



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Editor

ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD EN UNIDADES CRÍTICAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA.

Jacqueline Vega Pérez

Dra. Zita Lagos Sánchez

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Jacqueline Vega Pérez

EL SÍNDROME VIP

Dr. Fabián Vítolo

IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS LEAN EN EL SECTOR SALUD: REVISIÓN DE CASOS DE ÉXITO

Alex Olivares

CÓMO DAR INICIO A LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL EN CALIDAD

Dr. Héctor Mario Mejía Hoyos

REVISTAS DE REVISTAS





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

Nº1

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Paola Martínez Osorio

EU Gladys Osorio Uribe

EU Yasna Oppliger Negrón

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Adriana Van Weezel Herrera

TM Valeska Abarca Arce

Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Nut. Pamela Herrera González

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

PRESIDENTA CAPITULO

QUÍMICOSFARMACÉUTICOS

QF Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE KINESIÓLOGOS

Klgo. Gonzalo Hormazabal R.

COORDINADORES PACIENTES POR SEGURIDAD DE PACIENTES

Aurora Muñoz L.

Daniel Contreras A.

RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO:

(5411) 6041-3930

www.nimbodg.com.ar -

hola@nimbodg.com.ar



04

EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Editor

05

**ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD
EN UNIDADES CRÍTICAS:
UNA REVISIÓN NARRATIVA.**

Jacqueline Vega Pérez

Dra. Zita Lagos Sánchez

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Jacqueline Vega Pérez

12

EL SÍNDROME VIP

Dr. Fabián Vítolo

Sumario

15

**IMPLEMENTACIÓN DE HERRA-
MIENTAS LEAN EN EL SECTOR
SALUD: REVISIÓN DE CASOS
DE ÉXITO**

Alex Olivares

21

**CÓMO DAR INICIO A LA
TRANSFORMACIÓN
CULTURAL EN CALIDAD**

Dr. Héctor Mario Mejía Hoyos

21

**REVISTAS
DE REVISTAS**

Editorial

Iniciamos 2023, un año de muchas esperanzas y qué en el día a día se perciben y viven los cambios postpandemia. Observo un cambio en las personas, y por ende en las organizaciones.

Estamos en un año complejo, con dificultades en todo sentido, y en Chile, aún no tenemos estabilidad y la tranquilidad anhelada. Todo está en profundo cambio, nos enfrentamos a una crisis importante, y el mundo de la Salud tampoco es ajeno a ello.

Como Fundación queremos consolidar el Congreso Internacional, como uno de los mas grandes eventos en Seguridad del Paciente, lo cual estamos logrando gracias al apoyo y respaldo de los relatores, profesionales de altísimo nivel, reconocidos en Latinoamérica, así como también al Centro de Control de Gestión de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, por su incansable, importante y permanente apoyo, y no menos importante, los asistentes de toda América, que han confiado en la Fundación, muchas gracias a todos por ser parte de este sueño. Les invitamos para el 8 y 9 de Junio del 2023; el programa con detalles de relatores y temas en las páginas centrales de este número y en nuestra web www.fspchile.org

Quiero invitarles a leer la reflexión del profesor Dr. Albert W Wu del Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA, qué reproducimos en la sección Revista de Revistas, y qué se publicó en Journal of Patient Safety and Risk Management Volume 28, Issue 1, 2023.

... “En el ámbito de la seguridad del paciente, somos

testigos de una inquietante paradoja: a pesar de que este campo se ha desarrollado y madurado a lo largo de sus tres décadas de existencia, los acontecimientos adversos persisten. No ha habido indicios de una disminución general del número de estos acontecimientos. Los daños debidos a la asistencia sanitaria siguen siendo alarmantemente frecuentes”

Finaliza su editorial, remarcando la necesidad de crecer aún más en Seguridad el Paciente.

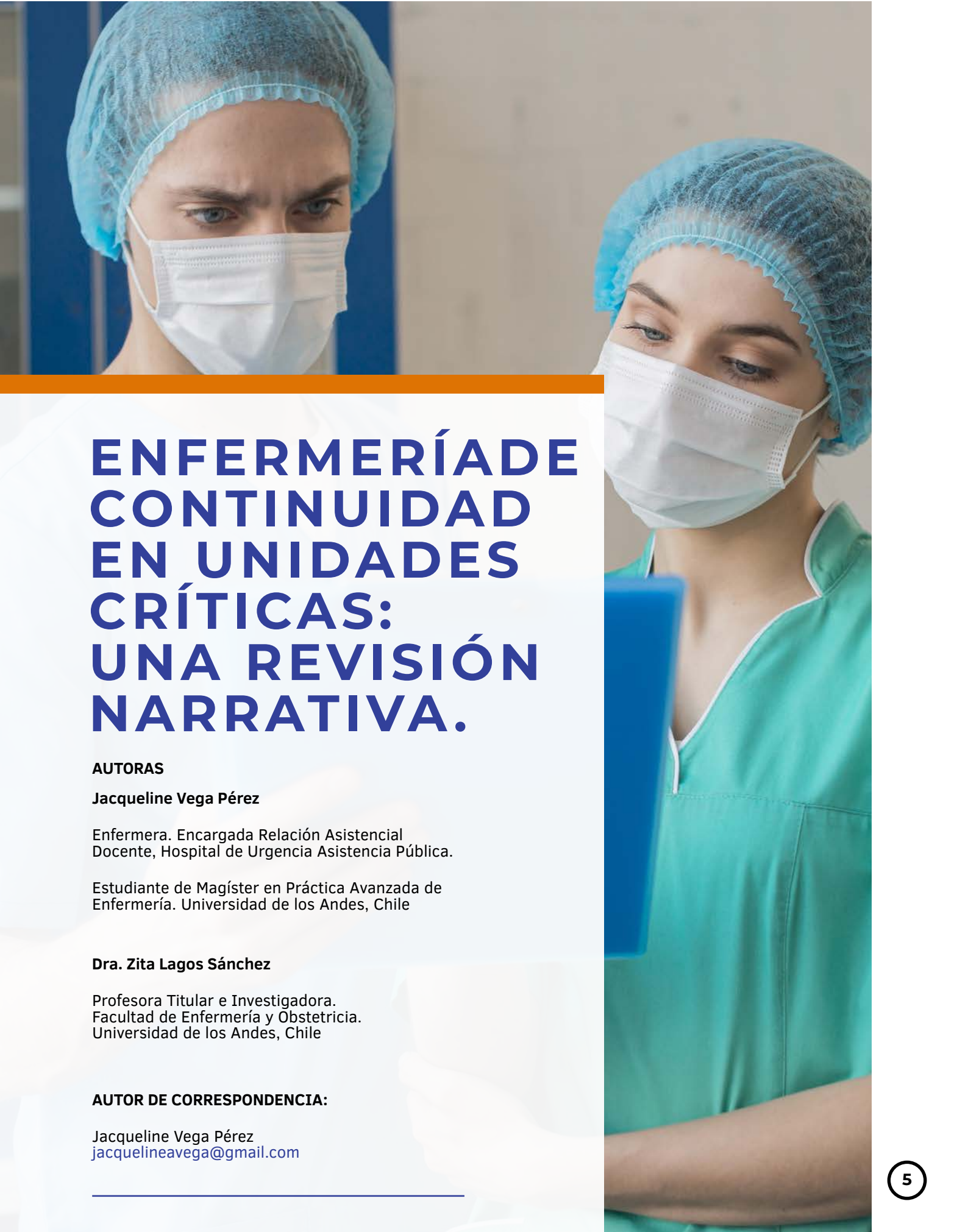
... “En resumen, hemos dado pasos significativos en la comprensión de la seguridad del paciente y hemos conseguido avances importantes en varias áreas concretas. Sin embargo, la asistencia sanitaria se ha vuelto más compleja y las tasas globales de daños a los pacientes no han mejorado de forma demostrable. Las tensiones impuestas por la pandemia de COVID-19 demuestran lo endeble que pueden ser algunas de las mejoras. Serán necesarios esfuerzos más amplios para mejorar la seguridad y conseguir que esos avances sean duraderos”...

Creo qué la Seguridad del Paciente se alza cada día más por ser el camino por transitar para mejorar decididamente la Calidad de la atención en los centros de salud, sin embargo, no sólo basta declarar buenas intenciones, es necesario seducir aún más a los actores del sistema.

Saludos cordiales

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Editor



ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD EN UNIDADES CRÍTICAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA.

AUTORAS

Jacqueline Vega Pérez

Enfermera. Encargada Relación Asistencial
Docente, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Estudiante de Magíster en Práctica Avanzada de
Enfermería. Universidad de los Andes, Chile

Dra. Zita Lagos Sánchez

Profesora Titular e Investigadora.
Facultad de Enfermería y Obstetricia.
Universidad de los Andes, Chile

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Jacqueline Vega Pérez
jacquelineavega@gmail.com

RESUMEN:

El objetivo de esta revisión narrativa es explorar en la literatura disponible, la definición existente sobre la Enfermería de Continuidad, funciones asociadas al cargo y su relación con la calidad y seguridad del paciente crítico.

La función de la enfermería de continuidad es brindar una atención oportuna, continua y segura al paciente y su familia, con un seguimiento que asegure la calidad y minimice los riesgos durante todas las fases de la atención sanitaria.

El problema identificado es la brecha existente entre el marco regulatorio de la descripción de cargo de la enfermera de continuidad descrito en la guía ministerial vigente y aquellas funciones que, según la literatura disponible, caracteriza a la continuidad del cuidado centrado en el paciente y su familia más allá de la logística técnico-administrativa del cargo.

Descriptor: Continuidad de la Atención al Paciente, Personal de Enfermería en Hospital, Rol de la Enfermera, Personal de Enfermería, Enfermería, Atención de Enfermería

INTRODUCCIÓN:

Conceptualización y contexto

Según los descriptores normalizados para ciencias de la salud, los cuidados continuos de enfermería se refieren a aquellos prestados al paciente desde el contacto inicial durante todas las etapas de su enfermedad (1)

Por su parte, la continuidad de la atención describe los cuidados brindados de manera continua, a través de todas las fases de la atención. (2)

Continuidad es un concepto complejo que se entiende

como el grado de coherencia y conexión entre una serie de eventos que experimenta el paciente durante el proceso de hospitalización, según su condición y necesidades diagnosticadas. (3)

El término continuidad, también se refiere a la calidad y seguridad de la atención a lo largo del tiempo. (2) Asimismo, es un proceso, mediante el cual paciente y equipo, participan de manera cooperativa en la gestión continua de la atención segura y de alta calidad. De igual modo, continuidad en salud, hace mención a reducir la fragmentación de la atención y por lo tanto mejorar la seguridad del paciente. (4) También se define, como un proceso de atención que se desarrolla en un flujo que requiere coordinación, interrelación, y comunicación. (2)

Otro punto importante es la relación paciente-proveedor, existen publicaciones que enfatizan en la relevancia que tiene para los pacientes mantener una relación con un mismo prestador, lo que genera mayor adherencia y participación en el cuidado. (5)

De esta forma, la atención prestada por un proveedor en forma continua facilita el conocimiento del historial del paciente, pudiendo abarcar sus necesidades biopsicosociales. (6)

Se debe distinguir la continuidad de la atención del concepto transición, que se refiere a la transferencia o traslado del paciente al entorno posterior al alta o egreso, que tiene como objetivo mejorar el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, reduciendo de este modo los costos de atención. (7)

La enfermera al ser el miembro del equipo asistencial que sostiene una permanencia prolongada con el paciente es el profesional llamado a abarcar la función de continuidad, llegando a tener una influencia crucial en el entorno, vivencia del proceso

y resultados de la atención. En concordancia con esto, la agencia Joint Commission, ha definido la continuidad como el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones, durante la permanencia. (8)

En la década de 1970, la continuidad del cuidado de enfermería se operacionalizó mediante la designación en el equipo de trabajo de una enfermera que ejerciera las funciones de líder del proceso de atención del paciente, durante la hospitalización. Entre sus funciones, estaba el conocimiento a cabalidad de las necesidades del paciente de manera de asegurar una comunicación y coordinación efectiva con la persona, así como su entorno. (5)

Esta continuidad de la atención pretendía facilitar el conocimiento sobre el historial de salud del paciente y sus necesidades, logrando beneficios mutuos entre la enfermera y sujetos de cuidado, afianzando el vínculo terapéutico en la relación enfermero-paciente con impacto positivo en la percepción de bienestar del usuario. (6)

El objetivo más importante de la atención de continuidad es transferir a los pacientes de forma segura y sin problemas, hasta su entorno familiar, y a la comunidad a fin de mejorar los resultados posteriores al egreso hospitalario. La literatura demuestra que la implementación de modelos de atención de continuidad puede brindar a los pacientes servicios de atención más eficientes, seguros y sin interrupciones. (9) Igualmente, contar con una enfermera de continuidad logra beneficios y aporta a la experiencia positiva de la persona hospitalizada, incluso en su funcionamiento cognitivo. (2)

Entre los atributos que debe tener el proceso de atención de continuidad están la transferencia del paciente de manera fluida, oportuna y segura; de acuerdo con los estándares preestablecidos y vigentes, de manera coordinada, con comunicación pertinente, completa, y eficaz en la interacción con el paciente, sus familiares y acompañantes y entre los integrantes del equipo de salud desde su origen y destino.

El primer atributo de la atención de enfermería de continuidad es una transferencia fluida que incorpora la entrega de información histórica del paciente y su entorno, lo que involucra una cooperación y colaboración del todo el equipo responsable del cuidado del paciente. Un segundo atributo es la reacción flexible, se identifica como la capacidad de los pacientes para obtener el servicio necesario, y la capacidad de los profesionales para responder a las necesidades y situaciones cambiantes a lo largo del tiempo, para brindar una atención personalizada y lograr objetivos compartidos. La interacción efectiva es esencial para crear un ambiente cómodo y confiable, por lo tanto, se debe considerar en la planificación de la atención continua, involucrar a los pacientes en las decisiones sobre el proceso de atención, desde el ingreso hasta la negociación final. (10)

Lamentablemente en los entornos hospitalarios existen brechas y discontinuidades, que son generadas por la naturaleza compleja de la atención al paciente y la intrincada red de personas, profesiones, departamentos y turnos rotativos que involucran muchas veces extensas horas de trabajo, aumentando el riesgo de eventos adversos. (11)

La literatura coincide en que los conceptos de continuidad, comunicación y coordinación a menudo se encuentran vinculados entre sí. (5)

La continuidad asistencial se fundamenta en la interrelación profesional de los diferentes niveles y debe finalizar con la elaboración de un reporte escrito que favorezca la comunicación y coordinación entre los diferentes actores de este proceso, sobre todo para los pacientes que precisan atención posterior a la transferencia. (1)

Esta información aumenta la posibilidad de que los cuidados de enfermería no se interrumpan y aseguren la continuidad asistencial, ya que el informe va dirigido al paciente, su familia y a los profesionales de niveles de atención ambulatoria y primaria. (1)

La literatura muestra experiencias en donde el modelo de enfermería de práctica avanzada se incorpora al proceso de continuidad de la atención, este modelo se enmarca como un nuevo paradigma de atención en el que las acciones que se deben impulsar para avanzar hacia una atención transversal, de calidad y sostenible. Para efectos de la continuidad de la atención diferentes estudios demuestran que la gestión de casos es un valor añadido en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad. A modo de ejemplo en la realidad española se trabaja en la normativa para institucionalizar la figura de enfermera gestora de casos como modelo de práctica avanzada, con una definición clara de sus competencias y funciones, tal y como se ha hecho en otros países. (12)

Este modelo de práctica avanzada permite que todos los trabajadores de la salud involucrados en la terapéutica coordinen y planifiquen los recursos sociales y de salud disponibles en la atención integral de pacientes de manera de resguardar la atención de continuidad de forma eficiente y segura. Estos nuevos perfiles de enfermeras se han utilizado durante años en algunos países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido como estrategia para

cubrir las necesidades de atención y mejorar los servicios de salud. (3)

REALIDAD LOCAL

En Chile, la continuidad de la atención en enfermería se resguarda bajo un marco regulatorio y legal que considera la Gestión del Cuidado en el Código Sanitario como ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina. La ciencia de cuidar se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. (13)

En las Unidades de Cuidados Críticos (UPC) de adultos, el funcionamiento y organización estructural de continuidad está definido a nivel ministerial a través de una guía (Ministerios de Salud, MINSAL), que describe las funciones de la Enfermera de Continuidad como sigue: “El Enfermero(a) de Continuidad es responsable de realizar la gestión del cuidado y colaborar por el buen funcionamiento administrativo de UPC, esto incluye apoyar en atención asistencial directa de acuerdo con complejidad de la programación y funciones delegadas de sus jefaturas”. Para desempeñarse en este cargo se requiere una experiencia clínica de al menos 3 años en el cuidado de pacientes críticos. (14)

Esta Enfermera se relaciona internamente con la enfermera supervisora/jefe UCI y UTI, enfermera de capacitación clínica, enfermera-jefe de UPC, subdirección de enfermería, médico-jefe de UPC, médico-jefe técnico de UCI o UTI, médicos-jefes de servicios, médicos tratantes, médicos residentes, enfermeros clínicos de UCI/UTI, técnicos paramédicos UCI/UTI, auxiliares de servicio y traslado UCI/UTI, personal de aseo y administrativo

de UCI/UTI, farmacéuticos, kinesiólogos y otros profesionales que prestan atención en UCI/UTI, servicios de apoyo. La relación externa es con otros servicios o centros. (14)

La Enfermera de Continuidad, según la Guía MINSAL, es responsable frente a las enfermeras supervisoras de apoyar efectivamente las labores clínicas de los servicios, colaborar en supervisión de gestión de la calidad e Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y del cumplimiento de las acciones administrativas que le sean delegadas.

Las funciones definidas en esta guía, para la Enfermera de Continuidad diurna son las siguientes (14):

1. Recepción de turno junto a las enfermeras clínicas.
2. Registro de las interconsultas y exámenes pendientes de los pacientes.
3. Registro actualizado del resultado de cultivos y verificar su archivo en ficha clínica.
4. Mantener stock y orden de bodega de insumos y medicamentos.
5. Vigilar el cumplimiento de procedimientos, normas y protocolos de Calidad e IAAS.
6. Verificar el llenado de formularios de enfermería y reportes de eventos adversos.
7. Colaborar en el ingreso y egreso de enfermería.
8. Analizar eventos adversos en conjunto con enfermeras clínicas.
9. Colaborar con enfermera supervisora en la elaboración de programas internos de capacitación.
10. Realizar pautas de supervisión (Calidad e IAAS).
11. Colaborar con el desarrollo del flujograma de prevención de accidentes cortopunzantes.
12. Participar en reuniones técnico-administrativas.
13. Colaborar en la formación de estudiantes de pre y postgrado.
14. Participar en la elaboración de informes de desempeño y calificaciones del personal diurno de la unidad.
15. Colaborar en el control y mantención de insumos clínicos.
16. Colaborar con las enfermeras clínicas en la valoración de los pacientes y procedimientos.
17. Reemplazar a la enfermera clínica cuando ésta deba llevar a los pacientes fuera de la unidad.
18. Realizar la orientación del personal de enfermería que ingresa a la unidad según protocolo.
19. Verificar la existencia de insumos y equipos con sus correctas fechas de esterilización y mantención.
20. Entregar información por escrito, relevante y pendientes al jefe de turno clínico.
21. Comunicación permanente con enfermera supervisora.
22. Subrogar a enfermera supervisora según necesidad.
23. Colaborar en la mantención y stock de estupefacientes y psicotrópicos.
24. Participar en la elaboración y ejecución de programas de educación para pacientes y familiares.

25. Actualizar en conjunto con enfermera supervisora y enfermeras clínicas, los protocolos de enfermería.

26. Participar en trabajos de investigación de la unidad.

PROBLEMA DETECTADO

Como se ha señalado anteriormente la incorporación temprana de un modelo de continuidad de la atención trae beneficios mutuos para el paciente, su familia y el equipo multidisciplinario a cargo de su atención. (4)

Estos programas han demostrado mejorar las transiciones de la atención al entorno posterior al egreso, lo que repercute el estado funcional y calidad de vida del paciente y optimización de su entorno. (4)

La revisión de la literatura muestra que al garantizar la continuidad de la atención se reduce la duración de la estadía hospitalaria, y con ello se puede anticipar, prevenir y manejar las posibles complicaciones incluyendo aquellas que involucran a los cuidadores. (1)(4)

El problema identificado a consecuencia de esta revisión es la brecha existente entre el marco definitorio y regulatorio de la descripción de cargo del Enfermero de Continuidad descrito en la Guía Ministerial y aquellas funciones que asevera la literatura deben asegurar la centralidad en el paciente y su familia. Cabe destacar que, del total de 26 funciones descritas en la guía vigente, solo una (3,6%), está dirigida al paciente. (Función n° 24: "Participar en la elaboración y ejecución de programas de educación para pacientes y familiares". (14)

OBJETIVO

Analizar la literatura disponible sobre la enfermería de continuidad en unidades críticas, para posteriormente determinar un constructo teórico, así como funciones atribuidas al cargo.

MÉTODO

Revisión narrativa, en búsqueda de literatura actual, que haga mención a la enfermería de continuidad en unidades críticas.

Esta etapa consiste en la revisión de la literatura para suministrar el soporte teórico que permitirá la construcción del concepto-constructo de la Enfermera de Continuidad y las funciones descritas en el cargo, considerando criterios de selección para la búsqueda de artículos relacionados con los siguientes descriptores: continuidad del cuidado, continuidad de la atención, continuidad de enfermería, continuidad de cuidados al alta y enfermera o enfermería y unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

En general se puede observar, que los artículos analizados coinciden en que la continuidad de los cuidados en el paciente crítico tiene efectos positivos en la persona y su familia. Más allá de los cuidados, genera mayor satisfacción usuaria, adherencia al tratamiento, menores reingresos, mejora la calidad y seguridad, evita las discontinuidades en la atención. (2,4,6)

Se considera que la continuidad asistencial, es un componente básico que ayuda a satisfacer la necesidades del paciente y/o familia, en las distintas etapas de la enfermedad. Por lo mismo, es necesario generar las instancias organizacionales y regulatorias de los diferentes establecimientos de

salud, para lograr una adecuada coordinación que favorezca la calidad y seguridad de cuidados. (1)

El paciente y su familia deben ser los protagonistas de la continuidad del cuidado, siendo entes activos de todas las acciones derivadas de la atención. En conjunto con los profesionales de salud deben crear planes acordados mutuamente. (8)

CONCLUSIONES

La Enfermera de Continuidad actualmente es un recurso humano existente en los distintos centros de salud en Chile, para lo cual existe una Guía MINSAL que regula sus funciones en instituciones públicas de salud. La literatura respalda esta función dado que trae beneficios mutuos en la relación paciente proveedor asegurando y optimizando la calidad de la atención. Cabe destacar que se deben evaluar y crear modelos de continuidad centrados en la persona cuidada, que incorporen al paciente en la toma de decisiones, dejando de lado lo administrativo, que si bien no deja de ser importante, no logra suplir las inconsistencias que vive una persona enferma y su familia durante su estadía hospitalaria.

Los estudios analizados demuestran la importancia de considerar en el proceso de continuidad del cuidado al equipo multidisciplinario, en el cual el eslabón de conexión debe ser la enfermera de continuidad.

Referencias Bibliográficas

1. De C, De C, Tizón-Bouza E, Camiña Martínez D, López Rodríguez J, González-Veiga A, et al. Coordinación interniveles, importancia del informe de enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. Internal coordination, importance of the nursing continuity of care report and patient and family satisfaction after hospitalization [Internet]. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/>
2. Renholm M, Suominen T, Puukka P, Leino-Kilpi H. Nurses' Perceptions of Patient Care Continuity in Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2017 Dec 1;32(6):609–18.
3. Carmen M Sarabia C. Continuity of Care Model for Older Adults. *Int Arch Nurs Health Care*. 2019 Mar 31;5(1).
4. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. Vol. 25, *International Journal of Nursing Practice*. Wiley-Blackwell; 2019.
5. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. Vol. 25, *International Journal of Nursing Practice*. Wiley-Blackwell; 2019.
6. Tonkikh O, Zisberg A, Shadmi E. Association between continuity of nursing care and older adults' hospitalization outcomes: A retrospective observational study. *J Nurs Manag*. 2020 Jul 1;28(5):1062–9.
7. Handover in Intensive Care (1).
8. Sánchez B, Duarte G. Continuidad de los cuidados de enfermería: requisitos, instrumentos y barreras.
9. Li FX, Hou YL, Zhou LS, Dong Y, Zhao JW, Li ZX. The status and model of children primary nephrotic syndrome in continuing nursing. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):2398–407.
10. Yao Liao, Qiaomiao Zeng, Yu Xu, Qian Yang. A Concept Analysis of Continuity of Care in Nursing. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2018 Jun 8;6(6).
11. Jones A, Johnstone MJ. Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety. *Collegian*. 2019 Feb 1;26(1):151–7.
12. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enferm Clin*. 2019 Mar 1;29(2):99–106.
13. Norma administrativa N°19. Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada. 2007.
14. de Pacientes U, Adultos C. Guía de funcionamiento y organización. 2020.

EL SÍNDROME VIP

Que el fulgor de la estrella no lo encandile

Dr. Fabián Vítolo

NOBLE Cía de Seguros

Argentina

fabian.vitolo@nobleseguros.com



El “Síndrome VIP” (Very Important Person) fue descrito por primera vez como tal en 1964.. Ocurre cuando una persona muy importante se interna en una institución de salud y su condición de famoso termina afectando las decisiones sobre su atención médica. Es relativamente común que este tema surja luego de complicaciones con personas muy reconocidas por la sociedad (artistas, deportistas, políticos, empresarios).

El síndrome puede manifestarse de distintas formas. A veces, para tratar de evitar dolor o contratiempos al paciente, los médicos modifican las prácticas habituales. Se realizan entonces menos estudios y procedimientos invasivos, pudiendo esta decisión

llevar a errores y retrasos en el diagnóstico o el tratamiento. Otras, los médicos pueden querer estudiar al máximo cualquier minúscula anomalía, sometiendo al paciente a estudios que no realizarían a otros. Estas prácticas a su vez pueden agregar nuevos riesgos.

El sentido común nos dice que la atención médica habitual es la correcta y que cualquier desvío de las normas y procedimientos establecidos no será mejor. La experiencia de médicos que “cedieron” ante algunos artistas famosos (Elvis Presley, Michael Jackson, Prince) ha demostrado que el desvío de los protocolos habituales puede llevar a catástrofes no previstas.

Probablemente sea este tipo de conductas la que también subyace bajo el lugar común que sostiene que los médicos y sus familiares tienen más complicaciones que el resto de los pacientes que no tienen “amigos” dentro del hospital. Si las decisiones que se toman sobre los pacientes VIP o los médicos amigos resultaran en una mejor atención, dichas decisiones deberían ser aplicadas a toda la población de pacientes.

Para evitar caer en el “Síndrome VIP”, la Cleveland Clinic, una de las instituciones norteamericanas más prestigiosas y con más experiencia en la atención de “ricos y famosos” estableció nueve principios para que la condición de VIP no termine perjudicando al paciente:

1. No viole las reglas: La atención médica de VIPs suele generar presiones para cambiar las prácticas habituales. Sin embargo, resulta fundamental atenerse a las normas y procedimientos establecidos, que resultan de la sabiduría acumulada a través de los años. Es recomendable discutir estos temas explícitamente con la celebridad y su familia desde el inicio, de manera tal que todos comprendan

la importancia de atenerse a los procedimientos de rutina. El paciente VIP suele tranquilizarse cuando se le dice que lo van a tratar médicamente como se trata a cualquier paciente que presenta su condición.

2. Trabaje en equipo: Evite los compartimientos estancos: Todos los especialistas involucrados en la atención de paciente VIP deben ir más allá de su propia especialidad y estar permanentemente comunicados con los otros colegas que participan de la atención. Debe quedar claro en todo momento quién es el médico responsable de dirigir la atención clínica. La búsqueda de las opiniones de otros médicos no debe derivar en una difusión de responsabilidad.

3. Garantice una adecuada comunicación interna: El desafío logístico y de seguridad que implica el transporte de los pacientes VIP a los distintos sectores del hospital para realizar estudios o tratamientos, demanda una comunicación muy aceiteada entre los diferentes servicios. La programación, por ejemplo, de una tomografía computada de control debería hacerse fuera de los horarios habituales de trabajo (para una mayor seguridad y menor alteración de las agendas de los otros pacientes).

4. Sea muy cuidadoso en su comunicación con los medios: Se debe proteger en todo momento la confidencialidad y el secreto médico. La liberación de información queda siempre supeditada a lo que el paciente o sus representantes legales quieran comunicar. Es aconsejable la designación de un médico de planta con experiencia para que sea el vocero ante la prensa. La estrategia comunicacional debe balancear la demanda pública de información con el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

5. Resista el síndrome del “Jefe de Servicio”: Este “síndrome” consiste en la presión del paciente

VIP para ser atendido por el Jefe de Servicio o de Departamento. Esta presión puede venir no sólo del paciente, sino también de su familia o de otros médicos que asumen que el jefe del servicio en cuestión es el mejor médico para esa circunstancia clínica. La designación del jefe de servicio para atender al paciente VIP sólo será apropiada si de hecho es ese médico el que tiene más experiencia en los problemas que presenta el paciente

6. Brinde la atención en el lugar más apropiado: La atención del paciente en un ambiente alejado de los lugares en donde se desarrolla la mayor parte de la atención clínica suele dar una imagen de mayor privacidad y seguridad, pero este aislamiento puede, bajo ciertas circunstancias, impedir una atención óptima. Los servicios de atención crítica y de monitoreo son mejor brindados en una unidad de terapia intensiva, y cualquier intento por adaptar una habitación como UTI debe ser resistido.

7. Proteja la seguridad del paciente: Los planes para garantizar la integridad física requieren de una especial atención al lugar de internación, al control de accesos y otros aspectos logísticos. También igualmente importante protegerlos de cualquier ataque a la confidencialidad a través de accesos no autorizados a la historia clínica electrónica o de papel.

8. Sea muy cuidadoso respecto a la aceptación o declinación de regalos: Los pacientes VIP muy ricos y que vienen de culturas muy obsequiosas, ofrecen a menudo regalos que pueden aparecer como exagerados (autos, inmuebles, etc). El “cálculo ético” acerca de la aceptación o declinación de estos regalos dependerá de las circunstancias y de las motivaciones que tiene el paciente VIP, las cuales deben ser consideradas por el médico. En

general, los regalos no deberían ser aceptados durante el episodio agudo. Eventualmente, si el paciente insiste, podrían llegar a ser aceptados una vez pasado todo.

9. Trabaje con los médicos personales del paciente:

Muchos pacientes VIP desean estar acompañados por sus propios médicos de confianza y eventualmente convocar a consultores de otras instituciones. La voluntad del paciente de contar con la opinión de médicos que no pertenecen al staff de la institución no debería ser interpretada como una falta de confianza en la atención que se está recibiendo. En cambio, debería ser aprovechada como una oportunidad para validar las conductas adoptadas o para explorar abordajes alternativos.

En conclusión, no hay nada que diferencie biológicamente a un presidente, un Papa o una estrella de rock, y por ende, no habría razón para apartarse de lo establecido por las buenas prácticas clínicas.



IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS LEAN EN EL SECTOR SALUD: REVISIÓN DE CASOS DE ÉXITO

Alex Olivares

Tecnólogo Medico

Máster en Dirección Estratégica de Organizaciones de Salud

Consultor Teach4Safety Capacitaciones SpA

contacto@t4s.cl

RESUMEN:

La implementación de herramientas LEAN en el sector salud ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la eficiencia, reducir costos y elevar la calidad de la atención al paciente. Este artículo presenta una revisión de casos de éxito en la implementación de herramientas LEAN en diferentes instituciones médicas de habla hispana, con el objetivo de analizar las prácticas que han resultado más beneficiosas y ofrecer una guía para futuras implementaciones.

INTRODUCCIÓN:

La atención médica de calidad y eficiente es un objetivo clave para los sistemas de salud en todo el mundo, especialmente en un contexto de creciente demanda y recursos limitados (World Health Organization, 2020). En las últimas décadas, los hospitales y clínicas han buscado formas de mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia de sus servicios (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Una de las metodologías que ha ganado popularidad en este sentido es Lean Management, originalmente desarrollada por Toyota en la industria automotriz (Womack & Jones, 1996).

El enfoque Lean se basa en la eliminación de desperdicios y la creación de valor para el cliente mediante la mejora continua de los procesos (Womack & Jones, 1996). En el sector salud, Lean se ha adaptado para abordar los desafíos específicos de la atención médica, como el flujo de pacientes, la calidad de la atención y la satisfacción del personal y los pacientes (Joosten et al., 2009).

En el contexto de Hispanoamérica, varios estudios han demostrado el potencial de Lean para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica Morcillo López, A. (2013). Por ejemplo, en un hospital en España, la implementación de herramientas Lean en el servicio de urgencias llevó a una reducción significativa en el tiempo de espera y una mayor satisfacción del paciente Morcillo López, A. (2013).

Otros estudios han evaluado el impacto de Lean en la atención primaria y especializada, donde se ha observado una mejora en la programación de citas, la comunicación entre profesionales y la seguridad del paciente (Mazzocato et al., 2010; Pimentel & Rivas, 2018). Además, la aplicación de Lean en la atención médica ha mostrado beneficios en la reducción de costos y el uso de recursos (D'Andreamatteo et al., 2015).

A pesar de estos resultados positivos, algunos críticos han cuestionado la aplicabilidad y efectividad de Lean en el sector salud, argumentando que la atención médica es fundamentalmente diferente de la industria automotriz y que las herramientas Lean pueden no ser apropiadas en todos los contextos (Radnor et al., 2012). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que, cuando se adapta adecuadamente a los desafíos específicos de la atención médica, Lean puede ser una herramienta valiosa para mejorar la calidad y la eficiencia (D'Andreamatteo et al., 2015).

En conclusión, Lean Management ha demostrado potencial para mejorar la calidad y la eficiencia en el sector salud en Hispanoamérica y en todo el mundo. Aunque se requiere más investigación para comprender completamente cómo adaptar y aplicar Lean en diferentes contextos de atención médica, las herramientas y principios de Lean ofrecen una base sólida para abordar los desafíos en curso en la atención médica.

MÉTODOS:

Para llevar a cabo esta revisión de casos de éxito en la implementación de herramientas LEAN en instituciones médicas de habla hispana, se utilizó una metodología de revisión de la literatura científica. Se consultaron diversas bases de datos, incluidas PubMed, Scopus, Google Scholar, SciELO y LILACS, utilizando palabras clave como "LEAN", "salud", "hospitales", "clínicas", "implementación", "casos de éxito" y "habla hispana". Además, se emplearon combinaciones de palabras clave mediante operadores booleanos para optimizar la búsqueda de artículos relevantes.

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para garantizar que los estudios seleccionados fueran pertinentes al objetivo de la revisión. Los cri-

terios de inclusión fueron: estudios que describieran casos de éxito en la implementación de herramientas LEAN en instituciones médicas de habla hispana y publicados entre 2010 y 2021. Los criterios de exclusión incluyeron artículos no relacionados con la implementación de herramientas LEAN en el sector salud, estudios que no describieran casos de éxito y artículos no escritos en español.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron y seleccionaron diez estudios para su análisis. Los estudios se revisaron y se extrajeron datos relevantes, incluidos el país y la institución médica en la que se llevó a cabo la implementación de LEAN, las herramientas y técnicas LEAN utilizadas, los resultados y mejoras observadas, y las lecciones aprendidas durante el proceso de implementación.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis cualitativo de los casos de éxito, identificando patrones y tendencias comunes en la implementación de herramientas LEAN y sus resultados en diferentes instituciones médicas de habla hispana. Esta información permitió evaluar las prácticas más efectivas y ofrecer una guía para futuras implementaciones en el sector salud.

RESULTADOS:

Mejora del flujo de pacientes: La implementación de herramientas LEAN en varios hospitales y clínicas resultó en una mejora significativa en el flujo de pacientes (Morcillo López, A. 2013; Rojas & Arroyo, 2014). Esto se logró mediante la identificación y eliminación de cuellos de botella en el proceso, la reducción de tiempos de espera y la optimización de la programación de citas (Mazzocato et al., 2010). Como resultado, se observó una disminución en el tiempo de atención al paciente y una mayor satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico (Morcillo López, A. (2013).

En los establecimientos de salud de Hispanoamérica, algunas de las herramientas LEAN más utilizadas incluyen:

5S: Esta herramienta se enfoca en la organización y estandarización del entorno de trabajo, lo que incluye ordenar, limpiar y mantener un espacio eficiente y seguro (D'Andreamatteo et al., 2015). La metodología 5S es muy útil para mejorar la eficiencia y reducir los errores en hospitales y clínicas (Pimentel & Rivas, 2018).

Mapeo de la cadena de valor (VSM): El VSM es una herramienta visual que permite analizar y comprender los flujos de información y materiales dentro de un proceso (D'Andreamatteo et al., 2015). En el sector salud, esta herramienta se utiliza para identificar áreas de desperdicio y oportunidades de mejora en la atención al paciente (Rojas & Arroyo, 2014).

Kaizen: Kaizen es una filosofía de mejora continua que se centra en la identificación y resolución de problemas en todos los niveles de una organización (D'Andreamatteo et al., 2015). En el sector salud, el enfoque Kaizen permite abordar problemas tanto a pequeña como a gran escala, mejorando continuamente la calidad y la eficiencia de la atención médica (Pimentel & Rivas, 2018).

DISCUSIÓN:

La aplicación de Lean Management en el sector salud en Hispanoamérica presenta oportunidades y desafíos únicos. Si bien los estudios han demostrado mejoras en la eficiencia, la calidad de la atención y la satisfacción del paciente, es importante considerar las diferencias culturales, estructurales y organizativas que pueden influir en el éxito de la implementación de Lean en la región (Herrera et al., 2018).

Por ejemplo, la atención médica en Hispanoamérica se caracteriza por una diversidad de sistemas de salud, con diferentes niveles de acceso, financiamiento y calidad (Rojas & Arroyo, 2014). Además, las desigualdades sociales y económicas pueden afectar la distribución de recursos y la priorización de objetivos en la atención médica Morcillo López, A. (2013). Estos factores pueden influir en la forma en que se adaptan y aplican las herramientas y principios Lean en diferentes contextos.

A pesar de estos desafíos, la adopción de Lean en la atención médica en Hispanoamérica ha mostrado resultados prometedores, y hay un interés creciente en expandir y adaptar Lean a diferentes áreas de la atención médica (Pimentel & Rivas, 2018). Es fundamental que los profesionales de la salud y los líderes de la organización trabajen juntos para identificar y abordar las barreras específicas y las oportunidades para la mejora en sus contextos particulares (D'Andreamatteo et al., 2015).

CONCLUSIONES:

La aplicación de Lean Management en el sector salud en Hispanoamérica ha demostrado ser una herramienta valiosa para mejorar la calidad y la eficiencia en la atención médica. Si bien los desafíos culturales, estructurales y organizativos pueden afectar la implementación de Lean en la región, los estudios han mostrado resultados positivos en términos de reducción de tiempos de espera, mejora en la comunicación entre profesionales y aumento en la satisfacción del paciente.

Para asegurar el éxito de Lean en la atención médica, es crucial adaptar sus principios y herramientas a los contextos locales y promover la colaboración entre

profesionales de la salud, líderes de la organización y los pacientes. A medida que el enfoque Lean continúa evolucionando y adaptándose a los desafíos específicos del sector salud, se espera que contribuya de manera significativa a la mejora de la calidad y la eficiencia en la atención médica en la región.

Bibliografía:

D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197-1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>

Morcillo López, A. (2013). Aplicación de la metodología Lean en un servicio de urgencias. Tesis de maestría, Universitat Autònoma de Barcelona, España. Supervisora: M^a Rosa Girbau.

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 376-382. <https://doi.org/10.1136/qshc>.

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://www.annfammed.org/content/12/6/573>

VII Congreso Internacional
**Seguridad del
Paciente**

VERSIÓN **HIBRIDA**

**8-9 JUNIO
2023**

Lugar de realización: Aula Magna, Facultad de
Economía y Negocios, Universidad de Chile,
Diagonal Paraguay 257, Santiago.

Plataforma:



consultas: contacto@fspchile.org
www.fspchile.org





VII CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUSPICIA: FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS, UNIVERSIDAD DE CHILE - SANTIAGO DE CHILE

8 Y 9 DE JUNIO 2023

JUEVES 8 DE JUNIO 2023

- 09:00 / **Ceremonia Inaugural**
Dr. Hugo Guajardo G. / CEO FSP Chile
Sr. José De Gregorio R.
Decano Facultad Economía y Negocios U de Chile
- 09:30 / PRESENCIAL
Seguridad de Procesos Asistenciales en Tiempos de Pandemia
Paula Daza
Directora Ejecutiva Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud / Universidad del Desarrollo
Ex Subsecretaria de Salud Pública de Chile
Chile
- 10:10 / ON LINE
El derecho a una Atención Segura
Randall Madrigal
Abogado / Sub Coordinador Red Panamericana de Pacientes por la Seguridad del Paciente / Coordinador de la Comisión de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.
Costa Rica
- 10:50 / Receso
- 11:00 / PRESENCIAL
Errores Médicos: Análisis y Prevención desde la Ergonomía
Yordán Rodríguez
PhD / Profesor Titular de Ergonomía y Seguridad y Salud en el Trabajo / Facultad Nacional de Salud Pública / Universidad de Antioquia / Colombia.
Colombia
- 11:40 / ON LINE
Mejora de la seguridad en el ámbito quirúrgico: Proyecto SAFEST
Carola Orrego
Directora Instituto Universitario Avedis Donabedian
España
- 12:20 / PRESENCIAL
Centro Control de Gestión Universidad de Chile
- 13:00 / Receso
- 15:00 / PRESENCIAL
Estrategias para la Seguridad del Paciente Red de Hospitales Américas Servicios Médicos del Brasil
Elenara Ribas
Gerente Nacional de Calidad de la Red de Hospitales Américas Servicios Médicos / United Health Group
Brasil
- 15:30 / ON LINE
Herramientas de la Calidad para la Seguridad del Paciente
Teresa Tono
Directora Ejecutiva OES
Colombia
- 16:20 / PRESENCIAL
Errores Diagnósticos: La importancia de trabajar en Equipo
Fabian Vítolo
Director de Relaciones Institucionales Noble Seguros
Argentina
- 17:00 / Cierre del día

VIERNES 9 DE JUNIO 2023

- 09:00 / PRESENCIAL
Sobrediagnóstico, Sobretratamiento y la Seguridad del Paciente
José Miguel Bernucci
Médico Intensivista, Secretario Nacional Colégio Médico de Chile A.G.
Chile
- 09:40 / ON LINE
ARQH Encuesta Seguridad del Paciente
Estados Unidos
- 10:20 / Receso
- 10:30 / PRESENCIAL
Telemedicina y Seguridad del Paciente
César Galindo
Académico Escuela de Ing. Civil Biomédica, UV
Ingeniero Senior. CENS
Presidente de Directorio HL7, Chile
Consultor Internacional, OPS
Chile
- 11:10 / PRESENCIAL
Seguridad del Paciente en Anestesiología
Cristian Rocco
Anestesiología Clínica Universidad de Los Andes
Chile
- 11:30 / PRESENCIAL **Mesa Redonda**
Yordán Rodríguez Ruiz
Fabian Vítolo
Elenara Ribas
Cristian Rocco
Hugo Guajardo
Alex Olivares
- 13:00 / Receso
- 15:00 / PRESENCIAL
Trazabilidad de los insumos: ¿Cómo Mejora la Seguridad del Paciente?
José Luis San Juan
Entrenador Global de Trazabilidad
Responsable del Sector de Salud - GS1 Chile
Chile
- 15:30 / PRESENCIAL
Prevención Cuaternaria y Seguridad del Paciente
Mónica Niveló
Magister Salud Pública, Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Dpto. APS y Salud Familiar U. Chile / Sociedad Científica de Medicina Familiar de Chile / Coordinadora del GDT Prevención Cuaternaria CIMF-WONCA (Confederación Iberoamericana y Asociación Mundial Médicos de Familia).
Chile
- 16:20 / PRESENCIAL
La bioética como Herramienta de Gestión de la Seguridad del Paciente
Jorge Oliva Te-Kloot
Crujano Dentista
Magister en Bioética Universidad de Chile
Chile
- 17:00 / **Ceremonia de Cierre**



CÓMO DAR INICIO A LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL EN CALIDAD

Dr. Héctor Mario Mejía Hoyos

Fundador y CEO de HDQ

hector.mejia@hdq.com.co

www.linkedin.com/in/mdhectormeja/



HDQnotes

Artículo extraído de **HDQnotes**

Edición: Febrero 2023 | Nro. 36

Para este 2023 hemos retomado la publicación de nuestro boletín HDQ NOTES. El cual tiene por objetivo compartir con nuestros amigos, aliados y clientes información útil en calidad, seguridad del paciente e infraestructura hospitalaria. En un lenguaje sencillo y práctico.

Desde mi experiencia de más de 15 años liderando procesos de calidad en diferentes organizaciones en Latinoamérica he podido evidenciar que la barrera más difícil de salvar en términos de calidad

y seguridad del paciente es la de pasar de la teoría a la práctica “hacer que las cosas ocurran”. Para esto no basta con el conocimiento técnico y alguna experiencia; se logra sumando habilidades y competencias, visualizando la calidad de forma diferente y sacándola de la zona de los “deseos”.

Cuando como líderes de calidad o asesores logramos entender y leer a una organización de salud, es en ese momento que podremos ayudar. De lo contrario, seremos un problema más para el gerente de esta. La calidad es en últimos términos una herramienta de continuidad del negocio y el modelo de gestión de la calidad debe ocuparse de alinear el modelo operativo con el modelo de atención y estos a su vez con el modelo de negocio.

Cuando el modelo de gestión de la calidad es altamente técnico, estará cada vez más lejos de las personas que realizan las tareas y las actividades. Los resultados de la aplicación adecuada y bien entendida de las herramientas básicas de la calidad son inagotables e irremplazables. El salto cuántico en calidad por medio de herramientas automatizadas cuando desconocemos los principios básicos de la calidad es altamente peligroso debido al exceso de confianza que generan. Así, solo tendremos unas bellas representaciones gráficas de los resultados de procesos que NO controlamos, y esto dista del objetivo final de la calidad. Un buen líder de calidad debe ser capaz de moverse como pez en el agua en todas las dimensiones de la gestión hospitalaria, tener habilidades de comunicación excepcionales y ser el vivo ejemplo de comportamiento y cumplimiento de los principios que promulga. En resumen, debe ser una persona que inspire y tenga el respeto institucional que le permita encontrar la verdadera causa raíz de los problemas; que en la mayoría de los casos está anclada al propio liderazgo.

A las generaciones jóvenes les debemos transmitir nuestra experiencia, nuestro aprendizaje y a la vez permitirles innovar. Pero recordándoles que la calidad y la seguridad del paciente están más cerca de la cabecera de la cama de los pacientes que de su oficina, escritorio, computador, mail o teléfono y que exponerse a observar directamente los procesos e interactuar con las personas, los hará sabios.

Finalmente, unas recomendaciones de cómo iniciar la transformación cultural en calidad en una organización de salud:

LOGRAR UN VÍNCULO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON EL MODELO DE CALIDAD: Cuando este es altamente técnico e impersonal; así mismo lo percibe el personal de salud. El modelo de calidad debe representar el compromiso y deseo de los directivos por generar un entorno asistencial seguro para pacientes, familias, trabajadores, proveedores y visitantes.

ESTANDARIZAR E INNOVAR: Deben ser vistos como estrategia de continuidad del servicio (negocio) y como la forma de orientar a las nuevas generaciones, de cómo participar activamente dentro de un entorno asistencial, alineados con la estrategia y los objetivos comunes de la organización.

POTENCIALIZAR LA GOBERNABILIDAD: Como pilar fundamental para la alineación de todos los actores del modelo de atención de la organización, cuando el liderazgo se acerca a la operación, los resultados son inimaginables.

ASEGURANDO LA ELECCIÓN CORRECTA DE LAS PERSONAS: Debemos asegurarnos de que las personas seleccionadas, así como sus competencias, son las necesarias para alcanzar los objetivos propuestos o que tienen el potencial para

desarrollarlas. No podemos seguir seleccionando a las personas incorrectas y pretender que mágicamente a la cabecera de la cama de los pacientes se comportarán de la manera correcta.

La calidad y la gestión clínica con su gran caja de herramientas debe utilizarse como un “caleidoscopio”, el cual requiere de movimientos finos y diferentes configuraciones para lograr un hermoso diseño. Así funciona la calidad, alineando elementos para el logro de un objetivo. Este es en resumen el arte de la calidad en salud.

No existe un modelo de mejoramiento de la calidad perfecto y que a su vez pueda ser implementado sin adaptaciones y armonizaciones en una organización de salud. La clave está en visualizar modelos integradores que aprovechan lo mejor de cada uno de los manuales de estándares disponibles, de la normatividad de cada país, de las normas técnicas disponibles, de los lineamientos de las sociedades científicas, entre muchos otros. De esta forma podemos lograr el objetivo de conectar el modelo de calidad con el modelo de negocio; a lo cual, si le sumamos la generosidad de explicarle a cada colaborador el por qué y el para qué de los lineamientos implementados, les daremos un PROPÓSITO; y es así como se crea CULTURA.

Revistas de Revistas

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Editor Revista Chilena
de Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org



Con la finalidad de cumplir nuestra misión de difundir las prácticas sobre Seguridad del Paciente, hechos, acontecimientos, reflexiones, pensamientos que nos llevan a pensar que es posible colaborar y co-construir sistemas de salud seguros para pacientes y profesionales.

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo.

Se presenta la traducción del texto introductorio
de lo publicado en la revista de origen.

GETTING BETTER: STAYING AHEAD OF THE CURVE ON PATIENT SAFETY

Albert W Wu

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health,
Baltimore, MD, USA Email: awu@jhu.edu

Journal of Patient Safety and Risk Management
Volume 28, Issue 1

<https://doi.org/10.1177/25160435231156689>

En el ámbito de la seguridad del paciente, somos testigos de una inquietante paradoja: a pesar de que este campo se ha desarrollado y madurado a lo largo de sus tres décadas de existencia, los acontecimientos adversos persisten. No ha habido indicios de una disminución general del número de estos acontecimientos. Los daños debidos a la asistencia sanitaria siguen siendo alarmantemente frecuentes.

La evidencia más clara procede del ámbito hospitalario. En repetidos estudios sobre la frecuencia de los daños a los pacientes en los hospitales de agudos de todo el mundo, la aguja parece clavada en torno al 10%.^{1,2} Algunos estudios han revelado que las tasas de daños son incluso superiores.³ Un estudio reciente reveló la existencia de al menos un acontecimiento adverso en casi una cuarta parte de todos los ingresos en hospitales tomados al azar en el estado norteamericano de Massachusetts.⁴

Se han producido algunos avances en áreas específicas, sobre todo en las infecciones adquiridas durante la atención sanitaria⁵, lideradas por la reducción de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres.^{6,7} Ha sido posible

reducir las muertes relacionadas con la cirugía cardíaca⁸ y la cirugía general⁹ utilizando estrategias de mejora de la calidad y la lista de comprobación de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰.

Durante la pandemia, muchos de estos logros se han esfumado, con un aumento de las infecciones adquiridas durante la atención sanitaria, las caídas, las lesiones por presión y los errores de medicación.^{11,12} También se produjeron daños debido a los retrasos en los diagnósticos y la prestación de atención quirúrgica. Pero incluso sin los problemas relacionados con la pandemia, existen posibles explicaciones para el aparente estancamiento en la reducción de los daños relacionados con la asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria se ha vuelto más compleja, con muchas más personas implicadas en la prestación de cuidados y más lugares por los que pueden colarse los errores. Se ha producido una profusión de nuevas modalidades terapéuticas, cada una con sus propias ventajas, pero también con nuevos riesgos. Cada nuevo procedimiento tiene también su propia curva de aprendizaje, como demuestra el temprano aumento de las complicaciones con la introducción de la colecistectomía laparoscópica.¹³ Los nuevos medicamentos, cada vez más potentes, también conllevan nuevos efectos adversos.

Además, con los cambios en la prestación de asistencia sanitaria, el paciente medio tratado en el hospital está más enfermo que en el pasado. Los tratamientos no invasivos permiten tratar a pacientes más enfermos. La economía y otras fuerzas han provocado el desplazamiento de muchos tratamientos complejos de los hospitales

a los centros ambulatorios. Además, la población está envejeciendo, lo que se traduce en una mayor prevalencia de pacientes con multimorbilidad y sometidos a polifarmacia. Todos estos factores hacen que los pacientes hospitalizados sean menos resistentes y más vulnerables a los acontecimientos adversos.

La pandemia de COVID-19 ha añadido riesgos adicionales para la seguridad de los pacientes. La escasez mundial de personal sanitario y la pandemia paralela de agotamiento de los trabajadores ponen aún más en peligro la seguridad de los pacientes. La OMS prevé un déficit de 10 millones de trabajadores sanitarios para 2030, la mayoría en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, incluso los países de ingresos altos se enfrentan a problemas en la formación, el empleo, el rendimiento y la retención de su personal.¹⁴ El problema del agotamiento de los trabajadores sanitarios ya había alcanzado niveles de crisis antes de la pandemia.¹⁵ Desde entonces, como era de esperar, ha impuesto una carga aún más pesada a los trabajadores, lo que a su vez aumenta aún más el riesgo de errores médicos.^{16,17}

Por si esto no fuera suficiente, cada vez se es más consciente de que los resultados de los pacientes son producto de algo más que la asistencia sanitaria: están influidos por múltiples factores sociales, económicos, medioambientales y estructurales. Las redes sociales empobrecidas, la pobreza, la inestabilidad de la vivienda, la insuficiencia alimentaria, los peligros medioambientales y el racismo estructural pueden provocar desigualdades en la seguridad de los pacientes.¹⁸ Por ejemplo, en comparación con los pacientes blancos hospitalizados, los pacientes negros estadounidenses tenían un mayor riesgo de sufrir infecciones adquiridas durante la atención

sanitaria¹⁹ y lesiones quirúrgicas.²⁰

¿Qué pueden hacer los hospitales y las organizaciones sanitarias? Jack Welch, antiguo consejero delegado de General Electric, afirmó: “si el ritmo de cambio en el exterior supera el ritmo de cambio en el interior, el fin está cerca”. Si una organización no se adelanta a los cambios, es probable que tanto ella como sus pacientes se queden más rezagados.

Se necesitan mejoras e iniciativas en múltiples puntos dentro de las organizaciones sanitarias. Por ejemplo, en la medición y el seguimiento de los acontecimientos adversos, en la búsqueda de mejoras allí donde son más necesarias y en su aplicación en los procesos asistenciales habituales. Hay que seguir investigando para identificar las intervenciones más eficaces y con menos obstáculos para su adopción. Son indispensables un liderazgo dedicado y el desarrollo de una cultura organizativa de la seguridad, así como la alfabetización universal del personal sanitario en seguridad del paciente y un cuadro de especialistas en seguridad y calidad.

En este número de la Revista, los artículos abordan varios de estos puntos esenciales. Benevento y sus colegas analizaron la experiencia de cinco años del sistema de notificación de incidentes de su hospital en Italia.²¹ Descubrieron que la principal limitación de su sistema era la falta de notificación y propusieron formas de aumentar la notificación por parte del personal sanitario.

Kurihara y sus colegas realizaron un análisis de las causas fundamentales de los factores que contribuyen a los problemas de seguridad de los pacientes en Japón.²² Identificaron varios obstáculos para mantener la seguridad de los pacientes y sugirieron estrategias para superarlos.

Fidelis y sus colegas describieron los primeros esfuerzos por elaborar un inventario de riesgos a escala de toda la organización para su uso en centros sanitarios de la India.²³ Proponen que los gestores hospitalarios podrían utilizar un inventario de riesgos exhaustivo para evaluar, supervisar y mitigar los riesgos.

Bloo y sus colegas llevaron a cabo un estudio cualitativo, basado en la teoría fundamentada, sobre la experiencia de los pacientes en cuanto a la seguridad de los cuidados perioperatorios en un hospital holandés.²⁴ Sus resultados pueden utilizarse para mejorar la experiencia de los pacientes durante un periodo estresante de la atención hospitalaria.

En resumen, hemos dado pasos significativos en la comprensión de la seguridad del paciente y hemos conseguido avances importantes en varias áreas concretas. Sin embargo, la asistencia sanitaria se ha vuelto más compleja y las tasas globales de daños a los pacientes no han mejorado de forma demostrable. Las tensiones impuestas por la pandemia de COVID-19 demuestran lo endeble que pueden ser algunas de las mejoras. Serán necesarios esfuerzos más amplios para mejorar la seguridad y conseguir que esos avances sean duraderos.



“I’M CONCERNED”: A MULTI-SITE ASSESSMENT OF EMERGENCY MEDICINE RESIDENT SPEAKING UP BEHAVIORS

Albert W Wu

Nicola Feldman; Nico Volz; Tim Snow; Lillian Wong; Sara M Hock; David K Barnes; Suzanne Bentley

Department of Emergency Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volume 27 Issue 5, October 2022

<https://journals.sagepub.com/toc/cric/27/5>

nicola.feldman@icahn.mssm.edu

INTRODUCCION

Según el Instituto de Medicina, cada año se producen 98.000 muertes por errores evitables. Hablar de la seguridad del paciente o de los problemas de profesionalidad cuando estos surgen, permite al personal médico pasar de ser espectadores a participantes activos en la prevención de daños a los pacientes. Este estudio evalúa el clima actual en torno a la denuncia de la seguridad del paciente y el comportamiento no profesional por parte de los médicos residentes de Medicina de Urgencias y lo compara con los datos previamente publicados de otras especialidades.

MÉTODOS

Se utilizó un diseño descriptivo transversal basado en escalas de seguridad y profesionalidad previamente publicadas. Se encuestó a residentes de Medicina de Urgencias de 3 programas de Estados Unidos

y se compararon sus respuestas con las de otras especialidades publicadas anteriormente.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 102 residentes de 3 programas de residencia de MUE, lo que arroja una tasa de respuesta del 54,3%. Las respuestas a la encuesta se aproximaron a la respuesta neutra (3 en una escala de Likert de 5 puntos) en todas las medidas, lo que indica una oportunidad de mejora. Sin embargo, las respuestas de la Medicina de Urgencias fueron significativamente más favorables que las de otras especialidades en varias preguntas.

CONCLUSIÓN

Esta evaluación demuestra que hay margen de mejora en las conductas de hablar claro entre los residentes de Medicina de Urgencias, pero también sugiere que las características únicas de la Medicina de Urgencias pueden contribuir a un clima relativamente más positivo para hablar claro en comparación con otras especialidades, lo que puede informar a las estrategias para aumentar las conductas de hablar claro. Por ejemplo, la práctica deliberada de situaciones que requieren un fuerte trabajo en equipo y las estrategias para reducir las jerarquías tradicionales pueden ayudar a emular el clima que tiende a producirse orgánicamente en la Medicina de Urgencias.

WHAT REALLY MATTERS FOR PATIENT SAFETY: CORRELATION OF NURSE COMPETENCE WITH INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

Zubia Kalsoom, Gideon Victor and Nuzhat
Sultana Shifa International Hospital, Islamabad,
Pakistan

Journal of Patient Safety and Risk Management

[https://journals.sagepub.com/doi/](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435221133955)

[abs/10.1177/25160435221133955](https://doi.org/10.1177/25160435221133955)

<https://doi.org/10.1177/25160435221133955>

RESUMEN

Un nivel óptimo de competencia enfermera es imprescindible para la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Existe un vacío de investigación en las pruebas empíricas para asociar las competencias de las enfermeras con la seguridad de los pacientes.

PROPÓSITO

El propósito principal de este estudio fue medir la asociación entre las competencias de las enfermeras de salas generales con los objetivos internacionales de seguridad del paciente.

MÉTODO

Se adoptó un diseño de investigación correlacional. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado para reclutar ($n = 182$) enfermeras que trabajaban en dos hospitales acreditados y no acreditados por el JCIA. Los datos se recogieron utilizando el Inventario de Competencias para Enfermeras Diplomadas y los Objetivos Internacionales de Seguridad del

Paciente. La investigación fue aprobada por la junta de revisión institucional y el comité de ética.

RESULTADOS

El análisis de regresión mostró una mejora de la seguridad del paciente con una mejora de las competencias enfermeras $R^2 = 0,238$. Las competencias enfermeras mostraron una asociación positiva moderada con la seguridad general del paciente, como el pensamiento crítico y la aptitud para la investigación ($r = 0,420$, P - Valor $< 0,001$), la capacitación docente ($r = 0,469$, P - Valor $< 0,01$), el desarrollo profesional ($r = 0,436$, P - Valor $< 0,001$), prácticas legales y éticas ($r = 0,434$, P - Valor $< 0,001$), relaciones interpersonales ($r = 0,430$, P - Valor $< 0,001$), liderazgo ($r = 0,400$, P - Valor $< 0,001$) y atención clínica ($r = 0,541$, P - Valor $< 0,001$). Además, la experiencia y la formación profesional muestran una asociación positiva tanto con la seguridad del paciente como con las competencias de las enfermeras.

CONCLUSIÓN

Las competencias clínicas de las enfermeras son cruciales para mejorar la seguridad de los pacientes. Los atributos personales y profesionales afectan a las competencias del personal de enfermería y a la seguridad del paciente. La dirección de los hospitales debería tomar medidas obligatorias para garantizar la mejora de las competencias de las enfermeras con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.

ROOT CAUSE ANALYSIS TO IDENTIFY MAJOR BARRIERS TO THE PROMOTION OF PATIENT SAFETY IN JAPAN

Masaru Kurihara, Takashi Watari, Shintaro Kosaka, Kiichi Enomoto, Toru Kimura, Kaori Taniguchi, Satoshi Watanuki, Kiwamu Nagoshi, Shunzo Koizumi

Department of Patient Safety, Nagoya University Hospital, Aichi, Japan

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volume 28, Issue 1

<https://doi.org/10.1177/2516043522114413>

OBJETIVOS

A pesar de las medidas existentes para la seguridad del paciente, tanto fuera como dentro de los hospitales, siguen existiendo barreras a la seguridad del paciente. El objetivo era identificar los factores que contribuyen actualmente a la seguridad del paciente en Japón.

MÉTODOS

En este estudio cualitativo participaron nueve profesionales sanitarios japoneses expertos que trabajan tanto dentro como fuera de los hospitales. Estos participantes, entre los que había seis médicos, una enfermera, un farmacéutico y un fisioterapeuta, trabajan en un amplio espectro de la política gubernamental y la salud pública, el mundo académico y la gestión de la seguridad. Se llevó a cabo un análisis de causa raíz utilizando el método en línea de Kawakita Jiro (método KJ o diagrama de afinidad). Etiquetamos y resumimos la clasificación

en un diagrama de espina de pescado para dilucidar las barreras a la seguridad del paciente en Japón.

RESULTADOS

Identificamos factores específicos en seis grupos principales: el sistema hospitalario, la educación, la legislación y la política, la cultura y la sociedad, la centralidad del paciente y la cooperación multidisciplinar. La calidad de la atención, el compromiso del paciente y la escasez de especialistas en seguridad del paciente fueron factores cruciales para varios grupos.

CONCLUSIONES

Este estudio aclara los componentes de la seguridad del paciente en Japón y proporciona datos básicos para promover la seguridad integral del paciente en el futuro. El análisis periódico de las causas fundamentales de los problemas de seguridad integral del paciente puede ayudar a desarrollar estrategias para promover la seguridad del paciente tanto a nivel hospitalario como nacional.

STRENGTHS AND WEAKNESSES OF THE INCIDENT REPORTING SYSTEM: AN ITALIAN EXPERIENCE

Marcello Benevento, Simona Nicolì and Biagio Solarino

Section of Legal Medicine, Interdisciplinary Department of Medicine, University of Bari "Aldo Moro", Bari, Italy

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volume 28, Issue 1

<https://doi.org/10.1177/25160435221150568>

Una de las piedras angulares para mejorar la cultura de seguridad del paciente es el sistema de notificación de incidentes (SRI). Se trata de un proceso para detectar, notificar, recopilar y resumir eventos adversos (EA) y cuasi accidentes en la asistencia sanitaria, por lo que representa una herramienta vital para la gestión del riesgo clínico.

Analizamos la experiencia de 5 años de los SRI de un hospital de tercer nivel, mostrando sus tendencias y destacando sus principales puntos fuertes y débiles. Las caídas de los pacientes y las agresiones físicas o verbales hacia los proveedores o entre pacientes son los eventos más notificados.

El subregistro es la principal limitación del sistema, especialmente entre el personal de enfermería. Las acciones visibles, el análisis enérgico de los informes, la educación de los operadores, la promoción de la cultura de no culpabilización y los ajustes organizativos pueden mejorar el cumplimiento del SRI por parte de los operadores. Los proveedores no informan de buen grado a los familiares de los pacientes sobre los incidentes mortales. A pesar de ello, el IRS está lejos de su potencial, y el número de datos recogidos ha aumentado.



¿Qué hacemos?

DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos en Salud
- Diplomado en Gestión de Calidad en Salud

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

- Taller de Gestión de Riesgos en Salud basado en ISO 31.000
- Taller de Gestión de Incidentes en Seguridad basados en Protocolo de Londres

CURSOS ON LINE

- Curso Análisis de Incidentes en Seguridad basados en ACR y Protocolo de Londres
- Curso Gestión de Riesgos en Salud
- Curso de Herramientas para identificar EA y EC en atención cerrada basados en Triggers Tools
- Curso de comunicación efectiva y trabajo en equipo basado en Team STEPPS
- Curso Programa de apoyo a Segundas Víctimas
- Curso Uso Seguro de Medicamentos
- Curso Gestión de Riesgos Clínicos en Farmacia
- Curso de Seguridad del Paciente, Calidad y Acreditación para Atención Primaria en Salud
- Curso de Comunicación Efectiva

CONGRESOS Y JORNADAS

Como parte de la implementación de nuestra Misión, realizamos Congresos y Jornadas que tienen como objetivo dar a conocer la Seguridad del Paciente y las herramientas que se pueden utilizar en su gestión.



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

Nº1

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE es el órgano de difusión de la Fundación para la Seguridad del Paciente - CHILE. Es una revista destinada a los profesionales relacionados con la atención de pacientes y a todos aquellos que la Seguridad de los Paciente sea parte de su interés.

Los trabajos que se publiquen serán revisados por el Comité Científico; y se exigen los elementos científicos básicos para aceptar su publicación, siendo de responsabilidad de los autores la veracidad y coherencia de los escritos.

Presentamos las consideraciones generales, en las secciones descritas, en aras de crecimiento y libertad podemos incorporar otras que sean necesarias.

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

Trabajos de investigación clínica o experimentales. Su extensión no debe sobrepasar las 2500 palabras. Los originales deben atenerse a las normas internacionales para la publicación de trabajos médicos científicos, y pueden ser devueltos al autor (autores) para su corrección o para darles una forma adecuada.

El orden de las diversas partes de un trabajo científico es el siguiente:

- Resumen: debe contener el objetivo del trabajo, los hallazgos principales y las conclusiones que no exceda las 300 palabras. Resumen en español e inglés encabezado por el título del trabajo.
- Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser de acuerdo al Index Medicus. Los autores son responsables de la exactitud de las referencias.

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

Revisión bibliográfica de temas de Seguridad del Paciente que requieren una actualización, ya sea porque hay nuevos datos o conocimientos sobre el tema, existen nuevas tecnologías e implican un avance del tema relacionado. Su extensión no debe sobrepasar las 2.500 palabras.

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

Documentos de Consenso y Recomendaciones de los grupos de trabajo (propias o en colaboración con otras Sociedades Científicas)

4. CASOS CLÍNICOS

Análisis de casos, incidentes, eventos adversos, centinela que signifiquen un aporte docente importante en Seguridad del Paciente. Estos deberán incluir un breve resumen de la anamnesis, las investigaciones de laboratorio que sólo tengan relación con el cuadro en cuestión, un pequeño comentario y un resumen final. Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

5. CRÓNICAS

Esta sección de la revista destinada a divulgar las actividades que se realizan durante el año por la sociedad u en otras organizaciones. Publicaremos resúmenes de una clase, conferencia, en Seguridad del Paciente. Junto al resumen, se dispondrá de link para .pdf in extenso en www.fspchile.org

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

Resúmenes de contribuciones presentadas en Congresos o Jornadas, que se realizan durante el año, en cualquier evento relacionado a Seguridad del Paciente, las cuales deben ser enviadas por sus autores.

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

Resumen o análisis de publicaciones importantes en Seguridad del Paciente aparecidos en otras revistas.

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

Las buenas practicas, sencillas y simples, creemos que deben ser compartidas para ser adaptadas en vuestro lugar de trabajo. Compartir lo que hacemos.

10. CURSOS Y CONGRESOS

Cronología y actualización de cursos y congresos en Seguridad del Paciente.

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

a. Todo manuscrito debe indicar el nombre y apellido del o de los autores, servicio, cátedra o departamento universitario de donde procede, y, al pie del mismo, su dirección postal e-mail. Los trabajos deben tener una extensión y un número de gráficos y tablas razonables.

b. Se sugiere considerar que 1 pagina en nuestra edición, considera 500 palabras.

c. El Comité Científico podrá pedir al autor la reducción de los trabajos muy extensos. Todos los trabajos de la revista serán de acceso abierto y podrán ser reproducidos mencionando sus autores y origen.

d. El Comité Científico se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos enviados a publicación.

e. Los autores serán notificados de la aceptación o rechazo del manuscrito, que se le devolverá con las recomendaciones hechas por los revisores.

f. Queremos y podemos publicar trabajos o artículos de revisión, que ya hayan sido publicados en otros medios, con autorización expresa del autor y del medio en que fue publicado.

ÉTICA

a. La Revista Chilena de Seguridad del Paciente respalda las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki relacionadas a la investigación en seres humanos.

b. El editor se reserva el derecho de rechazar los manuscritos que no respeten dichas recomendaciones.

c. Todos los trabajos deben establecer en el texto que el protocolo fue aprobado por el comité de ética de la investigación de su institución y que se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos del estudio o de sus tutores, si el comité así lo requirió.

d. Es necesario citar la fuente de financiamiento del trabajo de investigación si la hubiere.



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



www.fspchile.org

Somos una organización sin fines de lucro cuya Misión es “Promover, generar, gestionar conocimientos, herramientas y experiencias que motiven e involucren a las personas, equipos e instituciones para entregar atenciones y prestaciones de salud seguras al paciente”.

Parque Andalucía, Granada 1125,
Región de Ñuble, Chillán / Chile

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org