Sociedad Chilena de Calidad Asistencial
S O C C A S

Educación en Calidad y Seguridad Post Grado

Juan Eduardo Sánchez Valenzuela

Encargado Programa Formación en Medicina Interna
Sede Occidente Facultad de Medicina
Universidad de Chile

IAAS-UCI-UGA

Hospital San Juan de Dios de Santiago

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

World Health Organization | Patient Safety

Patient Safety Curriculum Guide

Multi-professional Edition

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO PATIENT SAFETY CURRICULUM GUIDE FOR MEDICAL SCHOOLS

A SUMMARY

DOWNLOAD THE GUIDE FOR FREE AT:
http://www.who.int/patient safety/activities/technical/medical_curriculum/en/index.html

Rev Med Chile 2015; 143: 512-519

Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile

MARIO PARADA[1], MARÍA I. ROMERO[2], FABIÁN MORAGA[3,a]

[1]Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso-Chile.
[2]Instituto de Políticas Públicas en Salud, Universidad San Sebastián, Santiago-Chile.
[3]Escuela de Sociología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso-Chile.
[a]Egresado de Sociología.

Fuente de apoyo financiero: Proyecto de investigación financiado por la Vicerrectoría de

Professional profiles of graduates from Chilean Faculties of Medicine

Tabla 1. Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías: consideración y/o incorporación de
Enfoque social	• Desarrollo de pensamiento crítico • Abordaje de los determinantes sociales de la salud • Cultura • Salud comunitaria • Familia • Objetivos sanitarios y/o de la política de salud • Modelo bio-psicosocial • Promoción y/o prevención • Trabajo en APS y/o nivel primario • Aspectos docente/pedagógicos
Enfoque humanista	• Humanización de la atención • Formación ética y/o en ética • Valores religiosos
Habilidades socio/comunicacionales	• Trabajo en equipo • Rol de liderazgo • Gestión y administración • Adaptación a los cambios • Autonomía, autoaprendizaje y educación continua • Habilidades comunicacionales
Orientación profesional	• Orientación hacia la especialización • Perfil generalista

Tabla 2. Matriz de análisis de los perfiles de egreso según categorías, subcategorías y adecuación a las recomendaciones de OPS

		Enfoque social										Enfoque humanista			Habilidades Socio-comunicacionales						Orientación profesional	
	Universidad	Pensamiento crítico	Determinantes sociales	Cultura	Salud comunitaria	Familia	Objetivos sanitarios	Modelo biopsicosocial	Promoción y/o prevención	Trabajo en APS	Aspectos pedagógicos	Humanización de la atención	Formación ética y/o en ética	Valores religiosos	Trabajo en equipo	Rol de liderazgo	Gestión y/o administración	Adaptación a los cambios	Autonomía, autoaprendizaje	Habilidades comunicacionales	Perfil generalista	Orientación hacia la especialización
Con orientación OPS	1	X	X		X	X			X				X		X	X	X	X	X		X	X
	2				X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
	3				X	X	X		X				X		X	X	X	X	X			
	5			X	X	X		X	X			X	X		X	X	X	X	X		X	
	8					X				X	X	X	X		X	X	X			X	X	X
	9	X				X		X				X	X		X				X	X	X	
	10			X	X	X		X	X			X			X		X	X	X	X		X
	14			X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	
	15				X				X	X		X	X	X		X	X		X			
Sin orientación OPS	4							X	X								X				X	
	6													X							X	X
	7			X				X													X	
	11	X	X				X					X	X						X	X		
	12				X			X		X		X	X			X					X	X
	13				X				X			X					X				X	X

Rev Calid Asist. 2015;xxx(xx):xxx–xxx

ELSEVIER

Revista de
Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis

ORIGINAL

Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España

J.J. Mira[a,b,*], M. Guilabert[a], J. Vitaller[c,d] y E. Ignacio[e]

[a] *Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan, Alicante, España*
[b] *Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España*
[c] *Inspección Médica, Consellería Sanitat, Elche, Alicante, España*
[d] *CEU San Pablo, Elche, Alicante, España*
[e] *Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España*

Tabla 1 Diferencias entre estudiantes de enfermería y medicina en las puntuaciones en el cuestionario de seguridad del paciente para estudiantes iberoamericanos

	Enfermería (n = 74)		Medicina (n = 70)			
	Media	DT	Media	DT	t-test	p
Franqueza en la comunicación con pacientes	3,8	0,7	3,2	1,0	4,0	0,001
Actitud proactiva para identificar riesgos	4,3	0,6	3,8	0,7	4,0	0,001
Conciencia de la frecuencia de errores	3,4	1,1	3,2	1,2	0,8	0,445
Comprensión del factor humano en la génesis de EA	4,1	0,6	3,9	0,8	2,0	0,052
Complejidad del sistema como causa de EA	2,3	0,9	3,1	1,1	−4,6	0,001
Resultados del test	2,1	1,1	2,1	1,0	0,3	0,773

Puntuación en los factores de 0 a 5. Puntuaciones en el test de 5 puntos máximo.

Tabla 2 Número de aciertos en el test de conocimiento en seguridad del paciente

	Total (144)		Enfermería (n = 74)		Medicina (n = 70)	
	N	%	N	%	N	%
0	10	6,9	6	8,1	4	5,7
1	31	21,5	16	21,6	15	21,4
2	52	36,1	24	32,4	28	40,0
3	40	27,8	21	28,4	19	27,1
4	10	6,9	6	8,1	4	5,7
5	1	0,7	1	1,4	0	0,0

Revista Argentina de Educación Médica
Vol 6 - N° 2 - Julio 2014: 72-82

Seguridad del paciente y error en Medicina: Percepción de los estudiantes de grado

**CARLOS HORACIO SPECTOR, *LIVIA GARCÍA LABANDAL, *ROBERTO CHERJOVSKY
*Universidad Abierta Interamericana
carlos.spector@uai.edu.ar

Tabla 2

Sumatoria de las columnas representativas de acuerdo y desacuerdo respectivamente

Ítem	Atributos actitudinales y de enseñanza de seguridad	% de estudiantes		
		Desacuerdo (4+5)	3 Me es igual	Acuerdo (1+2)
1	Es inevitable cometer errores en medicina	47.5	1.3	51.2
2	Existe una gran diferencia entre la "mejor medicina" y la atención médica habitual	55.1	4.4	40.5
3	Los médicos competentes no cometen errores que producen daños a los pacientes	41.8	0.6	57.6
4	La mayoría de los errores son debidos a circunstancias en las cuales los médicos nada pueden hacer	42.3	2.5	55.1
5	Si yo fuera testigo de un error no lo divulgaría	43.9	6.4	49.7
6	Si no se verifica daño al paciente no es necesario hacerlo manifiesto	38.4	4.5	57.1
7	Sólo médicos pueden determinar las causas de error médico	45.8	1.9	52.2
8	Los sistemas de información sobre errores médicos poco sirven para reducir la cantidad de errores futuros	39.9	6.3	53.8
9	Después de ocurrido un error, el empeñarse mucho para ser más cuidadoso, es una estrategia efectiva	55.6	1.3	43.0
10	Los médicos no deberían manifestar dudas en la atención de pacientes	43.7	1.9	44.4
11	La cultura de la seguridad del paciente facilita a los integrantes del equipo de salud afrontar constructivamente los errores	55.7	4.4	39.9
12	Los médicos deberían rutinariamente dedicar parte de su tiempo laboral para mejorar la calidad de la atención	53.1	3.8	43.0
13	La seguridad del paciente es un tema importante	54.4	1.3	44.3
14	El aprendizaje sobre cómo mejorar la seguridad del paciente es importante dentro del tiempo invertido en estudios de grado	53.1	1.3	45.6
15	¿Quisiera Ud. recibir enseñanza sobre seguridad del paciente?	53.1	3.8	43.1
16	¿Le interesaría que le enseñaran a asistir, apoyar y aconsejar a un par que se encontrar en situación de responder ante un error médico?	48.7	6.3	44.9
17	¿Le interesaría que le enseñaran a analizar un caso para encontrar la causa de un error?	52.9	3.8	43.3
18	¿Le interesaría que le enseñaran el modo de informar un error al paciente?	54.5	1.9	53.7
19	¿Le interesaría que le enseñaran el modo de comunicar un error a una autoridad médica?	43.3	5.1	41.1
20	¿Estaría dispuesto/a hacer público un error en beneficio de pacientes futuros aunque en el presente le trajera a Ud. consecuencias adversas?	52.5	8.2	39.3
21	¿Cree Ud. que los adelantos tecnológicos disminuyen la incidencia de error en el ejercicio de la medicina asistencial?	42.1	9.6	48.4

Desacuerdo predominante (1)
Acuerdo predominante (2)
Sin diferencias significativas entre acuerdo y desacuerdo (3)

Revista Argentina de Educación Médica
Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014: 72-82

Seguridad del paciente y error en Medicina: Percepción de los estudiantes de grado

**CARLOS HORACIO SPECTOR, *LIVIA GARCÍA LABANDAL, *ROBERTO CHERJOVSKY
*Universidad Abierta Interamericana
carlos.spector@uai.edu.ar

Revista Argentina de Educación Médica
Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014: 72-82

Conclusiones

Revista Argentina de Educación Médica
Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014: 72-82

ARTÍCULOS ORIGINALES

Seguridad del paciente y error en Medicina:
Percepción de los estudiantes de grado

**CARLOS HORACIO SPECTOR, *LIVIA GARCÍA LABANDAL, *ROBERTO CHERJOVSKY
*Universidad Abierta Interamericana
carlos.spector@uai.edu.ar

- Estudiantes: perciben franco desinterés en tema de seguridad del paciente
- No reconocen diferencias entre lo actual y la “mejor medicina (ideal de atención segura, igualitaria y de calidad)”
- Subestiman los factores del sistema en el error
- Profesionales competentes: no errores
- No es valioso aprender de errores
- No los comunicarían
- No solidarios con un par involucrado en error
- Falta de interés en formarse en seguridad

The Effect of Restricting Residents' Duty Hours on Patient Safety, Resident Well-Being, and Resident Education: An Updated Systematic Review

Lauren Bolster, MD
Liam Rourke, PhD

Conclusions This updated review, including 27 recent applicable studies, demonstrates that **focusing on duty hours alone has not resulted in improvements in patient care or resident well-being.** The added duty **hour restrictions** implemented in 2011 appear to have had an **unintended negative impact on resident education**. New approaches to the issue of physician fatigue and its relationship to patient care and resident education are needed

Lauren Bolster and Liam Rourke (*2015*) The Effect of Restricting Residents' Duty Hours on Patient Safety, Resident Well-Being, and Resident Education: An Updated Systematic Review. Journal of Graduate Medical Education: September 2015, Vol. 7, No. 3, pp. 349-363

Espacio Editorial

Este artículo debería citarse como: Cragno, Alejandro, García Dieguez, Marcelo, ***"La seguridad del paciente, error médico y educación médica"***. *Disponible en World Wide Web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar Marzo 2009. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.*

La seguridad del paciente, error medico y la educación médica.

Dr. Alejandro Cragno. Dr. Marcelo Garcia Dieguez*

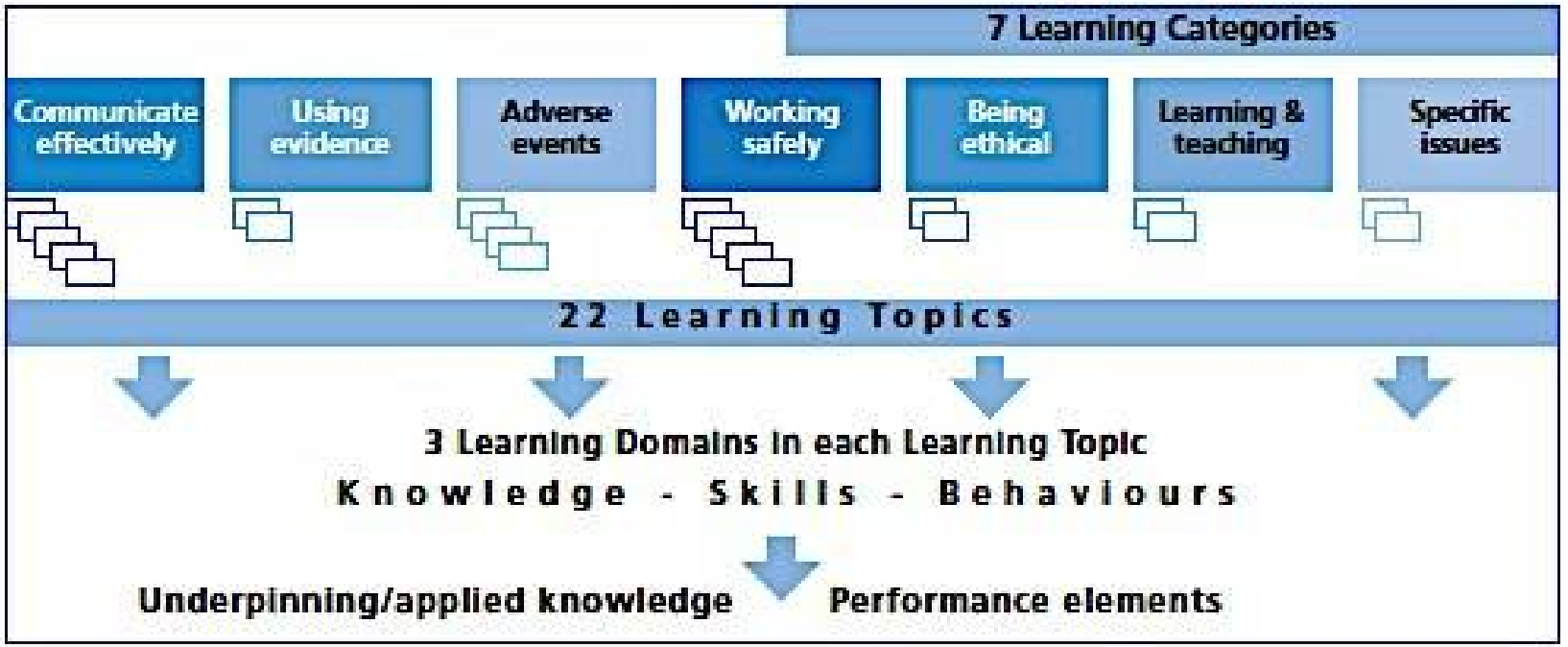
En cuanto al postgrado aquí hay diferencias entre los programas formales como la residencia y la educación de postgrado como proceso de educación continua. A nuestro criterio el gran desafío es la residencia como proceso profesionalización. Es la residencia un programa de educación que fomenta el desarrollo de las competencias necesarias para poder ofrecer un servicio que garantice la seguridad del paciente? Seguramente debería serlo. Para ello sería importante que reflexionemos sobre los programas de residencia utilizando algunas evidencias disponibles:

1. Los residentes que tienen más horas de "trabajo"[4]:
   - Mayor nivel de conflicto con otros en el lugar de trabajo
   - Mayor percepción de humillación
   - Mayor incidencia de accidentes personales
   - Mayor incidencia de errores
2. Muy frecuentemente la falta de atención a aspectos relacionados con los aspectos humanísticos y de profesionalismo generan ambientes de aprendizaje en la antitesis del buen acto médico.
3. La forma en que los residentes son tratados y los valores que sus docentes y la institución exhiben, influyen poderosamente en la forma en que tratan a los pacientes, sus pares y así mismo[5].
4. Las jornadas de largas horas de trabajo, la tradición jerárquica por la cual el residente más novato es abiertamente humillado o tratado irrespetuosamente y el devaluado feed back sobre aspectos relacionados con el cuidado y respeto de las personas tienen efectos deshumanizantes[6].

Si tenemos en cuenta que la seguridad del paciente no es solo un tópico relacionado con la calidad de la atención, sino también con una concepción profundamente humanística de la práctica profesional, lo señalado en los párrafos anteriores nos tendría que invitar a pensar en nuestros programas de educación de profesionales de la salud.
Surge así la necesidad de encontrar un espacio de reflexión sobre el tema que incluya no solo a los encargados de los programas sino también a los estudiantes a los residentes y obviamente a los pacientes.

Estrategias

Figure A.2.1. Structure of the Australian Patient Safety Education Framework



Source: *National Patient Safety Education Framework*, Commonwealth of Australia, 2005 [1].

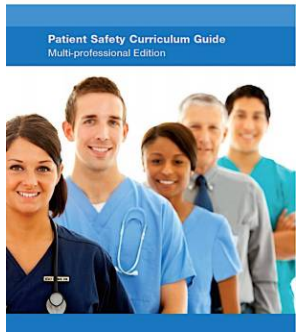
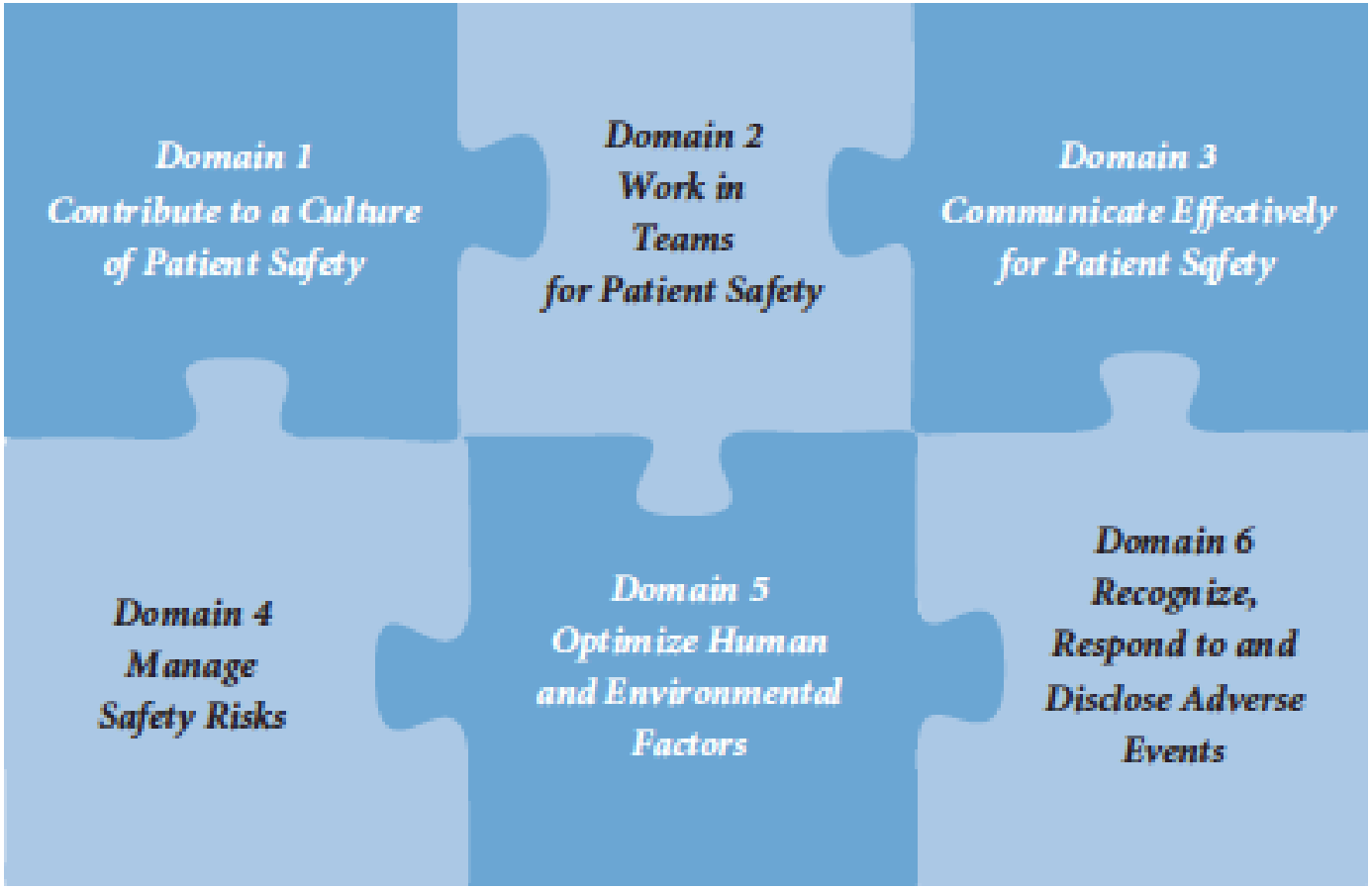


Figure A.2.2. The Canadian Framework

The Safety Competencies – Enhancing patient safety across the health professions



Source: *The Safety Competencies*, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2].

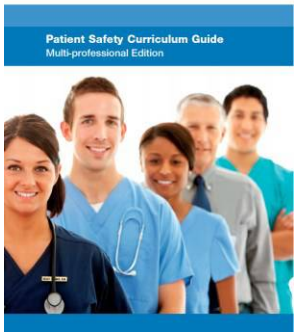
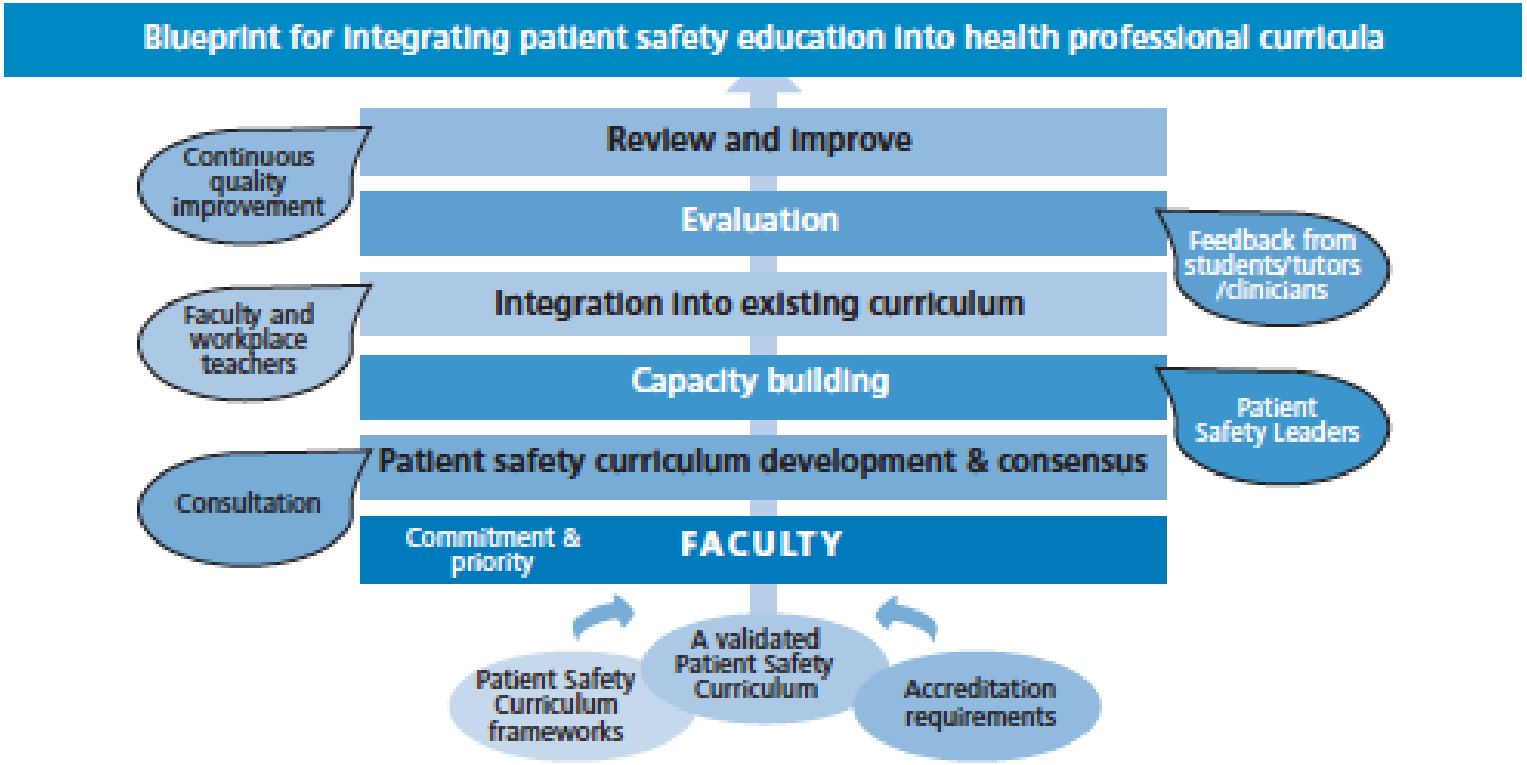
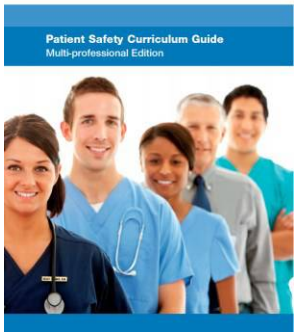


Figure A.5.1. Integrating patient safety education into health professional curricula



Source: supplied by Merrilyn Walton, Professor, Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia, 2010.



Estrategias locales

¿Cuándo es necesario un Equipo?

- Tarea compleja
- Requiere creatividad
- Mejor eficiencia en uso de recursos
- Requiere rápido aprendizaje
- Requiere cooperación para implementar
- Tarea es inter disciplina
- Insuficiente conocimiento individual

El cono del aprendizaje
de Edgar Dale

Acciones

- Nos hemos hecho cargo del desafío (local)
- Comprendemos a los becados (residentes) como parte del equipo
- Participan en todas las actividades y es obligatorio considerar la seguridad del paciente…desde el ingreso al programa
- Acompañamiento con afecto y respeto pero firme

Gracias…

1+1=3