO ORGANIZACIONAL' is centered. A yellow horizontal bar contains the text 'Analizar - Pensar - Cambiar'. Below this bar is a yellow sphere with 'VS' inside. At the bottom, a dark blue horizontal bar contains the text 'Ver - Sentir - Cambiar'. The number '87' is at the bottom center, and 'J. Kotter, 2002' is at the bottom right.

ESTRATEGIA

CAMBIO ORGANIZACIONAL

Analizar – Pensar – Cambiar

VS

Ver – Sentir – Cambiar

87

J. Kotter, 2002

CONCLUSIONES

- **Todo sistema está perfectamente diseñado para producir lo que produce.**
- **Cambio-Cultura-Liderazgo: tríada inseparable**
- **¡El problema de la inducción existe!: Todos somos vulnerables.**
- **¡Es indispensable tener “partituras”!: los daños deben ser prevenibles...eso no se logra al azar.**
- **Siempre es posible mejorar.**

“Transformando la Cultura Organizacional en Salud: Marcos y Experiencias Globales



Dr. Enrique Ruelas Barajas