

Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria

DNCSSyRS - Versión 1.1 - Agosto de 2020



Ministerio de Salud
Argentina

1. Introducción

La calidad, el acceso y la equidad son los ejes fundamentales de las políticas sanitarias del Ministerio de Salud. En este marco, se implementan políticas que buscan promover en las organizaciones de salud el desarrollo de acciones para la calidad y seguridad del paciente, en la búsqueda de lograr un modelo de atención sanitaria eficiente, accesible, segura y centrada en la persona.

La Seguridad del paciente se define como la disciplina que busca la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención médica. Las acciones para seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención de la salud para diseñar e implementar barreras de seguridad y desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria.

Esta cartera sanitaria ha desarrollado previamente el documento "Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria", que despliega un marco conceptual de cada una de las nueve líneas de acción propuestas por la OMS y sienta las bases y recomendaciones sobre las acciones prioritarias que cada organización de salud deberá observar para mejorar la seguridad del paciente.

Sobre la base conceptual de ese documento se desarrolla esta herramienta, con la intención de que las instituciones sanitarias, servicios o departamentos asistenciales puedan evaluar el grado de implementación de las acciones para la seguridad de los pacientes. La herramienta busca establecer una línea de base, partiendo de un diagnóstico preciso e identificando fortalezas y oportunidades, desde donde las instituciones puedan construir un plan de mejora vinculado a las acciones establecidas, fortaleciendo la seguridad de la atención en los establecimientos sanitarios y promoviendo la mejora continua.

2. Objetivos

Objetivo general

Fortalecer la gestión de la seguridad de la atención a los pacientes en los establecimientos sanitarios.

Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de situación de la seguridad de atención en los centros sanitarios.
- Identificar las fortalezas con el propósito de mantenerlas e incluso mejorarlas.
- Identificar oportunidades de mejora en cada una de las nueve líneas de acción.
- Promover el desarrollo y la implementación de planes de mejora continua.

3. Marco conceptual

Esta herramienta es una guía para llevar adelante una evaluación del establecimiento de salud, del servicio o departamento asistencial en seguridad de atención de los pacientes. Permitirá obtener un diagnóstico de la situación basal, identificar oportunidades de mejora y promover la implementación de mejoras en el proceso de atención.

El marco conceptual de referencia será el documento "Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria", aprobado por Resolución Secretarial n° 2707 en octubre de 2019. El mismo desarrolla cada una de las líneas de acción, definiciones y recomendaciones para su implementación, y se encuentra disponible en

4. Metodología

La presente herramienta fue desarrollada por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria sobre la base del documento mencionado, y a través de la evaluación de consensos, guías y herramientas disponibles. Luego de este proceso se arribó a una primera versión, que fue sometida a la valoración crítica de expertos locales, incorporándose sus aportes.

Asimismo, fue valorada en siete instituciones sanitarias de diferentes niveles de complejidad, de diferentes jurisdicciones, por profesionales pertenecientes a distintas disciplinas de la salud. Se evaluó si la herramienta era comprensible y aplicable, y recibidos los aportes, se arribó a la primera versión (Versión 1.0).

Esta versión fue sometida a una revisión en el mes de agosto de 2020, consolidando una versión final, que es la que aquí se presenta (Versión 1.1).

Implementación de la herramienta

Para desarrollar el proceso de evaluación, se recomienda seguir los pasos que se describen a continuación:

Comunicar el proceso de evaluación

Antes de comenzar, se recomienda que la dirección comunique y consensue las actividades a realizar para llevar a cabo el proceso de evaluación.

Nombrar un responsable del proyecto

Esta persona será la responsable de facilitar y conducir el proceso. Será quien convoque y organice las reuniones pertinentes que permitan el intercambio de información entre diferentes sectores del establecimiento, para finalmente plasmar los resultados en la herramienta. Se recomienda que, en caso de existir, sea miembro del comité de calidad y/o seguridad el paciente y posea habilidades para liderar equipos, comunicarse y gestionar de manera efectiva.

Armar un equipo de evaluación

El equipo de evaluación deberá estar conformado por personas con diferentes roles y de diferentes sectores de la organización, para formar un grupo lo más representativo y efectivo posible, que pueda proporcionar información precisa y detallada de los procesos del lugar.

Informar y capacitar al equipo sobre el proceso y los procedimientos a seguir

Se deberá presentar la herramienta y los propósitos del proceso de evaluación a la comisión directiva del establecimiento y al comité de calidad y/o seguridad del paciente.

5. Descripción de la herramienta

Los estándares definidos para cada una de las nueve líneas de acción están presentados en forma de una grilla de seis columnas.

La primera columna contiene los estándares, que son las acciones y/o aspectos a evaluar. El evaluador deberá responder seleccionando una de las cuatro opciones consignadas en las columnas de la derecha.

- **SI: existen acciones verificables y ejecutadas que demuestran el cumplimiento del estándar.**
- **NO: no existe desarrollo del estándar a evaluar.**
- **Necesita Mejora (NM): existen acciones verificables y ejecutadas que necesitan una actualización al momento de la evaluación.**
- **No Aplica (NA): Para aquellos casos en los que el elemento evaluado exceda los términos de la estructura u organización de la institución de salud.**

En la última columna, el evaluador debe responder cual es la documentación que respalda el cumplimiento del estándar.

Una vez finalizada la aplicación de la herramienta, la institución contará con un diagnóstico de situación basal de la seguridad del paciente.

6. ¿Cómo utilizar los resultados de la evaluación?

Establecer prioridades en las áreas de mejora

Se recomienda que los resultados de la evaluación sean comunicados al grupo que tiene la responsabilidad de gestionar la calidad y a los líderes de la institución con el fin de identificar las principales conclusiones de la evaluación y trabajar en la priorización de las oportunidades de mejora a abordar.

Para esto, y teniendo en cuenta las características propias de cada establecimiento, se sugieren los siguientes criterios de priorización:

- Impacto en la prevención de EA
- Recursos necesarios para implementación
- Factibilidad de implementación
- Oportunidad de mejora frente al desempeño actual

Posteriormente, los resultados deberán ser comunicados a todo el personal de salud de la institución.

Desarrollar e implementar un plan de mejora

La evaluación es el punto de partida que brindará elementos y evidencia sobre las oportunidades de mejora a abordar.

El plan de mejora debe establecer, al menos:

- Descripción del proceso o procesos que incluya etapas, proveedores y otros involucrados.
- Áreas y mecanismos de mejora a implementar en cada una.
- Responsable o responsables de diseñarlos e implementarlos.
- Fecha estimada de implementación.
- Indicadores de seguimiento y control de efectividad de las mejoras.
- Metas a alcanzar (indicador de referencia al que se pretende llegar y lapso en el que se espera alcanzarlo).

Controlar el progreso y repetir la evaluación

Una vez implementado el plan de mejora se recomienda realizar un monitoreo de los resultados obtenidos y el repetir la evaluación de manera periódica a fin de verificar si el plan logró el efecto deseado y se sostiene en el tiempo.

Línea 1: Cultura de Seguridad de Atención al Paciente**Objetivo general:**

Mejorar la cultura de seguridad.

Objetivos específicos:

- Fomentar el liderazgo en seguridad.
- Impulsar que los centros sanitarios dispongan de un plan de seguridad, propio o institucional que sea conocido por todas las personas involucradas en la atención sanitaria.
- Informar y capacitar a las personas involucradas en la atención sanitaria en la seguridad del paciente.

1. CULTURA DE LA SEGURIDAD	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
1.1. La seguridad del paciente está mencionada como valor central dentro del plan estratégico institucional					
1.2. Desarrolla un plan de acción en seguridad del paciente ¹					
1.3. Fomenta el liderazgo y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de acción en seguridad del paciente					
1.4.1. Existe un equipo de trabajo que desarrolla acciones para la calidad y seguridad de los pacientes					
1.4.2. Existe un comité institucional de calidad y seguridad del paciente					
1.4.1. En caso de que existan, los proyectos en los que se ha trabajado el último año, son difundidos a nivel institucional					
1.5. Realiza evaluaciones periódicas del clima de seguridad en la institución a través de encuestas					
1.6. Capacita a todo el personal en seguridad de la atención al paciente					
1.7. Difunde de forma periódica información y/o experiencias institucionales en seguridad de atención					
Observaciones:					

¹ **Plan de acción de seguridad del paciente:** Documento que contempla objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales. Debe incluir fecha de vigencia y responsables de las actividades que desarrolla.

Línea 2: Prácticas para el uso seguro de medicamentos**Objetivo general:**

Promover el uso seguro de medicamentos

Objetivos específicos:

- Desarrollar estrategias que permitan el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo (MAR).
- Garantizar la conciliación de la medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial a través de procesos estandarizados.

1. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
2.1. Cuenta con una estrategia para el manejo seguro de los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) ²					
2.2. Existe una lista de medicamentos de alto riesgo (MAR) ³					
2.2.1. En caso de que exista una lista de medicamentos de alto riesgo, es difundida y accesible para el personal de salud					
2.3. Utiliza identificadores de alerta en la rotulación de MAR					
2.4 Utiliza sitios de almacenamiento claramente diferenciados para los MAR					
2.5. Utiliza formularios pre-impresos para la prescripción de drogas					
2.6. Utiliza sistemas de prescripción electrónica					
2.7. Realiza doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo					
2.8. Existe la figura del farmacéutico clínico en la institución					
2.9. Promueve la participación activa del farmacéutico en el pase de sala o ronda médica					
2.10. El manejo de medicamentos está centralizado en la farmacia					
2.11. Existen diluciones estandarizadas para los MAR					
2.12. Establece procesos estandarizados para la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial					
2.13. Desarrolla acciones para informar y educar a los pacientes sobre su rol activo en el proceso de uso seguro de medicamentos y de conciliación de medicación					

² **Medicamentos de alto riesgo (MAR):** aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce una falla en el curso de su utilización.

³ **Estrategia para el manejo de MAR:** Documento que contempla el listado de los MAR del hospital y las acciones para su identificación, almacenamiento, dispensación, distribución y administración. Debe incluir fecha de vigencia y responsables de las actividades que desarrolla, así como también ser revisado y actualizado periódicamente. Se recomiendan las orientaciones del Instituto del Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de España para realizar el listado de los MAR. Ver documento "Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria".

Observaciones:

--

Línea 3: Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas al cuidado de la salud

Objetivo general:

Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

Objetivos específicos:

- Conocer la magnitud de la ocurrencia de IACS en cada organización.
- Gestionar el compromiso de todos los trabajadores de la institución con las IACS.
- Aprender el uso de herramientas simples que favorezcan procesos asistenciales seguros.

3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS)	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
3.1. Existe un programa institucional de vigilancia, prevención y control de IACS ⁴					
3.2. Desarrolla un proceso de recolección de datos, análisis y procesamiento estadístico con el propósito de evaluar y establecer estrategias para el control de infecciones ⁵					
3.3. Promueve la capacitación y participación de todo el personal en la prevención de IACS					
3.4. Fomenta y mantiene el desarrollo de un programa de higiene de manos					
3.5. Cuenta con solución de base alcohólica y un área de lavado de manos, (pileta, agua, jabón y toallas descartables), lo más próximo posible al contacto con el paciente					
3.6. Implementa un paquete de medidas para prevenir las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales					
3.7. Implementa un paquete de medidas para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica					
3.8. Implementa un paquete de medidas para prevenir las infecciones asociadas a catéteres urinarios					

⁴ Programa institucional de prevención y control de IACS: refiere al documento que desarrolla las acciones para observación sistemática de la ocurrencia y distribución de IACS, la recolección sistemática de datos, su análisis, procesamiento estadístico y posterior devolución con el propósito de evaluar, reforzar y establecer estrategias para el control de infecciones. Debe incluir fecha de vigencia y responsables de las actividades que desarrolla, así como también ser revisado y actualizado periódicamente. Se recomienda utilizar el Consenso Nacional para la Implementación de Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) en los Establecimientos de Salud (RM 690/2018) y el documento Sistema Nacional de Evaluación de Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud - SiNEPPyCC IACS y sus manuales (RM 178/2018) <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/seguridadpaciente>

⁵ Se recomienda adherirse al Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" (INE). <http://www.vihda.gov.ar/>

Observaciones:

--

Línea 4. Prácticas seguras en cirugía**Objetivo general:**

Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.

Objetivos específicos:

- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en todas las instituciones sanitarias.
- Promover la implementación y el uso correcto del Listado de Verificación de la Cirugía.

4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
4.1. Dispone de un listado de verificación para la cirugía segura (LVCS) ⁶					
4.2. Desarrolla acciones para su implementación y uso adecuado					
4.3. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS					
4.4. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS y se toman de decisiones según sus resultados					
4.5. Desarrolla acciones para minimizar el riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico (sistematiza el control de esterilización del instrumental, la profilaxis antibiótica, etc.)					
4.6 Utiliza los resultados del monitoreo de acciones para minimizar el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico para implementar acciones de mejora					
Observaciones:					

⁶ Se encuentran disponibles en la página del Ministerio de Salud de la Nación el Listado de Verificación para la Cirugía Pediátrica Segura y su Manual de Instrucciones (RM 749/2014) y el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su Manual de Uso e Instrucciones (RM 28/2012).

<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/seguridadpaciente>

Línea 5: Prácticas seguras en el cuidado de los pacientes**Objetivo general:**

Promover prácticas seguras en los cuidados de los pacientes que estén adecuadas a las necesidades de cada usuario.

Objetivos específicos:

- Reducir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos y pediátricos asociada a cambios agudos de su situación clínica.
- Reducir el daño asociado a caídas en los pacientes internados.

5. PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
5.1. Implementa un procedimiento o programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de los pacientes internados a través de un equipo de rápida respuesta					
5.2. Utiliza herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica					
5.3. Implementa un procedimiento de valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados a través de la utilización de escalas validadas					
5.4. Consigna la valoración del riesgo de caída en la historia clínica del paciente y, de ser posible, visualmente sobre el paciente, usando algún tipo de recurso como por ejemplo, una pulsera o cartelería, para que todos los miembros del equipo sanitario puedan reconocer rápidamente el riesgo del paciente.					
5.5. Estandariza los cuidados universales de prevención de caídas y aquellos ajustados al riesgo de cada paciente					
5.6. Existe una instancia de monitoreo periódico del cumplimiento de las medidas de prevención					
5.7. Existe un registro indicador de caídas cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora					
5.8. Implementa un procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de úlceras por presión (UPP) de los pacientes internados					
5.9. Existe un registro de las UPP cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora					
5.10. Estandariza los cuidados de prevención universales para UPP y un paquete de medidas estándar para pacientes de alto riesgo de UPP					
Observaciones:					

Línea 6. Prácticas para la identificación correcta de los pacientes**Objetivo general:**

Promover la identificación correcta del paciente.

Objetivos específicos:

- Identificar correctamente a todos los pacientes a los que se le realice un procedimiento, diagnóstico o tratamiento.
- Identificar correctamente las muestras biológicas e imágenes que sean obtenidas para el diagnóstico.

6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
6.1. Utiliza un método estandarizado para la identificación correcta de los pacientes					
6.2. Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento) para la identificación de los pacientes					
6.3. Recomienda que el chequeo de la identidad del paciente se realice en cada intervención, traslado o tratamiento.					
6.4. Capacita al personal de salud sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes					
6.5 Utiliza un método estandarizado de identificación de las muestras biológicas e imágenes					
6.6. Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento del paciente) para la identificación de la muestra o imagen					
6.7. Informa de manera sistemática a los pacientes, familiares y/o cuidadores sobre la importancia de su correcta identificación					
6.8. Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de los pacientes y monitorea su eficacia a través de indicadores					
6.9. Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de muestras e imágenes y monitorea su eficacia a través de indicadores					
Observaciones:					

Línea 7. Prácticas seguras para la comunicación efectiva entre profesionales**Objetivo general:**

Promover la comunicación efectiva entre los profesionales.

Objetivo específico:

- Desarrollar e implementar procedimientos estandarizados destinados a disminuir los errores de comunicación.

7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
7.1. Desarrolla acciones que promuevan la comunicación efectiva entre el personal de salud					
7.2. Capacita al personal de salud en la utilización de herramientas estandarizadas para una comunicación efectiva					
7.3. Utiliza herramientas estandarizadas de comunicación durante transferencia de pacientes en los cambios de turnos, en el mismo sector					
7.4. Utiliza herramientas estandarizadas de la comunicación durante la transferencia de pacientes entre diferentes sectores					
7.5. Utiliza formularios estandarizados de traslado entre diferentes sectores de la institución, donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente					
7.6 Desarrolla acciones para la comunicación efectiva y a tiempo de valores críticos de pruebas diagnósticas que puedan poner en peligro la vida del paciente.					
Observaciones:					

Línea 8. Prácticas para el abordaje de eventos adversos**Objetivo general:**

Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos (EAs).

Objetivos específicos:

- Diseñar sistemas y procedimientos para la detección efectiva de incidentes en seguridad.
- Establecer pautas para su análisis causal.
- Desarrollar líneas de acción capaces de su resolución y/o prevención.
- Desarrollar mejoras que permitan disminuir el impacto sobre el paciente

8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
8.1. El abordaje de los EAs está contemplado en el plan estratégico institucional					
8.2. Utiliza una modalidad de detección de incidentes de seguridad					
8.3. Utiliza un sistema de notificación de incidentes de seguridad ⁷					
8.4. Promueve una cultura no punitiva para el abordaje de los eventos adversos					
8.5. Promueve la participación activa del personal de salud en el reporte de incidentes de seguridad					
8.6 Existe una instancia de análisis causa-raíz de los incidentes reportados que permita diseñar acciones para su prevención					
8.7. Existe una categorización de los EAs basada, por ejemplo, en el nivel de impacto que son capaces de producir sobre el paciente					
Observaciones:					

⁷ **Sistemas de notificación de incidentes de seguridad:** Sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Línea 9. El rol del paciente en la seguridad del paciente**Objetivo general:**

Promover la participación de los pacientes, familiares y/o cuidadores en la seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

- Promover un cambio cultural en los establecimientos de salud fomentando una relación profesional- paciente basada en la toma de decisiones compartidas y en el empoderamiento de los pacientes y/o cuidadores en pos de la seguridad en la atención.

9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	SI	NO	NM	NA	Documentación que lo respalda
9.1 Favorece iniciativas que promuevan la participación activa de los pacientes en actividades relacionadas con su seguridad					
Observaciones:					

Expertos consultados para la elaboración de la Herramienta:**Dra. Dackiewicz Nora**

Médica especialista en pediatría y medicina legal. Magister en Economía y Gestión de la Salud. Directora asociada de Atención Pediátrica y coordinadora del Comité de Seguridad del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan. Miembro de la Subcomisión de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Dra. Ángeles Fierro Vidal

Medica especialista en pediatría, beca de perfeccionamiento en Seguridad del paciente del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan", pediatra del Hospital Materno Infantil "Dr. Florencio Escardó", Cafys Juana Manso, Tigre.

Dr. García Elorrio Ezequiel

Médico especialista en clínica médica. Doctor en medicina. Director Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria IECS.

Dr. Jorro Barón Facundo

Médico especialista en pediatría y terapia intensiva pediátrica. Miembro del Comité de Seguridad Hospital Elizalde. C.A.B.A.

Dra. Koch Florencia

Médica especialista en clínica médica. Magister en Efectividad Clínica. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad de Pacientes del Hospital Padilla de Tucumán.

Dr. Lemos Pablo

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna. Miembro del Departamento de Calidad y Seguridad del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Dr. Michelangelo Hernán

Médico especialista en clínica médica, Magíster en Gestión de Calidad de Servicios de Salud, Jefe de Departamento de Calidad del Hospital Italiano, Subjefe de Servicio de Clínica Médica. Seguridad del Paciente.

Dr. Otero Ricardo Armando

Médico, Licenciatura de Médico Cirujano. Especialista en Economía y Gestión de la Salud. Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Responsable de Calidad, Hospital de Alta Complejidad El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner" S.A.M.I.C. Director Técnico del ITAES.

Dr. Panattieri Néstor

Médico especialista en Pediatría. Jefe de Área Internación General y Hospital de Día Pediátricos. Hospital Universitario Austral. Presidente de la Subcomisión de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Dra. Rodríguez Viviana

Médica especialista en Infectología. Jefa del Servicio de Infectología y Coordinadora del Comité de Seguridad del Hospital Alemán. Coordinadora del departamento de Calidad, Seguridad y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Dr. Vitolo Fabián

Médico especialista en neurocirugía. Director de la Diplomatura en Seguridad del Paciente y Atención centrada en la persona Universidad Isalud. Consultor en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Equipo revisor DNCSSyRS – Versión 1.1

Dr. Claudio Ortiz

Dra. Carolina Interlandi

Dra. Cecilia Santamaría

Dr. Mariano Fernández Lerena

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO - HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 19 pagina/s.