

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y CALIDAD MÉDICA

Sinergia para la Seguridad del Paciente

Dr. Fabián Vítolo
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ Etimológicamente la palabra sinergia significa “cooperación”. El diccionario de la Real Academia Española la define como “el concurso activo y concertado de varios órganos para realizar una función.”. Cuando hay sinergia, el efecto final es superior a la suma de los efectos individuales.

Todavía es relativamente común que las actividades de administración de riesgos hospitalarios y de calidad médica funcionen dentro de las instituciones como compartimentos estancos: Los incidentes con implicancias médico-legales son revisados por legistas y abogados. El Departamento de Calidad (cuando existe) se aboca al establecimiento de indicadores de calidad, manejo de quejas, encuestas de satisfacción, etc. Los auditores se dedican mayormente a controlar facturación. Seguridad e higiene es manejada generalmente por ingenieros. Los individuos responsables de estas funciones suelen tener distintas líneas de reporte y están pobremente comunicados.(1)

Sin embargo, a esta altura del siglo XXI y con varios informes acerca de la prevalencia del error médico, los esfuerzos de los administradores de riesgo y de los responsables de los planes de calidad institucionales deben alinearse detrás de un objetivo común: la seguridad de los pacientes. Los profesionales de ambas disciplinas, generalmente con distintos orígenes, deben encontrar la

forma de trabajo más eficiente para que sus instituciones puedan brindar una atención segura y de alta calidad.

Actualmente, las organizaciones de salud más importantes de los Estados Unidos concentran las funciones de administración de riesgos, calidad médica y seguridad de los pacientes en un mismo departamento o jefatura. Si bien puede haber diferentes personas a cargo de cada una de estas áreas, las mismas suelen reportar al mismo jefe en la estructura jerárquica. Esto no siempre fue así. Generalmente los gerentes de riesgo (“risk managers”) reportaban a los gerentes administrativo - financieros o al Dto. médico legal y los responsables de la calidad en la atención al director médico. Ni los primeros solían tener mayores noticias respecto a los esfuerzos de estos últimos en la mejora del desempeño, ni los segundos tenían mayor idea de la cantidad y del tipo de reclamos por mala praxis que discutían los legistas y abogados. El organigrama institucional y las estructuras jerárquicas no permitían compartir datos ni la superposición de funciones.

El siguiente escenario hipotético ilustra una duplicación y superposición de esfuerzos innecesaria cuando un establecimiento de salud mantiene estructuras de administración de riesgos y de calidad médica separadas y con distintas cadenas de reporte. Supongamos que los administradores

de riesgo (generalmente legistas, abogados y auditores) han identificado un aumento en los reclamos por mala praxis originados en la guardia de emergencias, sin saber que los profesionales a cargo de los programas de calidad del hospital han iniciado un plan para mejorar el proceso de las altas de la guardia. Del análisis de las demandas surge claramente cuáles son las presentaciones que generan mayores problemas (fracturas, heridas, dolor abdominal y torácico, etc.) y que la inadecuada comunicación de pautas de alarma e instrucciones juega un rol importante en el aumento de la siniestralidad. Por otra parte, en forma separada y sin conocimiento de las demandas originadas en emergencias, los especialistas en calidad se encuentran trabajando en el desarrollo de pautas de alarma e instrucciones de alta preimpresas y estimulando su utilización. Si los responsables de controlar el riesgo médico-legal y los de la mejora continua de la calidad no están advertidos de los hallazgos de unos y otros, sus estrategias para mejorar la comunicación entre los pacientes y los médicos de guardia pueden resultar incompletas (por ejemplo: no desarrollar pautas de alarma para algunas de las situaciones identificadas en las demandas). Sin dudas los problemas pueden ser mejor resueltos con el aporte de todos los involucrados. (2)

Esta segregación de estructuras, con las dos funciones operando en distintos carriles de la organización tiene su explicación en las raíces mismas de las dos disciplinas. Las profesiones de control de calidad y de administración de riesgos médicos se desarrollaron por distintas vías y con propósitos muy diferentes. Estas diferencias en su evolución todavía son relevantes y ayudan a explicar las distintas perspectivas de las dos especialidades y el celo que pueden tener en el manejo de la información. Sin embargo, dichas diferencias históricas no deberían crear barreras para la coordinación entre ambos programas.

Evolución de la Administración de Riesgos Médicos

La administración de riesgos en salud, definida como “el proceso sistemático de identificación, análisis y tratamiento de los riesgos de pérdidas

económicas” nace como disciplina en los Estados Unidos a mediados de la década del '70, cuando la frecuencia y severidad de las sentencias por mala praxis se incrementaron dramáticamente. La mayoría de las compañías de seguros comenzaron a limitar sus coberturas y las instituciones médicas, al no poder transferir financieramente sus riesgos tuvieron que aprender a controlarlos. Desde sus orígenes el foco de la administración de riesgos estuvo puesto en la protección de las finanzas y la reputación de los establecimientos de salud. El administrador de riesgos, más que dedicarse al análisis de los sistemas que contribuían al error médico y al daño a los pacientes se ocupaba del manejo de incidentes puntuales y de tratar de mitigar los efectos de un posible juicio por mala praxis (manejando la relación con el paciente o la familia, revisando que la documentación estuviera completa, etc.). Ante un evento potencialmente compensable, la tarea se limitaba a la recopilación de la información, la discusión con el personal involucrado y la recomendación de que el hecho se mantuviera en la más estricta reserva. La discusión con el paciente afectado generalmente era escasa y breve. (3) Era la época en que los comités de riesgo institucionales estaban conformados casi exclusivamente por legistas y abogados. Tampoco era infrecuente que se aconsejara “negar todo”, aunque la negligencia fuera evidente y difícil de ocultar.

Sin embargo, a partir del fundacional informe “Error es Humano” del Institute of Medicine de los EE.UU (IOM) en el año 2000, (4) la forma de abordar el problema de los errores médicos cambió drásticamente: la mayoría de los daños ocasionados en los servicios de salud están relacionados a sistemas de atención deficientes y no a malos profesionales. El informe llama a un mejor análisis de los errores e incidentes que permita introducir cambios en el sistema para prevenirlos e interceptarlos a tiempo. “La introducción de mecanismos de seguridad en los procesos de atención es mucho más efectivo para disminuir los errores que culpar a las personas e instarlas a esforzarse más.” (5)

Los profesionales de la administración de riesgos, tanto los de las instituciones médicas como los de las aseguradoras de praxis médica debieron

entonces adaptarse al nuevo paradigma. En lugar de esperar que el evento ocurra, debían adoptar una conducta proactiva, integrando las actividades de control de riesgos a los procesos y sistemas de atención médica. La publicación de los estándares de seguridad del paciente por la Joint Commission en el año 2001,(6) brindó a las organizaciones de salud la oportunidad para realinear a sus departamentos de administración de riesgos y de calidad médica detrás del objetivo de la seguridad. Hoy más del 73% de los risk managers norteamericanos desarrollan, además de las tradicionales tareas de identificación y prevención de riesgos médico-legales, actividades vinculadas a la seguridad del paciente, algo totalmente impensado tan sólo una década atrás.(7)

Evolución de la Calidad en la Atención de la Salud

Los programas de “Garantía de Calidad en la Atención Médica” comenzaron a aplicarse en el ámbito hospitalario mucho antes que los programas de administración de riesgos, aunque de manera muchas veces informal. Los Comités de Calidad se conforman desde entonces con líderes del staff médico y con supervisores de enfermería, ocupándose de la calidad de las prestaciones y de problemas médicos o de enfermería puntuales. En nuestro país, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica, del Ministerio de Salud de la Nación, viene publicando desde hace casi dos décadas las normas de organización y funcionamiento de distintos servicios de salud, imponiendo el cumplimiento de requisitos en cuanto a procesos, estructura y recursos humanos. (8)

En 1980, la Joint Commission (JCAHO) de los EE.UU estableció indicadores de calidad para medir formal y sistemáticamente la calidad de la atención médica de los hospitales norteamericanos comparando sus resultados contra criterios establecidos de antemano.(9) Desde entonces, la JCAHO ha continuado revisando e incorporando nuevos estándares de calidad, movilizandolos esfuerzos de los hospitales hacia la medición y

mejora de su desempeño. En nuestro país, algunas instituciones participan del PICAM (Programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales) que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES -Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud- y SACAS -Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud-(10)

Quienes manejan la calidad de los establecimientos de salud generalmente cumplen, entre otras, las siguientes actividades: (11)

- Desarrollar y obtener indicadores de calidad para analizar la realidad de los establecimientos.
- Obtener indicadores de referencia y posibilitar la comparación (benchmarking) entre los establecimientos participantes, públicos y privados, con o sin fines de lucro.
- Brindar asesoramiento a los servicios y departamentos de la institución para cumplir con los requisitos regulatorios y de acreditación con respecto a la calidad y a la mejora del desempeño.
- Identificar oportunidades para la mejora continua
- Llevar adelante procesos de análisis de causa raíz de eventos adversos y diseñar sistemas para implementar los cambios necesarios.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes y desarrollar mejoras basadas en estos hallazgos .

Hoy en día, el especialista en calidad médica se encuentra también abocado al cumplimiento de los objetivos de calidad y seguridad establecidos por otros organismos internacionales como la OMS, que a través de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes estimula proyectos tales como el de “Manos limpias salvan vidas”(12) para disminuir los índices de infecciones nosocomiales y el de “Cirugía segura salva vidas” (13) para disminuir los daños vinculados al error en las áreas de cirugía y anestesia. Por otra parte, muchos proyectos de calidad son también impulsados por los pagadores, estableciendo planes de remuneración basados en el cumplimiento de ciertos estándares y midiendo los resultados.

FUNCIONES COMUNES

A medida que las funciones de administración de riesgos y de mejora continua de la calidad comienzan a hacer foco en iniciativas vinculadas a la seguridad de los pacientes, los profesionales de ambas disciplinas indican que sus actividades se superponen. Una encuesta del año 2006 a especialistas en calidad de atención encontró que más de la mitad de los encuestados (56%) tenían también responsabilidades de administración de riesgos.(14) Por otra parte, el 17% de los administradores de riesgo miembros de la American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM) se encuentran también certificados en calidad. La inmensa mayoría de los “risk managers” (95%) manifiestan que se comunican con los responsables de calidad y seguridad de sus instituciones, sugiriendo un interés superpuesto en este tipo de actividades.(7)

Si bien las funciones de calidad y de administración de riesgos pueden variar en las distintas organizaciones, es común que haya actividades que son propias y únicas de cada una de estas áreas y otras que se superponen y que deben ser coordinadas para una acción más efectiva. La figura “Administración de Riesgos y Calidad Médica. Sinergias” describe las funciones comunes de ambas disciplinas. (8)

Por ejemplo, supongamos que el administrador de riesgos, a través de sus cadenas habituales de reporte recibe la notificación de un evento adverso grave con un paciente dañado por un presunto error médico, con posibles implicancias legales. Ante esta situación, los responsables de calidad también deberían involucrarse. Si bien cada departamento puede abordar temas relacionados con el evento en forma separada, deben compartir algunas responsabilidades. El administrador de riesgos asistirá acerca de la mejor forma de informar sobre la situación al paciente y a la familia y será el responsable de comunicar el incidente al Dto. Legal y a la Compañía de Seguros. Junto con los especialistas en calidad de atención, los administradores pueden llevar a cabo un análisis de causa raíz del evento y preparar en forma conjunta un

plan de acción para evitar eventos similares en el futuro. El Dto. de Calidad establecerá los plazos para cumplir las acciones y sugerirá una forma de medición del impacto del plan sobre la evolución de los pacientes. Si no se logra el cambio deseado, el responsable de calidad recomendará mayores estudios, involucrando al administrador de riesgos y a otros para rediseñar la estrategia. (15)

Los administradores de riesgo también pueden colaborar con los especialistas en calidad en el cumplimiento de las normas y procedimientos necesarios para que la institución pueda cumplir con los indicadores de calidad establecidos. Supongamos que el Directorio del Hospital recibe un resumen de algunos indicadores de calidad específicos, incluyendo el de infecciones asociadas a catéteres centrales. El Director General observa que el índice de este tipo de infección es bastante más alto que el reportado por otras instituciones y solicita información adicional. Se contacta entonces con el Director de Calidad, cuyo departamento tiene un programa de prevención de este tipo de eventos, quien le informa que su equipo ha encontrado que estas infecciones están ocurriendo en UTI predominantemente en casos en donde la vía central se tiene que colocar de emergencia. El Director de Calidad invita a los administradores de riesgo a participar en el análisis de causa raíz de estos casos, que ocurren con una frecuencia de dos infecciones por mes. El análisis de los administradores de riesgo de los casos ocurridos en los últimos seis meses revela que la utilización de barreras de precaución universales es inconsistente en la mayoría de las situaciones de urgencia (no se cubre totalmente al paciente por falta de campos, no se usan barbijos y en algunos casos faltan guantes estériles). La causa es que no siempre se tiene un adecuado stock en la UTI de estos elementos y el suministro no llega siempre a tiempo. Basándose en estos hallazgos, el Director de Calidad recomienda al Directorio la compra de kits de vía centrales que incluyan todo lo necesario. El indicador mejora sustancialmente y en la siguiente reunión de Directorio se felicita a todos por el esfuerzo compartido.

Figura: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y CALIDAD MÉDICA: Sinergias para la Seguridad del Paciente

Fte: ECRI. Risk Management, Quality Improvement, and patient Safety Healthcare Risk Control. Risk and Quality Management Strategies. Vol 2, July 2009

Los estándares de seguridad del paciente de la Joint Commission recomiendan que las instituciones seleccionen al menos cada 18 meses algún proceso de alto riesgo y desarrollen una evaluación de riesgos proactiva para corregir problemas en el proceso y prevenir potenciales eventos adversos. En estos casos, el especialista en calidad podrá identificar estos procesos de alto riesgo basándose en las evoluciones de los pacientes y el administrador de riesgos basándose en los eventos adversos reportados. Ambos aportarán al análisis su experiencia para identificar las formas en las cuales el proceso puede fallar con el fin de rediseñarlo para minimizar el riesgo a los pacientes. Una vez establecido el nuevo proceso, el especialista en calidad medirá el efecto del mismo en la evolución de los pacientes y el administrador de riesgos evaluará si el nuevo proceso disminuye los eventos adversos relacionados al mismo.

RECOMENDACIONES PARA ALINEAR LOS PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, CALIDAD Y SEGURIDAD

Como cada institución es única, cada centro médico deberá diseñar su propia estrategia para alinear las funciones de administración de riesgos, calidad y seguridad del paciente. No existe una solución única o mejor que aplique a todas las organizaciones. Sin embargo, aquellos que han pasado por la experiencia de rediseñar sus procesos recomiendan lo siguiente: (1)

•Evalúe el abordaje actual de estas funciones

¿Qué se está haciendo actualmente en la institución en lo relativo a la calidad, seguridad y riesgo?

¿Quiénes son los responsables de estas áreas?
 ¿Cómo son percibidas estas funciones por los miembros de la organización? ¿Hay coordinación entre ellas? ¿Es efectivo el sistema actual para identificar áreas que necesitan mejorar para garantizar la seguridad de los pacientes y reducir el riesgo de la institución?

·Identifique qué datos e información recoge cada una de estas áreas

¿De qué manera recolectan información las áreas de calidad, seguridad y riesgo? ¿De qué forma el flujo de información puede beneficiar a todos? El Dto.de Calidad puede por ejemplo compartir con el de Administración de Riesgos reportes de desempeño por servicio, la comparación de los indicadores de calidad del hospital con la media, etc. El Dto de control de infecciones puede compartir las tasas de infecciones intrahospitalarias más importantes. Los administradores de riesgo pueden a su vez compartir información relativa a los incidentes y eventos adversos reportados y de los reclamos judiciales, etc.

·Rediseñe las estructuras de reporte

Haga que las funciones de calidad, riesgo y seguridad del paciente reporten a una misma persona con alto rango en la organización. Esto resultará en una mejor comunicación de las acciones y objetivos, disminuyendo así la duplicación de esfuerzos. Cuando la cabeza del Departamento de Calidad, Seguridad y Riesgo se encuentra cercana al Directorio, se garantiza la visibilidad de los esfuerzos ante los líderes de la organización. A su vez, la existencia de una línea de comunicación fluida con los departamentos financieros y legales facilita la toma de decisiones.

·Distribuya a los responsables de estas funciones en oficinas vecinas

Las oficinas de los responsables de calidad, seguridad y riesgo (auditores, legistas, abogados, médicos, enfermeras etc.) deberían ser muy cercanas, con el objetivo de facilitar una atmósfera de trabajo en equipo y de esfuerzo compartido. Es

conveniente que los otros servicios y profesionales del hospital, clínica o sanatorio perciban a este departamento como una unidad. La cercanía física de las oficinas facilitará una comunicación más frecuente entre quienes tienen que manejar el riesgo, la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

·Aprenda del otro

Los responsables de manejar el riesgo médico-legal/financiero y la calidad de la institución, generalmente no tienen mayor contacto entre sí. Sin embargo, cada uno puede beneficiarse y aprender de la forma de trabajo del otro. Por ejemplo, las actividades en pro de la seguridad de los pacientes pueden beneficiarse de la recolección y el análisis sistemático de datos típicamente utilizado por los profesionales que se dedican a la calidad de la atención. Los datos de juicios y mediaciones que manejan los abogados y legistas han sido desde siempre una gran fuente de información para los administradores de riesgo cuando quieren focalizarse en ciertas áreas de alto riesgo pero que encuentran que la información recogida por los responsables de calidad no les alcanza. Para comprometer a los médicos y enfermeras en seguridad, los datos relevantes deben ser presentados de una forma creíble y confiable. Los profesionales de calidad médica que trabajan con datos duros se encuentran familiarizados con la presentación de la información en flujogramas, tablas y cuadros. Esto puede servir para presentar recomendaciones basadas en la evidencia para apoyar los cambios que terminarán beneficiando la seguridad de los pacientes.

Por otra parte, los administradores de riesgo pueden asistir con el manejo y la forma de presentación de algunos datos de calidad sensibles que puedan comprometer la imagen de la institución y exponerla a juicios.

·Deje el ego en la puerta

Aquellos que han rediseñado sus funciones de calidad, seguridad y riesgo han advertido que el miedo al cambio puede ser una gran barrera para la

integración.(2) Anticipe conflictos interpersonales, pero identifique las fortalezas que cada individuo aporta al nuevo esfuerzo unificado. Como se requiere un gran compromiso y una discusión abierta de todos los temas, algunos egos pueden sentirse afectados de tanto en tanto, pero el esfuerzo integrado se beneficiará de la mayor innovación, menor duplicación, mayor calidad y mejor utilización de los recursos. Sin embargo, debe reconocerse que aquellos individuos cuyos objetivos personales y profesionales son incompatibles con la nueva estructura pueden no soportar la transición.(16)

ROL DEL SEGURO ESPECIALIZADO

Muchas de las más exitosas iniciativas en seguridad de los pacientes tuvieron su origen en las actividades de administración de riesgos desarrolladas por las aseguradoras de responsabilidad profesional médica.(17) (18) Los aseguradores siempre reconocieron el valor del control de los riesgos sistémicos de los centros de salud como un medio para disminuir los errores médicos, mejorar la seguridad de los pacientes y limitar las exposiciones por mala praxis.

Las compañías de seguro especializadas en praxis médica, a través de las denuncias de incidentes, reclamos y demandas de sus clientes concentran mucha información. Al tener miles de profesionales y centros médicos asegurados pueden manejarse con bases de datos y grandes números y darse cuenta que eventos considerados como excepcionales son mucho más frecuentes de lo que se piensa. Hoy sabemos que las caídas de los pacientes internados, los errores de lado, los oblitos, los suicidios en internación, por ejemplo, son problemas que por su frecuencia y magnitud deben ser adecuadamente manejados. De esta forma, la información recibida por las compañías se procesa en forma de conocimiento que deriva en planes de acción concretos.

Tal vez el mejor ejemplo de interacción entre la industria aseguradora y la comunidad médica sea el proyecto de casos cerrados que la Sociedad de Anestesiología de los EE.UU mantiene con más de 35 aseguradoras de médicos de dicho país (Closed

Claims Project). Desde el año 1985, analizan en forma conjunta las demandas contra anesthesiologists. La base abarca aproximadamente a la mitad de los profesionales de la especialidad y cuenta con más de 9200 casos en la actualidad. Sólo se analizan casos en los que se recolectó suficiente información. Cada reclamo es analizado por expertos, quienes determinan las causas, juzgan el estándar de atención y realizan las recomendaciones correspondientes.(19)

Las aseguradoras de médicos de los EE.UU, a su vez también realizan informes periódicos acerca de las causas de los reclamos brindando pautas para disminuir el daño a los pacientes y los reclamos.(20) Vale la pena reflexionar acerca de las causas por las cuales los juicios por mala praxis pueden ser una fuente inigualable de información sobre la seguridad de los pacientes. Las carpetas de los casos contienen documentación médica, declaraciones de los pacientes y de los profesionales involucrados, declaraciones de testigos y la opinión de peritos de parte y oficiales que atraviesan todo el sistema prestacional. Ante un reclamo por daños y perjuicios, los dictámenes de los expertos tratan de aclarar si el profesional de la salud cumplió con el estándar de cuidado y, en caso de no haberlo hecho, si su accionar se enmarca dentro de la figura de negligencia, impericia o imprudencia. De esta forma, el panorama de las aseguradoras sobre la seguridad del acto médico es más amplio y profundo que el que cualquiera pueda tener utilizando otras fuente de información. Los juicios por mala praxis se mueven más allá de las fronteras que limitan el espectro de un solo prestador. Si bien la mayoría de las instituciones médicas tienen un acabado conocimiento de lo que pasa dentro de sus paredes, se les hace muy difícil captar y seguir la evolución de los pacientes a medida que su atención comienza a brindarse en consultorios médicos, centros de diagnóstico o en otros establecimientos con internación. Ninguna de estas restricciones limita la visión de quienes analizan los casos en las aseguradoras especializadas.

Muchas mejoras en los procesos de comunicación, intercambio de información y documentación médica fueron motorizadas por los informes de las

compañías de seguros, a partir de las tendencias identificadas en sus bases de datos y mediante revisiones de la bibliografía.

Existe una obvia tensión entre el sistema de responsabilidad civil y penal de los médicos y el movimiento por la seguridad de los pacientes. En el primer caso el abordaje es necesariamente individual, punitivo y confrontacional, girando el análisis alrededor de la culpa médica. La información en un juicio se maneja en forma reservada y se comparte entre pocos. Esto se contrapone con los programas de seguridad de los pacientes, en donde la culpa no es el elemento central y el abordaje es sistémico, no punitivo y cooperativo. La información sobre los errores y la forma de evitarlos se difunde abiertamente. Para resolver esta tensión, el análisis de los reclamos puede ser realizado en distintos niveles. Uno de estos niveles es el de los abogados y peritos, que requieren la total identificación de las partes intervinientes y otro el de los especialistas en calidad y seguridad, a quienes poco interesa los nombres de los profesionales involucrados en el evento adverso. Cuando se analizan reclamos (tanto abiertos como cerrados) debe prestarse especial atención a que los profesionales no puedan ser individualizados. Es mejor el análisis del agregado que del caso individual. Esto garantiza la protección de los individuos e incluso muchas veces de las instituciones. Los nombres propios suelen contribuir muy poco a los esfuerzos por mejorar la seguridad de la atención.

En conclusión, las compañías de seguro de responsabilidad profesional se encuentran en una posición privilegiada para identificar tendencias y estimular mejoras en la seguridad de los pacientes disminuyendo el riesgo sistémico de las organizaciones de salud. Resulta aconsejable que estas últimas aprovechen la experiencia de las compañías de seguro y las vean como parte de la solución y no del problema. La relación entre la seguridad de los pacientes, la mejora continua de la calidad médica y la administración de riesgos continuará evolucionando. Al fin de cuentas, los sistemas de atención seguros benefician a los pacientes, a los prestadores y a los aseguradores. ■ <<<

Bibliografía

1. American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM). Different roles, same goal: risk and quality management partnering for patient safety [online]. 2007. Disponible en Internet:
www.ashrm.org/ashrm/education/development/monographs/Monograph.07RiskQuality.pdf
2. Youngberg BJ; Weber DR. Integrating risk management, utilization management and quality management: maximizing benefit through integration. Chapter 4. En: Youngberg BJ, ed. The Risk Manager's desk reference. Aspen Publishers Inc. 1998: 27-42
3. Kuhn AM, Youngberg BJ. The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. Qual Saf Healthcare 2002 Jun; 11(2): 158-62
4. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: a new system for the 21st century. Washington (DC): National Academy of Sciences; 2001.
5. Institute of Medicine (IOM). To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy of Sciences; 2000
6. Joint Commission. National Safety Goals. www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals.
7. Amori G, Hendel T, Popp P. The changing role of the risk manager in a patient safety culture. Remarks at: Annual conference and exhibition of the American Society for Healthcare Risk Management; 2007 Oct 10-13; Chicago (IL)
8. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica. Disponible en Internet: <http://msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm>
9. Martin PB, Federico F. Risk management's role in performance improvement. Chapter 2. Volume 2. In Carroll R, ed. Risk Management Handbook for healthcare organizations. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2006: 23-25
10. Programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales. PICAM. Accesible en Internet:
http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=41
11. National Association for Healthcare Quality (NAHQ) Standards of practice for healthcare quality professionals. [online]. Disponible en Internet:
<http://www.fahq.org/about/PDF/About%20Us%20NAHQ%20Code%20of%20Ethics%20AND%20Standards%20of%20Practice.pdf>
12. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria. (Borrador Avanzado). Resumen, 2005. Disponible en Internet http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
13. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. "La Cirugía Segura Salva Vidas. Listado de verificación de seguridad en la cirugía. Disponible en Internet
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/index.html>
14. Cohen AB, Restuccia JD, Schwartz M, et al. A survey of hospital quality improvement activities. Med Care Res Rev 2008 Oct; 65(5): 571-95
15. ECRI. Risk Management, Quality Improvement, and patient Safety Healthcare Risk Control. Risk and Quality Management Strategies. Vol 2, July 2009.
16. Segres A. Integrating patient safety and risk management: lessons learned. Remarks at: Annual conference and exhibition of the American Society for Healthcare Risk Management; 2007 Oct 10.13; Chicago (IL)
17. Manuel BM, Mc Carthy JL, Berry W, Dwyer K.

Risk management and patient safety. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ). Morbidity and Mortality Rounds on the Web. Perspectives on Safety. Dec. 2010. Disponible en Internet: <http://www.webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=96>

18. Manuel BM, Greenwald Using medical malpractice closed claims data to reduce surgical risk and improve patient safety. Bull Am Coll Surg. 2007 Mar; 92(3):27-30

19. ASA Closed Claims Project. Disponible en Internet: www.asaclosedclaims.org

20. Studdert DM. Malpractice Insurers' Medical Error Surveillance and Prevention Study (MIMESPS). 2007. Disponible en Internet: http://www.rmhf.harvard.edu/files/documents/MIMESPS_Report.pdf