










ORIGINAL

Diagnóstico de la implementación de la gestión del cuidado de enfermería para atención cerrada en Chile

Diagnosis of the implementation of nursing care management for closed healthcare in Chile

Nicolás Ramírez Aguilera¹  , Roberto García Jara²  , Felipe Machuca-Contreras³   

¹Subdirección de Gestión de Cuidado, Hospital Clínico Félix Bulnes. Santiago, Chile.

²Dirección Nacional de Enfermería, Ministerio de Salud (MINSAL). Santiago, Chile.

³Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile

Citar como: Ramírez Aguilera N, García Jara R, Machuca-Contreras F. Diagnóstico de la implementación de la gestión del cuidado de enfermería para atención cerrada en Chile. Salud, Ciencia y Tecnología. 2023;3:348. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023348>

Recibido: 15-03-2023

Revisado: 28-04-2023

Aceptado: 07-05-2023

Publicado: 08-05-2023

Editor: Dr. Adrián Alejandro Rojas Concepción 

RESUMEN

Introducción: se define el rol social de las enfermeras en 1997, estableciéndose la gestión del cuidado de enfermería a través de la norma general administrativa N°19. La implementación de las subdirecciones de gestión del cuidado de enfermería, cobran relevancia en los resultados tanto para pacientes como para el equipo de enfermería.

Objetivo: describir el grado de implementación de la norma general administrativa N°19 en atención cerrada de los establecimientos públicos de salud de mediana y alta complejidad de Chile.

Métodos: un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal fue desarrollado. Con una muestra intencionada a conveniencia de 56 centros, utilizando un instrumento de recolección de evidencias de características de la norma N°19 presentes.

Resultados: El 75,0 % cuenta con Subdirección de Gestión del Cuidado y un 3,57 % no cuentan con ella. Los hospitales de alta complejidad tuvieron un promedio de 6,83 características y mediana complejidad un promedio de 6,69 características. Las características con mayor grado de cumplimiento fueron los relativos a las atribuciones para otorgar una atención segura, definición de perfiles de cargo correspondiente a la estructura, políticas de comunicación con otras dependencias y contar con un conjunto de indicadores del cuidado para la toma de decisiones.

Conclusión: existe disparidad en la implementación, se requiere para un cuidado con sentido en justicia social y universal, contar con una Dirección Nacional de Enfermería, dependiente del Ministerio de Salud con rol fiscalizador, además generando políticas, protocolos y directrices estandarizadas para el apoyo en la implementación.

Palabras Claves: Investigación en Administración de Enfermería; Gobernanza Compartida en Enfermería; Gestión en Salud.

ABSTRACT

Introduction: the social role of nurses in 1997 is defined, nursing care management being established via the general administrative regulation N° 19. The implementation of assistant directorships for nursing care management becomes relevant in the results for both the patients and the nursing team.

Goal: describe the degree of implementation of the general administrative regulation N° 19 for close care at Chile's medium-and-high-complexity public health establishments.

Methods: a quantitative, descriptive, cross-sectional study was developed. With a convenience-intended sample of 56 centers, using an instrument to gather evidence of characteristics of Regulation N° 19.

Results: 75,0 % have an Assistant Directorship for Care Management and 3,57 % do not have any. High-

complexity hospitals averaged 6,83 characteristics and medium complexity averaged 6,69 characteristics. The characteristics with the highest degree of fulfillment were those related to powers to grant safe care, the definition of job profiles corresponding to the structure, policies on communication with other offices, and having a set of care indicators for decision-making.

Conclusion: there is a disparity in implementation, a National Nursing Directorship dependent on the Ministry of Health with a supervising role and generating standardized policies, protocols, and guidelines to support the implementation is required to achieve care with a sense of social and universal justice.

Keywords: Nursing Administration Research; Shared Governance, Nursing; Health Management.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1997 se define el rol social de las enfermeras en la legislación chilena, la cual asigna la gestión del cuidado como campo de acción técnico y administrativo. Posteriormente en el año 2005, con la reforma sanitaria, pasa a incorporarse en la estructura de los servicios de salud.⁽¹⁾

La gestión del cuidado de enfermería, de acuerdo con la norma general administrativa N° 19 del 2007, se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación, y control de provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de cada institución”.⁽²⁾ A su vez, Campos, Vargas y Milos mencionan que las enfermeras debido a su función de gestión y administración, cuentan con dependencia técnica y administrativa del personal de enfermería, las que son definidas como facultades y atribuciones inherentes a la gestión del cuidado de enfermería.⁽³⁾

Con esta denominación jurídica, gestión del cuidado de enfermería, es incorporada en el código sanitario chileno, determinándose como un requisito mínimo para los establecimientos autogestionados en red (EAR) la implementación del modelo de gestión del cuidado de enfermería en los establecimientos de alta y mediana complejidad.⁽⁴⁾

En este contexto, se ha descrito que la incorporación de las enfermeras líderes con rol gerencial, tienen un impacto fundamental para la gestión hospitalaria, que se traduce en la disminución de costos económicos, mejoramiento de la calidad del cuidado y satisfacción del paciente-familia, menor estancia hospitalaria, menos tasas de infecciones y mayor satisfacción de enfermeras, entre otros beneficios.⁽⁵⁾

Se ha puesto de manifiesto, la necesidad de contar con indicadores basados en evidencia relacionados con la gestión del cuidado para la planificación de los servicios dirigidos por las entidades gerenciales de enfermería, con fundamental relevancia en la seguridad de los usuarios. Esta definición de indicadores se encuentra incluida dentro de las funciones establecidas en la norma general N° 19 para atención cerrada.^(2,6,7)

Hoy se conoce que cuando las enfermeras con rol gerencial tienen presencia a nivel directivo en las organizaciones de salud, existe una probabilidad 3 veces más de contar con una matriz de indicadores relacionados al cuidado fundamental que en las demás organizaciones en las cuales no existe participación directiva de las enfermeras.⁽⁸⁾

A su vez, la gestión de riesgos, es inherente a la gestión del cuidado, con una vinculación ética y jurídica, contribuyendo a la toma de decisiones para el cuidado de salud de las personas que acuden a las organizaciones sanitarias, constituyendo para la enfermería chilena, un imperativo moral y profesional.⁽⁹⁾

Por otro lado, las diversas redes internacionales de enfermería de las américas se han alineado a las políticas internacionales dictaminadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las cuales se enfocan en el acceso universal en salud y su cobertura, siendo un eje esencial para estas redes de enfermería, fomentando el acceso sin discriminación alguna, de manera integral, adecuada, oportuna y de calidad. Del mismo modo, en relación a la cobertura, incluye a todas las diversas áreas de salud, tanto promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.⁽¹⁰⁾

A nivel internacional, se reconoce la importancia de contar con una estructura organizacional de enfermería. Teniendo en cuenta que es un fenómeno transversal de las américas (y mundial) la escasez y rotación de enfermeras que va en desmedro de las políticas planteadas por la OMS. Dentro de los factores que contribuyen a esta escasez, está la falta de políticas organizacionales y barreras de planificación, factores asociados a rotación, estrés y agotamiento.⁽¹¹⁾

En Chile, se ha evidenciado el impacto que tiene la dotación de enfermeras en mortalidad de pacientes, menor número de incidentes, menor número de reingresos hospitalarios, además de estancias hospitalarias más cortas.⁽¹²⁾

De acuerdo con el informe “Enfermería, una voz para liderar” potenciar el liderazgo de las enfermeras es tan importante para el cuidado de la salud de las personas, como las habilidades en el cuidado a pie de cama, con el objetivo de implementar planes de cuidado individualizados, nuevos modelos de cuidado, innovación en

salud, con políticas y planes organizacionales, y la toma de decisiones directivas y legislativas.⁽¹³⁾ Actualmente, no existe evidencia disponible del grado de cumplimiento e implementación de la norma administrativa N° 19 para la gestión del cuidado,⁽¹⁴⁾ es por esto que, el objetivo general de esta investigación fue explorar la implementación de la norma general administrativa número 19 en atención cerrada de los establecimientos públicos de salud de mediana y alta complejidad de Chile.

Por lo expuesto es que se planteó como objetivo general para esta investigación el describir el grado de implementación de la norma general administrativa número 19 en atención cerrada de los establecimientos públicos de salud de mediana y alta complejidad de Chile.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal fue desarrollado

Universo y muestra: el universo para esta investigación fueron los registros públicos de un total de 91 centros públicos listados como alta y mediana complejidad por el Ministerio de Salud de Chile. Se recolectaron registros que evidencian la implementación de la norma número 19 Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada con resolución exenta 1127 publicada el 14 de diciembre de 2007 para estos centros.⁽²⁾

Una muestra intencionada a conveniencia se utilizó y se incluyeron solo los centros en los que se lograron corroborar la presencia (o no) de las características de implementación recopiladas en el instrumento.

Criterios de inclusión: como criterios de inclusión se utilizaron: a) registros públicos y que incluyen la designación/nombramiento de la figura de subdirector/a de gestión del cuidado de enfermería (o su homólogo) para la atención cerrada de establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad y b) registros públicos sobre las funciones encomendadas en la normativa vigente.

Instrumento de recolección de información: se utilizó un instrumento de recolección de datos, con dos partes:

a) La primera parte de caracterización de la muestra: incluyó características de la institución como servicio de salud de dependencia, nivel de complejidad y características generales como: nivel jerárquico máximo en la institución (subdirector, coordinador o referente unidad de gestión del cuidado), grado del cargo, año de implementación del cargo.

b) La segunda parte de característica de la implementación de la norma con resolución, tales como: presencia de manual administrativo de enfermería, presupuesto asociado para la provisión continua de cuidados de enfermería de la SDGC o similar, procesos de enfermería asociado a la estructura, perfiles de cargo asociado a la estructura, política de desarrollo de competencias, gestión del desempeño y satisfacción laboral, indicadores propios de la SDGC, cartera de servicios de la gestión del cuidado de enfermería, matriz de riesgos para la gestión del cuidado y plan de mejora anual, políticas de integración docente asistencial e investigación para la gestión del cuidado, conjunto mínimo básico de datos para la toma de decisiones, herramientas tecnológicas para control de la gestión, política de comunicación con otras dependencia y comunicación interna (manual, protocolo, inducción, por ejemplo). Esta segunda parte contempló 13 características dicotómicas (presente o ausente), siendo 0 el mínimo desempeño y 13 el máximo desempeño, el instrumento no tiene puntaje de corte y no diagnóstica más allá del nivel de implementación.

Técnica de recolección de la información: la recolección de la información se realizó entre septiembre y diciembre del 2022, planteando tres estrategias:

a) Solicitud de los registros públicos a través de subdirecciones, coordinaciones o unidades de enfermería de atención cerrada de los establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad.

b) Solicitud de los registros públicos a través de máxima autoridad de establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad.

c) Solicitud de los registros públicos por medio de la ley de acceso a la información pública N° 20.285.⁽¹⁵⁾

Análisis de la información: el análisis de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS en versión 26 para Mac OS. Un análisis descriptivo fue realizado para las variables en estudio dependiendo de la naturaleza de los datos, se utilizaron recuento (n), media (m), desviación estándar (DE), importancia relativa (IR%) y se utilizó análisis de la varianza (ANOVA) para comparar las medias (F) con un nivel de significancia de 0,005 (p).

Aspectos éticos: la actual investigación se centra en el análisis secundario de registros públicos sin acceso a información individualizada, por lo que no hay instrumentalización y/o intervención con seres humanos.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

Un total de 56 estructuras administrativas de gestión del cuidado fueron incluidas (tasa de respuesta de 61,54 %) estos se distribuyeron en relación a la muestra en un 71,43 % de alta complejidad (n = 40) y un 28,57 % en baja complejidad (n = 16). La tasa de respuesta por nivel de complejidad fue de un 62,5 % para alta y 59,25 % para mediana. Los centros a los que pertenecen las estructuras administrativas de gestión del cuidado se distribuyen en 28 servicios de salud, siendo los servicios de salud de Arica, Iquique, Antofagasta, Aconcagua,

Metropolitano Central, Talcahuano, Biobío, Arauco, Araucanía Norte, Osorno, del Reloncaví y Aysén con la menor cantidad de centros de la muestra cada uno ($n = 1$, IR = 1,79 %). A su vez, el servicio que aportó la mayor cantidad de centros fue el Servicio de Salud Maule ($n = 6$, IR = 10,71 %).

En relación a la estructura administrativa en el organigrama el 75,0 % ($n = 42$) cuenta con Subdirección de Gestión del Cuidado, el 16,07 % ($n = 9$) cuenta con coordinación, el 5,36 % ($n = 3$) cuenta con unidad y un 3,57% ($n = 2$) no cuentan con estructuras. De estas unidades el 87,50 % se encuentra representada a nivel directivo y tiene dependencia directa de la dirección.

Del mismo modo, la creación de las estructuras administrativas tiene un desarrollo disímil, aunque mantenido en el tiempo la mayor cantidad de ellas fueron creados en el año 2008 ($n = 11$) y durante los años 2018 y 2019 no se crearon nuevas, quedando aún pendiente la creación en 2 establecimientos (figura 1).

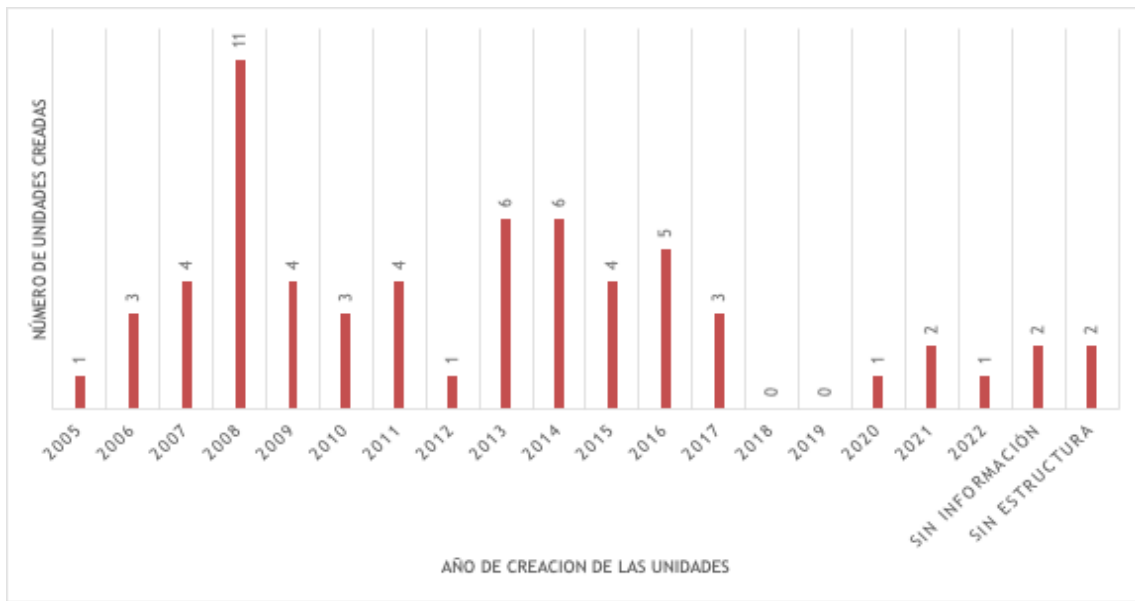


Figura 1. Distribución unidades según año de creación ($n = 56$)

En relación al grado del cargo que se basa en la Escala Única de Sueldo (EUS) estos se concentran en 75,00 % entre los grados 4 y 7 EUS. Del mismo modo, el 25,00 % se encuentra entre el grado 8 y 14 EUS (figura 2).

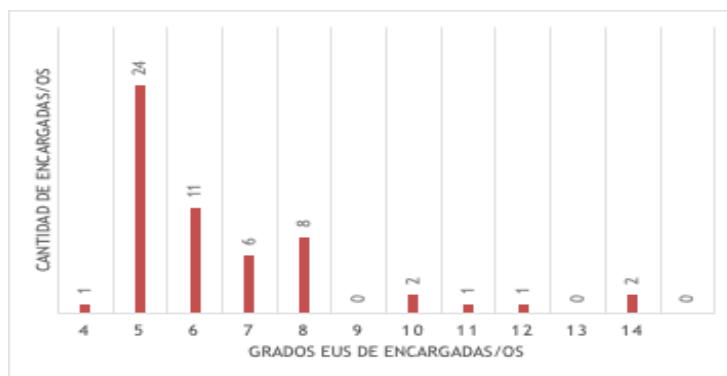


Figura 2. Distribución de encargadas/os según grados EUS ($n=56$)

Nivel general de implementación

Las unidades obtuvieron un mínimo de 1 criterio presente y un máximo de 13 criterios. Solo un 1,78 % tienen evidencias para los 13 criterios ($n = 1$).

Las unidades insertas en hospitales de alta complejidad tuvieron un promedio de 6,83 características ($DE \pm 2,87$) y mediana complejidad un promedio de 6,69 características ($DE \pm 2,50$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por complejidad ($F = 0,028$; $p = 0,867$), El promedio para la muestra se situó en 6,71 características ($DE \pm 2,71$). (figura 3)

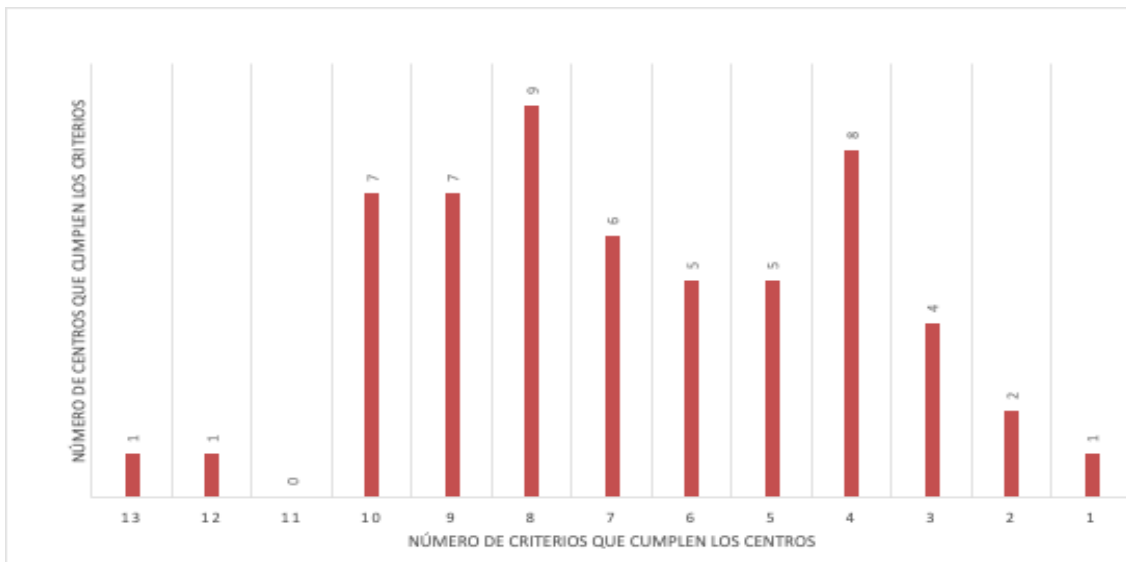


Figura 3. Distribución de unidades según número de criterios cumplidos (n = 56)

Nivel de Implementación por características

Las unidades obtuvieron diferentes comportamientos por características, sólo una característica está en el cuarto cuartil con 92,86 % de cumplimiento (¿Cuenta con atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud?) y hay dos características que se encontraban en el primer cuartil con 19,64 % (¿Cuenta con presupuesto asociado para la provisión continua de cuidados de enfermería de la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?) y 23,21 % (¿Cuenta con políticas de desarrollo de competencias, gestión del desempeño y satisfacción laboral asociado a la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?). En la figura 4 se puede observar la distribución por cada una de las características.

DISCUSIÓN

Para contextualizar la implementación es fundamental tener como base el decreto 140 del reglamento orgánico de los servicios de salud que establece en el numeral II del orden administrativo que le corresponde al director organizar la estructura interna de la dirección del servicio y de sus establecimientos dependientes, asignar los cometidos y las tareas a su dependencia. A pesar de este decreto existen aún establecimientos sin estructura (3,57 %).⁽¹⁶⁾

A su vez, en el mismo decreto se describe que el director debe dictar las normas de funcionamiento interno para los establecimientos bajo su dependencia, conforme a las leyes y reglamentos vigentes y a las directivas ministeriales que se impartan al respecto. En este contexto sólo un centro cuenta con todas las características (n=13; IR = 1,78 %) que plantea la norma general administrativa n°19.^(2,16)

Continuando con las disposiciones del decreto 140 al hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia. En este estudio un 57,14 % cuenta con procesos de enfermería, el 46,43 % cuenta con cartera de servicios, un 25,0 % cuenta con matriz de riesgos, 19,64 % cuenta con presupuesto asociado para la provisión continua de cuidados, siendo estas herramientas necesarias para las prestaciones de salud y son en base a la norma técnica N°19.^(2,16)

A su vez, el decreto 140 plantea que será obligación del hospital la formación, capacitación y desarrollo profesional permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado. Teniendo esta obligación los resultados nos muestran que un 48,21 % cuenta con políticas de integración docente asistencial e investigación y un 24,21 % cuenta con políticas de desarrollo de competencias, gestión del desempeño y satisfacción laboral.^(2,16)

De acuerdo con la norma general administrativa número 19, indica que la gestión del cuidado de enfermería, debe ejecutarse mediante encomendación de funciones directivas y dependencia directa del director del hospital. Del total de hospitales participantes el 75 %, se encuentra conformado como subdirección de gestión del cuidado, por ende, conlleva una participación directiva dentro de la línea jerárquica, siendo la máxima autoridad de enfermería en establecimientos de la red asistencial pública de salud.⁽²⁾

La figura de subdirector/a, coordinador/a, o referente de la unidad de gestión del cuidado o enfermería:	Presente		No presente	
	n	%	n	%
1 ¿Cuenta con atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud?	52	92,86%	4	7,14%
2 ¿Cuenta con manual de enfermería asociado a la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	28	50,00%	28	50,00%
3 ¿Cuenta con presupuesto asociado para la provisión continua de cuidados de enfermería de la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	11	19,64%	45	80,36%
4 ¿Cuenta con procesos de enfermería asociado a la estructura de la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	32	57,14%	24	42,86%
5 ¿Cuenta con perfiles de cargo asociado a la estructura de la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	46	82,14%	10	17,86%
6 ¿Cuenta con políticas de desarrollo de competencias, gestión del desempeño y satisfacción laboral asociado a la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	13	23,21%	43	76,79%
7 ¿Cuenta con indicadores propios de la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	26	46,43%	30	53,57%
8 ¿Cuenta con cartera de servicios de la gestión del cuidado de enfermería asociado a la subdirección, coordinación o unidad?	26	46,43%	30	53,57%
9 ¿Cuenta con matriz de riesgos para la gestión del cuidado y plan de mejora anual u otro asociado a la subdirección, coordinación o unidad?	14	25,00%	42	75,00%
10 ¿Cuenta con políticas de integración docente asistencial e investigación para la gestión del cuidado asociado a la subdirección, coordinación o unidad de enfermería?	27	48,21%	29	51,79%
11 ¿Cuenta con un conjunto mínimo básico de datos para la toma de decisiones asociado a la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	34	60,71%	22	39,29%
12 ¿Cuenta con herramientas tecnológicas para control de la gestión asociado a la subdirección, coordinación o unidad de gestión del cuidado o enfermería?	26	46,43%	30	53,57%
13 ¿Cuenta con políticas de comunicación con otras dependencias y comunicación interna?	41	73,21%	15	26,79%

Figura 4. Nivel de implementación por características (n = 56)

En cuanto a la asignación de grados EUS asociados a una remuneración en función de la responsabilidad y funciones del cargo, se aprecia una diferencia sustancial entre la estructura definida por uno u otro servicio de salud. En este sentido la norma menciona que la remuneración de la máxima entidad de enfermería, debe estar acorde a la relevancia y carácter estratégico del rol. En este punto, un 25 % de los centros remuneran a sus representantes de la gestión del cuidado con grados entre el 8 y el 14 EUS que son remuneraciones que se homologan con supervisores y/o coordinadores de unidades/servicios e incluso enfermeros clínicos.⁽²⁾

De la implementación, la norma establece como función, diseñar y mantener actualizada la cartera de servicios de enfermería, sin embargo, se observó que solo el 46,4 % cuenta con cartera formal de servicios de enfermería, mismo porcentaje para indicadores propios de enfermería los cuales permiten monitorear y establecer estrategias de mejoramiento continuo de los servicios de enfermería.^(2,9)

Hoy se conoce, que cuando las enfermeras participan a nivel gerencial o directivo, existe 3 veces más posibilidades de contar con indicadores sensibles a la gestión del cuidado, por ende, los usuarios que reciben servicios enfermeros en aquellos establecimientos donde no participan a nivel directivo, pueden estar en detrimento de mejores resultados en los pacientes.⁽⁵⁾

A su vez, la resolución exenta 1127 establece que la normativa debe estar implementada entre los años 2007 y 2009 a esa fecha solo un 41,07 % de los centros contaban con la estructura y en este estudio el 87,5 % de los centros contaba con representación a nivel directivo y dependencia directa de la dirección de la institución.⁽²⁾

Como limitaciones de este estudio podemos mencionar que al no contar con el universo de centros y al haber sido la muestra intencionada a conveniencia tenemos un sesgo de representatividad en la actual muestra. Del mismo modo, al ser registros de la presencia de herramientas este estudio no pretende evaluar la calidad de estas herramientas. A su vez, deja fuera cualquier iniciativa que se esté implementando o evaluando de realizar al no estar oficializada.

Por las limitaciones antes expuestas, estos resultados no son extrapolables al universo y no son generalizables a todos los centros públicos de atención cerrada de mediana y alta complejidad chilenos.

CONCLUSIONES

A 15 años de la promulgación de norma técnica de gestión del cuidado de enfermería para atención cerrada en Chile, existe disparidad en la implementación de sus características en los distintos establecimientos públicos de alta y mediana complejidad de la red asistencial. Independientemente de la complejidad de los centros el desarrollo de las herramientas de la normativa se ha implementado de forma similar. Existe una brecha importante en los criterios que genera oportunidades de mejora de distinta cuantía para cada centro.

Si bien la norma es clara en los aspectos que se deben de identificar, desarrollar y evaluar, al no existir una figura técnica y administrativa central que vigile, controle y evalúe la implementación de esta norma (con una remuneración acorde a las responsabilidades gerenciales del cargo) queda libre de supervisión. Esta figura única, centralizada y nacional dentro del Ministerio de Salud debe contar con el rol fiscalizador, pero además generar políticas, protocolos y directrices estandarizadas para el apoyo en la implementación.

En consecuencia, se hace fundamental, contar con una dirección de enfermería con dependencia técnica y administrativa, que permita establecer, supervisar, organizar y monitorear, la implementación de la normativa vigente, para mejorar los resultados en los pacientes y también la gestión de los establecimientos de salud. Además, actualmente, no existe normativa que regule la gestión del cuidado de enfermería en la atención abierta, lo que dificulta la correcta articulación y continuidad de los cuidados y su gestión en toda la red asistencial de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Milos H P, Bórquez P B, Larraín S Al. La “Gestión Del Cuidado” en la legislación Chilena: interpretación y alcance. *Cienc Enferm* 2010;16(1):17-29. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>
2. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Norma General Administrativa N° 19, “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada” 2007.
3. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Tema Cent Enferm* 2018;29(3):270-7. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.003>
4. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepovich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vílchez-Barboza V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Enferm Actual En Costa Rica* 2015;29:1-12. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>
5. Pintz C, Briggs L, Zhou Q (Pearl), Nelson K, Guzzetta CE. Hospital-Based Nursing Research: Clinical and Economic Outcomes. *West J Nurs Res* 2022;44(4):356-66. <https://doi.org/10.1177/0193945921994911>
6. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2018;29(3):278-87. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
7. Ramírez Aguilera N. Indicadores sensibles para la gestión del cuidado: un importante reto para la Enfermería Chilena. *Cuid Enferm Educ En Salud* 2023;8(1). <https://doi.org/10.15443/ceyes.v8i1.1790>
8. Mainz H, Odgaard L, Kristensen PK. Nursing representatives in clinical quality databases and the presence of nursing-sensitive indicators of fundamental nursing care. *J Adv Nurs* 2023;79:1129-38. <https://doi.org/10.1111/jan.15400>
9. Milos H P, Larraín S. Al. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan* 2015;15(1):141-53. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.13>
10. Umpiérrez AF, Cabrera LG. Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud. *Rev Cuba Enferm* 2017;33:190-8.
11. Tamata AT, Mohammadnezhad M. A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nurs Open* 2023;10(3):1247-57. <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>
12. Aiken LH, Simonetti M, Sloane DM, Cerón C, Soto P, Bravo D, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health* 2021;9:e1145-53. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00209-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00209-6)

13. Stewart D, Catton H, Acorn M, Burton E, Fokeladeh HS, Parish C, et al. Enfermería: una voz para liderar. Invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global. 2022.
14. Machuca-Contreras FA, Ramírez Aguilera N, García Jara R. A quince años de la promulgación de la gestión del cuidado de enfermería para atención cerrada en Chile ¿En qué estamos? Cuid Enferm Educ En Salud 2022;7(1):7-9. <https://doi.org/10.15443/ceyes.v7i1.1765>
15. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 20285 sobre acceso a la información pública 2020.
16. Ministerio de Salud. Decreto 140 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud 2006.
17. Figueroa Pelaez IF. Patient Identification in the Prevention of Errors and Adverse Events: A Systematic Review. Data & Metadata. 2022;1:11. <https://doi.org/10.56294/dm202211>

FINANCIACIÓN

Ninguna

CONFLICTO DE INTERERES

El autor Felipe Machuca-Contreras declara ser editor asociado en esta revista, pero no intervino, directa o indirectamente en el proceso de revisión por pares.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Nicolás Ramírez Aguilera, Roberto García Jara, Felipe Machuca-Contreras.

Curación de datos: Nicolás Ramírez Aguilera, Roberto García Jara

Análisis formal: Felipe Machuca-Contreras

Investigación: Nicolás Ramírez Aguilera, Roberto García Jara, Felipe Machuca-Contreras.

Metodología: Felipe Machuca-Contreras.

Redacción - borrador original: Nicolás Ramírez Aguilera, Roberto García Jara, Felipe Machuca-Contreras.

Redacción - revisión y edición: Nicolás Ramírez Aguilera, Roberto García Jara, Felipe Machuca-Contreras.