



# REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## EN ESTE NÚMERO:

07 RESUMEN DE LAS  
CONFERENCIAS DEL VII  
CONGRESO INTERNACIONAL DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

08 DERECHO A UNA  
ATENCIÓN SEGURA  
Randall Madrigal

12 ERRORES MÉDICOS:  
UNA MIRADA DESDE  
LA ERGONOMÍA  
Yordán Rodríguez, PhD

19 ERRORES DIAGNÓSTICOS:  
LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR  
EN EQUIPO  
Dr. Fabián Vítolo

22 PROGRAMA DE ENCUESTAS  
SOBRE LA CULTURA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE™  
(SOPS®): EVALUACIÓN DE LA  
CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE  
Sylvia K. Fisher, Ph.D., AHRQ

25 ANESTESIA Y SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN PABELLON  
QUIRÚRGICO  
Dr. Cristian Rocco M

30 LA FUERZA DEL  
PENSAMIENTO CAUSAL COMO  
RAÍZ DE LA MEJORA EN LOS  
SISTEMAS COMPLEJOS  
Ricardo Mateo Dueñas

32 IDENTIFICACION Y  
TRAZABILIDAD DE  
PRODUCTOS DE SALUD  
José Luis San Juan

34 LA BIOÉTICA COMO  
HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE  
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE-  
Jorge Oliva Te-Kloot

37 // Crónicas  
ISOAPARIENCIA:  
UN DESAFÍO A TODO NIVEL  
MG Marcela Rousseau

41 // Crónicas  
COMPARACIÓN INDICADORES  
MEDIDOS POR CADA UNIDAD  
VERSUS MEDIDOS POR UN  
EVALUADOR TRANSVERSAL  
Magyolue Quintana C1a., Sandra Mena V1a., An-  
drea Sakurada Z1., Silvana Villaleiva C1a., Carolina  
Salazar C1a., Mario Vidal C1b

47 // Crónicas  
INTEROPERABILIDAD:  
EL FUTURO DE LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE.  
Antonio Martínez





# REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

**Nº2**

## REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg Salud Pública Paola Martínez Osorio

EU Mg Bioética Gladys Osorio Uribe

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Valeska Abarca Arce

Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Dr. en Matemáticas Luis Guajardo Rui-Pérez

Odontólogo Mg Bioética Jorge Oliva Te-Kloot

## RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

## DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO:

(5411) 6041-3930

[www.nimbodg.com.ar](http://www.nimbodg.com.ar)

[hola@nimbodg.com.ar](mailto:hola@nimbodg.com.ar)



# Sumario

**04****PRÓLOGO**

Ing Com Mg SP Paola Martínez  
Vice Presidenta Directorio  
Fundación para la Seguridad  
del Paciente Chile

**05****EDITORIAL**

Dr. Eghon Guzmán Bustamante  
Fellow American College  
Past-Presidente de las Sociedades Científicas

**07****RESUMEN DE LAS CONFERENCIAS  
DEL VII CONGRESO  
INTERNACIONAL DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE****08****DERECHO A UNA  
ATENCIÓN SEGURA**

Randall Madrigal

**12****ERRORES MÉDICOS:  
UNA MIRADA DESDE  
LA ERGONOMÍA**

Yordán Rodríguez, PhD

**19****ERRORES DIAGNÓSTICOS:  
LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR  
EN EQUIPO****22****PROGRAMA DE ENCUESTAS  
SOBRE LA CULTURA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE™  
(SOPS®): EVALUACIÓN DE LA  
CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE**

Sylvia K. Fisher, Ph.D., AHRQ

**25****ANESTESIA Y SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN PABELLON  
QUIRÚRGICO**

Dr. Cristian Rocco M

**30****LA FUERZA DEL PENSAMIENTO  
CAUSAL COMO RAÍZ DE LA MEJORA  
EN LOS SISTEMAS COMPLEJOS**

Ricardo Mateo Dueñas

**32****IDENTIFICACION Y  
TRAZABILIDAD DE  
PRODUCTOS DE SALUD**

José Luis San Juan

**34****LA BIOÉTICA COMO  
HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE  
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE-**

Jorge Oliva Te-Kloot

**37****// Crónicas  
ISOAPARIENCIA:  
UN DESAFIO A TODO NIVEL**

MG Marcela Rousseau

**41****// Crónicas  
COMPARACIÓN INDICADORES  
MEDIDOS POR CADA UNIDAD  
VERSUS MEDIDOS POR UN  
EVALUADOR TRANSVERSAL**

Magyolue Quintana C1a., Sandra Mena V1a., An-  
drea Sakurada Z1., Silvana Villaleiva C1a., Carolina  
Salazar C1a., Mario Vidal C1b

**47****// Crónicas  
INTEROPERABILIDAD:  
EL FUTURO DE LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE.**

Antonio Martínez

## PRÓLOGO

*“La verdadera seguridad se halla más bien en la solidaridad que en el esfuerzo individual aislado” (Fiódor Dostoyevski)*

En el convencimiento que la Seguridad del Paciente se logra mediante el esfuerzo mancomunado de todos los actores del sistema es que hemos organizado nuestro VII Congreso Internacional en Seguridad del Paciente, como tanto años antes, en colaboración con el Centro de Control de Gestión de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

Múltiples disciplinas, diferentes profesiones, conocimientos y experiencias puestas al servicio de nuestros pacientes, para lograr que ellos tengan una atención que les permita bienestar, sin daños no asociados a su dolencia.

Esfuerzos solidarios entre todos los actores del sector salud, darán como resultados pacientes más seguros. Debemos ir más allá de nosotros mismos y aunar todos nuestros conocimientos y habilidades en pos de ellos. Eso es lo que queremos difundir y por ello trabajamos.

Con esta visión hemos organizado este congreso donde hemos querido reunir diferentes disciplinas que se ponen al servicio de la seguridad del paciente, especialmente este año en que hemos retornado a la modalidad presencial, luego de una pandemia que trastocó nuestro actuar.

Iniciamos con el 1º CEO Day, en colaboración con Portal Hospitalario, Agencia In House y Snabb. Fue una mañana de conversaciones en torno a la Seguridad del Paciente, donde participaron tomadores de decisiones, gerentes, directivos y académicos del sector salud.

Luego, en el primer día del Congreso, tuvimos la participación de profesionales de la Seguridad del Paciente de Brasil, Colombia, Costa Rica, España y Argentina. Todos ellos compartieron generosamente exitosas experiencias en el derecho a una atención segura, la prevención de los errores médicos mediante la ergonomía, la importancia del trabajo en equipo, y diferentes estrategias que han servido para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Durante la segunda jornada, tuvimos experiencias desde Estados Unidos y Chile, revisando la seguridad del paciente desde diferentes especialidades y disciplinas, con un especial énfasis en sobrediagnóstico y sobretratamiento, tecnologías asociadas a la atención de salud y la función de la bioética para aunar todos estos elementos en una atención segura.

Todo lo vivido en este Congreso 2023 fue gracias al esfuerzo de grandes amigos y personas quienes desinteresadamente comparten sus conocimientos y experiencias, pues ellos comprenden que el esfuerzo solidario y el amor por los pacientes puede hacer un mundo mejor.

Diferentes personas, distintos países, todos con un objetivo común: La seguridad de los pacientes.

Dejamos todo este conocimiento a disposición de ustedes en este número de nuestra revista.

**Ing Com Mg SP Paola Martínez Osorio**

Vice Presidenta

Directorio Fundación para la Seguridad del Paciente Chile

## EDITORIAL

# PRIMUM NON NOCERE

La medicina es una ciencia inexacta y un arte que se adquiere con la experiencia y la madurez a través de los años; cuando nos enfrentamos al desafío de prevenir o curar una enfermedad, es necesario contar con la mejor evidencia posible para no poner en peligro la salud de nuestros pacientes/usuarios, debemos tener la certidumbre, certeza, convicción, confianza y tranquilidad para así logra un resultado exitoso.

La seguridad de los pacientes es de suma importancia en cualquier entorno de atención médica. Es necesario comprender y saber que entendemos por seguridad del paciente, y esta se refiere a la prevención de errores, lesiones y eventos adversos durante la prestación de servicios de atención en salud. Esto implica la implementación de medidas para minimizar los riesgos y garantizar la calidad y el bienestar de los pacientes.

Un buen ejemplo a seguir es el check list que mejoró las medidas de seguridad del transporte aéreo, hoy antes de cualquier intervención quirúrgica hacemos un check list y que se puede aplicar a todos nuestros actos en medicina.

La inteligencia artificial es de gran ayuda para orientarnos en algunas pautas generales sobre que hacer para mejorar la seguridad del paciente:

1. Comunicación efectiva clara y abierta entre los

profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. La comunicación eficaz ayuda a evitar malentendidos y errores.

2. Identificación correcta del paciente, usando sistemas de identificación adecuados, como el uso de pulseras o etiquetas, para asegurarte que los pacientes reciben cuidados y tratamientos correctos.

3. Higiene de manos, el lavarse las manos con frecuencia del personal médico y los visitantes previene la propagación de infecciones.

4. Administración segura de medicamentos implementando procedimientos adecuados para garantizar la correcta administración de medicamentos, verificación de la identidad del paciente y la dosis correcta.

5. Prevención de infecciones siguiendo pautas y protocolos para controlar y prevenir infecciones asociadas a la atención médica, limpieza y desinfección regular de las áreas de atención.

6. Supervisión y monitoreo con un seguimiento sistemático de los signos vitales y otros indicadores importantes para la detección precoz de cualquier cambio en la salud del paciente.

7. Educación y participación del paciente brindando información clara y comprensible sobre su condición, tratamientos y medidas de seguridad. Ani-



mar a los pacientes a participar activamente en su atención y preguntar sobre sus dudas o inquietudes.

8. Establecer un sistema seguro de la calidad que permita identificar áreas de mejora, aprender de los errores e implementar cambios para prevenir futuros incidentes

Estas son algunas pautas generales, pero es importante tener en cuenta que la seguridad del paciente es un campo amplio y en constante evolución. Las organizaciones de atención médica suelen tener políticas y protocolos específicos para garantizar la seguridad de los pacientes en sus instalaciones.

**Dr. Eghon Guzmán Bustamante**

Fellow American College

Past-Presidente de las Sociedades Científicas  
de Chile. ASOCIMED – CHILE

# Resumen de las Conferencias del VII Congreso Internacional de Seguridad del Paciente



## VII Congreso Internacional Seguridad del Paciente

VERSIÓN **HIBRIDA**

# 8-9 JUNIO 2023

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

Plataforma:



consultas: [contacto@fspchile.org](mailto:contacto@fspchile.org)  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



# DERECHO A UNA ATENCIÓN SEGURA.



Lejos de ser una actividad exenta de causar daños a los pacientes, la atención sanitaria al igual que cualquier actividad humana es desarrollada frente a la posibilidad del error, en medio de un sistema de prestación con una compleja combinación de interacciones, procesos, tecnologías; que sin duda, aportan un beneficio más que importante para los pacientes, pero que trae aparejado el riesgo de causarles daños.

## Randall Madrigal

Abogado y Notario Público por la Universidad de Costa Rica (2002).

Ex abogado de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud

Profesor y coordinador de la cátedra de Ética y Legislación Farmacéutica de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED) y profesor de Legislación Farmacéutica en la Universidad de Costa Rica.

Coordinador de la Comisión de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

Miembro del programa de Pacientes por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Sub coordinador de la Red Panamericana de Pacientes por la Seguridad del Paciente y miembro del Consejo Asesor de Pacientes por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.

Los daños generados con ocasión de las prestaciones sanitarias, tanto en el ámbito asistencial público como privado, han sido objeto de diversos estudios, que dan cuenta de una prevalencia de eventos adversos que resulta preocupante, con un alto porcentaje de pacientes que sufren de estos durante su estancia en los servicios de salud; lo que ha llevado a organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) a prestar su atención y a generar acciones para combatir este grave problema de salud pública. Así había sido advertido ya en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente de 5 de diciembre de 2001.

La OMS en su glosario de conceptos básicos en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), refiere a los eventos adversos como incidentes que producen daño al paciente, tratándose de hechos imprevistos, no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica, sin que representen necesariamente un error médico, sino una falla del sistema (predominantemente) en cuanto a la organización del servicio de salud y que causan lesión, incapacidad, muerte, aumento de la estancia hospitalaria, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad propia del paciente. Ejemplos de ellos son las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales y los errores de medicación (prescripción, dispensación y administración), entre otros.

Los estudios sobre los riesgos de la atención sanitaria y eventos adversos (atención antes pensada como incapaz de provocar daños) ya afloraban desde las décadas de los años 50 y 60 del siglo pasado, pero es en 1999 con el estudio: "To err is human: building a safer health system", del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que se aportan datos

significativos y se coloca el tema en el centro del debate público en todo el mundo. Los datos de tal estudio ya eran alarmantes para esa fecha y siguen siéndolo sin duda en la actualidad.

Un reciente Informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 2020, bajo el título de: *The Economics of Patient Safety: from analysis to action*, citado por el Comité de Bioética de España en su informe sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos (2021), señala que más de 1 de cada 10 pacientes continúan sufriendo daños por fallas de seguridad durante su atención, datos que no distan de los resultados obtenidos en años anteriores, en cuenta, el estudio IBEAS (2009), llevado a cabo en hospitales de Latinoamérica y en el que Costa Rica había participado.

El alarmante número de pacientes que sufren algún tipo de daño durante el proceso de atención de su salud, llevó a la OMS a lanzar desde el año 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, con el fin de mejorar la seguridad del paciente en el mundo; entendiéndose por seguridad del paciente, según esa organización, el conjunto de estructuras y procesos organizacionales, que reducen la probabilidad de eventos adversos, resultantes de la exposición al proceso de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

No cabe duda que, la seguridad del paciente guarda un vínculo directo, inquebrantable, diríamos, con el derecho a la protección de la salud y a la propia vida. La Ley italiana de 8 de marzo de 2017, de seguridad del cuidado y de la persona asistida, así como sobre la responsabilidad profesional de las profesiones sanitarias (Legge 24/2017, Disposizioni in mate-

ria di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) -citada en el referido informe del Comité de Bioética de España- proclama que la seguridad del cuidado es una parte constitutiva del derecho a la salud y se persigue en interés del individuo y la comunidad, indicando que dicha seguridad del cuidado también se logra a través de las actividades dirigidas a la prevención y gestión del riesgo, relacionado con la prestación de servicios de salud y el uso adecuado de los recursos estructurales, tecnológicos y organizativos. Tal legislación reconoce una conexidad entre el derecho a la protección de salud y a una atención segura, con lo que, sin duda alguna, estamos de acuerdo.

La promulgación de legislación a favor de la seguridad del paciente es coherente con el llamado de la OMS a sus Estados miembros a elaborar y aplicar políticas, leyes, estrategias, orientaciones, herramientas nacionales y a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar la seguridad de todos los servicios de salud; según se desprende de una reciente resolución del año 2019, de la 72ª Asamblea Mundial de la Salud. Ya algunos países en Iberoamérica han hecho lo propio. España por ejemplo, varios años atrás promulgó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que dispuso de una infraestructura de la calidad, a partir de normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura; dentro de los que se contempla el registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

Por su parte Chile, desde el año 2012, con la Ley

n.º 20 584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su salud, estableció que toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales, cumplan con los protocolos establecidos en materia de seguridad del paciente y la calidad de atención en salud, referente a materias tales como infecciones nosocomiales, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención en salud y en general, todos aquellos eventos adversos evitables, según las prácticas comúnmente aceptadas; adicionalmente a ser informados acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños causados.

En Costa Rica, la Ley 8239 del 02 de abril de 2002, de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, es prácticamente omisa en comparación con las legislaciones española y chilena, en cuanto a seguridad del paciente. Al ser una ley que ya alcanzó su mayoría de edad y sobre la cual ya se ha planteado al menos un proyecto de reforma, lo referente a la inclusión en esta de expresas disposiciones sobre la seguridad del paciente, debe contemplarse.

El aporte de valor de las legislaciones que, como las citadas, contemplan lo referente a la notificación de los eventos adversos, es muy significativo. Ante todo, porque en materia de seguridad del paciente es determinante aprender de los errores, sacarlos a la luz cuando se producen, en procura de que no se vuelvan a presentar. Pero el reto no está únicamente en incluir lo relativo a la notificación de los eventos adversos en estos marcos normativos; el reto mayor radica en lograr que los agentes que participan del proceso de la atención de la salud, fundamentalmente los profesionales de la salud los comuniquen;

pues pesan difíciles obstáculos como el temor a ser perseguidos por ello, según los diferentes ámbitos de responsabilidad, administrativa, civil, disciplinaria o incluso penal.

De ahí la importancia de la discusión que se suscita actualmente, en cuanto a que, un modelo de notificación de eventos adversos deba basarse en un modelo no punitivo. Desde el Derecho Comparado hay importantes antecedentes de ello, con el modelo implantado en Dinamarca a partir de la Ley de seguridad del paciente de 1º de enero de 2004 y más recientemente la legislación italiana, antes referida y que estableció que los informes y documentos resultantes de la actividad de gestión de riesgos clínicos no pueden ser utilizados en el contexto de procesos judiciales.

Jurídicamente es una discusión compleja, pero que bien vale la pena tener, teniendo como norte el supremo valor del derecho a la protección de la salud en su más que evidente relación con la seguridad del paciente.

**Colofón:** Es necesario entronizar una cultura de seguridad del paciente que debe acompañarse de marcos jurídicos que reconozcan la importancia de la documentación del error y del aprendizaje de este, a partir de modelos no punitivos, donde más allá del castigo por el error, se privilegie la mejora continua del sistema y en consecuencia de la seguridad del paciente, en el marco de la debida tutela del derecho a una atención sanitaria segura, derecho sin duda vinculado por más que una notoria conexidad, con el derecho a la salud, o la protección de la salud y la propia vida.



# ERRORES MÉDICOS: UNA MIRADA DESDE LA ERGONOMÍA

**Yordán Rodríguez, PhD**

Profesor Titular e Investigador Sénior. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

[yordan.rodriguez@udea.edu.co](mailto:yordan.rodriguez@udea.edu.co)

*“Errar es humano, perdonar es divino. Aunque esto puede aplicarse en general, perdonar, olvidar o ignorar errores en medicina no es aceptable, ya que las consecuencias podrían ser desastrosas.” (1)*

**Milos Jenicek, 1935-**

## INTRODUCCIÓN:

Los errores médicos constituyen un problema importante de salud pública y un tema de gran interés para todos los profesionales interesados e involucrados con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud. Así se refleja en las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) provenientes de diversas partes del mundo (2-4):

- Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
- Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.
- Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta un 25% de los pacientes, lo que desemboca en 1 millón de muertes anuales durante las intervenciones quirúrgicas, o inmediatamente después.
- En los países de ingresos altos, se estima que uno

de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.

Un error médico se puede definir como: “un acto de omisión o comisión en la planificación o ejecución que contribuye o podría contribuir a un resultado no deseado” (5). Según estos autores, en esta definición se hace mención explícita a los principales aspectos relacionados con la causalidad del error (omisión y comisión, planificación y ejecución), y abarca los procesos defectuosos que pueden conducir y conducen a errores, independientemente de que se produzcan resultados adversos o no (5).

Otras formas de definir los errores médicos son las siguientes (6):

- Incumplimiento del plan de acción previsto o aplicación de un plan erróneo para lograr un objetivo.
- Un acto no intencionado o un acto que no logra el resultado previsto.
- Desviaciones del proceso de atención, que pueden o no provocar daños.
- Al planificar o ejecutar un procedimiento, el acto de omisión o comisión que contribuye o puede contribuir a una consecuencia no deseada.

En el ámbito de los errores médicos (ej. quirúrgicos, medicación, diagnóstico, comunicación, etc.) se encuentran involucradas diversas partes interesadas como: pacientes, médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, especialistas jurídicos en litigios, economistas de la salud, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, ergónomos, entre otros profesionales (1).

En este breve artículo se explica cómo se pueden abordar los errores médicos desde el enfoque de la ergonomía (o factores humanos). Además, se proponen cinco acciones alineadas con las tendencias internacionales que pueden acelerar la integración de la ergonomía en los sistemas de salud de nuestros países, y por tanto, los beneficios potenciales de la aplicación de esta disciplina y profesión en la atención médica.

### ¿CÓMO LA ERGONOMÍA CONTRIBUYE AL ANÁLISIS Y PREVENCIÓN DE LOS ERRORES MÉDICOS?

Muchas personas al leer el título de este artículo probablemente se hayan preguntado lo siguiente: ¿ergonomía y errores médicos? ¿qué tienen que ver los errores médicos con la silla, la mesa, la postura, o el “Kama-Sutra ocupacional”?, como a veces digo irónicamente para referirme a la visión limitada que se tiene sobre el campo de acción de la ergonomía.

Pues, sí, permítanme decirles que tiene mucho que ver. Desde hace varios años, la disciplina y profesión de la ergonomía se ha posicionado como un enfoque clave para abordar los errores médicos. Pero, entonces, ¿qué se entiende por ergonomía?

La Asociación Internacional de Ergonomía la define como:

“La disciplina científica que se ocupa de estudiar las interacciones entre las personas y los otros elementos de un sistema y la profesión que aplica la teoría, los principios, la información y los métodos para optimizar el bienestar humano y el desempeño general del sistema” (7).

La definición de ergonomía pudiera expresarse de manera simplificada y contextualizada al campo de los errores médicos de la siguiente manera: La er-

gonomía trata de entender qué conduce a que las personas cometan errores ... para diseñar sistemas, procesos, herramientas, entornos de trabajo, tecnologías... que reduzcan la probabilidad de error humano (ej. error médico), bajo un enfoque holístico, centrado en el ser humano y teniendo en cuenta el contexto.

Este enfoque donde se vincula a la ergonomía (o factores humanos) con los errores médicos no es nuevo. En virtud de lo anterior, pudiera considerarse como un punto de inflexión y expansión, cuando a finales del siglo pasado el Instituto de Medicina de Estados Unidos realizara la publicación, *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar es humano: construyendo sistemas de salud más seguros) (8).

Por ejemplo, en este documento al señalar las razones de la ocurrencia de los errores médicos, plantearon lo siguiente:

*La reacción inicial habitual cuando se produce un error es buscar y culpar a alguien. Sin embargo, incluso los sucesos o errores aparentemente aislados se deben la mayoría de los casos a la convergencia de múltiples factores contribuyentes. Culpar a un individuo no cambia estos factores y es probable que se repita el mismo error. La prevención de errores y la mejora de la seguridad de los pacientes requieren un enfoque sistémico para modificar las condiciones que contribuyen a que se produzcan estos errores. El personal sanitario es uno de los más formados y dedicados de todos los sectores. El problema no son las malas personas, sino la necesidad de hacer más seguro el sistema [7, p. 49].*

Este documento resalta la falibilidad inherente que tenemos los seres humanos, lo que conduce a que cometamos errores durante la ejecución de tareas, especialmente en entornos complejos como son los servicios de salud. En consecuencia, enfatiza que los esfuerzos NO deben centrarse exclusivamente en el individuo (ej. capacitar, culpabilizar, entrenar, cas-

tigar, acusar, despedir, retroalimentar a las personas involucradas en el error médico). Este enfoque centrado en el individuo sigue siendo predominante y ha demostrado ser insuficiente, tal como lo muestran las estadísticas publicadas (2–4). Centrar los esfuerzos en culpabilizar y castigar a las personas involucradas en los errores no evita que el error se repita, dado que en muchas ocasiones se desvía la atención de los verdaderos factores y causas del error que están presentes en los sistemas y servicios de salud.

Por su parte, el enfoque centrado en el sistema (ej. tareas, procesos, herramientas y tecnologías) ha mostrado tener mayor impacto en la reducción de los errores médicos. Y es bajo este enfoque que la ergonomía juega un rol importante, dado que su propósito es evaluar y diseñar sistemas de trabajo (incluidos los sistemas de salud), teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones de los seres humanos, en aras de mejorar el desempeño del sistema (ej. reducción de errores médicos, eficiencia de los procesos de atención médica) y la salud, la seguridad y el bienestar de las personas involucradas.

Por ejemplo, mientras otras disciplinas como la ingeniería se centran en el diseño y funcionamiento de los equipos y tecnologías médicas, los ergonomos nos centramos en mejorar las interacciones de los seres humanos desde una visión integral/holística con su entorno: físico (ej. diseño del instrumental quirúrgico, camas de hospitalización), cognitivo (alertas, señalizaciones, tamaños de letra, contraste de la información, código de colores) y organizacional (planificación de los descansos para disminuir la fatiga, diseño de protocolos para evitar situaciones que conduzcan a errores médicos durante los cambios de turno).

En tal sentido, la ergonomía puede ayudar a mejorar varios aspectos de los sistemas de salud, como son: el diseño de puestos y herramientas de trabajo, el diseño de los turnos de trabajo, la gestión de la fatiga, la prevención de enfermedades laborales (ej. desórdenes musculoesqueléticos derivados de la manipulación de pacientes), el diseño antropométrico de accesos, áreas y edificios, la evaluación y diseño de las condiciones ambientales (ej. frío, calor, ruido, iluminación), la prevención de errores de medicación, incidentes, accidentes y eventos adversos, diseño de ayudas para la toma de decisiones, el diseño de la interfaz gráfica de los equipos, la evaluación de la usabilidad de ventiladores respiratorios, la optimización de los procesos de vacunación, la efectividad en la comunicación, el trabajo en equipo, el diseño participativo, la mejoras de las asistencias a la telemedicina, el diseño de la interfaz de los software y plataformas virtuales, los procedimientos quirúrgicos, la comunicación del riesgo, la detección de errores, la carga de trabajo mental, el trabajo cooperativo, el diseño de equipos de protección personal, etc.

**TABLA 1. PRINCIPALES DOMINIOS DE ESPECIALIZACIÓN ENMARCADOS EN LA DISCIPLINA DE LA ERGONOMÍA.**

Dominio	Ejemplos de tópicos de ergonomía por dominio	Ejemplos de aplicaciones relacionadas con la seguridad del paciente
Ergonomía física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tareas de elevación/manipulación</li> <li>Movimientos repetitivos</li> <li>Carga de trabajo físico</li> <li>(Re)diseño del espacio físico y la distribución en planta</li> </ul>	<p>Diseño de las habitaciones de los pacientes para reducir las caídas.</p> <p>Número y ubicación de los lavabos en los centros sanitarios para aumentar el cumplimiento de las directrices sobre el lavado de manos.</p> <p>Garantizar una iluminación adecuada en las zonas de dispensación de medicación.</p>
Ergonomía cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de programas de formación</li> <li>Diseño y evaluación de herramientas y tecnologías</li> <li>Toma de decisiones bajo presión de tiempo</li> <li>Carga mental</li> </ul>	<p>Desarrollo de programas de formación para mejorar la seguridad de los cuidados.</p> <p>Pruebas de usabilidad de bombas intravenosas inteligentes.</p> <p>Desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para reducir los errores de diagnóstico.</p>
Ergonomía organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Cultura de seguridad</li> <li>Cambio organizativo a gran escala</li> <li>Enfoque participativo de los procesos de (re)diseño</li> <li>Diseño de la organización del trabajo (horarios, pausas, naturaleza de las tareas, etc.)</li> </ul>	<p>Reducir los reingresos mediante la mejora de la planificación y coordinación del alta hospitalaria.</p> <p>Estudiar el impacto que tienen las nuevas tecnologías de la información sanitaria sobre el sistema de trabajo, los procesos y los resultados.</p>

Fuente: tomado y traducido de (9).

En la Tabla 1, se muestran ejemplos de temáticas que se abordan en la profesión y disciplina de la ergonomía agrupadas en sus tres principales dominios.

### ACCIONES FUTURAS

Son muchas y variadas las acciones que se pueden realizar para que el enfoque de la ergonomía permee nuestros servicios y sistemas de salud. A continuación propongo cinco acciones que creo pueden tener un impacto real en el corto plazo en nuestros países:

**1. Formar en ergonomía a todos los profesionales de la salud y otras profesiones vinculadas al sector salud.** Esta formación puede estar presente en

los pregrados y posgrados del área de la salud y estructurarse en diferentes niveles de complejidad según el grado de implicación de los profesionales con los temas y procesos de seguridad y calidad asistencial, y las necesidades y restricciones reales del contexto específico.

**2. Elaborar materiales** (ej. libros, manuales, guías, cartillas, etc.) **en idioma español donde se vincule a la ergonomía con los errores médicos, la seguridad del paciente, calidad de los servicios, entre otros aspectos de interés para los sistemas de salud.** Una opción en el corto plazo, puede ser la traducción y adaptación de materiales existentes en otros idiomas. Aprovecho la oportunidad para mencionar que estamos en proceso de publicación de un libro titulado tentativamente: Ergonomía en

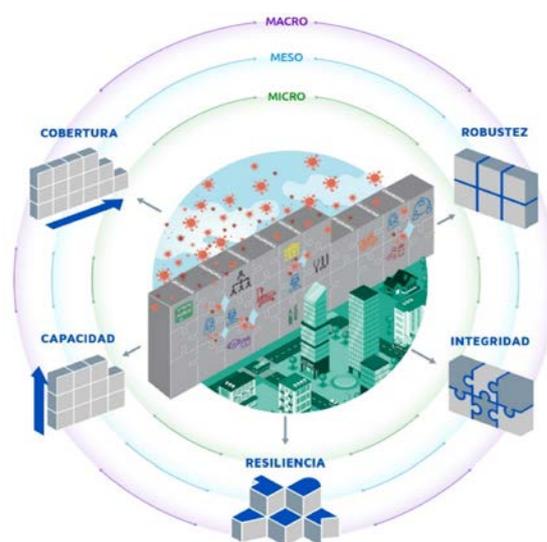
los sistemas de salud: un desafío global, primer libro escrito en idioma español, por los profesores e investigadores latinoamericanos Yordán Rodríguez, Yaniel Torres y Elizabeth Pérez.

**3. Desarrollar y adaptar herramientas que permitan operacionalizar la aplicación de la ergonomía en los sistemas de salud.** Aunque las teorías y los enfoques son claves, el mundo se transforma con herramientas y tecnologías duras y blandas. Las pirámides de Egipto no se construyeron sólo con cálculos y teorías matemáticas, sino gracias a las herramientas y las tecnologías disponibles aunadas al esfuerzo humano.

**4. Incluir la ergonomía en el marco normativo y legal de los sistemas de salud.** No podemos ser tan ingenuos al creer que la ergonomía se va a integrar felizmente en los sistemas de salud. Incluso, si fuera el caso, el proceso de integración sería muy lento; y mientras tanto los daños en vidas humanas y en afectaciones económicas derivados de los errores médicos serían irreparables. Sin dudas, sería un gran paso de avance que las leyes, normativas y regulaciones indiquen que es mandatorio aplicar los principios de ergonomía en los servicios y sistemas de salud.

**5. Integrar la ergonomía a todos los niveles de los sistemas de salud (micro, meso y macro) de manera simultánea.** De manera similar a cómo se instalaron los conceptos de calidad en los servicios de salud en el imaginario colectivo de los profesionales de la salud a todos los niveles, debería ocurrir con la ergonomía. Recientemente, publicamos un artículo donde proponemos un Modelo de Integración de la Ergonomía en los Sistemas de Salud (10). Creemos que este modelo (ver Figura 1), junto a otros existentes (11), pueden servir de referencia para cumplimentar esta acción.

FIGURA 1. MODELO DE INTEGRACIÓN DE LA ERGONOMÍA EN LOS SISTEMAS DE SALUD.



## CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo de manera sintética se explicó como el enfoque de la ergonomía puede ayudar en la mitigación de los errores médicos. Está claro, que falta mucho por hacer, sin embargo, resulta innegable que se han producido avances significativos, los cuales se reflejan en el crecimiento de las investigaciones en el área y en el reconocimiento explícito de los aportes de la ergonomía a la seguridad del paciente (12–14). Como se evidencia en el “Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud” publicado por la OMS en la estrategia específica 2.4 “2.4 Factores

humanos/ergonomía para la resiliencia de los sistemas de salud” (4).

Los errores médicos están estrechamente vinculados con la vida humana. Por lo que cualquier esfuerzo o contribución que se haga en este sentido es bienvenida. Soy un ferviente convencido de que la ergonomía puede ayudar a que tengamos servicios y sistemas de salud más seguros y de mejor calidad, y en consonancia, seguiré trabajando e invito a otros a que se sumen a esta incansable y noble labor de prevenir errores médicos.

### Referencias

1. Jenicek M. Medical error and harm: understanding, prevention, and control. New York: Productivity Press/CRC Press; 2011. 360 p.
2. WHO. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America. Towards safer hospital care [Internet]. World Health Organization, Ginebra; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330055/WHO-IER-PSP-2010.3-eng.pdf>
3. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. 2021 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
5. Grober ED, Bohnen JMA. Defining medical error. *Can J Surg*. febrero de 2005;48(1):39-44.
6. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
7. International Ergonomics Association (IEA). International Ergonomics Association (IEA). 2023 [citado 21 de marzo de 2023]. Publications. Disponible en: <https://iea.cc/publication/>
8. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
9. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Qual Saf*. abril de 2012;21(4):347-51.
10. Rodríguez Y, Hignett S. Integration of human factors/ergonomics in healthcare systems: A giant leap in safety as a key strategy during Covid-19. *Hum Factors Ergon Manuf*. septiembre de 2021;31(5):570-6.
11. Carayon P, Wooldridge A, Hoonakker P, Hundt AS, Kelly MM. SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Applied Ergonomics*. 1 de abril de 2020;84:103033.
12. Hignett S, Albolino S, Catchpole K. Health and social care ergonomics: patient safety in practice. *Ergonomics*. 2 de enero de 2018;61(1):1-4.
13. Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf*. 1 de marzo de 2014;23(3):196-205.
14. Aceves-González C, Rodríguez Y, Escobar-Galindo CM, Pérez E, Gutiérrez-Moreno B, Hignett S, et al. Frontiers in human factors: integrating human factors and ergonomics to improve safety and quality in Latin American healthcare systems. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 de enero de 2021;33(Supplement\_1):45-50.



# ERRORES DIAGNÓSTICOS: LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO

**Dr. Fabián Vítolo**

NOBLE Cía de Seguros – Argentina

[fabian.Vitolo@nobleseguros.com](mailto:fabian.Vitolo@nobleseguros.com)

---

Los errores diagnósticos han sido subestimados durante mucho tiempo por el movimiento mundial por la seguridad del paciente. Existen varias razones que podrían explicar esta realidad. A diferencia de lo que ocurre con los errores de acción (ej. un error de medicación o un accidente quirúrgico), lo que caracteriza a los errores diagnósticos es la omisión, y ésta es muy difícil de identificar y cuantificar. Muchas veces, las víctimas de estos errores acuden a otro médico y el primero no se entera nunca de su error. Por otra parte, no existe un abordaje sistemático que determine cuáles de estos errores son prevenibles.

Hoy sabemos que los errores diagnósticos son una fuente importante de daños y discapacidad. Según un informe de 2015 de la Academia de Ciencias de los EE. UU, estos errores serían los responsables de

entre 40 a 80 mil muertes anuales en ese país, representando el 12% de todos los eventos adversos hospitalarios y el 10% de las muertes en ese ámbito. Las tasas de errores diagnósticos reportados oscilan en un rango que va del 5% en especialidades diagnósticas que dependen de la interpretación visual (dermatología, radiología) y del 15% en especialidades clínicas que requieren interpretación y síntesis de información. Son también una de las principales causas de juicios por mala praxis.

Los principales errores diagnósticos dependen del entorno de atención. En las guardias de emergencias predominan la falla para diagnosticar infartos de miocardio, apendicitis, meningitis, fracturas, hemorragias subaracnoideas; en el ámbito ambulatorio el retraso en diagnóstico de cáncer y en paciente hospitalizados el retraso en diagnóstico precoz de sepsis y de tromboembolismo pulmonar.

Muchas personas consideran erróneamente que el diagnóstico es un acto puntual, un hecho único más o menos limitado en el tiempo. Lo ven como algo que involucra casi exclusivamente a los médicos, a sus procesos de pensamiento y a su capacidad de ponerle la “etiqueta a una enfermedad”. Sin embargo, el diagnóstico es un proceso complejo y multifacético que ejerce una enorme influencia sobre el resultado final. Hoy, se define al error diagnóstico como la falta para establecer una explicación precisa y oportuna de los problemas de salud del paciente y de comunicar esa explicación al paciente. Esta definición incorpora la perspectiva del paciente, la naturaleza compleja de este proceso y el concepto de que es mucho más que ponerle nombre y apellidado a una enfermedad. Definitivamente, el diagnóstico es un trabajo de equipo.

Los errores diagnósticos suelen producirse por una conjunción de factores cognitivos, actitudinales,

comunicacionales y sistémicos. Dentro de los cognitivos, si bien siempre debe tenerse en cuenta la falta de conocimientos, la mayoría de los errores se deben a hábitos y sesgos de pensamiento, entre los que se destacan los siguientes: sesgo de disponibilidad (acudir al diagnóstico más “disponible en mente”); sesgo de representatividad (tendencia a “encajar” las condiciones con las que se presenta un paciente con ciertas representaciones clínicas prototípicas); cierre prematuro (estrechar el número de hipótesis diagnósticas muy tempranamente en el proceso), anclaje (tendencia a quedarse “anclado” en el diagnóstico original pese evidencias que sugieren lo contrario). Dentro de los factores actitudinales, los más frecuentes son el exceso de confianza y la complacencia. El primero se observa cuando los médicos desprecian cualquier guía o sistema de ayuda a la decisión clínica. El segundo, en la idea de que es muy poco lo que puede hacerse para prevenirlos. Por último, dentro de los factores comunicacionales y sistémicos se destacan la fragmentación de la atención, el escaso entrenamiento de los profesionales en comunicación y trabajo en equipo, la falta de participación del paciente y su familia en el proceso, las malas condiciones de trabajo y los procesos mal diseñados (inadecuado seguimiento y notificación de análisis complementarios y resultados anormales, pobres trasposos de pacientes).

### ¿QUÉ DEBERÍAMOS HACER PARA MINIMIZAR DAÑOS POR ERRORES DIAGNÓSTICOS?

1. Favorecer una cultura de seguridad (liderazgo, seguridad psicológica, cultura justa).
2. Hacer que el proceso diagnóstico sea un trabajo de equipo (pacientes y familias como socios, reconocimiento del rol de enfermeros, técnicos, bioquímicos, radiólogos).

3. Fortalecer la capacitación formal de los profesionales en el proceso diagnóstico (sesgos cognitivos, comunicación efectiva, trabajo en equipo).
4. Hacer un mejor uso de la tecnología informática (interoperabilidad de las historias, portales de pacientes, mayor uso de sistemas de soporte a la decisión clínica).
5. Mejorar la detección, el análisis y el aprendizaje a partir de estos errores (sistemas de reporte, seguimiento de pacientes, autopsias, encuestas).
6. Generar un marco regulatorio que facilite el aprendizaje (agencias nacionales de calidad y seguridad, protección legal de los reportes y análisis de errores)
7. Alinear los incentivos económicos (modelos de pago que incentiven mejoras en el proceso, mayor reconocimiento económico de la atención primaria y del tiempo)
8. Destinar más fondos para la investigación sobre errores diagnósticos (sesgos diagnósticos, ergonomía, inteligencia artificial).



**AGENCIA PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA CALIDAD DE LA SALUD (AHRQ)**

# **PROGRAMA DE ENCUESTAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE™ (SOPS®): EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Sylvia K. Fisher, Ph.D., AHRQ**

[sylvia.fisher@ahrq.hhs.gov](mailto:sylvia.fisher@ahrq.hhs.gov)

Esta presentación se centró en el programa Encuestas de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Salud (AHRQ) sobre la Cultura de Seguridad del Paciente (SOPS®), que ha apoyado la misión de AHRQ al avanzar en la comprensión científica de la cultura de seguridad del paciente en los entornos de atención médica. Se compartió información sobre las herramientas de datos de SOPS, los informes de datos y los recursos de SOPS disponibles.

AHRQ es una agencia de investigación y ciencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los

Estados Unidos que apoya las prácticas basadas en la evidencia. AHRQ es la agencia federal principal encargada de mejorar la seguridad y la calidad del sistema de salud de los Estados Unidos. AHRQ no es una agencia reguladora y no puede exigir el uso de nuestras herramientas y productos.

La cultura organizacional se refiere a las creencias, valores y normas compartidas por el personal en toda la organización que influyen sus acciones y comportamientos. La **cultura de seguridad del paciente** es la medida en que estas creencias, valores y normas apoyan y promueven la seguridad del paciente. La cultura de seguridad del paciente se puede medir determinando qué es recompensado, apoyado, esperado y aceptado en una organización de atención médica en lo que se refiere a la seguridad del paciente. Los proveedores y el personal pueden utilizar las encuestas SOPS para evaluar el grado en que su cultura organizacional apoya la seguridad del paciente.

AHRQ inició y financió el programa el programa de SOPS en 2001 para avanzar la comprensión, medición, y mejora de la cultura de seguridad del paciente dentro de los entornos de atención médica. El programa de SOPS desarrolla encuestas y medidas que están validadas; apoya el envío voluntario de datos a las bases de datos de SOPS; realiza investigaciones para promover la medición y comprensión de la cultura de seguridad del paciente; y proporciona herramientas para mejorar la cultura de seguridad del paciente en las instalaciones/sitios.

Bajo el programa de SOPS, AHRQ financia la investigación sobre la cultura de seguridad del paciente. Con un contratista, AHRQ desarrolla y mantiene las encuestas de SOPS, los materiales del kit de herramientas y las bases de datos; proporciona asis-

tencia técnica y educación; y promueve el uso de las encuestas para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Las encuestas de SOPS permiten a las organizaciones de atención médica evaluar cómo sus proveedores y personal perciben diversos aspectos de la cultura de seguridad del paciente en los siguientes cinco (5) entornos: **Hospitales, Asilos de Ancianos, Consultorios Médico, Farmacias en su Comunidad, y Centros para Cirugías Ambulatorias**. Áreas de la Cultura de Seguridad del Paciente Evaluadas en las Encuestas de SOPS incluyen: (1) comunicación sobre el error; (2) apertura de la comunicación; (3) aprendizaje organizacional: mejora continua; (4) calificación general sobre la seguridad del paciente; (5) respuesta al error; (6) personal; (7) supervisor/gerencia apoyo para la seguridad del paciente; (8) el trabajo de equipo; y (9) presión y ritmo de trabajo.

Organizaciones de atención médica pueden usar estas herramientas de encuesta para: (1) evaluar la cultura de seguridad del paciente (la situación actual); (2) aumentar la conciencia del personal sobre la seguridad del paciente; (3) evaluar la cultura de seguridad del paciente para identificar fortalezas y áreas de mejora; (4) examinar las tendencias con el paso del tiempo; y (5) evaluar el impacto de las iniciativas e intervenciones de seguridad del paciente.

Las encuestas de SOPS evalúan los aspectos más importantes de la cultura de seguridad del paciente. Además, son confiables, válidas y probadas extensamente. Una organización puede comparar los resultados de sus encuestas con cientos de otras organizaciones que también han contribuido sus resultados. Los datos pueden usarse para identificar fortalezas y oportunidades de mejora. Las encuestas, los recursos y la asistencia técnica son gratuitos.



Los resultados de las encuestas de SOPS generalmente se informan a los líderes, proveedores y personal de las organizaciones de atención médica para apoyar los esfuerzos para evaluar y mejorar su propia cultura de seguridad del paciente. Las encuestas también se utilizan a veces para incentivos, acreditación o programas de compra basados en el valor. AHRQ también tiene una colección de estudios de casos de impacto destaca los éxitos de las organizaciones que utilizan las herramientas y recursos basados en evidencia, incluidas las encuestas SOPS.

El sitio web de SOPS [www.ahrq.gov/sops](http://www.ahrq.gov/sops) incluye las encuestas de SOPS en inglés y español; preguntas de las encuestas y medidas compuestas (disponible para todos las encuestas); y una Guía del Usuario Para las Encuestas con instrucciones paso a paso sobre cómo seleccionar una muestra, administrar la encuesta y obtener altas tasas de respuesta, y cómo analizar e informar los resultados.

# ANESTESIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PABELLON QUIRÚRGICO

**Dr. Cristian Rocco M**

Médico Jefe Servicio Anestesiología Clínica  
Universidad de los Andes

Magister Gestión Seguridad del Paciente y  
Calidad Atención

Profesor Asistente Cátedra Anestesiología  
Universidad de Valparaíso

Profesor Adjunto Universidad de Los Andes.

---

[crocco@clinicauandes.cl](mailto:crocco@clinicauandes.cl)

Según datos la Organización Mundial de la Salud cada año se realizan alrededor de 280 millones de intervenciones quirúrgicas en el mundo, producto del aumento de la patología quirúrgica y de los avances tecnológicos, se requiere también un quirófano y un equipo humano que cumpla con los estándares actuales, La opinión general es que la atención en salud es más segura hoy de lo que era antes y que la seguridad del paciente ha mejorado mediante el análisis y el aprendizaje de hechos (incidentes), y la implementación de medidas de mejora como consecuencia de estos análisis.

La contribución de la Anestesiología ha sido ejemplar a la hora de introducir mejoras sobre la seguridad de los pacientes, ha sido considerada la única especialidad cercana a la tasa de defecto six-sigma de la industria, definido como uno sobre 99.99966 %. (3,4 defectos por millón), esta tasa se ha atribuido a una variedad de

factores como el avance de la tecnología, la farmacología, mejor comprensión de la fisiología, profesionalización de la especialidad, entrenamiento y capacitación utilizando la simulación clínica, investigación en factor humano, la estandarización de la atención entre otros, lo que ha traído como resultado una disminución de casi 100 veces en la mortalidad atribuida por la anestesia.

### SISTEMA SOCIAL Y SISTEMA SOCIO-TÉCNICO.

Se entiende un sistema social como una red de relaciones entre individuos, grupos e instituciones, por el contrario un sistema socio técnico es aquel en que la tecnología se ha unido al sistema social y la automatización completa no es posible, por lo que la participación de los aspectos humanos y tecnológicos es esencial para lograr los objetivos, el uso de la tecnología está cada vez más involucrado en la práctica clínica, en este sentido la anestesia es un sistema socio-técnico y el quirófano es uno de los dominios más complejos de la práctica clínica.

### CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al tratar de objetivar estas consecuencias, aparece como gran referencia el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos, "To Err is Human", publicado en 1999, uno de los trabajos que hace referencia, fue una revisión de 30.000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3,7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13,6% resultaron en muerte, los autores hicieron una extrapolación a las 33,6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44.000 y 98.000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año.

Estudios más recientes aplicando nuevas metodologías, como la Global Trigger Tool (GTT), que es más sensible que la metodología usada en el informe del instituto de medicina de 1999, arrojan tasas de eventos adversos mucho más altas, alrededor del 10%, de los cuales 69% se consideraron evitables, con un 0.89% de muertes, lo que extrapolado, generó una estimación de 210.000 muertes evitables al año en Estados Unidos para el año del estudio (2011) más del doble de lo que se extrapoló en el informe To Err is Human.

Algunas recomendaciones del informe que aun no se implementan a nivel general despues de mas de 20 años.

- Establecer programas de formación interdisciplinario que incorporen métodos probados de entrenamiento del equipo, tales como la simulación clínica.
- Crear un centro para la seguridad del paciente, desarrollar el conocimiento y la comprensión de los errores en la atención de la salud mediante el desarrollo de un programa de investigación, evaluación de métodos para identificar y prevenir errores.
- Crear un sistema de notificación obligatoria en todo el país recoger información estandarizada acerca de los eventos adversos que resultan en muerte o daños graves.
- El desarrollo de sistemas de notificación voluntarios debe ser estimulada.
- El Congreso debería aprobar una ley para proteger los datos recogidos y analizados para uso interno o compartir con los demás con el único propósito de mejorar la seguridad y la calidad.
- Los organismos de acreditación deben exigir a las

organizaciones de atención de salud implementar programas de seguridad del paciente significativas con responsabilidad ejecutiva definida.

- Licencia profesional
- Aplicar exámenes periódicos y re-concesión de licencias a los médicos, enfermeras y otros proveedores, basados en la competencia y el conocimiento de las prácticas de seguridad.
- Las sociedades profesionales deben hacer un compromiso con la seguridad del paciente mediante el establecimiento de un comité permanente dedicado a la mejora de la seguridad.

### CAMBIOS DE PARADIGMA EN LA CONCEPTUALIZACIÓN SEGURIDAD

• El paradigma tradicional de la seguridad es el llamado **Enfoque centrado en la persona**, en que la responsabilidad recae directamente en el individuo este enfoque se centra en el error y fomenta la culpa, muchos Incidentes Críticos (IC) no se deben a un conocimiento médico inadecuado sino a problemas para transformarlo en acciones clínicas correctas en la práctica diaria. En esa transformación, el factor humano es determinante.

• La seguridad se promueve utilizando el **Enfoque de sistemas**, mediante el rediseño de los aspectos defectuosos o propensos a errores, de los entornos de trabajo, guiados por los factores humanos y principios ergonómicos. (Alejar al médico heroico). La seguridad comienza con herramientas seguras, máquinas seguras, procesos seguros, y un entorno seguro.

### CULTURA DE SEGURIDAD

Cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo, que requiere

evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencial. Este cambio de cultura de seguridad implica un proceso gradual, en el que es importante superar distintas etapas. El reto es pasar de una cultura tradicional punitiva, del apañío, el silencio, preocupada en el quien lo hizo, a una cultura moderna donde la solución es sistémica y se comunica el error para aprender, centrada en el por qué ocurrieron los eventos.

### HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se han desarrollado diversas herramientas para la Seguridad del Paciente. Según la clasificación docente de SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación), éstas pueden clasificarse de la siguiente manera:

#### CLASIFICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SENSAR



## PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

Protocolos

Ayudas cognitivas

Listado de Verificación Quirúrgica (OMS)

Hand Off. Transferencia pacientes entre unidades

Lavado de manos

Programas Zero: infección quirúrgica, bacteriemia, neumonía, neumotórax, etc.

Etiquetado jeringas y estandarización cajetines medicación.

Llamada pre-quirúrgica

Sesiones hospitalarias

Llamada de seguimiento a pacientes ambulatorios

Monitorización estandarizada lugares anestesia / sedación

Intervenciones antiúlceras

Medidas de barrera antifecciosa

Profilaxis TVP (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA)

## GESTIÓN DEL RIESGO

Sistemas registro incidentes críticos (SRIC)

AMFE - Análisis Modal de Fallos y Efectos

ACR – Análisis de Causa Raíz

CMBD - Conjunto Mínimo Básico de Datos (indicadores estadísticos de las historias clínicas al alta)

GTT – Global Trigger Tools

Indicadores epidemiológicos

Estudios transversales de prevalencia de eventos adversos

**Walk Rounds** - Rondas de Seguridad

Análisis de PCRs ( Paradas Cardíacas)

Análisis de reclamaciones de pacientes

Auditorías clínicas

## FACTOR HUMANO

CRM - *Crisis Resource Management*

Conciencia de situación

Herramientas de comunicación:

**Closed loop** o cierre de bucles de comunicación.

**Speak up** o alzar la voz

Conversaciones de aprendizaje: **Briefing** – pre-quirúrgico

**Debriefing** - postcrisis

TeamSTEPPS - capacitación de trabajo en equipo

## ORGANIZACIONES DE ALTA FIABILIDAD

Políticas de formación orientadas a la Seguridad del Paciente

Política de contratación orientada a la Seguridad del Paciente

Respuesta institucional al evento adverso – políticas de transparencia

Competencias progresivas residentes y alumnos

Inducción formativa nuevas contrataciones

Sistema institucional de alertas y códigos de emergencia

Implicación del paciente y su familia en la seguridad

Encuestas de cultura de seguridad

## PRÁCTICAS SEGURAS:

Diariamente, cuando un paciente ingresa a una intervención quirúrgica se establecen una serie de contratos y protocolos que no solo aseguran el cumplimiento de acto quirúrgico, sino también el resguardo de la integridad y la seguridad del paciente.

La iniciativa "Las prácticas seguras salvan vidas" que cuenta con la colaboración de más de 200 ministerios de salud, sociedades médicas nacionales e internacionales y organizaciones de profesionales de la salud, tiene por objeto reducir las muertes y complicaciones relacionadas con la atención quirúrgica.

## ¿QUÉ SON LAS PRÁCTICAS SEGURAS?

Son una serie de recomendaciones de buena práctica clínica en distintos ámbitos de la atención sanitaria, encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos, mejorando la calidad asistencial.

Algunos ejemplos en el ámbito de la anestesia-Quirófano

- Evaluación preanestésica
- Consentimiento cirugía
- Consentimiento anestesia
- Revisión de equipos electrónicos
- Fármacos disponibles revisados y etiquetados
- Maquina anestesia revisada
- Materiales disponibles y estériles comprobados
- Listado verificación quirúrgica
- Profilaxis antibiótica
- Profilaxis Enfermedad Tromboembólica (ETE)
- Pausa de seguridad
- Prevención LPP (lesiones por presión)

- Monitorización y control signos vitales
- Control temperatura
- Control profundidad anestésica
- Biopsias
- Registros ficha electrónica
- Indicaciones postop dolor, náuseas, hidratación
- Entrega paciente unidad de destino.
- En caso de complicaciones planes
- Comunicación permanente equipo salud

## CONCLUSIÓN:

Las nuevas tecnologías y los tratamientos que por un lado mejoran los pronósticos de nuestros pacientes, también pueden aumentar la probabilidad de aparición de nuevos riesgos y daños.

A pesar de los avances en los últimos 20 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública. El éxito de las acciones para disminuir el daño y el error requiere la participación activa de todos los involucrados en el cuidado de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal involucrado en los cuidados de la salud, pacientes y sus familias.

Nuestros pacientes no se merecen menos.

# LA FUERZA DEL PENSAMIENTO CAUSAL COMO RAÍZ DE LA MEJORA EN LOS SISTEMAS COMPLEJOS

**Ricardo Mateo Dueñas**

Profesor Universidad de Navarra

---

[rmateo@unav.es](mailto:rmateo@unav.es)



## LOS SISTEMAS COMPLEJOS

Un Sistema Complejo es un sistema no lineal dinámico con muchas partes interactuando y adaptándose a las perturbaciones del entorno (Shalizi, 2006; Ladyman and Wiesner, 2020). También puede definirse como un conjunto de entidades (por ejemplo: personas, organizaciones, recursos) y sus interconexiones. Los sistemas complejos incluyen elementos interconectados de tal modo que ellos producen su propio comportamiento en el tiempo (McGill, 2021).

Suelen ser imprevisibles e inciertos. Además, su funcionamiento está basado en muchos factores heterogéneos. Son Sistemas Complejos el comportamiento de un grupo de personas, el comportamiento del cuerpo humano, el comportamiento del clima o un Sistema de Salud (Hospital, Ambulatorio, Urgencias).

Un Sistema Complejo, a diferencia de un Sistema Simple, es un Sistema donde la trazabilidad es muy difícil de establecer porque, ante una acción, hay

muchas posibles reacciones. Además, suele existir un retardo en el tiempo hasta que la reacción no deseada en el conjunto del Sistema produce problemas graves.

### EL PENSAMIENTO CAUSAL

El Pensamiento Causal es el que está dirigido a analizar la relación causa-efecto en las interacciones de las partes de un Sistema Complejo para conocer su funcionamiento, desvelar las interacciones entre sus partes y distinguir las causas de sus efectos. El pensamiento Causal fue establecido y documentado por Aristoteles 350 años antes de Cristo que lo definía como el motor o estímulo que desencadena todo el proceso de desarrollo de un evento.

Algunas Herramientas en el Pensamiento Causal son las siguientes: RCA: Root Cause Analysis (Ordenamiento de los multifactores y multicausas identificadas), QCA: Qualitative Comparative Analysis (Análisis de múltiples Casos para conocer las condiciones que se repiten y que explican los resultados del Sistema complejo), Panel de expertos Delphi para encontrar el consenso sobre la causa raíz, PPC: Protocolo de los Puntos Críticos (Establece una forma de ir desde el efecto a la causa).

### MEJORA DE SISTEMAS COMPLEJOS

La Mejora en un Sistema Complejo abarca dos grandes áreas: Mejorar lo que se hace mal y Mejorar lo que se hace bien.

Mejorar lo que funciona mal: consiste en mejorar los defectos, errores, problemas e incidencias de un Sistema Complejo.

Mejorar lo que funciona bien: consiste en mejorar alguna o varias características que se desean mejorar de un Sistema Complejo.

La aplicación de las técnicas del pensamiento causal facilita encontrar la causa raíz de los problemas. Estas técnicas han sido aplicadas con éxito a enfermedades crónicas clasificadas como Idiopáticas y Paroxísticas y al Análisis de Eventos Adversos para encontrar la Causa Raíz.

### CONCLUSIONES.

- Un Sistema Complejo es un conjunto de procesos que interactúan dinámicamente y autónomamente para generar resultados que son difíciles de entender sin las herramientas y metodologías adecuadas.
- La trazabilidad de un Sistema Complejo es difícil de establecer.
- El Pensamiento Causal permite, con las herramientas y metodologías adecuadas, identificar los caminos causales en Sistema Complejos y buscar la Causa Raíz de los problemas.

Para resolver un problema de Verdad, “ataque su Causa Raíz y no el Problema”.



# IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD DE PRODUCTOS DE SALUD

**José Luis San Juan**

Entrenador Global De Trazabilidad Gs1

---

[jsanjuan@gs1chile.org](mailto:jsanjuan@gs1chile.org)

La cantidad de factores que pueden considerarse una amenaza para el paciente son muchos y muy variados, desde las infecciones intrahospitalarias, caídas, errores de diagnóstico, de administración de fármacos, alergias, fármacos falsificados y entre otros.

Evidentemente el objetivo común de todas las personas y profesionales relacionados con el área de salud es reducir al máximo esos riesgos. Desde GS1 a nivel internacional también tenemos esa misión y nos centramos en varios factores, en especial la identificación correcta y global de productos, la captura automática y el correcto registro de datos y finalmente de difundir las herramientas de trazabilidad global.

GS1 es una organización global, neutral y sin ánimo de lucro, con sede en Bruselas, que tiene presencia en 116 países y su objetivo es, a través de estándares

globales, hacer que las empresas se comuniquen utilizando un lenguaje común para mejor entendimiento. Apoyamos permanentemente a más de 20 sectores de la industria, en especial el sector de la salud, donde nuestro foco principal es la seguridad del paciente y la optimización de la logística en el área de salud (intra y extrahospitalaria).

Actualmente la mayoría de los fármacos, insumos y dispositivos médicos, tal como hemos visto en las bodegas de muchos hospitales y clínicas, ya salen de fábrica con simbologías avanzadas de códigos de

barras como el GS1 DataMatrix o bien el GS1-128, conteniendo el GTIN o número global del ítem comercial, el lote y la fecha (de vencimiento, envasado o producción).

Esta información desde hace años es exigida por Cenabast y las cadenas de farmacias más importantes del país, por lo que podríamos decir que los actores de esta cadena logística, desde el fabricante hasta la puerta del establecimiento de salud, ya leen, capturan y registran la información de trazabilidad completa.



El desafío actual comienza desde la puerta de la clínica u hospital hacia dentro, donde, por distintas circunstancias, se hace más difícil la recopilación de este conjunto de datos de trazabilidad para posteriormente asociarlos a un determinado paciente a nivel clínico y/o financiero.

Es por esto que GS1 Chile permanentemente difunde el uso de los estándares globales GS1 en salud, mediante [seminarios internacionales](#), [comités de salud](#), [presentaciones](#), etc. con el fin de dar a conocer esta

forma global de trabajo usada en más de 100 países del mundo y que en Chile está empezando a hacerse más habitual y necesaria, en especial después de la entrada en vigor de las nuevas disposiciones ministeriales sobre trazabilidad de dispositivos médicos y otras que irán saliendo posteriormente.

Para cualquier consulta al respecto, por favor contactar a través de nuestra web [www.gs1chile.org](http://www.gs1chile.org) o directamente por mail a [info@gs1chile.org](mailto:info@gs1chile.org).



# LA BIOÉTICA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Jorge Oliva Te-Kloot**

Cirujano Dentista

Magíster en Bioética Universidad de Chile

---

[jolivatk@gmail.com](mailto:jolivatk@gmail.com)

Qué entendemos por Bioética?

- ¿Qué es realmente la salud, la enfermedad, el dolor y el sufrimiento?
- ¿Cuáles son los medios y fines de la seguridad del paciente en la atención de salud?
- ¿Qué se proyecta desde el rostro de un paciente?
- ¿Cuáles son o podrían ser las consecuencias de una falta de seguridad en la atención de salud?
- ¿Se hace necesario un carácter moral profesional compatible a las responsabilidades en salud?

Creo oportuno iniciar este texto con algunas preguntas y no precisamente con afirmaciones o descripciones. Las reflexiones y los cuestionamientos acerca de nuestras acciones nos facilitarán la autocrítica

y consecuentemente podremos avanzar con mayor seguridad. La honestidad y la autocrítica nos facilita seguir una senda de mejoramiento continuo de nuestra labor e innovación profesional, disposiciones que por cierto agradecerán todas aquellas personas que requieren de nuestro apoyo y servicios profesionales.

Esta voluntad para querer hacer mejor las cosas y lograr consiguientemente mayores frutos y beneficios para los pacientes, requiere que no prestemos toda nuestra atención y preocupación exclusivamente ante lo evidente e incuestionable, es decir los hechos clínicos; sino que también podamos disponer de una actitud moral para percibir y estimar los valores y sensibilidades que están presentes en cada realidad personal. Aquí es donde la Bioética, disciplina muy joven con tan solo algunas décadas de existencia, puede aportarnos en su finalidad de estimar los valores y su relevancia a la hora de requerir tomar decisiones terapéuticas, y de esta manera fomentar actitudes reflexivas, razonables, compasivas y prudentes. En otras palabras, que la enfermedad no sea evaluada exclusivamente como una alteración de la normalidad y funcionalidad, sino que también como una vivencia o padecimiento, condiciones intrínsecas de la intimidad humana, las que para su real comprensión precisamos bastante más que conocimientos de alta especialización.

La Bioética se orienta hacia el fomento, el respeto y la aplicación de valores sustanciales en salud, tales como la dignidad del ser humano, la autonomía, la empatía, la comunicación y la compasión entre muchos otros. Valores que deben fluir desde el profesional y desde su carácter moral hacia el paciente, teniendo como horizonte o fin su bienestar y su calidad de vida. Por su parte, desde el paciente emanan valores que de una u otra forma deberán ser estimados por el profesional tratante, estableciéndose de esta forma una relación sustentada en la inter-

subjetividad. La conexión moral mutua viene a ser sinónimo de una relación virtuosa

Una medicina que busque hacerse cargo de lo humano de la persona y no puramente corporal, no puede aspirar únicamente a profundizar en lo científico. La disponibilidad de capacidades tecnológicas, por avanzadas que estas sean, vienen a constituir medios y no fines en sí mismos, las que junto a los conocimientos y experiencia nos permitirán acceder a los objetivos propios de la medicina, vale decir el bienestar y la felicidad de personas portadoras de una identidad, un rostro y una esperanza de ser sanados, aliviados y liberados de su sufrimiento.

La Bioética además, si bien se relaciona con situaciones clínicas concretas del presente que aquejan a quién padece un trastorno de su salud en una situación contextual determinada, del mismo modo tiene implicancias en una mirada prospectiva acerca del futuro de la persona afectada, vale decir, las consecuencias de nuestras intervenciones, sean éstas positivas o negativas, se expresarán irremediablemente, de una u otra manera, a todo lo largo de la vida del paciente, recordemos que las atenciones en salud brindan experiencias, las que en su conjunto constituyen la biografía de las personas. De esta manera, nuestro actuar profesional debe orientarse hacia un juicio reflexivo y prudente con un sólido sentido ético, ponderando además la voluntad del paciente. Toda idea reduccionista del ser humano hacia estructuras súper especializadas y exclusivamente biológicas, fomentan la materialidad y la "carnalidad", dejando de lado todo intento por dar cuenta de la interioridad que acompaña a toda persona inequívocamente.

La seguridad de los procedimientos médicos hace necesario compatibilizar las acciones terapéuticas con esta doble mirada: la técnico científica y la hu-

mana, estableciendo un diálogo transdisciplinar entre las humanidades y las ciencias. Así entonces, la formación humanista que da cuenta de lo propiamente humano en salud debiera ocupar un rol creciente en la formación médica de todas las disciplinas de la salud. ¿Cómo no destacar a aquellos y a aquellas profesionales que han logrado desarrollar tanto el virtuosismo clínico como el moral?, ¿qué se requiere para responder adecuadamente a la condición de especial vulnerabilidad y fragilidad del ser humano, en especial cuando se está enfermo?

Un paciente, ante su especial y particular fragilidad y vulnerabilidad, hace inexcusable la ausencia de una visión moral que impida la deshumanización y favorezca la humanización, de modo de evitar la instrumentalización de los y las pacientes.

El acto médico, no puede ser otra cosa que en la búsqueda de curar, sanar, aliviar y mitigar el sufrimiento. Lo contrario resulta ser incompatible e incongruente con las aspiraciones de los y las enfermas y reñido con los propósitos de la medicina.

## CRÓNICAS



# ISOAPARIENCIA: UN DESAFIO A TODO NIVEL

**MG Marcela Rousseau**

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria

Coordinadora Sector Evaluación de Medicamentos. Unidad ETS. Hospital de Pediatría “ Juan P. Garrahan”

Coordinadora Programa de Farmacovigilancia. Hospital de Pediatría “ Juan P. Garrahan”

---

[rousseau.marcela@gmail.com](mailto:rousseau.marcela@gmail.com)

La confusión entre nombres de medicamentos por similitud es una de las principales causas de errores de medicación en el ámbito sanitario mundial.

La literatura internacional describe una gran cantidad de medicamentos que pueden provocar errores de medicación, porque se parecen visualmente o suenan parecidos; a este fenómeno se lo denomina en inglés – Look-Alike, Sound-Alike- o bien: LASA, también se incorporó el término isoapariencia en español.

El riesgo aumentado de los potenciales errores de los medicamentos –LASA- ha sido destacado por la Comisión de Eventos Centinela de la Joint Commission- Estados Unidos- y fue incorporado entre las metas nacionales de seguridad del paciente de la institución .

También la OMS a través de diversas iniciativas sien-

do una de las más importantes “**EL TERCER RETO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEDICACIÓN SIN DAÑOS**” del año 2017 y el más reciente: **HACIA LA ELIMINACIÓN DE DAÑOS EVITABLES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE**, de 2022 que sugiere metas para el logro de un uso más seguro de los medicamentos, en el contexto que el daño a los pacientes posee un gran impacto en la salud pública y desafía a la búsqueda de soluciones.

Con más de 20.000 medicamentos en el mercado en Argentina el potencial de error por confusión de nombre registrado-marca- o del principio activo denominado por nombre genérico es significativo. Sumado a esto, debe considerarse el deficiente conocimiento de los nombres de las especialidades y principios activos entre el personal de salud, fundamentalmente basado en los cambios permanentes que los laboratorios hacen en los contenidos de las especialidades medicinales, más una constante aparición de productos disponibles en el mercado, con envasado, rotulado, usos clínicos, ventajas, dosificación y frecuencia de administración, similares .

El Estudio Colaborativo Multicéntrico: “**DETECCIÓN, ANÁLISIS Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN EL USO DE MEDICAMENTOS CON SIMILITUD FONÉTICA, ORTOGRÁFICA O DE ENVASADO EN ARGENTINA**”, desarrollado durante el año 2008 , constituyó el primer antecedente en ese país sobre la problemática LASA y permitió conocer su magnitud, se identificaron 928 conjuntos de medicamentos LASA, clasificados por categorías:

- Categoría 1: Similitud de envasado con mismo principio activo.
- Categoría 2: Similitud de envasado con diferente principio activo
- Categoría 3: Similitud fonética-ortográfica del nombre comercial con mismo principio activo
- Categoría 4: Similitud fonética-ortográfica del nombre comercial con distinto principio activo
- Categoría 5: Idénticos nombres comerciales con idénticos principios activos
  - Incluido 1. con asociaciones al principio base
  - Incluido 2, con agregado de una letra
- Categoría 6: Idénticos nombres comerciales con distintos principios activos
- Categoría 7: Similitud entre nombres genéricos de los principios activos
- Categoría 8: Similitud entre nombre comercial y principio activo.

También se reportaron 80 errores LASA, mediante una WEB diseñada para este fin, de esta manera se logró el primer listado de medicamentos LASA en Argentina, además se elaboró un documento fotográfico para similitudes de envasado. Sobre estos resultados se sugirieron estrategias para minimizar riesgos de confusión por clase. Se analizaron factores intervinientes. Se elaboraron alertas sobre similitud de envasado; especialidades denominadas DUO, Cloruro de Potasio, antirretrovirales, Gases medicinales, bifosfonatos, pediatría y oncología. Se diseñó e implementó un sitio WEB como plataforma de expansión del tema LASA.

Las estrategias para la reducción de LASA involucran a varios actores, por ej. para la industria farmacéutica, se proponen las siguientes:

- Resaltado de la potencia. Ej. diferentes colores
- Resaltado de la potencia. Ej. diferentes colores
- Resaltado de la forma farmacéutica Ej. sobres, comprimido, suspensión, formas de liberación
- Resaltado de la incorporación de principio activo adicional
- Utilización de LETRAS MAYÚSCULAS IMPRENTA EN LETRAS DIFERENTES que diferencian nombre parecidos

Existen algunas publicaciones con experiencias similares en hospitales y entre las propuestas para reducir el riesgo aparecen el Instituto para el uso seguro de los medicamentos en España (ISMP), que publica periódicamente listados de medicamentos de a pares, que se ordenaron prioritariamente por su relación con errores de medicación cuando poseen isoparancia en sus nombres, International Medication Safety Network (IMSN) elaboró documentos de recomendación de etiquetado seguro para la industria farmacéutica, que resaltan diversas medidas que resalten el nombre genérico, la concentración, forma farmacéutica, etc

Las agencias reguladoras de medicamentos tienen un rol fundamental en la implementación de medidas que reduzcan el riesgo de confusión de medicamentos con isoapariencia, en la Administración Nacional de Alimentos Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina se han logrado algunas normas: obligatoriedad de envases troquelados con identificación de fármacos por unidad en envases hospitalarios ( dosis unitarias) , requisitos mínimos de información que deben contener los rótulos de las diferentes formas farmacéuticas de las especialidades medicinales, normas para la identificación y rotulado de envases (Drogas de uso anestésico, terapia intensiva y emergencia hospitalaria; Soluciones electrolíticas de pequeño volumen; Soluciones parenterales de gran volumen) .

### CONCLUSIONES:

Las cifras de errores de medicamentos son un problema de salud pública. Las causas de error no son tan claras, los LASA parecen contribuir significativamente

Las iniciativas internacionales para reducir estos errores por isoapariencia comenzaron hace 20 años

y aún no han logrado resultados contundentes.

En Latinoamérica aún hay mucho por mejorar y trabajar para aumentar la seguridad del medicamento.

Es necesario involucrar autoridades, industria farmacéutica, pacientes y profesionales

### Citas bibliográficas

1- Lambert BL, Lin SJ, Chang KY, Gandhi SK. Similarity as a risk factor in drug name confusion errors. *Med Care* 1999; 37(12):1214-1225.

2- Lookalike, soundalike drug names. Sentinel Event Alert. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Issue 19, May 2001. [en línea] <[http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_19.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm)>] Acceso junio 2022

3- 2006 National Patient Safety Goals, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. [en línea] . [http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06\\_npsg\\_cah.htm?print=yes](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm?print=yes). Acceso junio 2022

4- El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: "Medicación sin daño". OMS. [en línea] <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002>. Acceso en junio 2022

5- McCoy LK. Lookalike, soundalike drugs review: include lookalike packaging as an additional safety check. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005; 31(1):4753

6- Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by drug name confusion. *Drug Safety* 2003;26:445-452.

7- Confalone Gregorián, M., Bugna, L., Calle, G., Fontana, M., González Capdevila, G., Morales, S., &



Rousseau, M. (2010). Detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en Argentina. Rev. argent. salud pública, 1(3), 30-35.

8- ISMP's list of confused drug names. [en línea] <http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf>, acceso en junio 2022

9- IMSN. POSITION STATEMENT Making Medicines Naming, Labeling and Packaging Safer. 2013, en línea <https://www.intmedsafe.net/wp-content/uploads/2014/07/Making-Medicines-Naming-Labeling-and-Packaging-Safer-Final-A4-2013.pdf>, Acceso en Junio 2022

10- Disposición ANMAT 8277/2011

11- Disposición ANMAT 8278/2011

12 - Disposición ANMAT 11857/2017

13- Disposición ANMAT 3602/2018

## CRÓNICAS



# COMPARACIÓN INDICADORES MEDIDOS POR CADA UNIDAD VERSUS MEDIDOS POR UN EVALUADOR TRANSVERSAL

**Magyolue Quintana C1a., Sandra Mena V1a., Andrea Sakurada Z1., Silvana Villaleiva C1a., Carolina Salazar C1a., Mario Vidal C1b**

1 Dirección de Calidad, Hospital Clínico Universidad de Chile.

a: enfermera, b: Tecnólogo médico.

Correspondencia: Andrea Sakurada Z., Dirección de Calidad, Hospital Clínico Universidad de Chile, 297870207, +56998863206, asakurada@hcuch.cl

## Señor Editor:

La monitorización, supervisión y vigilancia de procesos relacionados con la atención clínica, debe organizarse de tal manera que se establezcan actividades planificadas para detectar cumplimientos de procesos establecidos, tales como instrumentos de recolección adecuados, conocidos por el personal, donde se espera que la recolección sea realizada por profesionales competentes, con conocimientos y destrezas para desarrollar esta actividad. 1

La supervisión es una de las funciones de gestión y liderazgo, y ha sido definido como “las medidas de rango para garantizar que el personal lleve cabo sus actividades y pueda ser más competente en su trabajo”; existen dos modalidades de ejecutarla:

1. Supervisión directa: es aquella que se ejecuta en contacto directo con el personal supervisado; lo anterior se logra a través de la comunicación con el equipo, la observación del personal y las áreas asistenciales a través de visitas, entrevistas personales, durante las capacitaciones, asesoría o reuniones. Atendido que la supervisión directa se basa en la evaluación in-situ de prácticas clínicas o rutinas en las atenciones, quien ejecuta la supervisión debe disminuir la posibilidad de tener conflictos de interés con quien está siendo supervisado/a; esto permitirá no emitir juicios o permisividades en los hallazgos encontrados.

2. Supervisión indirecta: es aquella en que no se mantiene contacto directo con el supervisado y se realiza a través de auditorías de fuentes primarias tales como fichas clínicas, solicitudes de exámenes o recetas, etc., el análisis de informes estadísticos o de reporte de actividades (entregas de turno), documentos legales, listas de chequeo o programas de supervisión. Al igual que en la supervisión directa, en la supervisión indirecta quien ejecuta la supervisión debe ser una persona diferente al responsable de registrar, lo que permitirá no emitir juicios o permisividades en los hallazgos encontrados. 1.

A raíz de la pandemia en nuestra institución se realizaron una serie de modificaciones administrativas para optimizar el trabajo y la planta física, dentro de las cuales estuvo el unificar los diferentes servicios médico quirúrgicos en un gran médico quirúrgico, homologando el trabajo de los distintos equipos; es así que se desarrolló un programa de orientación transversal para personal de enfermería, lo que permitió movilización del personal entre

los distintos sectores de hospitalización básica, sin necesidad de orientación al trasladarse entre servicios; la supervisión se organizó de manera transversal, con encargados para cada indicador dentro de este gran médico quirúrgico y en los servicios de apoyo, como farmacia y esterilización, se asignó la monitorización a profesionales de dichas áreas. Con lo anterior nos vimos enfrentados a que cada supervisora no realizó la monitorización de su propio servicio, si no que ésta era realizada por profesionales externos, lo que nos llevó a detectar cambios en los cumplimientos informados a la fecha, en relación a la supervisión realizada por el propio servicio a cuando es realizada por personal externo, detectando que, en muchos casos, la auto supervisión era más condescendiente que cuando la mirada era realizada por un profesional independiente, externo.

Destacamos nuestros principales hallazgos, comparando el año 2019 con el 2021:

El indicador **“Administración de Medicamentos”**, indicador a través de revisión de registros, medido en UPC Adulto, Urgencia y Pabellón: se aprecia una disminución en el resultado del indicador de 4,3%, bajando de 96% el año 2019 a 91,7% el año 2021. Esto se explica específicamente por la baja de 14,7% en Pabellón y que representa un 37% del total de las observaciones de los registros (594 de un total de 1605 observaciones). (Tabla 1).

El indicador de **“Evaluación del dolor agudo”**, corresponde a un indicador de revisión de registros, medido en servicios quirúrgicos, donde en recuperación de pabellón desciende de 99.3% a 87.5%, cirugía baja de 86,1 a 84.7% y traumatología de 90,1% a 87,2%. A nivel hospital la disminución entre el año 2019 v/s 2021, fue de un 2,8% (de 89,6% a un 86,8%). Los 3 servicios evaluados no lograron cumplir con el umbral establecido en >

90%. (Tabla 2).

El indicador de **“Pacientes en agitación psicomotora con ausencia de lesiones”**, corresponde a un indicador de registro, que se monitoriza sobre el total de pacientes que presenten el cuadro; tiene un umbral de cumplimiento de  $> 80\%$ , se monitoriza en UPC Adultos, MQx medicina, Psiquiatría y Urgencia; los resultados mostraron una mejora de 3,5% (de 83,2% el año 2019 a un 86,7% el año 2021). Sólo UPC adulto no logró cumplir con el umbral; sin embargo, Psiquiatría muestra una disminución de 7%, de 95% el año 2019 a 88% el año 2021, en tanto Medicina y Urgencia, cumplieron en un 100% este indicador. (Tabla 3).

El indicador **“Identificación de pacientes”**, tiene un umbral  $> 90\%$  y fue evaluado en pabellón, UPC Adultos, medicina, pediatría, neonatología, UPC Neonatología y psiquiatría. El resultado general mostró una disminución de un 1,4%, (99,5% el año 2019 a 98,1% el año 2021). Todos los servicios cumplieron con el umbral establecido; sin embargo se observó que 3 servicios bajaron su resultado en 1,7% en Pabellón, 5,5% en UPC adulto y 2,8% en Psiquiatría (tabla 4).

El indicador **“Almacenamiento de fármacos”**, medido en 5 servicios; UPC adulto, Medicina, Urgencia, Pediatría y Pabellón tuvieron un resultado bajo el umbral esperado de 95%, con una disminución importante, de 43,5%, de 79,2% el año 2019 a un 35,7% el año 2021. Todos los servicios presentaron una baja importante en su cumplimiento, con un promedio de 30%, donde la mayor baja ocurre en el servicio de Medicina con un 45%, de 77,1% el 2019 a un 32,2% el 2021 (Tabla 5).

El indicador **“Almacenamiento de material estéril”**, medido en los servicios de Esterilización, Pabellón, Cirugía y UPC adulto, con un umbral 80% muestra

que bajaron entre los años analizados (2019/2021) de un 81,8% a un 14,6% (67,2%). La baja promedio fue de un 79% y el servicio de cirugía presentó el más bajo rendimiento, pasando de un 83,5% a un 8,5% el año 2021. (Tabla 6).

En la implementación de una cultura de calidad institucional, se busca comprometer a cada miembro de la institución en actividades relacionadas para evitar el daño al paciente; muchas de las actividades realizadas proporcionan información de la tasa de eventos adversos, complicaciones, morbimortalidad, etc., y corresponden a indicadores de resultado, es decir cuando el daño ya está hecho, utilizando la gestión de riesgo clínico, con la implementación de las medidas conducentes a evitar su ocurrencia; a lo que se suma, la implementación de medición de indicadores de proceso, de prácticas relacionadas con la seguridad del paciente que permiten, en muchos casos, identificar errores humanos y/o del sistema, que permitiría a las instituciones de salud implementar estrategias para mejorar la seguridad del paciente, 3,4 al detectar incumplimiento de normativas, previo a la ocurrencia del daño, se busca implementar estrategias para mejorar su adherencia, por lo que consideramos relevante destacar la diferencia encontrada entre auto supervisión y supervisión externa y proponemos sea considerada como una medida de carácter obligatorio en los programas de supervisión, ya que se contaría con información más fidedigna para una mejor toma de decisiones.

**TABLA N°1. CUMPLIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Servicios	Año 2019			Año 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.
UPC adulto	189	208	<b>90,9%</b>	493	526	<b>93,7%</b>
Urgencia	332	341	<b>97,4%</b>	478	485	<b>98,6%</b>
Pabellón (recup.)	206	208	<b>99,0%</b>	501	594	<b>84,3%</b>
<b>Total</b>	<b>727</b>	<b>757</b>	<b>96,0%</b>	<b>1472</b>	<b>1605</b>	<b>91,7%</b>

Umbral &gt;80%

**TABLA N°2. CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO**

Servicios	Año 2019			Año 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.
Pabellón	150	151	99,3%	309	353	<b>87,5%</b>
Cirugía	390	453	86,1%	122	144	<b>84,7%</b>
Traumatología	309	343	90,1%	136	156	<b>87,2%</b>
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>947</b>	<b>89,6%</b>	<b>567</b>	<b>653</b>	<b>86,8%</b>

Umbral &gt;90%

**TABLA N°3. PACIENTES EN AGITACIÓN PSICOMOTORA CON AUSENCIA DE LESIONES**

Servicios	Año 2019			Año 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cumpl.
UPC adulto	10	23	43.5%	6	8	<b>75,0%</b>
Medicina	S/C	S/C	S/C	1	1	<b>100%</b>
Psiquiatría	76	80	95%	44	50	<b>88,0%</b>
Urgencia	13	16	81.3%	1	1	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>119</b>	<b>83.2%</b>	<b>52</b>	<b>60</b>	<b>86,7%</b>

Umbral &gt;80%

TABLA N°4. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON DATOS ESTABLECIDOS

Servicios	Año 2019			Año 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.
Pabellón	138	138	100,0	351	357	98,3%
UPC adulto	203	203	100,0	295	312	94,5%
Medicina	527	533	98,9	144	144	100%
Pediatría	36	36	100,0	57	57	100%
Neonatología	69	69	100,0	270	270	100%
UPC Neonatología	36	36	100,0	142	142	100%
Psiquiatría	72	72	100,0	70	72	97,2%
<b>Total</b>	<b>1081</b>	<b>1087</b>	<b>99,5%</b>	<b>1329</b>	<b>1354</b>	<b>98,1%</b>

Umbral &gt;90%

TABLA N°5. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO FÁRMACOS

Servicios	Año 2019			Año 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.
UPC adulto	110	141	78%	66	124	53,2%
MQ Medicina	205	266	77.1%	47	146	32,2%
Urgencia	59	68	86.8%	12	24	50%
Pabellón	54	68	79.4%	24	44	54,5%
Pediatría	21	24	87.5%	9	12	75%
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>567</b>	<b>79,2%</b>	<b>158</b>	<b>350</b>	<b>35,7%</b>

Umbral &gt;95%

**TABLA N°6. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL**

Servicios	ANUAL 2019			ANUAL 2021		
	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.	N° obs. que cumplen	N° total de obs.	% Cmpl.
Esterilización	52	72	72.2%	6	12	50,0%
Pabellón	205	263	77.9%	11	48	22,9%
Cirugía	761	911	83.5%	13	153	8,5%
UPC adulto	348	424	82.1%	18	115	15,6%
<b>Total</b>	<b>1366</b>	<b>1670</b>	<b>81.8%</b>	<b>48</b>	<b>328</b>	<b>14,63</b>

Umbral &gt;80%

#### Bibliografía

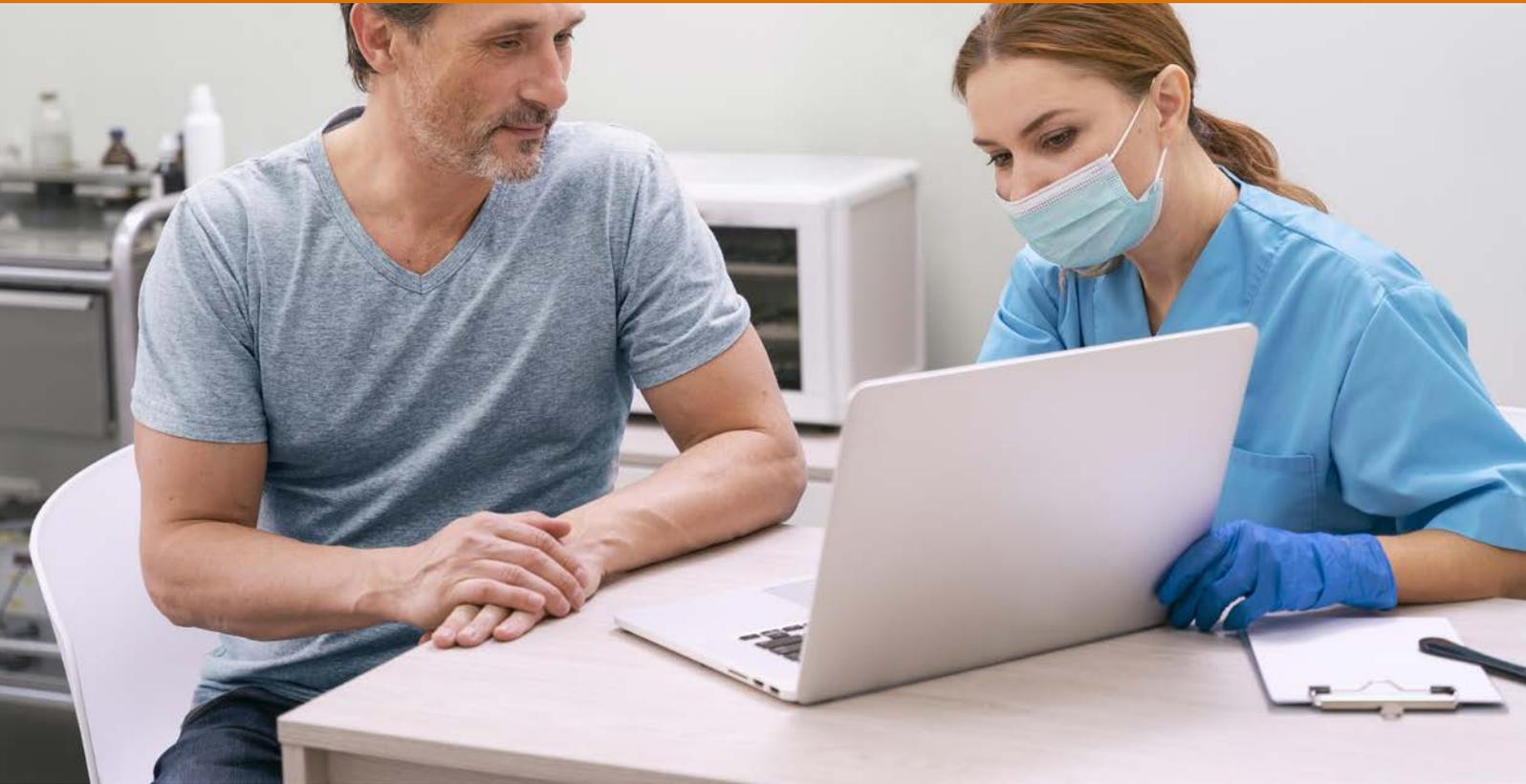
1.- Recomendaciones para la supervisión de procesos relacionados con la atención de salud y la confección de Pautas de Cotejo o Pautas de Supervisión en los Prestadores Institucionales de Salud. Unidad de Gestión en Acreditación Intendencia de Prestadores, Superintendencia de Salud 2023.

2.- <https://www.hcpc-uk.org/standards/meeting-our-standards/supervision-leadership-and-culture/supervision/supervision-case-studies-and-templates/cross-profession-supervision-and-multiple-supervisors/>.

3.- Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M & Rubin H (2011) How can clinicians measure safety and quality in acute care? International Journal of Nursing Studies 48, 347–358. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.12.001>

4.- Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S et al. How can clinicians measure safety and quality in acute care? Lancet 2004;363:1061–7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15843-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15843-1)

## CRÓNICAS



# INTEROPERABILIDAD: EL FUTURO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**Antonio Martínez**

Ingeniero Civil Informático y MBA

Socio Líder de la Industria de Salud y Ciencias de la Vida

---

[amartinezc@deloitte.com](mailto:amartinezc@deloitte.com)

En el estudio “Futuro de la Salud” (2021) proyectamos que al 2040 la atención médica tal como la conocemos hoy ya no existirá. En el futuro, la salud se definirá de forma holística, pasando de una “atención médica” a un estado general “bienestar” que integre la salud física con la mental, social, emocional, financiera y espiritual.

Esta nueva definición de salud requerirá entonces de una visión unificada de las personas, y esto sólo es alcanzable a través de una mayor conectividad de datos

habilitada por plataformas radicalmente interoperables, abiertas y seguras.

La interoperabilidad es la habilidad para el intercambio de información de salud electrónica mediante dos sistemas o más, y la capacidad de que esa información la utilicen los destinatarios de los datos de atención médica. (OPS, 2021)

Esta permite a los prestadores de salud y profesionales del área tener una comprensión completa de las necesidades de salud de una persona o de la población, lo que les permite predecir, diagnosticar e intervenir proactivamente. El acceso a los datos clínicos de un paciente en tiempo real, desde cualquier punto, puede mejorar exponencialmente la calidad, la efectividad, la continuidad de la atención y disminuir los costos.

El acceso omnicanal a la información de pacientes, la automatización y la digitalización de procedimientos de diagnóstico y de tratamientos médicos, reducen las tareas administrativas de poco valor, enfocando los recursos humanos donde realmente son necesarios entre los niveles asistenciales, mejorando la coordinación clínica.

En el caso de los pacientes, el acceso a esta información los empoderará y les permitirá participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud, a la vez que exigirán una atención segura, accesible, asequible

y personalizada.

La información recopilada por los sensores portables, ingeribles y ambientales, las plataformas interoperables e incluso la Inteligencia Artificial, harán posible que los sistemas de salud asignen las capacidades de atención digital a cada paciente en función de sus factores clínicos, de salud y de sus necesidades de atención.

Hoy en día, los dispositivos portátiles que registran nuestros pasos, patrones de sueño e incluso la frecuencia cardíaca se han integrado en nuestra vida cotidiana de una manera que no podíamos imaginar hace tan sólo unos años. Esperamos que esta tendencia se acelere: los avances en los sensores y la IA están ayudando a millones de personas a monitorear sus signos vitales, cumplir con su rehabilitación, gestionar de mejor forma el dolor, mejorar la adherencia a la medicación, y prevenir futuras crisis. (Ver Figura 1)

## Estudios de casos adicionales

### El recorrido del paciente

#### Insuficiencia cardíaca congestiva - El recorrido del paciente

Si un programa de salud virtual se ejecuta correctamente para un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, cabe esperar una mejora de los resultados clínicos, de los impulsores del valor financiero y de la experiencia del paciente.

FIGURA 1: RECORRIDO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.



Mejora de los resultados clínicos	Factores de valor financiero	Experiencia mejorada
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora del monitoreo de la salud cardíaca del paciente</li> <li>Mejora del cumplimiento del ejercicio y la rehabilitación cardíaca</li> <li>Mejora de la gestión del dolor y de la adherencia a la medicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de las tasas de readmisión postoperatoria</li> <li>Reducción del número de visitas en persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la satisfacción del paciente y mayor sensación de apoyo gracias a un equipo asistencial conectado</li> <li>Mejora de la toma de decisiones del equipo asistencial gracias a la información proactiva y procesable que ofrecen los datos continuos de RPM</li> </ul>

## ¿DÓNDE ESTÁ CHILE Y QUÉ NOS IMPIDE MOVERNOS MÁS RÁPIDO?

Según nuestra visión, escenificada en la figura 2, la Interoperabilidad presenta diferentes etapas de madurez, siendo en la etapa 1 donde se conectan fuentes de datos para interoperar hacia dentro de las instituciones de salud, para atender episodios de salud con información que fluye entre sistemas. La etapa 2, donde se intercambian datos de salud

en redes de salud públicas, privadas o mixtas donde la información del paciente es compartida y consolidada sin generar fragmentación, para llegar a la etapa 3, que permite tener registros nacionales y regionales de la información de salud, conocidos como HIE (Health Information Exchange), conectar comunidades, municipios, y al paciente directamente a sus datos de salud con apps, portales, así como realizar salud poblacional con la que desarrollar políticas públicas a partir del dato.

FIGURA 2: ETAPAS DE MADUREZ EN INTEROPERABILIDAD SEGÚN DELOITTE.



Al inicio de la pasada década, Chile partía con fuerza liderando las estrategias de salud digital e interoperabilidad en Latinoamérica, luego de una agenda digital de salud clara con proyectos como SIDRA, que contribuyeron a que el país alcanzara niveles de interoperabilidad y madurez relevantes en etapa 1 y en algunos casos nivel 2, como es el caso también del sector privado.

A pesar de que nuestro país tiene fortalezas como contar con un Registro Clínico Electrónico en casi el

100% de la atención ambulatoria y entorno al 50-60% en Hospitalizados y, contar con instituciones que empujan el desarrollo de la Interoperabilidad como CENS, HL7 Chile y Hospital Digital, hemos ido perdiendo la posición de liderazgo en Interoperabilidad frente a países como Uruguay, Argentina, Colombia y Brasil.

Esto se explica por factores como la ausencia de estrategia y compromiso a largo plazo, al no tener una agenda digital de salud institucionalizada que

perdure con los ciclos de gobierno; la no real voluntad del sector privado por compartir información de pacientes; brechas en la definición de estándares de interoperabilidad y de madurez tecnológica entre el mundo privado y público; riesgos de ciberseguridad que cuestionan la protección-entrega de datos; escasez de profesionales capacitados y cualificados; cambios en las prioridades en las inversiones y/o judicialización que afectan la ejecución de iniciativas en este ámbito, como por ejemplo, el proyecto Histórica Clínica Nacional Compartida, por años detenido o Hospital Digital -hoy Salud Digital- con revisiones presupuestarias y cambios de enfoque y prioridades.

A pesar de todo, Chile goza de fortalezas relevantes como infraestructura tecnológica como 5G, experiencia y casos de éxito en salud digital e interoperabilidad, instituciones focalizadas en Interoperabilidad y empresas maduras en estos aspectos, para recuperar la posición que no debimos perder.

De ser aprobado el proyecto de ley sobre la interoperabilidad de las fichas clínicas para establecimientos públicos y privados, y que fue contundentemente respaldado hace días en el Senado, nos encontraremos con un marco regulatorio imprescindible y muy positivo para acelerar el desarrollo de la Interoperabilidad y alcanzar los beneficios que ésta promete. Quizás empujados por el proyecto de ley, vemos a prestadores lanzados a la tendencia de la interoperabilidad, realizando pruebas de conceptos encaminadas al uso del estándar de moda FHIR, con la ilusión del hacer.

Sin embargo, será siempre imprescindible que prestadores públicos y privados desarrollen un Gobierno y Estrategia de interoperabilidad, que responda

porqué y para qué interoperar, aborde las barreras mencionadas, reduzca la brecha existente, y concrete las inversiones generando las capacidades necesarias junto a un mapa de ruta claro que permita recuperar el camino perdido.

#### Fuentes:

Hospitales del Futuro: Hospitales “sin” Paredes, Deloitte, 2022.

Estudio El Futuro de la Salud: ¿Cómo lo perciben pacientes y profesionales de la Salud?, Deloitte, 2021.

Hacia una salud radicalmente interoperable, Revista Gerencia, 2021.

Portales de pacientes seguros, interoperables y con datos de calidad, OPS, 2021.



# ¿Qué hacemos?

## DIPLOMADOS ON LINE

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

## TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

## CURSOS ON LINE

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

## CONGRESOS Y JORNADAS

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



# REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

Nº1

## NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

### I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

#### 1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

#### 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

#### 3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

#### 4. CASOS CLÍNICOS

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

#### 5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

#### 6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

#### 7. REVISTA DE REVISTAS:

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

#### 8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

#### 9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

#### 10. CURSOS Y CONGRESOS

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

#### 11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

### II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

### ÉTICA

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

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

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

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



# FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

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

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

Cel: +56 9 94427435  
+56 9 77651330

[contacto@fspchile.org](mailto:contacto@fspchile.org)  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)