



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

MEDICACIÓN SIN DAÑO EN PERSONAS ANALFABETAS: UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

Vanessa González Mora

ÉTICA COMO HERRAMIENTA PARA TRABAJO EN EQUIPO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UPC.

Gonzalo A. Hormazábal Rioseco MSc.

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS: SITUACIÓN ACTUAL Y NUEVOS DESARROLLOS

José Joaquín Mira

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: LA REVOLUCIÓN SILENCIOSA QUE ESTÁ TRANSFORMANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Karen Medina MD, MSc.

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

EL BUENO, EL MALO Y EL FEO DE LA IA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Laís Junqueira, MBA, CLSSBB

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Mónica Monteiro Toledo





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 8

AÑO 2025

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

Kigo. 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

hola@nimbodg.com.ar



Sumario

EN ESTE NÚMERO:

04

EDITORIAL

05

MEDICACIÓN SIN DAÑO EN PERSONAS ANALFABETAS: UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

Vanessa González Mora

17

ÉTICA COMO HERRAMIENTA PARA TRABAJO EN EQUIPO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UPC.

Gonzalo A. Hormazábal Rioseco MSc.

23

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS: SITUACIÓN ACTUAL Y NUEVOS DESARROLLOS

José Joaquín Mira

32

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: LA REVOLUCIÓN SILENCIOSA QUE ESTÁ TRANSFORMANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Karen Medina MD, MSc.

36

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

EL BUENO, EL MALO Y EL FEO DE LA IA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lais Junqueira, MBA, CLSSBB

40

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRESENTADA EN IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE JUNIO 2025

HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Mónica Monteiro Toledo

EDITORIAL

En Chile existe el mito que hay muchas farmacias. Esto especialmente desde las personas que viven en Santiago o en las capitales regionales, ya que, al existir un libre mercado relacionado con la venta de medicamentos, las farmacias tienden a instalarse en donde existen mayores probabilidades de réditos económicos. Sin embargo, en el Código Sanitario chileno estas son descritas como “centros de salud”, y por ende las más de 5.500 farmacias comunitarias que se encuentran repartidas a lo largo del territorio nacional son un potencial, sanitario y para la seguridad del paciente, enorme.

El concepto de farmacia comunitaria no es al azar. Aunque desde algunos legisladores y políticos las nombran como farmacias privadas o de retail, estas tienen un arraigo histórico con las comunidades: desde que eran boticas y el farmacéutico era un actor relevante para entregar soluciones y pócimas para aplacar las dolencias, pasando por lo que alguna vez fue la ley del circuito que determinaba la cantidad de población asignada a cada farmacia de manera territorial, lo que favorecía la distribución más equitativa de estas. Las farmacias y los profesionales farmacéuticos han ofrecido y siguen ofreciendo sus conocimientos para el uso racional y seguro de los medicamentos.

Sin embargo, sería miope omitir fenómenos que también tiñen el lienzo de estas instituciones. Los altos precios de algunos medicamentos y la colusión de farmacias han marcado agendas legislativas y noticiosas, colocando el énfasis de la discusión en el precio de un producto, más que en el valor de una de las más importantes herramientas sanitarias que tenemos en nuestros tiempos. Los medicamentos son bienes de consumo, pero no como cualquier otro, y las farmacias pueden ser establecimientos comerciales, pero de interés público. El rol social y de cercanía con las comunidades se ha mantenido pese a los vaivenes del tiempo, incluso siendo uno de los establecimientos que no cerraron durante la pandemia de COVID-19.

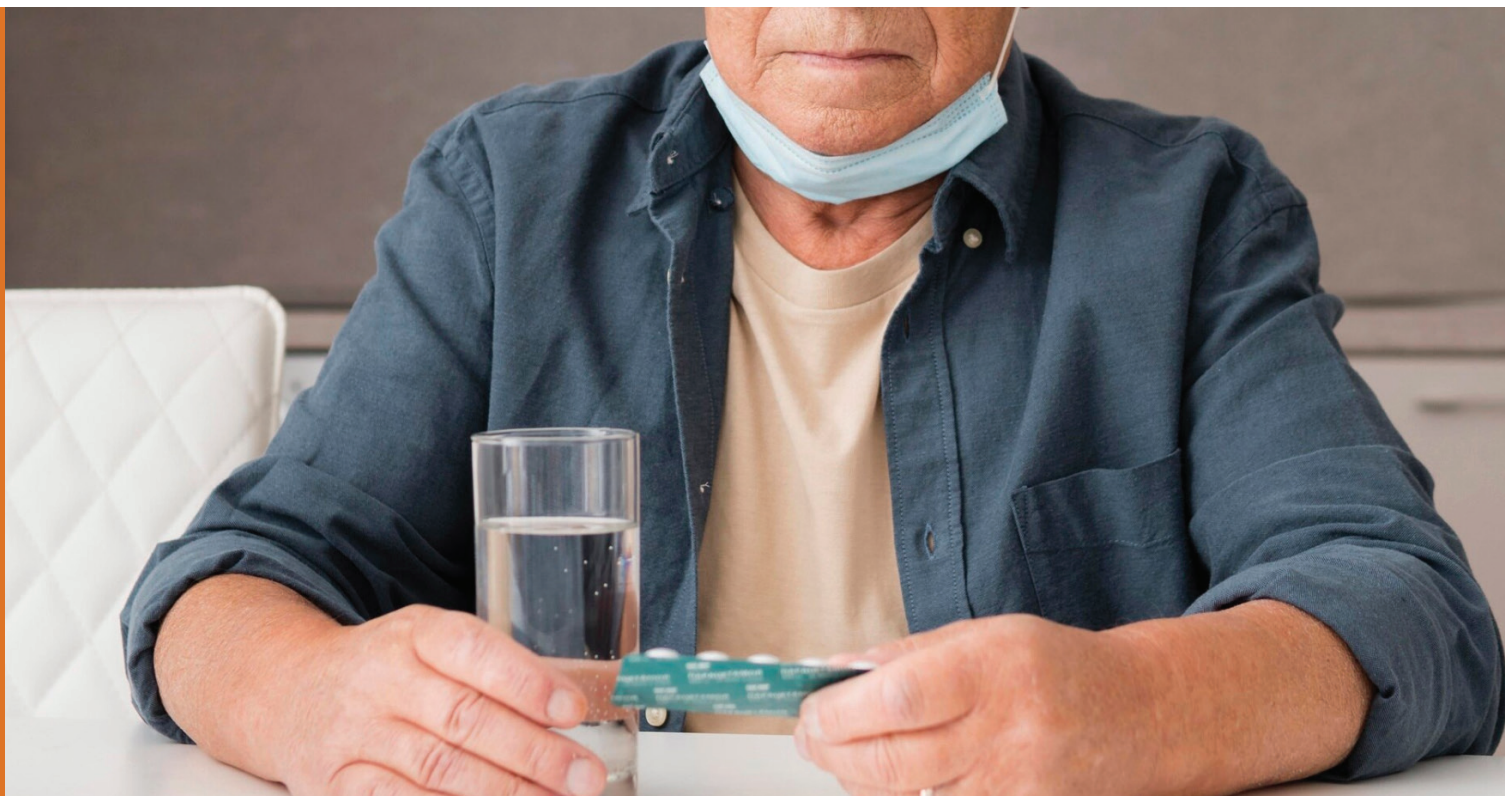
La discusión que podríamos tener hoy es el rol de la farmacia comunitaria en nuestros sistemas de salud, discusión impulsada desde la Federación Internacional Farmacéutica (FIP, por sus siglas en inglés), y el aporte de los químicos farmacéuticos en prevención, promoción y seguimiento farmacoterapéutico que promueva el uso eficiente de recursos, tanto públicos como privados para la sostenibilidad del sistema, como en el gasto de bolsillo de la población. Es así como se ha discutido la acreditación de las farmacias comunitarias en el marco de las Garantías Explícitas en Salud y la dispensación de medicamentos de calidad, seguros y eficaces, y por ende, seguir en la senda de asegurar lo entregado en el sistema. No solo es dar un golpe de timón a un ecosistema que ha sido encausado muchas veces hacia las ganancias comerciales, sino es resignificar a la farmacia como un centro de salud y al químico farmacéutico como un profesional de la salud al servicio de la comunidad.

Solo soñemos que un porcentaje de las más de 5.500 farmacias comunitarias formaran parte de un estudio multicéntrico, o que fuera en ellas el lugar de entrega de medicamentos del sistema público, que podría acercar a los pacientes la dispensación y otros servicios farmacéuticos que propendieran a mejorar la seguridad y la racionalidad del uso de medicamentos. Al parecer ese sueño se encuentra más cerca de lo que esperamos, y a su vez, más cerca de que las farmacias comunitarias vuelvan a ser los centros de salud donde, como dice el lema del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2025 “la seguridad del paciente desde el comienzo”, el paciente sea el centro de nuestros sistemas de salud.

QF Jorge Cienfuegos Silva

Past President Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile

Capítulo Químicos Farmacéuticos, Fundación para la Seguridad del Paciente



MEDICACIÓN SIN DAÑO EN PERSONAS ANALFABETAS: UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

Autor: Vanessa González Mora

Químico Farmacéutico

Afiliaciones: Departamento de Salud Municipal
Temuco

Autor de correspondencia: Vanessa González

vanessa.gonzalez@temuco.cl

INTRODUCCIÓN:

Los errores de medicación (EM) representan una causa significativa de daños evitables en salud. La iniciativa global “Medicación sin daño” constituye el tercer reto de la Seguridad del Paciente. Prevenir EM implica disponer de sistemas eficaces para

la correcta identificación de medicamentos, lo que representa un desafío particular en personas analfabetas. En Chile, el 2,9% de la población no sabe leer ni escribir, lo que afecta a usuarios de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) del Departamento de Salud Municipal (DSM) de Temuco, quienes suelen identificar sus medicamentos por

forma o color, aumentando el riesgo de error. Frente a esto, se plantea una estrategia educativa basada en el uso de iconos.

OBJETIVO:

Desarrollar una estrategia educativa orientada a mejorar la identificación y administración segura de medicamentos en usuarios analfabetos de los CESFAM del DSM Temuco, mediante la asignación de iconos a los fármacos, la educación de los usuarios y la capacitación del personal sanitario involucrado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se utilizaron herramientas como Microsoft PowerPoint para seleccionar iconos representativos, y Excel para diseñar horarios personalizados de administración, integrando iconografía y esquemas de dosis. Las etiquetas adhesivas fueron diseñadas en Zebra Designer 3.0, con iconos de 3 × 3 cm para adherir a blisters, cajas o bolsas. Se planificó la educación individualizada a los usuarios analfabetos y la capacitación del personal de farmacia para la implementación de esta estrategia.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 122 iconos claros, únicos y de fácil asociación. Se diseñaron horarios de administración y tarjetas personales para los usuarios, indicando que sus medicamentos deben ser etiquetados con los iconos. El personal de farmacia fue capacitado para imprimir y colocar las etiquetas correspondientes. Los usuarios serán citados a sesiones educativas individualizadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La estrategia propuesta promueve la seguridad en el uso de medicamentos en personas analfabetas, mejorando su capacidad para identificarlos y

administrarlos correctamente. Su efectividad dependerá de la comprensión por parte del usuario y del compromiso del equipo de salud. Se recomienda además reforzar las campañas de alfabetización locales como complemento, abordando las inequidades sociales desde un enfoque intersectorial.

PALABRAS CLAVE:

Error de medicación; Analfabetas; Seguridad del paciente; Medicación sin daño; Iconos; Educación en Salud; Farmacia; Medicamentos.



INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación (EM) son una causa relevante de daños evitables en la salud (1). La medicación sin daño es el tercer reto global de Seguridad del Paciente (2). Prevenir EM requiere sistemas seguros que permitan una correcta identificación de medicamentos, lo que es especialmente difícil en personas analfabetas (3).

En Chile, el 2,9% de la población no sabe leer ni escribir (4)(Tabla 1), lo que impacta a usuarios de los Centro de Salud Familiar(CESFAM) del Departamento de Salud Municipal (DSM) Temuco, donde se identifican fármacos por forma o color, lo que incrementa el riesgo de error. Por ello, se propone una estrategia educativa basada en el uso de iconos.

Tabla 1: Tasa de analfabetismo en Chile al año 2022, según la UNESCO.
Adaptado de <https://siteal.iiep.unesco.org/pais/chile>

Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más según sexo, área geográfica y nivel de ingresos		2000	2011	2017	2022
Sexo	Masculino	3,9	3,1	3,6	2,9
	Femenino	4,1	3,5	3,7	3
Área geográfica	Urbana	2,6	2,5	2,9	2,3
	Rural	12,2	8,7	8,3	7,4
Nivel de ingresos	Inferior	4,6	3,9	4,2	3,5
	Medio	2,5	3,1	3,5	2,7
	Superior	0,9	0,9	1,5	0,8
Total		4	3,3	3,7	2,9

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una estrategia educativa sustentada en elementos gráficos, orientada a la correcta identificación y administración de medicamentos por parte de usuarios analfabetos de los CESFAM del DSM Temuco; mediante la asignación de iconos a los medicamentos, la educación al usuario y la capacitación del personal sanitario involucrado.

METODOLOGÍA

Definición de los elementos gráficos para la identificación de medicamentos.

Para definir los elementos gráficos que permitirán la identificación de medicamentos se utilizó Microsoft 365 para la web (antes Office); el cual provee elementos creativos llamados iconos para uso no comercial. Específicamente, se utilizó la aplicación PowerPoint.

Correlación de los elementos gráficos a cada medicamento del arsenal farmacológico de la comuna.

Se seleccionó un listado de medicamentos, como se muestra en el Anexo 1, para los cuales se correlacionaron los iconos. Este listado comprende en su mayoría medicamentos crónicos, tanto del arsenal farmacológico de la comuna APS, como también algunos del nivel secundario utilizados con mayor frecuencia por los usuarios.

Estrategia de educación para la identificación de medicamentos a través de los elementos gráficos seleccionados.

Para que el usuario analfabeto pueda identificar sus medicamentos a través de los elementos gráficos definidos, se diseñó una estrategia educativa que consiste en la confección de un horario de administración utilizando el programa Excel; en el cual se enlistan los medicamentos que la persona utiliza. En este horario los medicamentos serán registrados con el icono asignado y además una representación gráfica de la dosis. Posteriormente, se confeccionaron etiquetas adhesivas con cada icono; que serán colocadas tanto en los envases primarios (blister), como en los envases secundarios (cajas o bolsas de envasado) de los medicamentos que utiliza el usuario analfabeto. Para ello se utilizó el software Zebra Designer 3.0 de uso gratuito y es compatible con las impresoras de etiquetas que se encuentran en las farmacias de los centros de salud familiar pertenecientes al DSM Temuco.

Educación al usuario analfabeto en la estrategia educativa definida para la identificación de los medicamentos.

Una vez definida la estrategia educativa, se citará a los usuarios analfabetos a educación farmacéutica;

en la cual se le entregará el horario confeccionado con los iconos y además elementos para la organización de los medicamentos. Al usuario, además se le entregará una tarjeta que indica que los medicamentos deben ser etiquetados con los iconos; la cual debe presentar al momento de retirar los medicamentos en la farmacia de su centro de salud familiar.

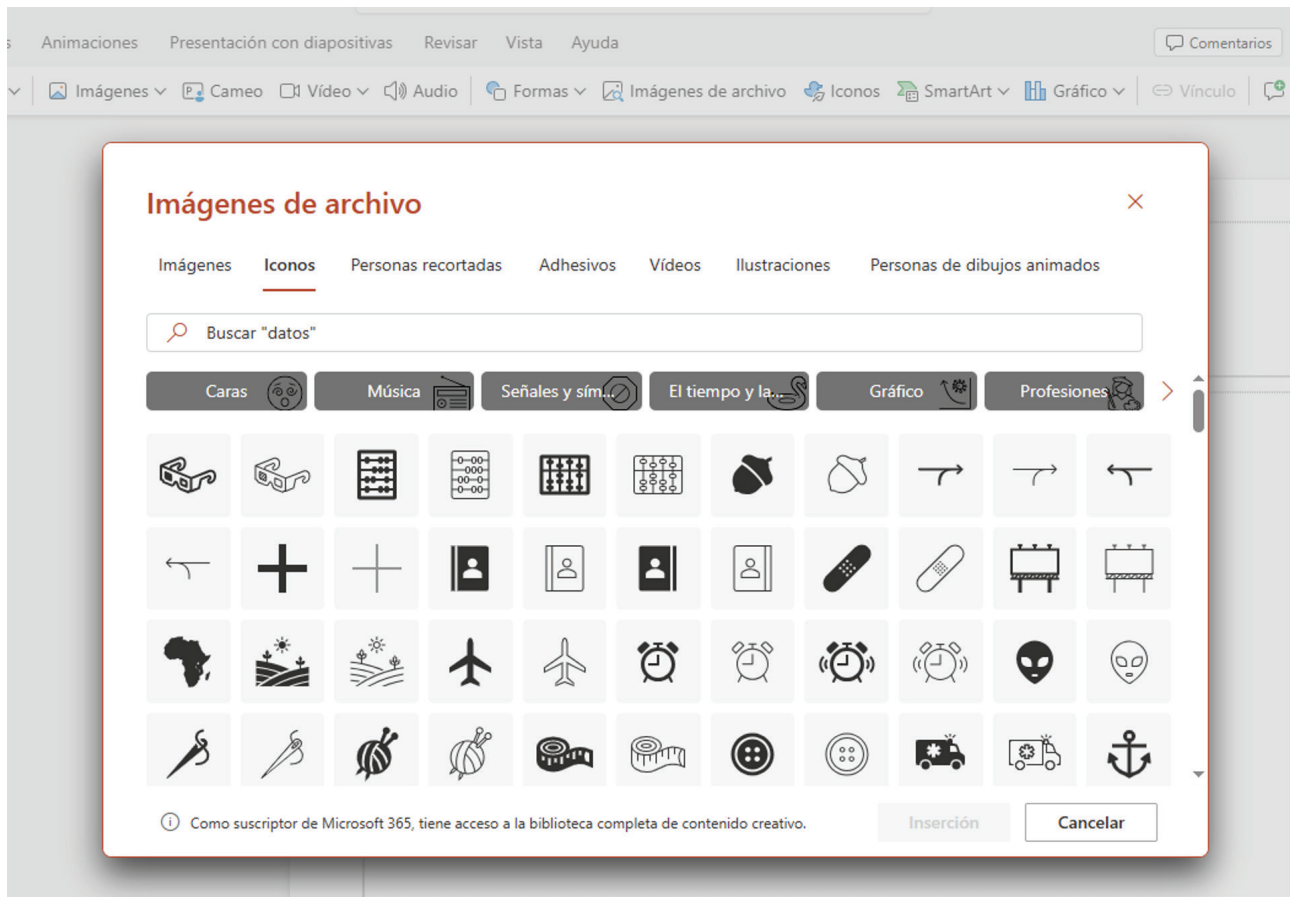
Educación al personal sanitario del centro de salud sobre la estrategia.

Para que esta estrategia educativa sea implementada, es necesario capacitar al personal de farmacia en el etiquetado de los medicamentos con los iconos; al momento en que un usuario analfabeto acuda a retirar medicamentos, presentando su tarjeta.

RESULTADOS

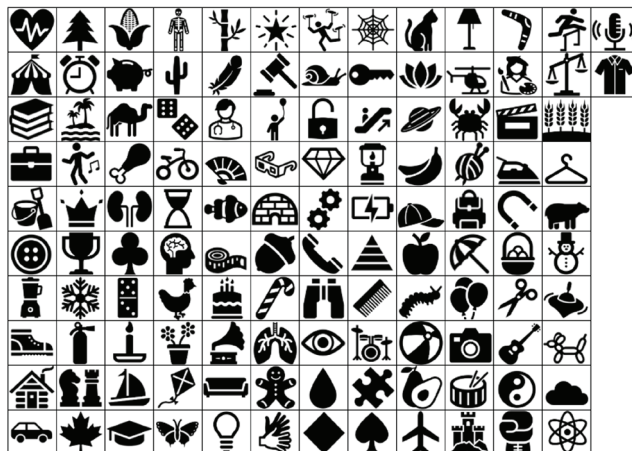
Definición de los elementos gráficos para la identificación de medicamentos.

Se utilizó la sección “Insertar” -> “Iconos” de Microsoft PowerPoint web, para acceder a la biblioteca de elementos (Figura 1). Se seleccionaron aquellos iconos con formas de fácil interpretación y evitando que se repitan los significados. Por ejemplo, en la biblioteca de iconos de Microsoft existen al menos 3 elementos que se pueden interpretar como “Reloj” (Figura 2), de los cuales solo se escogió uno (Figura 3). Esto para evitar que existan confusiones y cada icono se interprete de manera distinta por el usuario.

Figura N°1: Biblioteca elementos, al seleccionar “Insertar”-> “Iconos”.**Figura N°2:** Iconos de Microsoft que se interpretan como “Reloj”.**Figura N°3:** Icono de Microsoft seleccionado.

De esta manera se seleccionaron alrededor de 122 iconos desde Microsoft, para utilizar en la estrategia educativa

Figura N°4: Iconos seleccionados de Microsoft.



MIS MEDICAMENTOS				
MEDICAMENTO	 En la Mañana	 Al Almuerzo	 En la Tarde	 En la Noche
 AMLODIPINO 5 MG	 1 Comprimido			 1 Comprimido
 LOSARTÁN 50 MG	 1 Comprimido			 1 Comprimido
 HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	 1/2 Comprimido			
 ATORVASTATINA 20 MG				 1 Comprimido

Figura N°5: Formato A. Horarios de administración de medicamentos con iconos.

Correlación del símbolo a cada medicamento del arsenal farmacológico de la comuna.

Cada medicamento del listado, tanto del arsenal APS como algunos adicionales, estarán representados por un icono individual (Anexo 2).

Estrategia de educación para la identificación de medicamentos a través de los elementos gráficos seleccionados.

Se confeccionaron distintos formatos de horario, ya que va a depender de cada persona el diseño que facilite su comprensión (Figura 5 y 6). En el diseño de las etiquetas, se consideró un tamaño de 3 x 3 cm aproximadamente; para que puedan ser colocadas tanto en los blister como en las cajas y/o bolsas de envasado de los medicamentos (Figura 7 y 8).

Figura N°6: Formato B. Horario para la administración de medicamentos con iconos.

MIS MEDICAMENTOS	
EN LA MAÑANA 	
 LOSARTÁN 50 MG	 1 Comprimido
 AMLODIPINO 5 MG	 1 Comprimido
 HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	 1/2 Comprimido
EN LA NOCHE 	
 LOSARTÁN 50 MG	 1 Comprimido
 AMLODIPINO 5 MG	 1 Comprimido
 ATORVASTATINA 20 MG	 1 Comprimido

Figura N°7: Confección de etiquetas con iconos en software Zebra Designer 3.0.

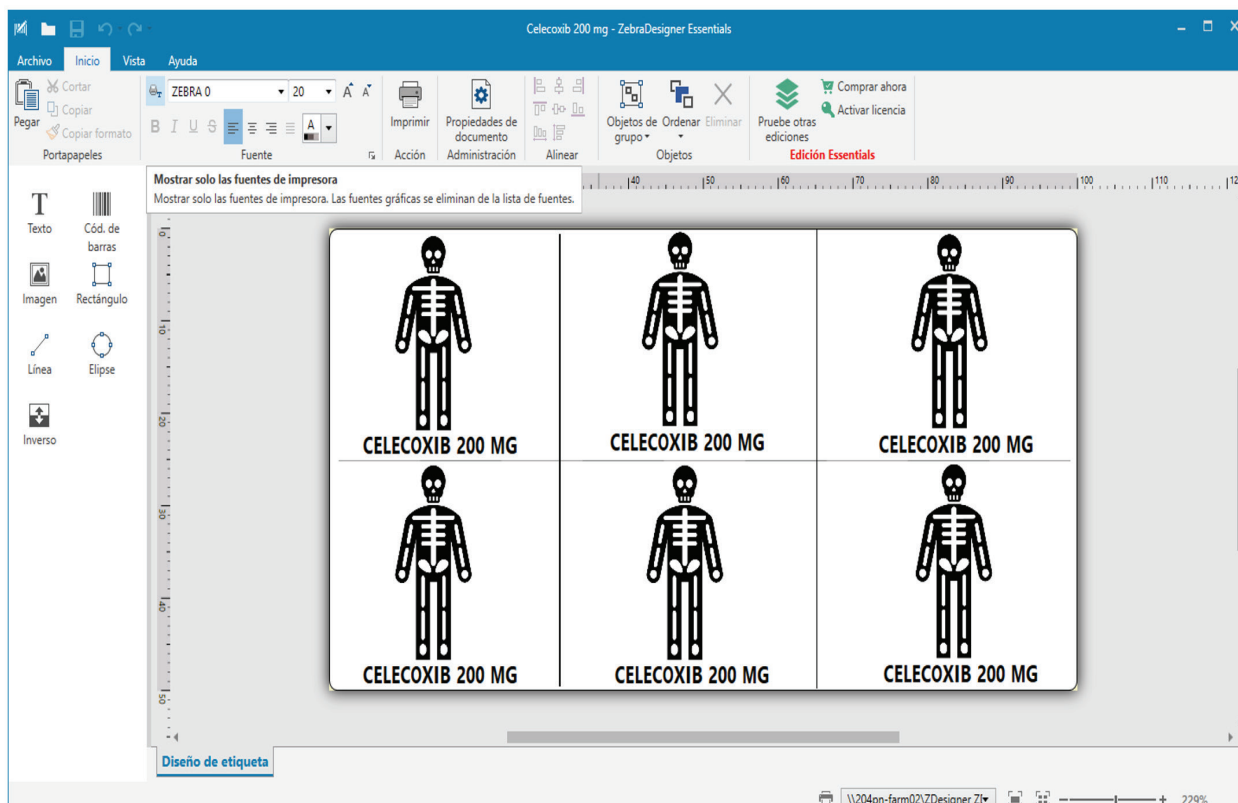
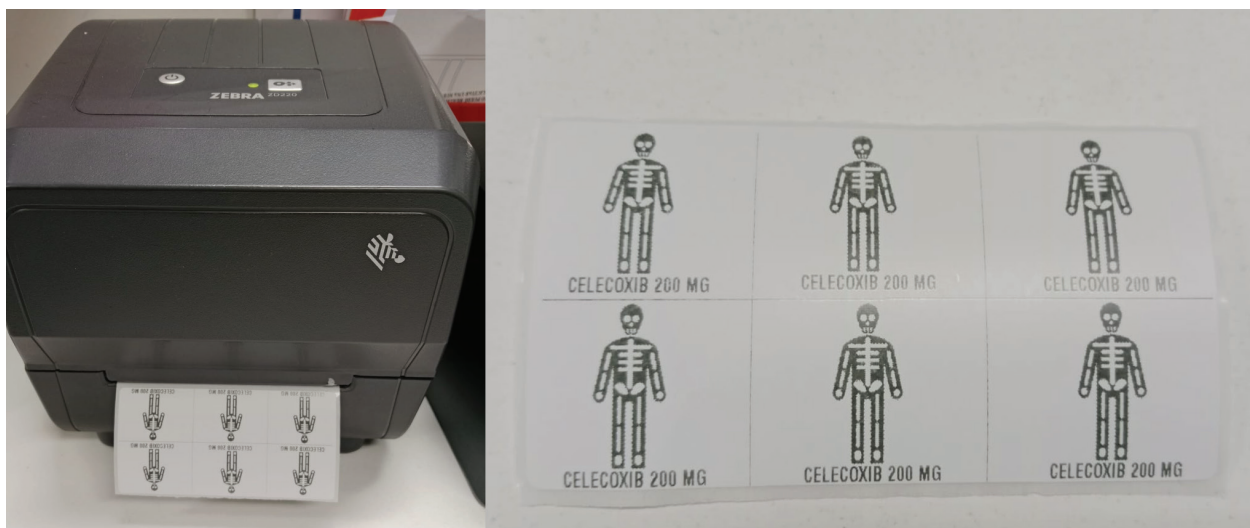


Figura N°8: Impresión de etiquetas con iconos confeccionadas.



Educación al usuario analfabeta en la estrategia educativa definida para la identificación de los medicamentos.

El usuario analfabeto, se citará a educación farmacéutica. En la entrevista de educación se le enseñará a identificar sus medicamentos a

través de los iconos y a administrarlos según el horario confeccionado para sus medicamentos. Se le entregará una tarjeta que indica que sus medicamentos deben ser etiquetados con los iconos (Figura N°9) y se le solicitará que cada vez que retire sus medicamentos en la farmacia de su

CESFAM muestre la tarjeta al personal; sin embargo no es un condicionante, es decir, el usuario lo puede solicitar sin presentar la tarjeta si se le extravía o la olvida.

Educación al personal sanitario del centro de salud sobre la estrategia.

La capacitación del personal de farmacia, consistió en darles a conocer esta estrategia. Se les mostró la tarjeta que algunos usuarios les presentaran al momento de retirar los medicamentos, y que significa que los medicamentos deben ser etiquetados con iconos. Se capacitó al personal de la farmacia en la impresión de las etiquetas y cómo colocarlas en los envases (Figuras 10, 11 y 12).

Figura N°11: Etiquetado de envases primario (blister), que van al interior.



Figura N°9: Tarjeta para el etiquetado de medicamentos con los íconos.

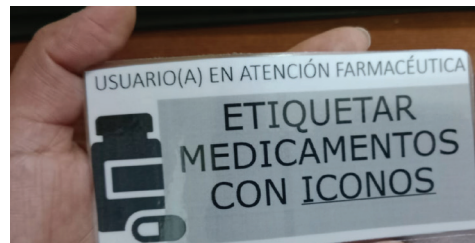


Figura N°10: Etiquetado de envase secundario (bolsa reenvasado) de medicamentos con los iconos.

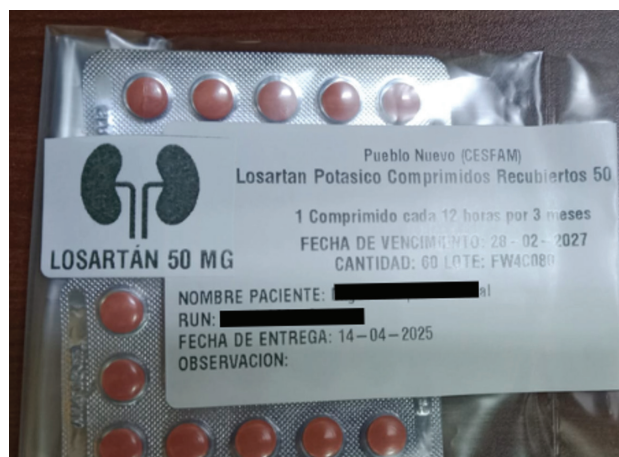


Figura N°12: Medicamentos etiquetados con iconos que recibirá el usuario.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con esta estrategia educativa se espera que las personas analfabetas puedan identificar los medicamentos que se tienen que administrar a través de “iconos”, y no por la forma o color de los comprimidos, ya que esto puede representar una alta probabilidad de errores de administración de fármacos debido a que muchos comprimidos se parecen entre sí.

Con la correcta identificación de los medicamentos por las personas analfabetas es posible lograr una medicación sin daño, al disminuir la probabilidad de los errores de administración de medicamentos. Sin embargo, esta estrategia también apunta a lograr el éxito terapéutico, debido a que los errores de administración también contribuyen a la ineffectividad de los tratamientos farmacológicos. Ya que, como parte esencial de la cadena de tratamiento de la enfermedad, el uso de medicamentos debe ser adecuado para obtener los objetivos terapéuticos deseados en términos de seguridad y efectividad (3).

Si bien esta estrategia educativa se centra en los tratamientos crónicos, también se puede aplicar en tratamientos agudos; para lo cual sería necesario ampliar la asignación de iconos a más medicamentos del arsenal.

El éxito de esta estrategia educativa dependerá en primer lugar del nivel de comprensión que se alcance en los usuarios analfabetos y también del compromiso que adquiera el personal sanitario de las farmacias en los distintos CESFAM del DSM Temuco, para la implementación y continuidad de esta estrategia.

Finalmente, si bien esta estrategia contribuye a la salud de las personas analfabetas, no podemos

detenernos ahí; si no que es necesario abordar las determinantes sociales que contribuyen a la inequidad en salud. La acción intersectorial permite mejorar las condiciones en que las personas se desenvuelven a lo largo de su vida, y por ende puede impactar positivamente en la salud, el bienestar y en la equidad(5). Bajo este contexto, es nuestro deber activar las redes intersectoriales locales para potenciar campañas de alfabetización de la población de la comuna de Temuco.

REFERENCIAS

- 1) ISP.(2016). Boletín Farmacovigilancia N°7. <https://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/07/images/parte04.pdf>
- 2) OMS (2022).Medicación sin daño. <https://www.who.int/es/initiatives/medication-without-harm>
- 3) Ferreira-Alfaya, Francisco Javier, & Zarzuelo-Romero, María José. (2022). Picto-gramas farmacéuticos: ¿una oportunidad para la Alfabetización en Salud?. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 63(3), 274-293. Epub 19 de septiembre de 2022.<https://dx.doi.org/10.30827/ars.v63i3.23979>
- 4) Chile. (n.d.). <https://siteal.iiep.unesco.org/pais/educacion-pdf/chile>
- 5) OMS. (n.d).Determinantes sociales de la salud.<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>



ANEXOS

Anexo 1: Listado de medicamentos de uso crónico del arsenal del DSM Temuco

MEDICAMENTOS	
1	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG
2	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG
3	AMLODIPINO 10 MG
4	AMLODIPINO 5 MG
5	ATENOLOL 50 MG
6	ATORVASTATINA 20 MG
7	CAPTOPRIL 25 MG
8	CARVEDILOL 6,25 MG
9	CARVEDILOL 12,5 MG
10	CARVEDILOL 25 MG
11	ENALAPRIL 10 MG
12	ESPIRONOLACTONA 25 MG
13	ESTRADIOL 1 MG
14	ESTRADIOL GEL
15	FUROSEMIDA 40 MG
16	FENOBARBITAL 100 MG
17	FENOBARBITAL 15 MG
18	FAMOTIDINA 40 MG
19	GLIBENCLAMIDA 5 MG
20	HIDRALAZINA 50 MG
21	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG
22	HIDROCLOLOTIAZIDA 50 MG + TRIAMTERONO 25 MG
23	HALOPERIDOL 1 MG
24	HALOPERIDOL 5 MG
25	LOSARTAN 50 MG
26	METFORMINA 850 MG
27	METFORMINA 1000 MG
28	GEMFIBROZILO 600 MG
29	NIFEDIPINO 20 MG
30	DIGOXINA 0,25 MG
31	CELECOXIB 200 MG
32	TRAMADOL 50 MG
33	TRAMADOL 100 MG/ML GOTAS
34	INSULINA CRISTALINA
35	INSULINA LENTA NPH
36	SERTRALINA 50 MG
37	SERTRALINA 100 MG
38	QUETIAPINA 25 MG
39	QUETIAPINA 100 MG
40	FLUOXETINA 20 MG
41	PAROXETINA 20 MG
42	CLONAZEPAN 0.5 MG
43	CLONAZEPAM 2 MG
44	ALPRAZOLAM 0.5 MG
45	AMITRIPTILINA 25 MG
46	RISPERIDONA 1 MG
47	RISPERIDONA 3 MG
48	LEVOTIROXINA 100 MCG
49	LEVOTIROXINA 50 MCG
50	BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG/DOSIS
51	BUDESONIDA 200 MCG/DOSIS
52	DESLOTRADINA 5 MG
53	FLUTICASONA 125 MCG/DOSIS
54	FLUTICASONA/SALMETEROL 125/25
55	FLUTICASONA /SALMETEROL 250/25
56	PREDNISONA 20 MG
57	PREDNISONA 5 MG
58	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS
59	SALMETEROL 25 MCG/DOSIS
60	LEVODOPA 200MG + BENSERAZIDA 50MG
61	LEVODOPA 250 MG+ CARBIDOPA 25 MG
62	PRAMIPEXOL 1 MG.



63	PRAMIPREXOL 0.25 MG	95	DABIGATRAN 150 MG
64	TRIHEXIFENIDILO 2 MG	96	PREGABALINA 75 MG
65	TIMOLOL GOTAS OFTÁLMICAS	97	TAMSULOSINA 0.4 MG
66	BETAXOLOL 0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	98	IBUPROFENO 400 MG
67	DORZOLAMIDA + TIMOLOL GOTAS OFTÁLMICAS	99	VALSARTAN 160 MG
68	LATANOPROST GOTAS OFTÁLMICAS	100	ISOSORBIDE 10 MG
69	PARACETAMOL 500MG	101	TIAMAZOL 5 MG
70	CARBAMAZEPINA 200 MG	102	DONEPEZILO 10 MG
71	CARBAMAZEPINA 400 MG LIBERACIÓN PROLONGADA	103	COLCHICINA 0,5 MG
72	ACIDO VALPROICO 200 MG COMPRIMIDOS	104	DISULFIRAM 500 MG
73	ACIDO VALPROICO 500 MG LIBERACION PROLONGADA	105	ESCITALOPRAM 10 MG
74	ACIDO VALPROICO JARABE	106	IMIPRAMINA 25 MG
75	ALOPURINOL 100 MG	107	LAGRIMAS ARTIFICIALES
76	ALOPURINOL 300 MG	108	LAMOTRIGINA 100 MG
77	ARIPRIPAZOL 10 MG	109	LAMOTRIGINA 50 MG
78	FENITOÍNA 100 MG COMPRIMIDOS	110	LEVETIRACETAM 500 MG
79	SULFATO FERROSO CAPSULAS	111	LEVETIRACETAM 1000 MG
80	SULFATO FERROSO GOTAS	112	LEVETIRACETAM 100 MG/ ML JARABE
81	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDOS	113	LEVOCETIRIZINA 5 MG
82	CLORFENAMINA 4 MG COMPRIMIDOS	114	METILDOPA 250 MG
83	ZOPICLONA 7.5 MG COMPRIMIDOS	115	PRIMIDONA 250 MG
84	METOTREXATO 2, 5 mg	116	PROGESTERONA 100 MG
85	ACIDO FOLICO 5 MG	117	PROPANOLOL 40 MG
86	ACIDO FOLICO 1 MG	118	TERBINAFINA 250 MG
87	ACIDO VALPROICO GOTAS	119	TIBOLONA 2,5 MG
88	OMEPRAZOL 20 MG	120	TRAZODONA 100 MG
89	CALCIO + VIT D	121	VENLAFAXINA 75 MG LIBERACIÓN PROLONGADA
90	LACTULOSA	122	VILDAGLIPTINA 50 MG
91	DICLOFENACO 50 MG		
92	PREDNISONA 20 MG JARABE		
93	CLOPIDOGREL 75 MG		
94	BISOPROLOL 5 MG		



ÉTICA COMO HERRAMIENTA PARA TRABAJO EN EQUIPO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UPC.

Autor: Gonzalo A. Hormazábal Rioseco MSc.

Clínica Ensenada - Santiago

Docente de Ética Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Miembro Comité de Ética Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

LAS UNIDADES DE INTRODUCCIÓN.

Las Unidades de Paciente Crítico (UPC) brindan atención a los pacientes gravemente enfermos. Generalmente en estas unidades los equipos están compuestos por médicos especialistas e interconsultores, farmacéuticos clínicos, kinesiólogos, nutricionistas, enfermeras, técnicos paramédicos, fonoaudiólogos, profesionales

en formación, entre otros. Si bien las personas que trabajan en estas unidades se desarrollan profesionalmente en equipos de trabajo, esta manera de concebir el trabajo diario aún no es del todo comprendida e incorporada (1).

Si recordamos brevemente la historia de estas unidades, podríamos decir que en la década de 1850, durante las guerras de Crimea, la enfermera

británica Florence Nightingale, con la organización clínica que propone, da el primer paso hacia la medicina intensiva moderna, al solicitar que los pacientes más graves fueran ubicados cerca de la estación de enfermeras para favorecer un mejor control clínico de ellos, configurándose la esencia de los cuidados intensivos: atender a los pacientes más enfermos en un lugar separado y específico (2).

Luego, para mediados de 1920, el neurocirujano Walter Dandy crea una unidad especializada para otorgar vigilancia de enfermería a pacientes postoperados. Durante la 2ª Guerra Mundial se crean unidades de shock especiales para reanimar a pacientes gravemente heridos. En 1942, en Boston, el Hospital General de Massachusetts crea la primera unidad de quemados a causa de una tragedia en el club nocturno Cocoanut Grove. Con el tiempo, en los Estados Unidos se fueron creando grandes salas de recuperación para pacientes sometidos a cirugías complejas; con el pasar de los años, esta decisión de crear salas de atención especial llevó a que la supervivencia se duplicara (2).

Posteriormente, la epidemia de poliomielitis en la década de 1950 en Dinamarca fue un evento que sentó las bases para la creación de la ventilación mecánica a presión positiva por parte del Dr. Bjorn Ibsen y el inicio de la unidad de cuidados intensivos. Pero no fue hasta la década de 1970 que estas salas se volvieron habituales en los hospitales estadounidenses (2).

Como podemos ver, estas unidades se fueron forjando y desarrollando bajo condiciones que les son propias, donde el desempeño laboral de los equipos de UPC ocurre en condiciones físicas, intelectuales y emocionalmente desafiantes. Estos elementos ambientales forman parte del carácter o ethos organizacional, determinando la construcción

y desarrollo de equipos clínicos que hasta el día de hoy siguen siendo de gran complejidad (3).

Si bien el despliegue de las competencias de los equipos de UPC permite la sobrevivencia de personas en riesgo vital, también puede tener lugar la ocurrencia de daños potencialmente irreversibles que pueden impactar en la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes y sus familias. Según McPeake et al. (4), el 33% de los pacientes egresados vivos de una UCI logran reincorporarse a la vida laboral a los tres meses y solo el 56% lo logra hacer después de un año. Este hecho nos insta a poner en clave de valor nuestro trabajo e incorporar conceptos tales como calidad de vida futura y calidad de vida mínima aceptable, reflexionando respecto al real significado del concepto salud y bienestar, reconociendo en cada paciente una narrativa de vida particular, su contexto y condiciones de posibilidad que son únicas.

El desempeño del equipo dependerá en gran medida de las características de la problemática a abordar; la cooperación, coordinación, entrenamiento, comunicación y conocimiento entre los miembros del equipo son fundamentales. En este sentido, una comunicación inadecuada, entendida como ejemplo de mala colaboración entre los profesionales, es la principal causa de daño involuntario en todos los entornos de atención médica (3). Por lo tanto, la necesidad en el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal al interior de los equipos clínicos que favorezcan espacios de diálogo y deliberación participativa entre los profesionales de la salud con sus pacientes y las familias son gravitantes a la hora de definir los criterios (valores) que determinarán los fines de los cuidados y tratamientos ofrecidos.

PERSONAS, MOTIVACIONES Y VALORES.

Los seres humanos actuamos en virtud de aquello que consideramos valioso y significativo, porque más allá de lo que decimos (predicado), en las acciones realizadas expresamos valores; en ese ejercicio de vivir en virtud de lo que se valora, encontramos un elemento intrínseco, propio de la condición humana: somos seres que vivimos en proyección, tenemos expectativas respecto a nuestra existencia en relación con otros. Esta forma de concebir el vivir se expresa en nuestro ámbito personal y también formando parte de un colectivo o equipo de trabajo con el que compartimos ciertos valores y por tanto, que puede poner en movimiento nuestra voluntad individual y del grupo en su conjunto.

Habitualmente, aprendemos a valorar ciertas cuestiones, costumbres y formas de ser, desde el seno familiar donde iniciamos el camino de nuestra construcción valórica y moral (moral heterónoma), para luego, en la medida que nuestra autonomía moral se desarrolla, nos vamos vinculando con quienes compartimos elementos en común, por ejemplo: interés intelectual, pasatiempos, apreciación de la estética, vocación y/o profesión; viviendo en clave de proyecto vital en espacios comunes con otros. Este fenómeno reverberante de actuar y valorar lo realizado, permite ir desarrollando un constructo dinámico y permanente, tanto en el ámbito personal, profesional, institucional e incluso como sociedad, en el ámbito cívico.

CONSTRUCCIÓN DE VIRTUD Y SENTIDO

Las personas no estamos predeterminadas a actuar de manera recta o uniforme, para conseguir ese ideal se requiere el desarrollo y ejercicios de ciertas virtudes que se van instalando en la conducta humana. Es decir, para actuar virtuosamente

debo ejercitarme en ella, tal como un músico o un deportista se ejercita a diario para llevar adelante un mejor desempeño de su disciplina. Si por ejemplo, en determinado momento, es necesario desarrollar virtudes como la empatía y la prudencia, es necesario trabajar escenarios que exijan un actuar empático y prudente. No obstante, esto no es para nada fácil u obvio.

Un ingrediente fundamental es el sentido o significado que damos a nuestras acciones individuales y colectivas. Victor Frankl, (5) plantea que el proceso de búsqueda de sentido es una especie de “percepción de la forma”. El sentido no se puede transmitir como tampoco se puede tomar de las manos de la tradición. Es algo único e irrepetible, más bien, nace de la voluntad de sentido, que significa que una persona que se proyecta hacia un sentido es porque ha adoptado un compromiso con él, y quien lo percibe desde una posición de responsabilidad tendrá mayores probabilidades de éxito frente a situaciones límite. Naturalmente que esto no es una condición suficiente, pero sí necesaria.

Si lo llevamos a la realidad de una UPC, muchas veces los conflictos entre equipos profesionales y familia, se refieren a la poca capacidad de las partes para conversar y alinear expectativas respecto a las estrategias terapéuticas a seguir, considerando los elementos que, en primer lugar, sintonizan con las preferencias que el paciente habría querido para sí (mejor interés). Pues bien, si no son conocidas, es necesario explorarlas porque, en último término, es lo que “dota de sentido” todos los esfuerzos realizados así como también, ayuda a aceptar la enfermedad y la muerte por parte de todos los involucrados.

CONTEXTO Y FUNDAMENTO ÉTICO DEL TRABAJO EN EQUIPO.

La ética y la política constituyen saberes prácticos (Aristóteles 384-322 ac), por lo tanto, su objeto de estudio es la acción humana y cómo ésta se orienta en su medio más próximo, la sociedad. (6) Pero también, la ética implica pensar juntos para actuar concertadamente y en determinados momentos. Incluso, cuestionar lo que hacemos. Ya que, muchas veces, debemos dejar de hacer cosas que hacemos desde hace un tiempo.

Desde la epistemología, se concibe la palabra paradigma como el conjunto de creencias, pensamientos y técnicas que comparte una colectividad dada y que permite la prosecución de un conjunto de posibilidades de acción. (6).

Hablamos de paradigma entonces, porque “el hacer”, obedece a los elementos que se valoran a través del tiempo, construyendo unas determinadas costumbres y formas de actuar de manera individual y colectiva. Esto nos muestra que la experiencia de

vivir, enfermar y morir, las maneras en que asumimos los procesos de salud y/o enfermedad en relación con sus determinantes sociales; cómo entendemos el cuerpo, el dolor y el sufrimiento forman parte de los elementos que enfrentan cambios en sintonía con pluralismo sociocultural imperante.

Para David Hume (1711-1776) el hábito tiene un carácter frecuencialista y por tanto, se arraiga como un sistema de creencias por medio de la repetición (7). Sin embargo, en una sociedad vertiginosamente cambiante, pluralmente moral, la cuestión va más allá de ciertas tradiciones o hábitos, por lo que necesitamos más ética que mera moral (8); la moral es vivida y la ética es pensada, la moral pregunta ¿qué debo hacer? y la respuesta es una acción o una omisión, la ética pregunta ¿por qué debo hacerlo? y la respuesta es un argumento. La ética por tanto, es una reflexión crítica y racional que intenta dar respuesta al fundamento, el por qué de la acción.

En el trabajo en equipo, subyace la idea de que mediante un esfuerzo conjunto, coordinado e



interdependiente, sus miembros aspiran al logro de un objetivo común que lleva implícito un valor, por ejemplo, en los equipos clínicos de UPC: recuperar la salud de un enfermo crítico. En este esfuerzo coordinado, cada integrante del equipo trabaja bajo la tutela de algún tipo de autoridad, pero también mantiene la independencia en el ejercicio profesional. Por lo tanto, los miembros o integrantes están regidos por un marco normativo que busca favorecer la integración e interacción de sus miembros (9).

Hoy por hoy, el paciente o quien le subroga quieren participar en la toma de decisiones y por tanto, solicitan una mirada más integral desde una historia narrativa de vida (ser biográfico) y no sólo desde una historia de síntomas y enfermedades, lo que exige a los equipos la jerarquización de saberes y haceres para una mejor toma de decisiones en la UPC, para sintonizar con el “mejor interés” del paciente y familia, incorporando esta mirada integral y multidimensional de lo que Edmund Pellegrino denominó la “persona del enfermo” (10).

La invitación y a su vez, gran desafío a los equipos de salud, considera al menos dos elementos fundamentales: una praxis fundamentada en el paradigma positivista, caracterizado por la realización de actividades procedimentales, la ejecución de técnicas específicas orientadas a la recuperación de la función de órganos y en segundo lugar, el reconocimiento a un otro (paciente y familia) que al igual que yo, toma en cuenta sus necesidades personales, sus valores, expectativas y sentimientos dentro de un marco de creencias participando en la construcción de su propio cuidado y bienestar en virtud de aquello que lo define y valora (11).

Estamos en presencia de un fenómeno complejo, para asumir el todo, no basta la suma de las partes.

Atender a esta cuestión es necesaria, porque a la hora de las definiciones su comprensión ayuda a dotar de sentido el quehacer diario a nivel personal, profesional e institucional evitando el sin sentido o el trabajo nihilista de profesionales e instituciones.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

1.- Los objetivos de los equipos de la UCI son múltiples. La mayoría de los reportes nos muestran resultados relacionados con las tasas de mortalidad siendo “la unidad de medida” más común del desempeño del equipo de la UCI. Sin embargo, la pandemia por SARS-CoV-2 (17, 18) nos ayudó a visualizar que no necesariamente es el mejor indicador de éxito, más bien suele ser un tanto reduccionista del que hacer en las UPC del siglo XXI.

Parece necesario entonces, hacer pedagogía al interior de los equipos y poner en práctica el análisis de los enfermos considerando la eventual futilidad de las medidas terapéuticas instaladas, cuando un paciente recibe un tratamiento que no tiene efecto beneficioso en términos de calidad de vida o duración de esta (19, 20).

Lograr objetivos de atención realistas que consideren el mejor interés de la persona enferma, el uso eficiente de los recursos de atención médica, atendiendo también a las necesidades de los miembros de la familia se configuran como un gran desafío a lograr.

2.- En relación a los procesos clínicos el traspaso de información formal e informal, son parte fundamental que tributa al adecuado funcionamiento de la UPC, más aún considerando la variabilidad de personas que

realizan turnos. Los protocolos de traspaso de turno pueden mejorar la eficiencia y la eficacia de la comunicación interpersonal durante los cambios de turno, mitigando errores de información, mejorando la continuidad de los planes, reduciendo la incertidumbre sobre los objetivos de atención del paciente.

3.- La mirada atenta al personal que trabaja en UPC es fundamental, porque como hemos comentado el trabajo se desarrolla en ambientes estresantes, tanto física, intelectual y emocionalmente. El éxito de las estrategias terapéuticas a menudo suele generar motivación y alegría en todos quienes se ven involucrados, del mismo modo, el proceso de morir o el sufrimiento permanente de los pacientes calan hondo en la capacidad de compasión de los funcionarios, favoreciendo la aparición de angustia moral, alteraciones en la salud mental y de la espiritualidad de las personas que trabajan, por lo que es necesario diseñar estrategias de abordaje y/o mitigación.

Es recomendable que quienes ejerzan el liderazgo del equipo tengan la capacidad de equilibrar la autoridad con la inclusión, al mismo tiempo que establece objetivos compartidos y fomenta el sentido de responsabilidad por la atención del paciente.

Para facilitar el aprendizaje en equipo y fomentar una sensación de seguridad psicológica, es recomendable que los líderes de los equipos de UPC hablen abiertamente sobre los errores y las dificultades encontradas en el ejercicio diario, para crear una cultura en la que no haya temor a las represalias por una comunicación clara y sincera sobre los problemas presentes y potenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jennifer N. Erwin. Teamwork in the intensive Care Units. *Am Psychol*.2018 ;73(4): 468-477.
- 2.- Ely W. Cada respiración profunda, la experiencia de un intensivista sobre curar y sanar. Editorial Médica AWE. Madrid 2023.
- 3.-McPeake J. After Critical Illness, Many Patients who were previously employed do not return to work. *Annals ATS*.201903 - 2480C.
- 4.- Louise Rose. Interprofessional Collaboration in the ICU: How to define?. *Nurs Crit Care* 2011 Jan - Feb; 16(1):5-10.
- 5.- Frankl V. En el principio era el sentido , Reflexiones en torno al ser humano. Paidós 2000.
- 6.- La ética y el mundo de los valores: Ética y responsabilidad social http://repositorio.umayor.cl/xmlui/bitstream/handle/sibum/5428/DOC_FEI_NFG_GE_00001.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 7.- Senior J. La Filosofía Biopsicologista De David Hume .Universidad del Atlántico, Revista Amauta, Barranquilla (Col.) No. 15, Ene-Jun 2010
- 8.-Román B. Primer taller del II Ciclo de diálogos éticas aplicadas a empresas y organizaciones. Fundació factor humà.2015.
- 9.-Schein E. Psicología de la Organización. Ciudad de México: Editorial Prentice-Hall; 1982.
- 10.- Torralba F. Filosofía de la medicina en torno a la obra de E.D Pellegrino. Instituto Borja de Bioética. Editorial MAPFRE 2001.
- 11.-Badillo J. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cultura de los cuidados* 2013; 17(36): 11-18).
- 12.- Cortina A.: Ética de máximos , ética de mínimos 2000.
- 13.- Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation* 2010; 24: 745-755
- 14.- Norrefalk JR. How do we define multidisciplinary rehabilitation? *J Rehabil Med* 2003; 35: 100-102.
- 15.- Halper AS. Teams and teamwork. *Health care settings*. ASHA 1993; 35: 34, 48.
- 16.- Kokemuller N. What Is the Difference Between a Transdisciplinary Team & a Multidisciplinary Team?. Updated December 07, 2021.
- 17.- Ariko K. Quality of life in elderly ICU survivors before the COVID - 19 pandemic: A Systematic review and meta - análisis of Cohort Studies. *BMJ open* 2021; 11: e04

Resumen de la Conferencia presentada en IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente Chile Junio 2025

EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS: SITUACIÓN ACTUAL Y NUEVOS DESARROLLOS

Autor: José Joaquín Mira

Profesor de la Universidad Miguel Hernández de Elche, España

Psicólogo clínico, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Director del Grupo ATENEA de investigación, FISABIO, España

MARCO

Las segundas víctimas son trabajadores del sector salud que, tras verse implicados directa o indirectamente en un evento inesperado, error asistencial no intencionado u otras situaciones que generan daño al paciente (primera víctima), se ven también negativamente afectados, incidiendo este impacto en su práctica profesional, lo que puede suponer una pérdida en la calidad de la atención que reciben los pacientes. Esta experiencia conlleva dudas sobre la propia capacidad profesional y puede implicar desde angustia, culpa y ansiedad aguda, hasta estrés postraumático. En países como España, Alemania o Bélgica, entre el 60% y el 80% del personal sanitario ha vivido esta experiencia en los últimos cinco años. Esta situación no solo afecta a nivel individual, sino que puede minar la confianza en el equipo, deteriorar el clima organizacional y propiciar prácticas defensivas.

Este fenómeno de las segundas víctimas pone en evidencia una realidad compleja y hasta hace poco invisibilizada: quienes trabajan en el cuidado de los demás también necesitan cuidado. Incertidumbre, complejidad creciente, presión asistencial y, por

ejemplo, fatiga, inherentes a la actividad en los centros sanitarios, son factores tradicionalmente asociados a la ocurrencia de incidentes que llegan a producir daño al paciente y que, por la misma razón, contribuyen a que el fenómeno de la segunda víctima esté tan extendido.

Puede parecer que este fenómeno es nuevo, pero lo que sucede es que ahora somos más conscientes del impacto que tienen en los pacientes y en la capacidad laboral de los trabajadores, las situaciones altamente estresantes que se viven en los centros en el día a día. Ejemplos de estas situaciones altamente estresantes y que alcanzan al paciente son eventos potencialmente mortales, pinchazos con agujas, muertes dramáticas, situaciones violentas y amenazantes, evolución tórpida del paciente, reanimaciones fallidas, quejas, enfrentarse a tendencias suicidas, y, no debemos olvidar, los errores que causan daño a los pacientes. Todos estos eventos pueden dejar secuelas psicológicas en quienes los experimentan. En muchos casos, el impacto se prolonga en el tiempo y puede verse agravado por la falta de apoyo institucional, la estigmatización o el miedo a represalias.



RED EUROPEA ERNST

El fenómeno de las segundas víctimas ha sido abordado de manera sistemática por la red europea ERNST (European Researchers' Network Working on Second Victims), financiada por COST (Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología) y compuesta por expertos de más de 35 países. Esta red ha consensuado una definición común del fenómeno, ha revisado y clasificado las intervenciones existentes, y ha promovido modelos para el diseño, implementación y certificación de programas de soporte a segundas víctimas. Además, ha puesto en marcha campañas de sensibilización y capacitación para facilitar una respuesta estructurada por parte de los sistemas sanitarios.

RETOS

El enfoque actual en el que trabajamos reconoce la falibilidad humana como uno de los factores a la base de incidentes de seguridad y el origen

sistémico de una gran parte de estos incidentes. Entiende, por tanto, que la incompetencia individual no es el principal factor causal, sino que la sobrecarga, la fatiga, la complejidad asistencial, la incertidumbre, carencias en suministros y equipos o los fallos en la comunicación, juegan un importante rol. Sin embargo, la cultura imperante en muchas instituciones sigue siendo reactiva o centrada en la culpabilización, lo que obstaculiza el aprendizaje a partir de los incidentes y el reconocimiento de la experiencia de las segundas víctimas. Esta falta de reconocimiento institucional amplifica el daño emocional en los trabajadores. Cuando no existen programas de soporte a las segundas víctimas, como se refleja en la figura 1, es común observar prácticas defensivas, rotaciones, bajas laborales prolongadas y se llega al abandono de la profesión.

Figura 1. Ciclo vicioso de pérdida de la calidad y bienestar laboral

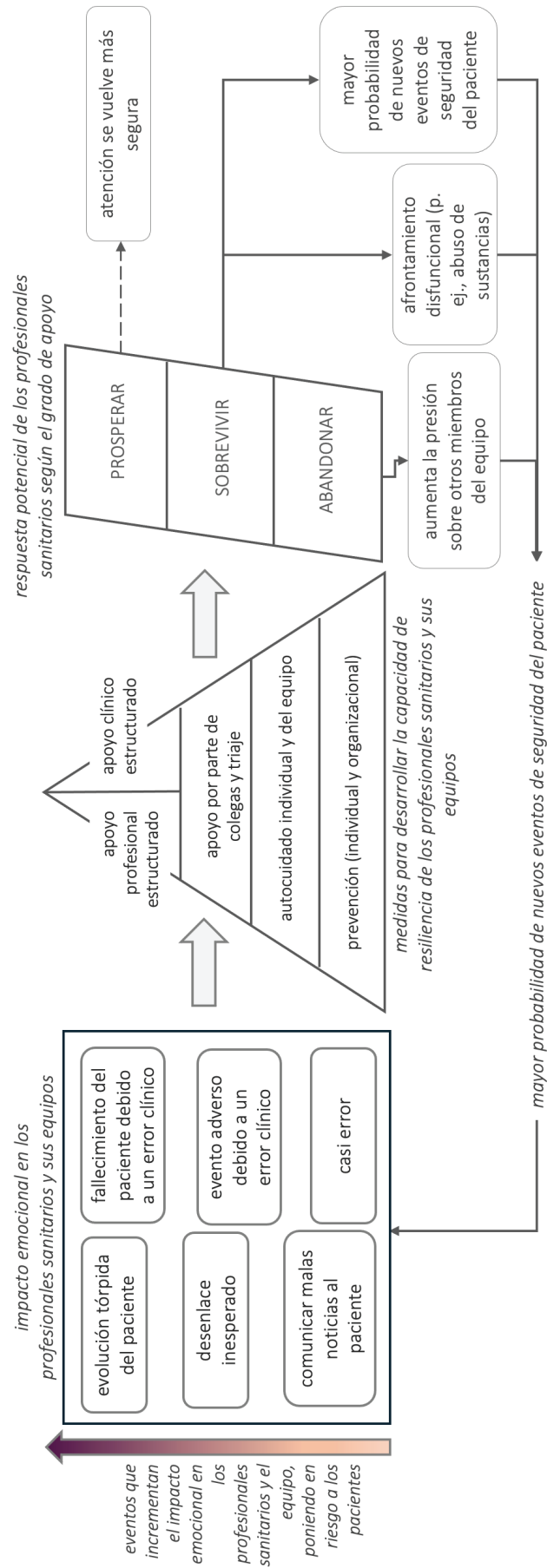


Figura 1. Ciclo vicioso de pérdida de Calidad y bienestar. Desarrollado por ERNST, adaptación de Schwappach & Boluarte, 2009; Schiess et al, 2021; and Seys et al, 2023



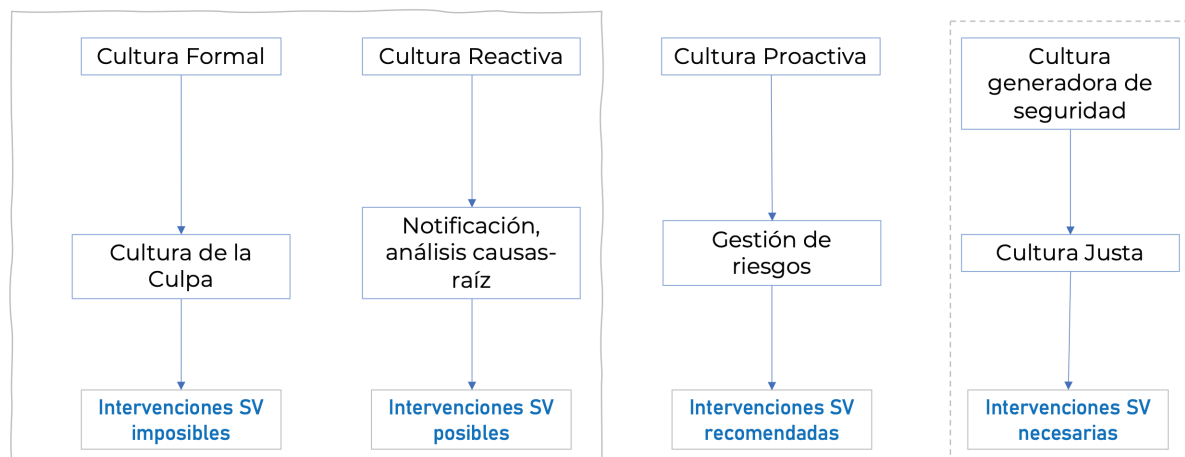
Cuando analizamos qué hemos hecho hasta ahora en relación a la comprensión del fenómeno de las segundas víctimas, aparecen, en mi opinión, cuatro desafíos relevantes para nuestras organizaciones que requieren de un mayor compromiso de los diferentes agentes, particularmente de las autoridades y responsables sanitarios.

Primero, es imprescindible dejar atrás la cultura de la culpa y avanzar hacia una cultura generadora de seguridad que va más allá de una cultura proactiva de seguridad. Esta cultura promueve la transparencia, la equidad, el análisis constructivo de incidentes y el apoyo emocional a quienes se ven afectados. La figura 2 refleja este tránsito y el rol que las intervenciones de soporte a segundas víctimas tienen en cada tipo de cultura organizacional. Este cambio debería ir de la mano de la incorporación de los principios de Cultura Justa en nuestras organizaciones.

Una Cultura Justa es un entorno en el que las personas se sienten seguras para reconocer errores sin miedo a castigos injustos. Distingue entre errores humanos, conductas de riesgo y actos negligentes, promoviendo el aprendizaje y la mejora en lugar de la culpa. Su objetivo es mejorar la seguridad y la confianza dentro de una organización. Nos invita a

incorporar el concepto de error honesto como error no intencional que ocurre a pesar de la buena fe y el esfuerzo del profesional por actuar de manera correcta. Puede deberse a limitaciones humanas, fallo de sistema, factores organizacionales, equipamientos inapropiados o insuficientes y, en general, condiciones que escapan al control del trabajador. Por otro lado, se entiende por Conducta imprudente/temeraria: Comportamiento intencional en el que el profesional conscientemente ignora reglas, protocolos o procedimientos establecidos, asumiendo riesgos claros y conocidos; y por Conducta de riesgo: el comportamiento y toma de decisiones que incrementan innecesariamente el riesgo para el paciente, aunque generalmente lo hace sin plena conciencia del peligro o de las posibles consecuencias. Esta distinción, evita que los errores involuntarios sean tratados de forma punitiva y facilita la aplicación de programas de apoyo y mejora continua. El uso de pruebas como el “test de sustitución” (si otro profesional competente hubiera actuado igual) o el “test de intención” (si hubo voluntad de infringir normas conocidas) contribuye a tomar decisiones más justas tras un evento adverso. Esta diferenciación resulta esencial para generar confianza y favorecer la notificación de incidentes sin temor.

Figura 2. Tránsito hacia una cultura generadora de seguridad y espacio para intervenciones de apoyo a las segundas víctimas según la cultura organizacional en seguridad del paciente



(Adaptado de Mira JJ, Gecková A, Knezevic B, Sousa P, Strametz R. Psychological Safety in Healthcare Settings. Int J Public Health. 2024; 69: 1608073)

Segundo, no podemos dejar atrás a las segundas víctimas y hemos de entender que el soporte a los profesionales tras, por ejemplo, un error honesto, es una forma de hacer seguridad para los pacientes.

En la Red ERNST hemos estado trabajando sobre estos aspectos y hemos desarrollado un conjunto de estándares de buena práctica para estas intervenciones de apoyo a segundas víctimas que ahora estamos compartiendo y que recogen enseñanzas de experiencias líderes en distintos países (USA, Bélgica, Alemania, Austria, España, Dinamarca o Italia tienen buenas experiencias que ahora, junto a la evidencia científica, aprovechamos para reforzar juntos estos programas de soporte.

Nuestro sistema RESCUE está disponible en <https://cost-rescue.eu> y responde a dos cuestiones básicas que normalmente recibimos, primero cómo empezar, segundo cómo entrenar a los pares.

El coste de estos programas de soporte a segundas víctimas hemos comprobado que se sustenta con el ahorro de coste que implica su incorporación.

Así, por ejemplo, en el caso de Alemania hemos establecido que para un hospital de unas 500 camas el coste directo anual (pérdida horas de trabajo) por profesional de enfermería segunda víctima es de unos 14.000 euros, y que con las intervenciones de soporte se reduce en un 50% este coste.

No obstante, hemos de reconocer la existencia de barreras legales y culturales, especialmente en aquellos sistemas donde la vía penal o disciplinaria predomina sobre enfoques restaurativos. Por ello, planteamos la necesidad de un marco regulador que proteja tanto a quienes notifican incidentes como a quienes participan en programas de apoyo emocional, garantizando que los errores honestos no desencadenen consecuencias punitivas.

Por último, no debemos olvidar nuestro compromiso ético para con el paciente (o su familia según los casos) lo que implica transparencia en la información tras ocurrir un evento adverso, lo que supone disponer de protocolo de información, de personal entrenado y de un compromiso claro de abordar las necesidades del paciente y su familia.

En el curso gratuito de ERNST muchos de estos puntos pueden ampliarse (figura 3)

Figura 3. Página web de acceso al curso ERNST



Tercero, asegurar la resiliencia de la fuerza de trabajo es un objetivo irrenunciable. Iniciativas como el modelo GRACE o el enfoque PERMA+4, junto con herramientas como la Resilience Analysis Grid, permiten fortalecer la resiliencia de los profesionales, los equipos y las organizaciones. Estos modelos no solo atienden al profesional tras el evento, sino que también previenen mediante la creación de entornos laborales que favorecen el bienestar y la capacidad de recuperación.

El fortalecimiento de la resiliencia colectiva se basa en prácticas como la escucha activa entre compañeros, la toma de decisiones compartida, el reconocimiento del esfuerzo, la retroalimentación constructiva y el cuidado emocional mutuo. Estas estrategias favorecen un clima laboral saludable y previenen la cronificación del malestar. De igual manera, se ha observado que los entornos en los que se promueve la seguridad psicológica permiten a los equipos afrontar mejor los retos y mejorar los resultados asistenciales.

Nuestro programa de formación (acceso libre y gratuito) para mandos intermedios de las organizaciones sanitarias se basa en modelos básicos para entender el rol de la resiliencia ante situaciones altamente estresantes y cómo trabajar a nivel de los equipos para lograr mayor capacidad de reacción ante situaciones adversas. Los componentes de la resiliencia que hemos aislado (figura 4) nos invitan a desplegar mecanismos de apoyo y entrenamiento para que los equipos sean más capaces ante las situaciones que dan lugar al fenómeno de las segundas víctimas y como tal, actúan como factores preventivos. La figura 5 presenta el portal de este curso.

Figura 4. Componentes de la resiliencia

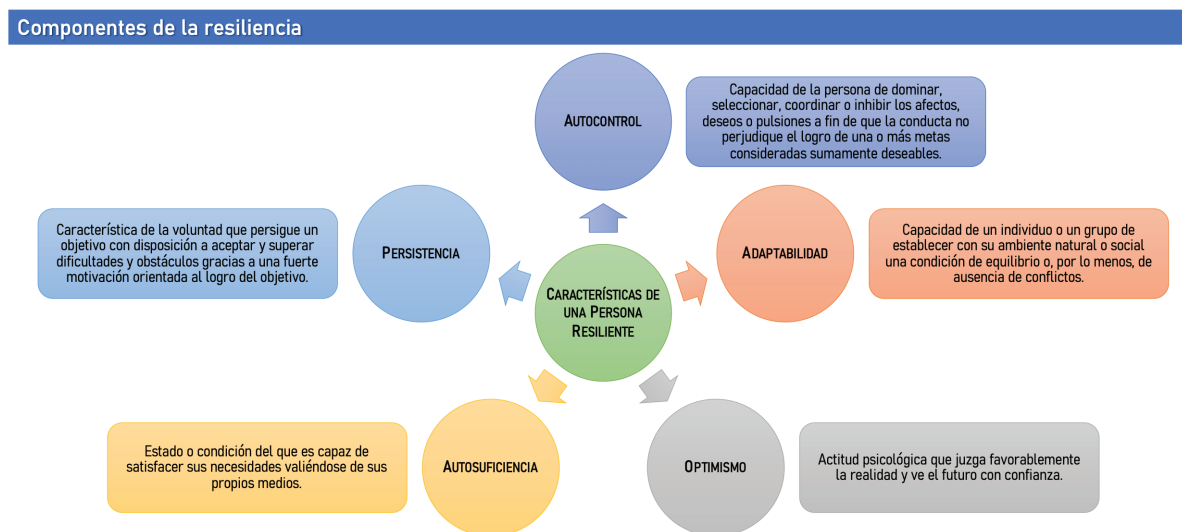


Figura 5. Portal del curso de formación para mandos intermedios sobre resiliencia de equipos sanitarios

EQUIPO RESILIENCIA
eresiliencia.es

Castellano English Valencià Português

<https://www.eresiliencia.es/es/>

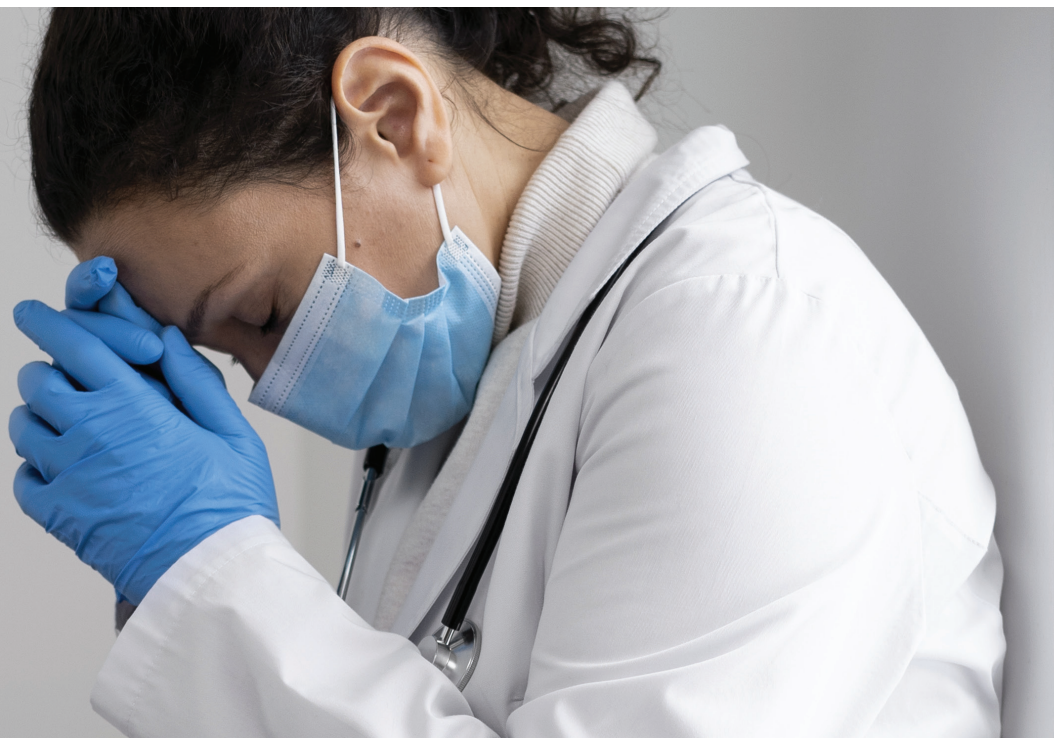
Acceder / Registrarse

UNA GUÍA PARA MANDOS INTERMEDIOS

Recomendaciones para **reforzar la resiliencia** de los profesionales, los equipos y las instituciones sanitarias

Herramientas para reforzar la resiliencia a nivel
INDIVIDUAL Y DE EQUIPO
Acceder

Herramientas para reforzar la resiliencia a nivel
ORGANIZACIONAL
Acceder



Cuarto, la incorporación del fenómeno de las segundas víctimas en la formación pregraduada de médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios. Numerosos estudios coinciden en que la seguridad del paciente, y en particular el fenómeno de las segundas víctimas, sigue siendo un tema olvidado en los planes de estudio en Europa. Integrar estos contenidos desde la etapa formativa es una estrategia esencial para fomentar entornos laborales más seguros, colaborativos y compasivos. Además, resulta fundamental capacitar a mandos intermedios y líderes clínicos en competencias de apoyo y comunicación en crisis.

En definitiva, el abordaje integral de las segundas víctimas exige la implicación de autoridades sanitarias, organizaciones profesionales, docentes, gestores y ciudadanos. Apoyar a quienes cuidan, reconocer el impacto emocional de los eventos adversos y promover una cultura justa no solo mejora el bienestar del profesional, sino que también incrementa la seguridad del paciente y refuerza la confianza en el sistema de salud. Como destaca la red

ERNST, avanzar hacia una cultura que no solo evite daños, sino que también promueva activamente el bienestar, la resiliencia y el aprendizaje, es hoy una responsabilidad compartida e ineludible.

BIBLIOGRAFÍA DEL GRUPO ESPAÑOL Y LA RED EUROPEA

Carrillo I, Skoumalová I, Bruus I, ... Mira JJ. Psychological safety competencies training during the clinical internship from the perspective of healthcare trainee mentors in 11 pan-European countries: A mixed-methods observational study. *JMIR Medical Education*. 2024; 10:e64125.

Carrillo I, Tella S, Strametz R, ... Mira JJ. Studies on the second victim phenomenon and other related topics in the pan-European environment: The experience of ERNST Consortium members. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2022;27:59–65.

Conti A, Sanchez-Garcia A, Ceriotti D, De Vito M, Farsoni M, Tamburini B, Russotto S, Strametz R, Vanhaecht K, Seys D, Mira JJ, Panella M. Second Victims in Industries beyond Healthcare: a Scoping Review. *Healthcare*. 2024; 12: 1835.

Gil E, Carrillo I, Martín-Delgado J, García-Torres D, Mira JJ. Development of a Web-Based Intervention for Middle Managers to Enhance Resilience at the Individual, Team, and Organizational Levels in Health Care Systems: Multiphase Study. *JMIR Hum Factors*. 2025;12: e67263.

Gil E, Carrillo I, Tumelty ME, ... Mira JJ. How different countries respond to adverse events whilst patients' rights are protected. *Medicine, Science and the Law*. 2024;64:96-112.

Guerra S, Carrillo I, Mira JJ, et al. Developing Core Indicators for Evaluating Second Victim Programs: An International Consensus Approach. *International Journal of Public Health*. 2024; 69: 1607428.

Guerra-Paiva S, Lobão MJ, Simões DG, et al. Key factors for effective implementation of healthcare workers support interventions after patient safety incidents in health organizations: a scoping review. *BMJ Open* 2023;13:e078118.

Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, et al. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *J Med Internet Res* 2017;19(6):e203.

Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The Aftermath of Adverse Events in Spanish Primary Care and Hospital Health Professionals. *BMC Health Service Research*. 2015; 15:151.

Mira JJ, et al. The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety. *Int J Public Health*. 2024; 45:1607175.

Mira JJ, Gecková A, Knezevic B, Sousa P, Strametz R. The Impact of Second Victims on Safety Culture and Quality of Care. *Int J Public Health*. 2024; 69: 1608073.

Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Quality Health Care*. 2017; 29: 450–60.

Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit*. 2015;29:370-4.

Mira JJ, Romeo Casabona CM, Urruela Mora A, Agra Varela Y, Astier Peña P, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C, Aranaz Andrés J. La seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Un requisito para lograr una mayor calidad asistencial. *Derecho y Salud*. 2017; 27;94-110.

Mira JJ. Understanding Honest Mistakes, Second Victims and Just Culture for Patient Safety. *J Healthc Qual Res*. 2023; 38: 259-61.

Neyens L, Stouten E, Vanhaecht K, Mira J, Panella M, Seys D, Schoenmakers B. The role of open disclosure for GPs as second victims after patient safety incidents: a cross-sectional study in Flanders (Belgium). *J Patient Safety*. 2025;21: 9–14.

Ribeiro Neves V, Pérez-Jover V, Colebrusco de Souza Gonçalves G, Bover Draganov P, Maria de Campos L, Strametz R, Siusa P, Tella S, Mira JJ. The second victim phenomenon's impact in male and female healthcare workers: a scoping review. *Inter J Quality Health Care*. 2025; 37(2), doi.org/10.1093/intqhc/mzaf034.

Roesner H, Neusius Th, Strametz R, Mira JJ. Economic value of Peer Support Program in German Hospitals. *Int J Public Health*. 2024. 69:1607218.

Sánchez A, Pérez-Esteve C, Conti A, Potura E, Strametz R, Panella M, Seys D, Vanhaecht K, Sousa P, Mira JJ. Identifying Key Competencies for Supporting Second Victims in different contexts: a scoping review. *BMJ Open*. 2025; 15:e094959.

Sánchez-García A, Saurín-Morán PJ, Carrillo-Murcia I, Tella S, Pölluste K, Srulovici E, Buttigieg SC and Mira JJ. Patient safety topics, especially the second victim phenomenon, are neglected in undergraduate medical and nursing curricula in Europe: An Online Observational Study. *BMC Nursing*. 2023;22:283.

Seys D, Panella M, Russotto S, Strametz R, Mira JJ, et al. In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review. *BMC Health Service Research*. 2023;23:816.

Strametz R, Mira JJ, Sousa P. The Second Victim Phenomenon: Comprehensive Support and Systemic Change in Healthcare. *Inter J Quality in Healthcare*. 2024; 36(3), mzae090.

Strametz R, Roesner H, Neusius Th, Wiesenhuetter I, Bushuven S, Mira JJ, Hinzmann D, Heininger S. The Economic Implications of Psychosocial Peer Support for Health Workers in German Hospitals. *Journal of Healthcare Leadership*. 2025;17;15-22.

Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S, Wu AW, Pölluste K, Popovici DG, Sfetcu R, Kurt S, Panella M on behalf of European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST). An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(24):16869.



Resumen de la Conferencia presentada en IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente Chile Junio 2025

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: LA REVOLUCIÓN SILENCIOSA QUE ESTÁ TRANSFORMANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autora: Dra. Karen Medina MD, MSc.

International Advisor in Healthcare Systems Improvement Client & Assessment Services / HSO / Accreditation Canada

karen.medina@accreditation.ca

¿ESTÁS SEGURO DE QUE TU ORGANIZACIÓN ESCUCHA REALMENTE A SUS PACIENTES?

Antes de continuar leyendo, respóndete sinceramente estas preguntas:

- ¿Sabes qué porcentaje de tus pacientes comprende plenamente los riesgos y beneficios de su tratamiento?
- ¿Cuándo fue la última vez que un paciente participó activamente en el diseño o mejora de un proceso de atención en tu institución?
- ¿Tu organización mide la seguridad desde la mirada de las personas, o solo desde indicadores clínicos?

Si estas preguntas te generan incomodidad, no estás solo. Miles de instituciones de salud en el mundo están descubriendo que, por mucho tiempo, confundieron satisfacción con participación, y calidad técnica con calidad humana.

La **Atención Centrada en la Persona (ACP)** es la llave para cerrar esa brecha.

MUCHO MÁS QUE AMABILIDAD: SEGURIDAD, CALIDAD Y RESULTADOS

A menudo, cuando se habla de atención centrada en las personas, se piensa en “trato amable” o en una experiencia agradable. Sin embargo, la ACP es mucho más que eso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), implica reorganizar todo el sistema de salud alrededor de las necesidades integrales de las personas, sus familias y comunidades, respetando sus valores, creencias y culturas [1]. No se limita al ámbito clínico, sino que transforma desde la forma en que se diseñan los espacios hasta la elaboración de políticas de salud.

Además, esta filosofía tiene una profunda relación con la seguridad del paciente. Estudios internacionales confirman que la participación activa de los pacientes reduce eventos adversos, disminuye complicaciones y acelera la recuperación (BMJ Quality & Safety, 2010) [4]. La AHRQ también señala que los hospitales que integran activamente a los pacientes en la toma de decisiones clínicas presentan mejores resultados y

menos errores médicos (AHRQ, 2013) [5].

Los datos de la OMS son contundentes: cada año, más de 134 millones de eventos adversos ocurren en hospitales de países de ingresos bajos y medios, y 4 de cada 10 pacientes experimentan daños durante su atención primaria y ambulatoria [1]. La gran mayoría de estos daños son evitables con un enfoque centrado en las personas.

EL PODER TRANSFORMADOR DE UNA VOZ EMPODERADA

Mari Jo Pires, paciente experta del McGill University Health Centre en Canadá, lo vivió en carne propia. Su experiencia como paciente le enseñó que la mejor defensa contra los errores médicos es la participación informada y activa.

“Descubrí que ser paciente no es solo recibir atención, sino también responsabilizarme de mis derechos, hacer preguntas y colaborar con mi equipo de salud. Hoy soy voluntaria, asesora y defensora de otros pacientes, porque sé que una

voz empoderada transforma la atención”, afirma.

Ella no es una excepción. Miles de pacientes en el mundo están asumiendo roles de líderes comunitarios, asesores hospitalarios y co-diseñadores de procesos de atención, convirtiéndose en los mejores aliados para la seguridad.

¿QUÉ DIFERENCIA A LOS SISTEMAS LÍDERES DEL RESTO?

La ACP no es un eslogan. Es una práctica estructurada que requiere herramientas, compromiso y rendición de cuentas. Los sistemas de salud más avanzados del mundo tienen tres elementos en común:

- 1.** Estándares claros que guían la participación significativa de pacientes y familias.
- 2.** Equipos capacitados para escuchar, interpretar y actuar según la experiencia vivida.
- 3.** Procesos de mejora continua que integran la voz de las personas en cada decisión.





En Accreditation Canada y Health Standards Organization (HSO) hemos apoyado a instituciones de más de 40 países en la implementación de estándares de ACP que abarcan (HSO & Accreditation Canada, 2023) [3]:

- Seguridad física, emocional y cultural.
- Protocolos de comunicación efectiva y revelación transparente de incidentes.
- Diseño conjunto de espacios con pacientes y comunidades.
- Participación activa en comités de calidad y seguridad.
- Formación continua del personal para humanizar cada interacción.

No se trata de cumplir con un requisito, sino de construir culturas organizacionales donde la participación deje de ser una excepción para convertirse en el corazón de la operación diaria.

¿POR QUÉ HOY ES EL MOMENTO DE ACTUAR?

Porque el mundo cambió. Hoy, los pacientes no toleran la indiferencia ni los sistemas cerrados. Exigen respeto, empatía y participación activa.

Además, los desafíos del sistema de salud son ineludibles: escasez de personal, inequidad, envejecimiento poblacional, fatiga laboral y mayores expectativas ciudadanas.

Estudios recientes muestran que la ACP no solo aumenta la seguridad y la satisfacción, sino que también mejora la eficiencia financiera, reduciendo reingresos y estancias prolongadas (Health Affairs, 2013) [7]. De hecho, muchas organizaciones

descubren que el cambio hacia la ACP genera más impacto y sostenibilidad que cualquier otra estrategia.

PEQUEÑAS ACCIONES, GRANDES TRANSFORMACIONES

A veces, el cambio comienza con lo más simple:

- Preguntar a los pacientes cómo desean ser atendidos.
- Incluir sus voces en las reuniones clínicas.
- Co-crear soluciones con las personas afectadas.

COMO DECIMOS EN ACCREDITATION CANADA:

“Mientras comunicar informa, involucrar transforma.”

Este enfoque ya no es opcional. La ACP es hoy un estándar global respaldado por la OMS, el NHS, AHRQ y otras instituciones de referencia (NHS England, 2014) [6]. Y lo más importante: está cambiando vidas.

¿TU ORGANIZACIÓN ESTÁ LISTA PARA LIDERAR EL CAMBIO?

La acreditación internacional es la vía más efectiva para lograrlo. Más que un sello, es un proceso profundo de aprendizaje y transformación, con resultados medibles y acompañamiento experto.

Si este mensaje te ha tocado y quieres ser parte de la nueva generación de organizaciones centradas en las personas, estoy lista para acompañarte en este viaje.

Dra. Karen Medina:

Asesora y Evaluadora Internacional en Mejora de la Atención Sanitaria y Sistemas de Salud, Accreditation Canada y Miembro Activo del Equipo de Mejora de la Calidad de la OMS.

karen.medina@accreditation.ca

<http://www.linkedin.com/in/karen-medina-md>

SOBRE LA AUTORA

La Dra. Karen Medina cuenta con una sólida trayectoria internacional como asesora en calidad, seguridad y mejora continua de los sistemas de salud. Actualmente forma parte del equipo global de Accreditation Canada y Health Standards Organization (HSO), organizaciones líderes en la acreditación y desarrollo de estándares de calidad en más de 40 países. Su experiencia abarca la implementación de modelos de Atención Centrada en la Persona, Seguridad del Paciente y Acreditación en instituciones de salud de alto impacto.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Framework on Integrated, People-Centred Health Services. Geneva: WHO; 2016.
2. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Patient-Centered Care Improvement Guide. IHI; 2012.
3. Health Standards Organization (HSO) & Accreditation Canada. Standards and Patient Partnership Frameworks; 2023.
4. BMJ Quality & Safety. Effects of patient-centered care interventions on patient safety outcomes; 2010.
5. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety and Engagement Strategies; 2013.
6. NHS England. Patient and Public Participation Policy; 2014.
7. Health Affairs. The Impact of Patient-Centered Care on Quality and Cost; 2013.



Resumen de la Conferencia presentada en IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente Chile Junio 2025

EL BUENO, EL MALO Y EL FEO DE LA IA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lais Junqueira, MBA, CLSSBB

*Quality, Patient Safety and Innovation Manager - Clinical Best Practice Council – ELSEVIER | EMEALAAP
Member of Scientific Council of the Brazilian Society of Quality of Care and Patient Safety*

l.junqueira@elsevier.com

La inteligencia artificial (IA) está transformando rápidamente la atención en salud, ofreciendo nuevas oportunidades para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Enmarcar esta discusión a través de la perspectiva de El bueno, El Feo y El Malo — una referencia metafórica tomada de la icónica película — nos ayuda a comprender el papel multifacético que puede jugar la IA en la seguridad del paciente en tres temas interconectados: los beneficios que puede producir, los riesgos que debemos mitigar y las consecuencias no deseadas que requieren nuestra vigilancia.

En este clásico de Sergio Leone, tres personajes — cada uno con motivaciones y valores muy distintos— compiten por encontrar un tesoro escondido en medio del caos de la guerra civil estadounidense. Aunque todos buscan lo mismo, sus caminos están marcados por alianzas incómodas, traiciones y dilemas morales. Esta historia nos sirve como una metáfora poderosa para hablar de inteligencia artificial: el “bueno” representa el uso ético y seguro de la IA en salud; el “malo”, los riesgos y abusos potenciales; y el “feo”, esas zonas grises donde la tecnología aún no está madura, o se aplica sin comprender del todo sus impactos. Igual que

en la película, estamos en un territorio complejo, y debemos movernos con estrategia, responsabilidad y ética para que esta herramienta sirva, de verdad, a quienes más nos importan: los pacientes.

EL BUENO: LA IA COMO UN APOYO PARA UNA ATENCIÓN MÉDICA MÁS SEGURA

Como herramienta de apoyo, la IA puede ahorrar tiempo a los proveedores de atención en salud y ayudarlos en la evaluación de casos y pacientes, mejorar la precisión del diagnóstico y reducir los costos al guiar a los proveedores de salud hacia los procedimientos más rentables. El uso de la IA generativa de forma responsable puede mejorar la calidad de la atención, reducir los costos y mejorar las experiencias tanto de los pacientes como de los proveedores de atención médica.

La velocidad de desarrollo e implementación de estas tecnologías continúa acelerándose, impulsada por avances en algoritmos, capacidades de procesamiento y la disponibilidad de grandes volúmenes de datos, lo que promete una integración aún mayor en los sistemas de salud en los próximos años y una transformación profunda en la forma en que se brinda la atención clínica en todo el mundo.



EL MALO: RIESGOS Y DESAFÍOS EN LOS DATOS

A pesar de su promesa, la IA introduce riesgos notables. El principio de “Basura entra, basura sale” (GIGO, por sus siglas en inglés) destaca que los sistemas de IA son tan buenos como los datos con los que se entrenan; si son datos de mala calidad, sesgados o incompletos pueden conducir a resultados inexactos o erróneos, lo que potencialmente agrava las desigualdades existentes.

Además, la transparencia sigue siendo un obstáculo importante—muchos modelos de IA operan como “cajas negras,” lo que dificulta que los profesionales de la salud comprendan cómo se toman las decisiones. Esta falta de interpretabilidad limita la confianza y la responsabilidad, especialmente cuando la IA influye en decisiones clínicas críticas.

Por otra parte, la gobernanza insuficiente de la inteligencia artificial en la atención médica es un desafío destacado que afrontan actualmente los sistemas de salud, siendo listada como la segunda de las 10 principales preocupaciones de seguridad del paciente para 2025.

EL FEO: DESAFÍOS SISTÉMICOS Y ÉTICOS

Más allá de los problemas técnicos, las preocupaciones sistémicas y éticas amenazan con socavar el impacto positivo de la IA. La gran brecha en la alfabetización de los profesionales de la salud y los responsables de la toma de decisiones dificulta tanto el uso responsable como la implementación eficiente de las tecnologías de IA, ya que muchos profesionales carecen del conocimiento necesario para evaluar críticamente estas herramientas. Además, el problema del “black box” o caja negra, que se refiere a la falta de transparencia y la dificultad para analizar críticamente los algoritmos, puede ampliar los sesgos existentes, incluso cuando las intenciones son buenas.

Por otro lado, la disparidad en la recopilación de datos y en la infraestructura sanitaria entre diferentes regiones crea una “brecha digital,” lo que pone en riesgo el acceso igualitario a los beneficios de la IA y puede profundizar las desigualdades en salud.

Asimismo, una dependencia excesiva en la IA puede fomentar la complacencia, dando lugar a la falacia de la “bala de plata”, que consiste en creer que la

IA puede resolver todos los problemas de seguridad de los sistemas de salud. Es fundamental recordar que este efecto ignora el entorno en el que se implementará la IA, especialmente en un sector tan complejo y multifacético como la atención en salud, donde las soluciones tecnológicas deben integrarse cuidadosamente con aspectos éticos, sociales y estructurales para evitar resultados contraproducentes.

CONSTRUIR SISTEMAS SEGUROS PARA MEJORES RESULTADOS

Lograr una atención médica más segura depende en gran medida del diseño de sistemas seguros, capaces de reconocer y minimizar sistemáticamente las fuentes de errores. Como afirmó Richard Cook, “la seguridad es una característica de los sistemas, no de sus componentes”, lo que significa que la seguridad es una propiedad emergente que surge de la interacción entre todos los elementos del sistema. En este contexto, el crecimiento exponencial del conocimiento científico ha puesto de manifiesto la importancia de un segundo componente fundamental en los sistemas seguros en salud: un entorno que fomente decisiones seguras. La componente de ‘decisiones seguras’ enfatiza la creación de un ambiente que promueva decisiones clínicas acertadas, entendiendo cómo se toman estas decisiones en los entornos clínicos.

Para comprender mejor este proceso, es útil apoyarse en la teoría del doble proceso, un

marco destacado en psicología que propone la existencia de dos procesos cognitivos distintos en el pensamiento y la toma de decisiones humanas. Basado en las teorías de F Epstein and Hammond, Daniel Kahneman denomina estos procesos como Sistema 1 y Sistema 2.

El Sistema 1 es intuitivo, automático y de pensamiento rápido. En la vida cotidiana, este sistema se activa para actividades rutinarias que realizamos sin esfuerzo consciente, como cepillarnos los dientes. En el ámbito clínico, el Sistema 1 facilita el reconocimiento rápido de síntomas típicos, lo que puede conducir a diagnósticos inmediatos en emergencias médicas o en casos de texto. Por ejemplo, durante una emergencia, la rápida identificación por parte del profesional de síntomas como dolor en el pecho irradiado, dificultad para respirar, sudoración y náuseas puede desencadenar un diagnóstico diferencial inmediato de infarto de miocardio (IM).

Por otro lado, el Sistema 2 es más reflexivo, deliberado y lento. Se activa cuando los profesionales de la salud necesitan tomar decisiones conscientes basadas en un análisis exhaustivo, como seleccionar tratamientos adecuados para pacientes complejos. Por ejemplo, en un caso que parece un infarto típico pero presenta matices tras un examen más detallado, el Sistema 2 resulta esencial. La cardiomiopatía de Takotsubo requiere la aplicación cuidadosa de este proceso cognitivo más lento para discernir las sutilezas en los síntomas,

1 - Lucian Leape Institute. Patient Safety and Artificial Intelligence: Opportunities and Challenges for Care Delivery. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2024. (Available at ihi.org)

2 - U.S. Government Accountability Office; National Academy of Medicine. Artificial Intelligence in Healthcare: Benefits and Challenges of Technologies to Augment Patient Care. GAO-21- 7SP. November 2020.

3 - ECRI. Special Report Top 10 Patient Safety Concerns 2025; 2025 (available at ecri.org/)

4 - “Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence and amending Regulations (EC) No 300/2008, (EU) No 167/2013, (EU) No 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 and (EU) 2019/2144 and Directives 2014/90/EU, (EU) 2016/797 and (EU) 2020/1828 (Artificial Intelligence Act)

evaluar factores adicionales y diferenciarla de un IM obstructivo.

Aunque esta estrategia de decisiones rápidas puede ahorrar tiempo y conducir a diagnósticos correctos, también presenta riesgos, especialmente en casos complejos o cuando los médicos enfrentan estrés y limitaciones de tiempo. Por ello, cuando se integra en un enfoque sistémico, la inteligencia artificial (IA) puede ser un aliado clave para apoyar el desarrollo de entornos de salud resilientes. Las herramientas digitales basadas en conocimiento veraz y actualizado pueden ayudar a los líderes en salud a diseñar arquitecturas de decisión sostenibles, promoviendo entornos más seguros que respalden tanto a los clínicos como a los pacientes.

Un sistema seguro, en definitiva, conecta a las personas, los procesos, el conocimiento y la tecnología para apoyar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones más seguras. Para lograr una integración plena de la IA en este enfoque sistémico, es fundamental promover la alfabetización en inteligencia artificial, incluyendo

el uso de genAI para decisiones clínicas, establecer un marco de IA responsable, implementar un modelo de human-in-the-loop (humano en el ciclo de decisión), y establecer una gobernanza, supervisión y orientación rigurosas para su uso. Además, el diseño, la implementación y la evaluación de la IA deben ser intencionales y transparentes, promoviendo el uso de modelos “glassbox” que permitan entender cómo funcionan las decisiones automatizadas.

En conclusión, la evolución de los sistemas de salud requiere integrar la IA de manera reflexiva y responsable, dentro de sistemas seguros diseñados para reconocer los factores humanos, promover la transparencia y fomentar la mejora continua. Enfatizar el diseño de estos sistemas, su despliegue ético y una gobernanza sólida será clave para aprovechar todo el potencial de la IA, apoyando a los clínicos, empoderando a los pacientes y, en última instancia, logrando una atención más segura y de mayor calidad.

5 - Cook, Richard. (2002). How complex systems fail.

6 - Epstein S. Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. Am J Psychol. 1994;49:709–24. doi: 10.1037//0003-066x.49.8.709

7 - Kanheman D. Thinking fast and slow. Farrar, Straus and Giroux; New York: 2013. Reprint edition.

Resumen de la Conferencia presentada en IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente Chile Junio 2025

HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Mónica Monteiro Toledo

Enfermera Unidad de Calidad del Paciente, Hospital Base de Valdivia (HBV)

Coordinadora comité Humanización, Hospital Base de Valdivia (HBV)

Referente de HBV para red de humanización en Salud, Chile

En la asistencia sanitaria, el concepto de humanización emerge como un pilar fundamental para reorientar la práctica clínica hacia un modelo verdaderamente centrado en la persona. Humanizar, en este contexto, trasciende la mera aplicación de protocolos y tecnologías avanzadas; se refiere al abordaje integral del individuo, reconociendo su naturaleza holística donde convergen e interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. La atención humanizada busca, por tanto, infundir valores intrínsecamente humanos en cada interacción, fomentando una mayor

sensibilidad por parte de los profesionales hacia las necesidades, temores y esperanzas de los pacientes y sus familias. El propósito último es centrar el valor en la dignidad inherente de cada persona, considerando sus derechos y su contexto como factores determinantes en su proceso de recuperación. Esto implica un cambio de paradigma: desde un modelo puramente biomédico a uno que genera lazos de confianza y conecta genuinamente con la historia, las creencias y las emociones del paciente.



FACTORES QUE INFLUYEN EN DESHUMANIZACIÓN

A pesar de su importancia, la práctica de una atención humanizada, enfrenta obstáculos significativos en el entorno sanitario actual. Factores como el desgaste profesional (burnout), la desmotivación, las extensas jornadas laborales y la exposición continua a ambientes estresantes y situaciones emocionalmente demandantes, pueden conducir a una desconexión emocional por parte del personal de salud como mecanismo de autoprotección. Paradójicamente, los mismos avances tecnológicos que han revolucionado la medicina pueden, en ocasiones, contribuir a la deshumanización si su implementación desplaza la interacción humana y el contacto directo.

¿PORQUE HABLAR DE HUMANIZACIÓN EN SALUD?

Este desafío adquiere una relevancia crítica al considerar el escenario de vulnerabilidad al que se enfrentan los pacientes. La existencia de grupos históricamente postergados, incluso dentro de los centros de salud — como personas en situación de discapacidad, personas mayores, miembros de la comunidad LGBTQI+ y otros colectivos con necesidades específicas—, pone de manifiesto brechas importantes en el acceso y la oportunidad de atención. La humanización de la asistencia sanitaria se erige, entonces, no solo como un ideal, sino como un imperativo ético respaldado por principios bioéticos y un marco legal robusto. En Chile, leyes como la Ley Mila (N° 21.372), la Ley de Autismo (N° 21.545), la Ley Dominga (N° 21.371) y, de manera transversal, la Ley N° 20.584 sobre los Derechos y Deberes de las Personas, buscan garantizar este enfoque. La necesidad de legislar sobre aspectos que deberían ser intrínsecos a la atención de salud, plantea una reflexión profunda sobre las barreras sistémicas que es preciso superar.

ATRIBUTOS FUNDAMENTALES DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA

Para materializar este enfoque, es esencial cultivar una serie de atributos clave en la práctica clínica diaria:

- **Respeto a la Dignidad del Paciente:** entendiéndose dignidad como el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma, por el mero hecho de su condición humana, implica el respetar su autonomía, sus creencias, valores e historia de vida, defender sus derechos, entregar una atención sin prejuicios ni discriminación, entendiendo que cada persona es única.
- **Empatía y Compasión:** la empatía es sentir con el otro, pero no sentir lo mismo que el otro, capacidad de adoptar el punto de vista del paciente y captar el impacto que la situación tiene sobre él, se alcanza al conectar genuinamente con el paciente. La compasión va un paso más allá; es el estado afectivo que surge ante el sufrimiento del otro y motiva una acción concreta para aliviarlo.
- **Comunicación Efectiva y Afectiva:** La escucha activa es una herramienta terapéutica en sí misma. Se debe entregar el mensaje en forma clara, asegurándonos que este fue comprendido. La dimensión afectiva es igualmente crucial: implica la capacidad de expresar y comprender emociones de forma clara y auténtica estableciendo conexión emocional con los demás, con respeto y comprensión, a través de la escucha activa, el contacto visual, el uso del nombre del paciente, la presentación del profesional y un lenguaje corporal que evite la jerarquía y el distanciamiento. Una comunicación de esta naturaleza genera confianza, reduce la ansiedad y fomenta una participación activa del paciente en su propio cuidado.

- **Trato Amable:** La calidez, la cordialidad y la bondad en el trato no son meros gestos de cortesía, sino elementos que pueden tener un impacto positivo tangible en la experiencia y la recuperación del paciente.

HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lejos de ser un concepto abstracto, la humanización tiene una correlación directa y medible con la seguridad del paciente, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la disminución de los riesgos asociados a la atención sanitaria para evitar todo daño prevenible.

En este contexto el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS destaca la participación activa de los pacientes y sus familias como una estrategia clave para mejorar la seguridad. Es así como el programa “Paciente por la seguridad del Paciente” (fundado 2005) de la OMS., que involucra y empodera a pacientes y familias, y facilitan su colaboración con profesionales de la

salud y responsables políticos para lograr una salud más seguros en todo el mundo.

Cuando se fomenta una relación basada en la confianza y el respeto, los pacientes se sienten más cómodos para expresar sus dudas, reportar síntomas y participan en las decisiones, aumentando la seguridad. Por otra parte una mayor interacción con los profesionales favorece la identificación de riesgos. La evidencia sugiere que los reportes de los propios pacientes son una fuente fiable para identificar eventos adversos y tendencias. Prácticas tan sencillas y humanizadoras como llamar al paciente por su nombre no solo afirman su identidad, sino que son cruciales para reducir errores de identificación, uno de los eventos adversos más comunes. De igual manera, la campaña de la OMS 2024, “Diagnósticos correctos, pacientes seguros”, subraya que escuchar atentamente al paciente y generar un ambiente de confianza facilita la obtención de antecedentes completos, lo cual es fundamental para un diagnóstico certero y una gestión de riesgos adecuada.



LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BASE VALDIVIA (HBV): UN MODELO DE IMPLEMENTACIÓN

La transición de la teoría a la práctica requiere un compromiso institucional claro y estrategias concretas. La experiencia del Hospital Base Valdivia (HBV), un centro de alta complejidad y referencia para la macro zona sur de Chile.

El plan de trabajo incluye tres ejes interconectados: el paciente, su familia y los equipos de salud, además de la armonización de los espacios físicos para crear un ambiente más acogedor (luz, ruido, temperatura, entre otros).

El HBV ha implementado una estrategia multifacética que incluye:

- **Estructura y Gobernanza:** Creación de un Comité de Humanización en 2021, que ha crecido de 7 a 62 integrantes el 2024. Este comité lidera el desarrollo y la evaluación de un plan de trabajo anual, con el propósito explícito de promover un trato humanizado y fortalecer la relación equipo-paciente-familia.
- **Respaldo institucional:** equipo directivo en conocimiento y apoyo de las iniciativas a implementar.
- **Capacitación y Sensibilización:** Realización de jornadas anuales de capacitación y reflexión para los equipos sobre temas como la atención al final de la vida y el lenguaje afectivo en el cuidado.
- **Estandarización de Procesos:** y protocolos transversales que integran la perspectiva de humanización, como el manual gráfico para la atención a pacientes con discapacidad auditiva. Además de protocolos de procesos transversales con enfoque humanizado.
- **Iniciativas Concretas:** Implementación de un amplio abanico de intervenciones innovadoras que van desde la mejora de espacios (murales, áreas verdes) y la celebración de hitos personales (cumpleaños, diplomas de alta), hasta la creación de programas específicos como “Pabellón héroes bajitos” y la mejora de los espacios de entrega de pacientes fallecidos, incluyendo la entrega de tarjetas de condolencias. Brindar espacios de conexión como intervenciones musicales, o momentos de autocuidado para los equipos de salud.
- **Vinculación en Red:** Participación activa en la Red de Humanización en Salud, colaborando a través de esta Red con el Ministerio de Salud para compartir buenas prácticas y fortalecer el movimiento a nivel nacional.
- **Difusión de iniciativas de humanización:** comunidad hospitalaria y comunidad general.
- **Fortalecimiento de modelos de atención integral:** HBV cuenta con Unidad Geriátrica de agudos (UGA) que se caracteriza por brindar una atención a personas mayores humanizada, integral, centrada en la persona.

El trabajo del comité de humanización del HBV contempla avanzar en los siguientes items:

- **Políticas de humanización de HBV:** Las cuales deben ser desarrolladas de forma participativa, y difundidas a todos los equipos de salud, idealmente bajo una campaña de sensibilización.
- **Co-producción y Experiencia del Paciente:** Trabajo participativo con los pacientes y familias para comprender su “viaje” dentro del hospital, identificar puntos de dolor y co-diseñar soluciones. Con énfasis en la atención a grupos postergados.

En base a la experiencia del trabajo en humanización de HBV destacamos los siguientes imprescindibles: Respaldo institucional, trabajo participativo con distintos integrantes de equipos de salud (distintos estamentos e interdisciplinario) buscar, estrategias para Motivar, sensibilizar y capacitar a los equipos de salud, siempre trabajar considerando 3 ejes paciente, familia y equipos de salud, difundir las iniciativas ejecutadas por canales internos y a la comunidad usuaria en general, desarrollar un plan de trabajo que contemple reuniones periódicas y evaluación del trabajo realizado.

CONCLUSIÓN: HACIA UN PARADIGMA DE CUIDADO CO-PRODUCIDO

La experiencia del HBV y los principios analizados demuestran que la humanización no es un complemento opcional, sino el eje central sobre el que debe pivotar la atención sanitaria del siglo XXI. Situar al paciente en el centro implica respetar sus preferencias y decisiones, enfocarse en su calidad de vida más allá de la cura de la enfermedad, y adoptar un modelo de “co-producción” del cuidado. Conocer la historia, el contexto y los intereses de cada persona, informarla de manera clara y hacerla partícipe activa de su proceso terapéutico no solo es un acto de justicia y dignidad, sino la estrategia más efectiva para garantizar una atención más segura, eficiente y verdaderamente sanadora.



¿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 Gestion 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 7

AÑO 2024

ISSN 2452-4468

Nº2

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 dárles una forma adecuada.

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

- a) 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.
- b) Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- c) Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- d) Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- e) Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- f) Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- g) 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. 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

**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
www.fspchile.org