



---

REVISTA CHILENA DE  
**SEGURIDAD  
DEL PACIENTE**

---

---

VOLUMEN 2 - NÚMERO 1 - AÑO 2019 - ISSN 2452-4468

---

## DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE

VALOR: \$650.000



100%  
ONLINE



160  
HORAS



INICIO  
A ELECCIÓN  
DEL ALUMNO

## DIPLOMADO GESTIÓN RIESGOS DE SALUD

VALOR: \$650.000



100%  
ONLINE



170  
HORAS



INICIO  
A ELECCIÓN  
DEL ALUMNO

## TALLERES PRESENCIALES

- INVESTIGACIÓN INCIDENTES EN SEGURIDAD  
PROTOCOLO DE LONDRES
- GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD



100%  
PRESENCIAL



PERSONALIZADO  
SEGÚN SU NECESIDAD

INSCRIPCIÓN EN: [educacion@fspchile.org](mailto:educacion@fspchile.org)

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



## SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.5
PRÓLOGO UNA EXPERIENCIA ÚNICA E IRREPETIBLE, SER PACIENTE UCI TOTALMENTE CONSCIENTE Eduardo Alvarez Salazar	PÁG.6
EFFECTOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Rosa L. Figueroa, Carla Taramasco, Ph.D, Daniel Capurro, Ph.D	PÁG.8
PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL LOGRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Lissette Miranda Lara, Maria de Los Angeles Peña Figueredo	PÁG.14
CONVERSACIONES DE COACHING Laura González G.	PÁG.26
ERRAR ES HUMANO ¿EN SALUD ES POSIBLE? Dr. Oscar Morales Spichiger	PÁG.32
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Jorge Cienfuegos S.	PÁG.38
NORMA 002 DE LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES 20.584 Adriana Van Weezel Herrera	PÁG.40
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCESOS DE LABORATORIO Y DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Valeska Abarca Arce	PÁG.42
BREVE HISTORIA DE LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITAL FACH Adriana Van Weezel Herrera	PÁG.44
GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITAL PUERTO MONTT EXPERIENCIA Y DESAFÍOS Brigitte Sievers Frey	PÁG.46
EMPRENDIMIENTOS INNOVADORES PARA POTENCIAR LA INTEROPERABILIDAD EN SALUD	PÁG.50
CONGRESO MUNDIAL DE FARMACOVIGILANCIA POR PRIMERA VEZ EN COLOMBIA	PÁG.56
JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019	PÁG.59
NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP	PÁG.63

**EDITOR Y REPRESENTANTE LEGAL FSP CHILE:** Dr. Hugo Guajardo Guzmán

### COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela  
Ing. Com. Mg. SP Paola Martínez Osorio  
Mg. en Bioética Gladys Osorio Uribe  
EU Yasna Oppliger Negrón  
QF Mariela Valenzuela Guajardo  
QF Sergio Hernández Muñoz  
TM Adriana Van Weezel Herrera

TM Valeska Abarca Arce  
Kinesiólogo Gonzalo Hormazabal Rioseco  
Matrona María Angélica Cifuentes Canales  
Nutricionista Pamela Herrera González

### DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO: (5411) 6041-3930 - www.nimbodg.com.ar -  
hola@nimbodg.com.ar



# ¿Cómo realizar análisis de eventos adversos y centinelas?

80 horas  
100% on line  
Valor \$80.000

**v3 - Inicio 1<sup>er</sup> de Julio del 2019**



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 2

NÚMERO 1

AÑO 2019

ISSN 2452-4468

### **Estimados Amigos**

*Ya estamos en 2019. Este año será un año de grandes desafíos.*

*Cerramos el 2018 con la versión 1 del curso de Análisis de Eventos Adversos. Vamos a la versión 2 ahora en abril.*

*Así mismo, iniciaremos un ciclo de Gestión de Riesgos con un curso de 80 horas 100% on line. Creo que es tiempo de hablar de Gestión de Riesgos como una herramienta estructurada de gestión proactiva para la Seguridad del Paciente. Es tiempo de dejar los reportes anónimos y voluntarios y pasar a una gestión mas activa.*

*Junto al desarrollo de la plataforma educacional on line, tenemos el desafío de nuestro IV Congreso, diferente a todos los realizados, no solo por su forma, sino por las organizaciones que están presentes y por sus exponentes.*

*Peter Lachmann CEO de ISQua - The International Society for Quality in Health Care, Sébastien Audette de HSO Health Standards Organizations - Accreditation Canadá, instituciones que sin duda valorizan lo andado en Acreditación en nuestro país.*

*¿Será tiempo de Acreditar nuestros estándares de Acreditación?*

*¿Será tiempo de revisar el proceso de Acreditación?*

*¿Será el tiempo de permitir que las acreditaciones internacionales sean validadas y no sea necesario un segundo proceso nacional?*

*En fin, sobre la mesa está el debate. Creo que será muy interesante.*

*Otro hito importante es la presencia de Nursing Now. Su Directora Regional Claudia Regina Laselva, que, junto con el Colegio de Enfermeras de Chile, Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile; Karina Pires de IBSP - Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, Asociación Chilena de Educación en Enfermería y representantes de Colombia y Uruguay, conversarán el rol de la Enfermería en la gestión de la salud del siglo XXI, para iniciar caminos de colaboración en las buenas practicas de la Enfermería y la Gestión del Cuidado, en el 1er Encuentro Latinoamericano en Seguridad del Paciente.*

*Otra organización presente será Patient Safety Movement Foundation quien constituye un pilar fundamental en el compartir prácticas en Seguridad del Paciente. Nos acompañará el Dr. Javier Dávila Torres desde México. También estará presente Camilo Erazo de CENS CHILE - Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Mención especial para Taíssa Sotto Mayor de Brasil, Fabián Vítole y Ezequiel García Elorrio de la Argentina y a Carlos Kerguelén de Colombia.*

*Todo esto bajo el generoso alero de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, sin la cual este IV Congreso no sería posible.*

*En fin, esperamos un Congreso Internacional que sin duda posiciona a nuestro país como el lugar de encuentro de la Seguridad del Paciente en Latinoamérica.*

*En este número de nuestra revista revisaremos los efectos de las Tecnologías de la Información en la Seguridad del Paciente, no solo con una mirada de su aporte positivo a procesos de la salud, sino también una mirada respecto a los incidentes que pueden generar si su uso no es el adecuado. También tenemos un aporte desde Cuba donde observamos el rol de la enfermería en Seguridad del Paciente., una mirada al liderazgo desde el Coaching Ontológico, y las colaboraciones que nos presentan un resumen de las conferencias vividas en Jornadas de Puerto Montt en 2018. Iniciamos este número con la vivencia de un paciente respecto de una estadía en uno de los ambientes más complejos en Salud. Sin duda su lectura, nos deja aprendizajes y reflexiones.*

*Finalmente hay que mencionar que durante este año también tendremos actividades regionales. Esperamos poder llevar a cabo lo planificado: Jornadas Regionales en Iquique, Chillán, Temuco y Puerto Montt.*

*Como pueden ver, solo faltan ustedes, los que creen que es posible mejorar el hacer de la Salud.*

*Creo que debemos "tocar el cielo", soñar, que todos juntos lo lograremos.*

*Esperamos sus contribuciones, ayudanos a difundir. Ayudanos a crecer.*

Saludos



**Dr. Hugo Guajardo Guzmán**  
Presidente del Directorio

Chillan, Abril del 2019



# ¡QUE ESTOY HACIENDO AQUÍ, POR DIOS!

“Una experiencia única e irrepetible, ser paciente UCI totalmente consciente”



**Eduardo Alvarez Salazar**

Profesor CREATIVIDAD & INNOVACIÓN  
Marketing Estratégico  
Universidad Finis Terrae.

[ealvarezs@uft.edu](mailto:ealvarezs@uft.edu)



*Una experiencia única e irrepetible, ser paciente UCI totalmente consciente: Quiero relatar y expresar que siente un paciente cuando llega a la UCI y está dos días en ella completamente consciente.*

*En primer lugar describiré que mi diagnóstico por el cual llegué a esta situación fue “hipertensión pulmonar” y la operación fue una conexión intraauricular (CIA) para colocar un parche de pericardio bovino que solucionara mi problema congénito del corazón.*

*Todo empezó el día lunes muy temprano, cuando me despierta la enfermera y lo primero que hace es depilarme, ya estar con esa tenida que no cubre nada y que te deja totalmente desvalido, es una situación de sentirte desnudo.*

*El médico anestesista me dio su nombre, que no recuerdo, y prácticamente 8 horas después despierto en la UCI, con muchos ruidos, un beep beep de una máquina, que le llamé la máquina infernal.*

*La UCI, lugar que nunca antes estuve, me pareció similar a las series de televisión, pero ahora era yo el paciente y veía como corrían y daban, instrucciones, órdenes y todo era ruido, todo era movimientos rápidos entre doctores, enfermeras, auxiliares y personal de aseo que entraba a cada rato, todo abierto, así que veía todo y escuchaba todo.*

*Este lugar me sorprendió por varias razones, una que no me había percatado que tenía un drenaje que para mí eran mangueras, casi de jardín, que salían de mi cuerpo e iban a una especie de receptáculo que sonaba en forma muy desagradable como el ruido de agua con burbujas. Trataba de imaginarme en qué momento y como me sacarían del cuerpo ese adminículo de cosas, más cables y conexiones a mi brazo y la yugular, me sentí extraterrestre. Cada cierto rato, entraba una enfermera y me*

*inyectaba mas cosas y siempre era la mismo, me preguntaban “¿cómo se siente?”. La verdad es que quería decirle que horrible, que un tren había pasado por mi cuerpo que me dolía todo y que lo único que quería era descansar y no escuchar mas esos ruidos, lo pensé pero no se lo dije, y me limité a pedirle que me diera agua, porque tenía una sed enorme, me contestó que no podía, por protocolo, pero me untó los labios con un algodón y ahí me quedé, escuchando la máquina infernal que no podían dejar en mute, por protocolo.*

*No dormí durante dos noches que estuve en la UCI, no pude ir al baño porque no hay alternativa y me hinché como un sapo, escuché todas las historias de las enfermeras durante la noche y trataba de sonreír porque algunas eran graciosas, pero la verdad es que quería decirles que, por favor, se callaran y apagaran la luz, pero entendí que por protocolo todo está abierto y no se pueden apagar la luces ni cerrar las cortinas ni apagar el beep beep de la máquina infernal.*

*Mis vecinos en general estaban todos entubados y ausentes y solo una señora que gritaba y reclamaba porque aparentemente tenía síndrome de extravío y no tenía idea donde estaba y la pobre señora lo uno que quería era irse, la verdad que yo también lo único que deseaba era irme, porque es realmente estresante.*

*No puedo dejar de reconocer la atención y gentileza de todos los profesionales de la UCI que hacen bien su trabajo y obviamente ellos están acostumbrados a la rutina y ver casos extremos y seguramente lo que yo cuento les parecerá anecdótico, sin embargo, con esto quiero contar lo que sentí estos días en la UCI totalmente consciente, me parecieron extremos y aprendí la difícil labor que todas las personas cumplen, pero sospecho que no se imaginan que siente un paciente que observa, analiza y piensa **“que estoy haciendo aquí, por Dios”***

# EFECTOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



**Rosa L. Figueroa**

Board Member  
Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud  
Profesor Asistente  
Ingeniería Civil Biomédica  
Depto. Ingeniería Eléctrica  
Facultad de Ingeniería  
Universidad de Concepción  
Chile  
[rfigueroa@cens.cl](mailto:rfigueroa@cens.cl)



**Carla Taramasco, Ph.D**

Board Member  
Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud  
Ingeniería Civil Informática  
Facultad de Ingeniería, .  
Universidad de Valparaíso  
Valparaíso  
[ctamarasco@cens.cl](mailto:ctamarasco@cens.cl)



**Daniel Capurro, Ph.D**

Board Member  
Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud  
Departamento de Medicina Interna,  
Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Santiago  
[dcapurro@cens.cl](mailto:dcapurro@cens.cl)



La Seguridad del paciente es un componente fundamental en la calidad de la atención debido a que existe un nivel de riesgo naturalmente asociado a los procesos sanitarios [1]. Formalmente, el concepto de seguridad del paciente se puede definir como “la ausencia de eventos como accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención” [2], estos eventos pueden surgir como resultado de la compleja interacción de los componentes del sistema (procesos y actores). En la actualidad, la adopción de tecnologías de información (TI) en el área de la salud se ha convertido en un componente más del sistema de salud dado que apoya muchos de los procesos sanitarios. Por este motivo, resulta primordial el conocer cuál es su rol e impacto en la seguridad del paciente.

Las tecnologías de la información en salud se han definido como “el uso de tecnologías que incluyen hardware y software aplicado al área de la salud”[3][4][5]. Si bien las alternativas de incorporación de tecnologías de la información

son múltiples, los componentes más utilizados incluyen los registros clínicos electrónicos, los sistemas de información de laboratorio y radiología, al igual que sensores o equipos médicos conectados a sistemas de visualización y alarmas, sistemas de dispensación de medicamentos, aplicaciones para teléfonos móviles, entre muchos otros. En este artículo haremos una breve revisión de los efectos, tanto beneficiosos como adversos, de las tecnologías de la información en la seguridad asistencial.

## IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN LA SEGURIDAD ASISTENCIAL

Una de las principales razones que han llevado a la creciente implementación de sistemas de información en ambientes sanitarios es la reducción de los eventos adversos. Considerando la diversidad de procesos sanitarios que pueden ser impactados, los potenciales efectos de las tecnologías de la información

---

en salud también son múltiples. En un estudio realizado el 2015 por la Organización Panamericana de Salud con un cohorte de cuatro países latinoamericanos (AMBEAS/PAHO México, Perú, Brasil, Colombia), se indica que los eventos adversos reportados con mayor frecuencia fueron los relacionados a medicamentos (73.3%), los que incluyeron principalmente errores por reacciones adversas al medicamento, seguidos por errores de prescripción y errores de comunicación entre los profesionales y profesional-paciente, ambos con 8.6% [6].

Actualmente está bastante establecido que, al ser implementadas y operadas de manera correcta, las tecnologías de la información en salud tienen un efecto positivo en la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos [7]. Dentro de los beneficios encontramos, por ejemplo, la posibilidad de contar con trazabilidad de información del paciente (historial, exámenes y medicamentos), el apoyo al proceso de comunicación médico-paciente y entre profesionales de la salud, y con herramientas que ayudan a mejorar el seguimiento y monitoreo en pacientes. Si bien las tecnologías de la información pueden impactar positivamente un sinnúmero de componentes del proceso de atención clínica, a modo de ejemplo describiremos la evidencia existente al respecto de la administración de medicamentos y la prevención de caídas.

Como mencionamos anteriormente, uno de los errores más frecuentemente encontrados en la salud son los relacionados al proceso de administración de medicamentos. Para disminuir errores de medicación utilizando tecnologías de la información existen soluciones

basadas en el uso de sistemas de códigos de barras que permiten la correcta identificación del paciente, de la prescripción correcta y del medicamento correcto, durante todo el proceso clínico--desde la prescripción, pasando por la preparación, despacho, y hasta el mismo momento de la administración de éstos. Este tipo de tecnología ha probado ser efectiva en reducir efectos adversos relacionados a administración de medicamentos en alrededor de un 50% comparado con el escenario sin el uso del sistema. Además de la disminución absoluta de los errores de administración, los autores encontraron que, igualmente, se eliminan los errores de transcripción [8][9], que pueden propagarse y transformarse en errores con consecuencias más graves. Existe un segundo tipo de efecto adverso que puede reducirse con la introducción de TI en salud: riesgo caídas o lesiones por caídas. En este caso, estudios han sugerido que la implementación de soluciones basadas en sistemas de monitoreo por video muestran efectivamente una reducción en la frecuencia de caídas y son bien aceptados por el personal clínico[10][11]. Un estudio realizado en una unidad de hospitalización de pacientes de alto riesgo con 115 camas de un centro de rehabilitación, mostró una reducción estadísticamente significativa en la tasa de caídas. Antes de la intervención tecnológica, la tasa de caídas era 6.34 por 1000 días de atención. Después de un periodo de un año de uso de la tecnología, la tasa de caídas fue de 5.09 caídas por 1000 días de atención. A lo anterior se suma el ahorro monetario al no tener que contar con una persona acompañando al paciente permanentemente [12].

Si bien hemos sólo mencionado dos ejemplos a modo de ilustración, las tecnologías de la in-



formación en salud tienen el potencial de disminuir ampliamente los errores en la atención de salud y ser un componente esencial para la calidad asistencial. Como en toda innovación, dichos beneficios deben comprenderse también considerando los potenciales costos asociados.

## CONSECUENCIAS INESPERADAS

Al igual que la incorporación de cualquier nueva tecnología, es posible afectar adversamente la seguridad asistencial si es diseñada o implementada de manera inadecuada, o si no es bien operada por desconocimiento o falta de comprensión de sus funciones. Ya desde la década del 2000 se comenzaron a describir con-

secuencias inesperadas luego de la incorporación de registros clínicos electrónicos; uno de ellos fue la generación de nuevos tipos de errores. Por ejemplo, al ingresar una solicitud electrónica para un procedimiento, el personal médico puede confiar en que dicho procedimiento se avisará al personal de enfermería a cargo, quien pudiese no verlo de manera oportuna, generando errores de comunicación en el equipo tratante [13]. Como este ejemplo existen muchos otros. El instituto ECRI (Emergency Care Research Institute) diseñado como un centro de práctica basadas en la evidencia que promueve la seguridad de los pacientes, libera anualmente un reporte de los 10 mayores peligros identificados de la aplicación de tecnologías en salud. Reportes de los últimos años listan dentro de los principales problemas: i) el



---

gran volumen de alertas o alarmas generadas que, finalmente, abruman a los profesionales o los predisponen a no tomar atención ante estos eventos, ii) errores en registro de datos de pacientes o registros de información incompletos, iii) riesgos en la utilización de sistemas diseñados para adultos en pacientes pediátricos, donde por ejemplo, no se permite indicar dosis de medicamentos para el peso y edad del paciente, iv) fallas en la seguridad de las tecnologías que permiten que ransomware u otros tipos de software maliciosos ataquen los sistemas y pongan en riesgo la continuidad de la atención[14-16].

Ante la creciente acumulación de evidencia respecto a los nuevos errores que pueden ser generados por las tecnologías de la información en salud, es que ha surgido la necesidad de definir buenas prácticas de diseño y usabilidad enfocadas específicamente en reducir errores. La Asociación Médica Americana (AMA), en conjunto con otras organizaciones han sugerido la incorporación explícita procesos o medidas orientadas a mejorar la seguridad de los registros clínicos electrónicos, con escenarios explícitamente diseñados para probar la posibilidad de generar errores, dentro de los procesos de certificación de este tipo de sistemas. Entre las medidas que actualmente se utilizan en otros países se incluyen la adherencia, por parte de los fabricantes de software, a un código de conducta que regula su quehacer, la implementación de protocolos de reportes de errores generados por los sistemas de información clínicos, la inclusión de expertos en seguridad asistencial en los proyectos de implementación de fichas clínicas electrónicas, entre otros. Recientemente, considerando los problemas de usabilidad que

presentan los registros clínicos electrónicos, la Asociación Médica Americana ha realizado un llamado explícito a incorporar mediciones de usabilidad y seguridad en la certificación de dichos sistemas[17].

## CONCLUSIONES

En nuestro país la adopción de tecnologías de la información en salud en los últimos tiempos ha avanzado a pasos acelerados. Sistemas bien diseñados, bien implementados y bien utilizados tienen un enorme potencial para mejorar la seguridad asistencial. Sin embargo, estos sistemas no están exentos de riesgos y para lograr obtener el máximo beneficio es imprescindible estar conscientes de ellos y contar con sistemas de certificación que aseguren que estamos implementando sistemas confiables, robustos y amigables con los procesos de atención clínica.

## Agradecimientos

*Este trabajo fue financiado por el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud proyecto CORFO 16CTTS-66390*

## Referencias

1. Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud (2019) [Internet]. [Cited 2019 Mar 8]. Available from: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
2. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [cited 2019 Mar 8]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf>
3. Alotaibi Y, Federico F. The impact of health information technology on patient safety. Saudi Medical Journal. 2017;38(12):1173-80.
4. Thompson TG, Brailer DJ. The Decade of Health Information Technology: Delivering Consumer-centric and Information-rich Health Care. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES ; 2004 Jul.
5. Dey S. The role of Informatics in Patient Safety. In: The Seventh Annual Quality Colloquium [Internet]. Harvard University; 2008 [cited 2019 Mar 8]. Available from: [http://www.ehcca.com/presentations/qualitycolloquium6/dey\\_1b.pdf](http://www.ehcca.com/presentations/qualitycolloquium6/dey_1b.pdf)
6. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Re-



veiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015 Feb;27(1):52-9.

7. Kasaei M, Rezaei P, Tavakoli N, Ehteshami A. The role of health information technology in reducing preventable medical errors and improving patient safety. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2013;1(4):195.

8. Seibert HH, Maddox RR, Flynn EA, Williams CK. Effect of bar-code technology with electronic medication administration record on medication accuracy rates. *Am J Health Syst Pharm*. 2014 Feb 1;71(3):209-18.

9. Khammarnia M, Kassani A, Eslahi M. The Efficacy of Patients' Wristband Bar-code on Prevention of Medical Errors. *Applied Clinical Informatics*. 2015;06(04):716-27.

10. Teh RC-A, Mahajan N, Visvanathan R, Wilson A. Clinical effectiveness of and attitudes and beliefs of health professionals towards the use of health technology in falls prevention among older adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Dec;13(4):213-23.

11. Marc B. Westle, DO, FACP, George R. Burkert, BS & Ronald A. Paulus, MD, MBA. Reducing Inpatient Falls by Integrating New Technology with Workflow Redesign. *New England Journal of Medicine Catalyst* [Internet]. 2017 Jul 10; Available from: <https://catalyst.nejm.org/reducing-inpatient-falls-virtual-sitter/>

12. Cournan M, Fusco-Gessick B, Wright L. Improving Patient Safety Through Video Monitoring. *Rehabil Nurs*. 2018;43(2):111-5.

13. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Inform Assoc*. 2004 Mar;11(2):104-12.

14. Top 10 health technology hazards for 2014. A report from Health Devices. ECRI institute.; 2014.

15. Top 10 health technology hazards for 2018. A Report from Health Devices. ECRI institute.; 2018.

16. Top 10 Patient Safety Concerns for Healthcare Organizations 2018. ECRI Institute; 2018.

17. Ways to improve Electronic Health Record Safety [Internet]. A report from Pew Charitable Trusts, American Medical Association, & Medstar Health. Pew Charitable Trusts ; 2018 Aug [cited 2019 Mar 20]. Available from: [https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2018/08/healthit\\_safe\\_use\\_of\\_ehrs\\_report.pdf](https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2018/08/healthit_safe_use_of_ehrs_report.pdf)

La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com



# PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL LOGRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MsC. Lic. Lissette Miranda Lara, MsC. Lic. María de los Ángeles Peña Figueredo<sup>I</sup>,  
DrC. Lareisy Borges Damas<sup>II</sup>

I Centro Internacional de Restauración Neurológica. CIREN. Cuba.

II Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa. Cuba.



**Lissette Miranda Lara**

Miembro del Comité de Ética de la Investigación del Centro Internacional de Restauración Neurológica CIREN.

[lmiranda@neuro.ciren.cu](mailto:lmiranda@neuro.ciren.cu)



**María de los Ángeles Peña Figueredo**

Jefa Departamento de Enfermería  
Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN)  
[mangeles@neuro.ciren.cu](mailto:mangeles@neuro.ciren.cu)



**CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACIÓN NEUROLÓGICA, CIREN**, fundado el 26 de febrero de 1989, es una institución científico-médica de avanzada con un área y programas de investigaciones básicas que aportan nuevos conocimientos e introducen y desarrollan tecnologías en el ámbito de las neurociencias; y un área asistencial con programas terapéuticos originales: Restauración Neurológica, Restauración Biológica General y Servicio Quirúrgico. Atendemos pacientes de diferentes patologías neurológica en las clínicas:

Clínica de Trastornos del Movimiento y Neurodegeneraciones.  
Clínica de Neurología Infantil.  
Clínica de Lesiones Estáticas Encefálicas.  
Clínica de Enfermedades Raquimedulares, Neuromusculares y Esclerosis múltiples.

[www.ciren.cu](http://www.ciren.cu)

Calle 216 esq.13 - Reparto Siboney, Playa - La Habana. Cuba 

La seguridad del paciente, desde el accionar de enfermería, se concibe como el conjunto de acciones protocolizadas, a punto de partida de la aplicación del proceso de atención de enfermería, como método científico de la profesión, encaminadas a reducir al mínimo la aparición de eventos adversos derivados de la hospitalización y la prestación de cuidados de enfermería.

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la incidencia creciente de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención.

La negligencia cometida por médicos, enfermeras y profesionales de atención en salud en los hospitales puede tener como consecuencia lesiones en el paciente o incluso su muerte. Las lesiones causadas por errores en hospitales pueden generar futuros problemas de salud, nuevos gastos hospitalarios y trastornos emocionales.

En la actualidad, la seguridad del paciente constituye uno de los aspectos más importan-

tes a tener en cuenta en las unidades prestadoras de servicios de salud, que requiere de análisis y desarrollo, para establecerse como un pilar necesario en la atención de enfermería, para lo cual se hace necesario conocer los riesgos a los que se pueden ver expuestos los pacientes con el fin de evitar o controlar los errores que atentan su seguridad, específicamente en los pacientes con afecciones neurológicas crónicas. La ocurrencia de eventos adversos pone en peligro la estabilidad del paciente con afecciones neurológicas crónicas y agravar su estado de salud, prolongar la estancia hospitalaria y aumentar los costos hospitalarios.

Los pacientes hospitalizados no solo pueden verse beneficiados, sino en ocasiones resultan afectados, involuntariamente, cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al atenderlos. Cualquier profesional de la salud puede cometer un error en alguna intervención, a los profesionales de enfermería les corresponde prevenir actos de mala práctica, que son específicas para sus competencias.

---

Cometto C., plantea que los cuidados de enfermería comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad del paciente sino también por el volumen y el alcance de estos en todos los niveles asistenciales. Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad.

El concepto Cuidado debe llevar implícitos elementos referentes al logro de la Seguridad, por lo tanto, es responsabilidad del profesional de Enfermería lograr:

- **Disminuir los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería.**
- **Implantar estrategias de prevención de riesgos, con la aplicación de protocolos de actuación, aplicando a su vez el método científico de la profesión, (PAE), con acciones independientes bien planificadas.**
- **Monitorización de indicadores de Seguridad**
- **Fomentar Cultura de Seguridad entre los profesionales de Enfermería.**

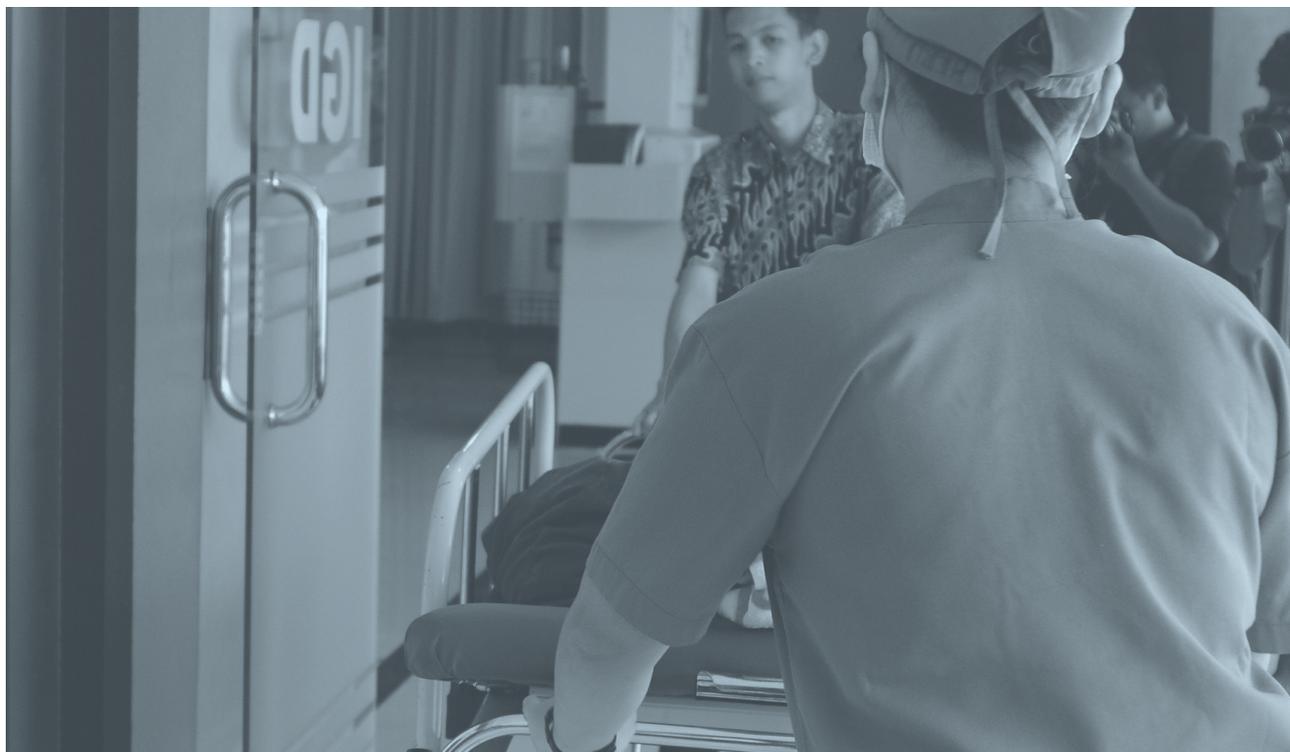
La elaboración y puesta en práctica de protocolos de actuación reduce la variabilidad en las intervenciones de Enfermería, con lo cual se mejora la calidad de la atención y se reduce la probabilidad de que se presente un

evento adverso durante la hospitalización; Sin embargo, no es suficiente con su elaboración, se hace necesaria la adherencia a los mismos, el profesional de Enfermería debe conocer y ejecutar cada uno de ellos.

En el análisis documental realizado se destaca que la preocupación por la seguridad del paciente comenzó a tomar relevancia cuando en el año 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "To Err is Human: building a Safer Health System. El informe, según las estadísticas, reportaba que cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o las producidas por el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La OMS colocó el tema de la calidad y la seguridad del paciente en la agenda de 55ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo del 2002. En dicha asamblea fundamentada por el informe preparado por un grupo de expertos sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, se aprobó una resolución en la que se recomendó a los países miembros de la OMS prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente y a establecer programas para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, en particular en áreas como medicamentos, equipos médicos y tecnología.

Por su parte la Organización Panamericana de Salud ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente con el principal objetivo de valorar la viabilidad de llevar a cabo este tipo de es-



tudios en la región, así como precisar la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en la población estudiada.

Se destaca una especial necesidad de constancia en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria y contribuir a reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir atención médica.

La Seguridad del Paciente se define por tanto como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Se considera una dimensión clave de la calidad asistencial, que según el Institute of Medicine (IOM), de la academia Nacional de los Estados Unidos (EEUU) es el grado o medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados para el individuo y para

la población, de acuerdo con el conocimiento científico disponible.

La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, la mayor organización multidisciplinaria dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. La seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud.”

Emanuel L., plantea que la seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas

---

de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de estos.

La sistematización de los conceptos de seguridad del paciente permite definir operativamente la seguridad del paciente desde el accionar de enfermería como el conjunto de acciones protocolizadas, a punto de partida de la aplicación del proceso de atención de enfermería, como método científico de la profesión, encaminadas a reducir al mínimo la aparición de eventos adversos derivados de la hospitalización y la prestación de cuidados de enfermería.

Se puede asegurar teniendo en cuenta lo antes expresado que para lograr la Seguridad del Paciente se deben involucrar todos los elementos presentes en el proceso de la atención de salud, los pacientes, la familia la organización sanitaria, así como los profesionales que brindan la atención.

Es una tarea y un reto del conjunto de la organización que, en última instancia, es gestionada por los equipos multidisciplinares que trabajan en los dispositivos sanitarios. La cohesión del equipo y la capacidad de liderazgo local son las piezas claves en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Los equipos deben aplicar herramientas que les permitan conocer los factores y situaciones de riesgo (Mapas de riesgos) y participar en el establecimiento de estrategias de intervención en seguridad del paciente.

Los Eventos Adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacio-

nados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado. Por ello se han realizado diversos estudios para cuantificar los costos derivados de la “no seguridad” en la asistencia sanitaria.

Se considera un aspecto clave de las políticas de calidad de los sistemas de salud y, por tanto, debe ser tratado como un principio esencial. Esta recomendación ha sido avalada por diferentes organismos, como la Organización Mundial de la Salud en lo adelante (OMS), la Joint Commission (JC), la Organización Panamericana de la Salud en lo adelante (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa.

Un elemento indispensable para el logro de la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias es poseer una adecuada cultura de seguridad, que puede ser definida por “las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas”.

Otros autores la definen como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y ciencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Crear una cultura que sea abierta y justa, una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad



del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona; esto es la esencia del gobierno clínico. También es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria entraña esos riesgos.

Arenas Gutiérrez WA., define la cultura como un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, asegura que a su vez que se convierte en una competencia obligada del personal de enfermería en el mundo moderno; la reconoce como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente y plantea que descubre además la realidad en las instituciones, la reconoce como un punto de partida para plantear acciones de mejora que no se limita al personal de salud, sino que implica también a los pacientes y familiares, elemento que a consideración de la autora reviste vital importancia. El autor asegura que a partir de dicha cultura se pueden entablar estrategias mundiales tanto para la misma atención como para la formación de profesionales.

Por su parte Luengas Amaya; S., la define como un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud. La organización es capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar. La interacción entre los colaboradores de la organización es abierta e imparcial (justa) para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en presencia de errores o eventos adversos (esto es crítico tanto para paciente como para quien lo cuida o trata).

León Román, CA autor cubano expone como el profesional de Enfermería debe conceder una especial atención al tema para lograr brindar cuidados libres de riesgos, este concepto está implícito en el acto de cuidado “pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”

Al sistematizar las diferentes definiciones emitidas por los autores nacionales e internacionales, se sume lo definido por Alvarado Gallardo, CM, quien, en el año 2014, plantea que se entiende por cultura de seguridad del paciente al conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente.

En su sistematización, los investigadores coinciden en asociar el concepto de cultura de seguridad con, costumbres, creencias, valores, actitudes, patrones de comportamiento, responsabilidad.

La sistematización de la evolución del concepto de cultura de seguridad del paciente permite definirla como un conjunto de elementos como valores, creencias, actitudes, sobre la base de principios éticos, que determinan forma de actuar, el desempeño del profesional de la salud, en estrecha relación con conocimientos científicos en torno al tema, que conduzca a minimizar el daño, elemento que resulta esenciales para el logro de la de la seguridad del paciente, durante la prestación de servicios de salud y por ende determinan la calidad de este servicio.

El Consejo Internacional de Enfermería, (C.E.,

---

CIE), manifiesta “la responsabilidad de la Enfermera en cuatro aspectos fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento.

El código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN), manifiesta en su artículo cuarto: “La enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de la Enfermería directa y de apoyo, considerando que Enfermería es una profesión independiente que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de los sujetos. Todos o casi todos, cuidan y/o se cuidan. El cuidado de Enfermería añade a lo cotidiano la profesionalidad. El cuidado hay que situarlo en el contexto del proceso vital, incluyendo en éste, la muerte.

Hablar del cuidado de enfermería significa hablar de la identidad profesional. El reconocimiento social del enfermero, en su arte de cuidar pasa por el reconocimiento de la intimidad de ese cuidado. La práctica de Enfermería, pretende cuidar al paciente, desde una perspectiva holística y humana, teniendo en cuenta los conocimientos científicos, teóricos y prácticos necesarios para hacerla más segura.

La Enfermería ha poseído con el de cursar del tiempo la responsabilidad del cuidado, por lo que el cuidado se constituye entonces como el objeto de estudio de la práctica de enfermería. Según Doris Grinspun, “Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y

comprendido, en el cual la enfermera(o), junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud”

Cotrina Montenegro, E. en el 2007 plantea que “cuidar es la capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. La acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas: alimentación, higiene personal, eliminación, termorregulación, sueño, descanso, comodidad, actividad y movilidad, etc.; es decir: “sustituir a la persona cuando ella no puede auto cuidarse”.

Juárez Rodríguez, P.A en el 2009 plantea que es el cuidado la esencia de enfermería, es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

Molina Cardona, E M en 2011 plantea que el cuidado de enfermería, involucra varios componentes, desde la esencia misma de lo que son los cuidados hasta los medios para prestar los mismos. Enfatiza en que el profesional de Enfermería, constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona en el ámbito de la salud, implementando el cuidado y el contacto permanente y directo con el cliente bien sea interno o externo.

Borges Damas, L en el año 2017 define el cuidado de enfermería como el objetivo esencial de la práctica de cada enfermera-o median-



te una actitud donde se relacionen de forma indisoluble los conocimientos científicos, las habilidades y competencias profesionales con los sentimientos, los valores y los principios ético-morales, al brindar una asistencia de calidad que sea percibida por los pacientes, la familia y la comunidad en la identificación y satisfacción de sus necesidades como eje central en la conducción del proceso salud-enfermedad. Esta definición posee elementos claves que enriquecen la investigación, haciendo énfasis en las competencias profesionales y los valores y principios ético-morales que debe poseer el profesional de enfermería en la prestación de cuidados.

En relación a los cuidados para garantizar la seguridad del paciente, León Román CA en 2006 en su estudio “La Seguridad del Paciente, Una Responsabilidad en el Acto del Cuidado” menciona que, para brindar una atención, los responsables tienen que involucrarse en mejorar la calidad de los servicios en sus diferentes ámbitos, la Enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. Plantea que la finalidad y el objetivo de la prestación de los servicios de enfermería, consisten en cumplir las metas inherentes a la definición de esta profesión, que con su calidad humana y como elemento fundamental del sistema de salud, ha sido una fuerza importante para delinear el futuro del sistema.

Plantea además que, la seguridad del paciente dentro de los programas incluida dentro de los sistemas de calidad, no debe ser considerada como una nueva perspectiva de la atención en salud; sino una responsabilidad

profesional implícita en el acto del cuidado del personal de Enfermería. Hace énfasis en los criterios que sustentan la Enfermería como profesión, planteando que abarca “una visión de la profesión como disciplina científica, que se preocupa por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo”.

Este autor afirma que el profesional de enfermería debe poseer habilidades fundamentales para desarrollar el acto del cuidado, definidas como habilidades personales, interpersonales, sociales, clínicas, técnicas, intelectuales y conductuales, que le permitan un desempeño de excelencia, Plantea, además que estos cuidados pueden aumentar su complejidad según el contexto donde se apliquen.

Cometto C., en el 2011 plantea que los cuidados de enfermería comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad del paciente sino también por el volumen y el alcance de estos en todos los niveles asistenciales. Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad.

Da Silva Severino en 2014 plantea que “La enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la seguridad del paciente por presentarse de forma más constante y directa en el cuidado al paciente. En contrapartida, si dicho cuidado no es realizado con calidad,

---

puede ser generador de errores y comprometer la seguridad del cuidado”.

Teniendo en cuenta lo antes planteado se puede definir cuidados de enfermería para el logro de la seguridad del paciente, como el conjunto de actividades planeadas, encaminadas a brindar una atención de enfermería libre de riesgos, en la cual se interrelacionen los conocimientos, habilidades y la responsabilidad en el acto del cuidado, basados en la adherencia a protocolos de actuación y con énfasis en la capacitación y educación continua.

Para el logro de estos cuidados se debe tener en cuenta las prácticas seguras consideradas como aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente.

Cabe resaltar que la seguridad del paciente no debe ser considerada como una nueva perspectiva de la atención en salud; sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado del personal de Enfermería lo cual es planteado por León Román quien además plantea que abarca “una visión de la profesión como disciplina científica, que se preocupa por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo”.

En su sistematización, los investigadores coinciden en señalar que las prácticas seguras recomendadas son fundamentalmente aquellas dirigidas a promover el uso seguro de los medicamentos, a prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y a evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de

los pacientes, que son los factores principales asociados a los eventos adversos, según los diferentes estudios epidemiológicos desarrollados a nivel nacional. Otras prácticas aquí recomendadas, como la identificación adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva, o el uso seguro de radiaciones ionizantes contribuyen también a prevenir eventos adversos evitables.

Se puede afirmar que el logro de prácticas seguras se puede obtener mediante el diseño y aplicación de protocolos de actuación que conduzcan a una atención segura y de excelencia, sobre la base de dar salida a las metas internacional propuestas por la “Alianza Mundial para la seguridad del paciente”, teniendo en cuenta que constituyen estos protocolos de actuación instrumentos de aplicación y orientación eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención.

Lo que se pretende con la elaboración de protocolos es la normalización de la práctica profesional, estandarizando la estructura formal que deben seguir todos los documentos que se generen y disminuir significativamente la variabilidad de los cuidados.

Es importante resaltar una vez más que, la práctica de enfermería debe estar centrada en cuidado, con respaldo de conocimiento, sobre la base de actitudes y habilidades que promuevan un ambiente seguro. El reto actual de los profesionales de la enfermería es valorar la persona no como objeto de cuidado sino como sujeto de este, cuyas necesidades se expresan durante todo el ciclo de la vida.



En torno al cuidado para el logro de la seguridad, debemos tener como premisa que la seguridad del paciente es el mayor aporte que podemos brindar a la excelencia del cuidado, elevando así la calidad de los servicios de salud sin olvidar que se hace necesario que el profesional de enfermería posea una actitud que permita brindar un cuidado libre de riesgos y con un enfoque humanizado.

## CONCLUSIONES

La atención de enfermería para lograr la seguridad del paciente reside en brindar cuidados libres de riesgos, por lo tanto, se debe fomentar actividades que generen la no ocurrencia de los mismos; para ello se hace necesario elaborar y aplicar cuidados sobre la base de protocolos de actuación, bien diseñados, que contribuyan a brindar una atención de calidad. Durante esta atención se deben interrelacionar los conocimientos, habilidades y la responsabilidad, basados en la adherencia a protocolos de actuación y con énfasis en la capacitación y educación continua, que fomente una cultura de la seguridad en el profesional de enfermería, sin dejar a un lado la necesidad de implicar a los pacientes en su seguridad y dar participación a los mismos en la planeación de sus cuidados.

## Bibliografía

- Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia Rev. Ciencia Y Enfermería XVII (3): 97-111, 2011 ISSN 0717-2079 (Consultado el 20 de marzo de 2013) Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)
- INFORMACIÓN LEGAL. Negligencia médica [en línea]. (Consultado el 18 de marzo de 2017) Disponible en: <http://espanol.getlegal.com/legal-info-center/negligencia-medica>.
- Cometto C, Gómez P, Dal Sasso G, Zárate R. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2011
- Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson. MS Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999(Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
- WHO. WHA55. Resolution A55/13 Quality of Care: Patient Safety 13 18 de mayo 2002. (Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: [www.who.int/patientsafety/policies/resolution/en](http://www.who.int/patientsafety/policies/resolution/en)
- Montserrat Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L; AMBEAS Group. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. Int J Qual Health Care. 2015 Feb;27(1):52-9 (Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609774>
- 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (Consultado el 18 de marzo de 2017) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
- Saturno PJ. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Seguridad del paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed.: Universidad de Murcia; 2008
- Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. MedGenMed 2000;2: E38. (Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/?Db=pubmed>
- Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? In: Advances in patient safety: new directions and alternative approaches. AHRQ; 2008. (Consultado el 20 de marzo de 2017) Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/). Retrieved January 25, 2012.
- Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente", 2008. (Consultado el 20 de marzo de 2013) Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272013000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300008)
- Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2013; 87:283-292
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría: Calidad de la Atención: seguridad del Paciente. (Consultado el 20 de abril de 2017) Disponible en: <http://www.who.int/publications/es>.
- National Patient Safety Agency. National Health Service. United Kingdom. (Consultado el 22 de noviembre de 2017) Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>.
- Cifuentes Rodríguez AM. La cultura de seguridad del paciente en el centro médico endocrujanos de Cali. Universidad católica de Manizales facultad de salud especialización en administración en salud programa a distancia cali, valle. 2012 (Consultado el 20 de abril de 2017) Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010pdf>
- Gerencia de calidad unidad de gestión de riesgo clínico aop. cga Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el hospital Padre Hurtado. p. 5 (Consultado el 20 de noviembre de 2017) Disponible en: [www.hurtadohosp.cl](http://www.hurtadohosp.cl)
- Alvarado Gallardo CM. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval Tesis de maestría en Economía con Mención en Economía y Gestión de la Salud Lima, Perú, 2014. p. 51. (Consultado el 8 de noviembre de 2017) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Arenas Gutiérrez W A. Cultura de Seguridad del Paciente del Personal de Enfermería en Instituciones de III Nivel. Tesis de grado presentado para optar al título de enfermera. Bogotá. 2010. P. 6 (Consultado el 5 de noviembre de 2017) Disponible en: <http://www.revistabioanalisis.com/arxius/notas/empresa.pdf>
- Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria; 2009. (Consultado el 12 de noviembre de 2017) Disponible en: <http://www.fundacioncorona.org.co> o <http://www.cgh.org.co>.
- León Román C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006; 22(3). (Consultado el 1 de febrero de 2015) Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Hojas Informativas "La Enfermería importa", (Consultado el 10 de febrero de 2017) Disponible en: <http://www.cie.org/>

www.icn.ch/matters\_errorsp.htm

23. Código de ética Federación Panamericana FEPPEN. (Consultado 20 febrero de 2016) Disponible en: [instituciones.sld.cu/fppen/files/2013/04/Codigo-de-etica-FEPPEN](http://instituciones.sld.cu/fppen/files/2013/04/Codigo-de-etica-FEPPEN)

24. Kerovac, S. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson; 1996 (Consultado 20 febrero de 2016) Disponible en: <http://www.casa.de.libro.com/libro-el-pensamiento-enfermero/.../502571>

25. Duran Escribano M. La Intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. *Rev. Rol Enf.* 1999. (Consultado el 15 de febrero de 2016) Disponible en: [http://www.erol.es/articulospub/articulospub\\_paso2.php?idartback=39\(11-12](http://www.erol.es/articulospub/articulospub_paso2.php?idartback=39(11-12)

26. Malvárez, S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007; 16(3):520-10. (Consultado 20 febrero de 2015) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?escrip=sci-artex&pid=51695-614120100020&ing=es>

27. Salazar M, Gutiérrez, A. La responsabilidad de la Enfermería ante la indicación de transfundir sangre y hemoderivados: la experiencia en Costa Rica. *Rev Latinoam Der Méd Middle Leg*; 2010; 1(1):49-4. (Consultado 20 febrero de 2018) Disponible en: [www.binasss.sa.cr/revista/rlmml/vin/art8.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revista/rlmml/vin/art8.pdf)

28. Pinto Afanador N. El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. *Avances en Enfermería*. 2002; XX (1):43-8. (Consultado el 21 de marzo de 2015) Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/articulo/view/16312>

29. Daza de Caballero R, Medina LS. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá. *Cultura de los Cuidados*. Colombia; 2006; X (19):55-7. (Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados\\_19\\_08pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08pdf)

30. Borges Damas L. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto Tesis Doctoral en Ciencias Ciencias de la Enfermería. La Habana, 2016. p. 23.

31. Grispun, D. Identidad Profesional, Humanismo y desarrollo tecnológico: Oportunidades y desafíos para enfermería. Presentación Magistral VII jornadas de enfermería Instituto de cardiología México .1994 (Consultado el 1 de marzo de 2013) Disponible en: [https://studylib.es/doc/7345737/propuesta\\_de\\_atencion\\_de\\_enfermeria](https://studylib.es/doc/7345737/propuesta_de_atencion_de_enfermeria)

32. Cotrina Montenegro E. Cuidado de Enfermería docente F. *Medicina UN-MSM* junio 2007. (Consultado el 1 de marzo de 2015): Disponible en: <http://es.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria9087117>

33. Juárez Rodríguez P.A. "La importancia del cuidado de enfermería". Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato. México. *Rev. Enferm Inst Mex. Seguro Soc.* 2009.

34. Molina Cardona E M. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliar en Bogotá D.C. universidad

nacional de Colombia. Bogotá-Colombia. 2011(Consultado el 1 de marzo de 2015): Disponible en: [www.bidigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenacardona.2011.pdf](http://www.bidigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenacardona.2011.pdf)

35. León Román C. La enfermería como profesión. En: Bello Fernández NL. *Fundamentos de Enfermería Parte I*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2006. p. 21-27.

36.n Da Silva Severino L. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm. glob.* vol.13 no.35 Murcia jul. 2014 (Consultado 23 de febrero de 2017) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?escrip=sci-artex&pid=51695-614120100020&ing=es>

37. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Rockville, 2013. MD.: Agency for Healthcare Research and Quality. (Consultado 18 de febrero de 2017) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf>

38. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. AHRQ. July, 2001 (Consultado 6 de mayo de 2015). Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/clinic/tp/ptsafpt.htm>

39. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. [Internet] Madrid: 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado 19 febrero 2017) Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

40. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. [Internet] *Emergencias* 2010; 22: 415-428. (Consultado 22 febrero 2016) Disponible en: [http://www.semes.org/revista\\_EMERGENCIAS/buscar/titulo/EVADUR%3A+eventos+adversos+ligados+a+la+asistencia+en+los+servicios+de+urgencias+de+hospitales+espa%C3%B1oles/](http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/buscar/titulo/EVADUR%3A+eventos+adversos+ligados+a+la+asistencia+en+los+servicios+de+urgencias+de+hospitales+espa%C3%B1oles/)

41. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio sanitarios. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2011. (Consultado 15 febrero 2016) Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/earcas.pdf>

42. Lima FSS, Souza NPG, Vasconcelos PF, Freitas HA, Jorge MSB, Oliveira ACS. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2014; (35):311-27.

43. Rodríguez-Jiménez, S, Cárdenas-Jiménez, M, Pacheco-Arce AL. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2014; 11(4):145-153

44. Casanova YG. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. *Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]*. 2015 (consultado 8 Ene 2019);30(1):[aprox. 0 p.] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/articulo/view/630>

"imagen: Freepik.com".



FUNDACIÓN PARA LA  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

## **Curso:**

Qué es y como hacer Gestión  
de Riesgos en Salud

**Inicio 1º de Mayo 2019**

**80 horas**

**100% on line**

**Valor \$80.000 USD 120**

**[educacion@fpschile.org](mailto:educacion@fpschile.org)**



---

# CONVERSACIONES DE COACHING

---



**Laura González G.**

Coach Ontológico  
Diplomada en Desarrollo Organizacional  
[coachlauragonzalez@gmail.com](mailto:coachlauragonzalez@gmail.com)



El Coaching Ontológico es un campo del saber que pretende acompañar procesos de transformación, a partir de una coherencia ontológica (cuerpo, emoción y lenguaje). Nace con la finalidad de hacernos responsables de las singularidades que la vida nos pone en el camino (Exigencias laborales, avance y acceso a la tecnología, consumismo, entre otros).

Es un valioso instrumento y una muy efectiva maniobra para las personas que quieren mejorar su vida y potenciar sus habilidades personales, (tal vez desconocidas) y también las profesionales. Por medio del trabajo con un coach se puede establecer una relación sinérgica, de confianza y de gran respeto. La persona encuentra así un contexto apropiado para conectarse con su fuerza interior y sus valores profundos, lo que le permite avanzar hacia la realización de su vocación y la obtención de sus metas más preciadas.

La forma en que habitamos el mundo, las acciones que hacemos o no hacemos, están establecidas en nuestra propia forma de cómo interpretamos a nuestro entorno, a quienes nos rodean y principalmente, a nosotros mismos.

Además, estas percepciones se fundan en nuestros dogmas y valores, en las conversaciones que tenemos, en las emociones que vivimos, en nuestra corporalidad y en las diversas redes en las que participamos.

Para la Coach Laura González una forma de describir el Coaching Ontológico es como dice el maestro Olalla: “un espacio de aprendizaje donde los seres humanos florecen”.

### ¿Existen distintos tipos coaching?

Si, existen varios tipos. Desde hace algún tiempo la palabra “coaching” está de moda, entonces a todo le ponen coaching, yo invito a siempre preguntar el apellido del coaching pues son muy distintos entre ellos.

### ¿Qué es “El Observador” en la Ontología del Lenguaje?

La ontología del lenguaje postula que cada ser humano es un observador único y distinto a otro y que observamos nuestro entorno desde lo que nos es posible, es decir: Desde nuestra historia, género, edad, experiencias, etc. Siendo todos observadores legítimos.

El tema del observador es muy importante en el Coaching Ontológico dado que depende del observador que este siendo, son las acciones que haré y dependiendo de las acciones que haré, son los resultados que tendré.

### ¿Qué son “Las Distinciones del Habla” en la Ontología del Lenguaje?

Distinguir es conocer la diferencia que hay de unas cosas a otras. Hacer que una cosa se diferencie de otra por medio de alguna particularidad o señal. Desde la Ontología del Lenguaje se proponen distinciones que llamamos “Actos del Habla”. Conocer estas distinciones nos permite ser más claros y precisos en nuestra interacción, lo que es fundamental para relacionarnos con otros.

Los “Actos del Habla” son: Afirmaciones, declaraciones, juicios, peticiones, ofertas y promesas. Para mi aprender estas distinciones del habla es como aprender un nuevo idioma.



### **¿Qué son las emociones? ¿existen emociones negativas?**

Los humanos somos seres emocionales, y las emociones son la predisposición para la acción, por lo tanto, para mí este es otro de los temas más relevantes dentro del Coaching Ontológico. La emoción que tengo tiñe todo lo que hago, observo y percibo, siempre actuaré desde una emocionalidad y estas emociones no se pueden controlar, simplemente acaecen. Lo que sí puedo hacer, es aprender a manejarlas.

No existen las emociones negativas ni positivas, solo emociones que me permiten hacer acciones diferentes. Podríamos pensar, por ejemplo, que la tristeza es una emoción negativa, pero para nosotros esa emoción es muy importante pues es la que me muestra lo que realmente me importa.

### **¿Cuáles son los aspectos del Liderazgo desde la Ontología?**

Ser Líder hoy es un camino de alta exigencia... atrás quedó aquella concepción centrada en el control. Hoy los líderes deben necesariamente reunir condiciones y competencias integrales y transversales, sustentadas por la genuinidad y la confianza; actitudes que dan cuenta de un compromiso superior. Estas condiciones y/o competencias no siempre han sido adquiridas tempranamente en el vivir de una persona; y por tanto nos parece necesario, propiciarlas durante el desarrollo del propio ejercicio de su rol profesional y/o de su condición de líder.

Las competencias técnicas acopiadas, a través del avance tecnológico, en la carrera profesional y funcionaria, suman sistemáticamente precisión, calidad y suelen ser garantía de los procedimientos, en niveles que no cesan



de asombrarnos; sin embargo estas nuevas posibilidades tecnológicas, normativas, procedimentales no lograrán sus niveles de mayor excelencia, si los líderes hoy no son capaces de desplegar bastamente otros saberes: más abarcadores, más relevantes; y sostenibles en el tiempo: son éstos los llamados aprendizajes adaptativos, relacionales, integrales, que se encuentran a la base de los aprendizajes técnicos y que generan contextos emocionales inconmensurablemente superiores, y que redundan en resultados igualmente superiores.

Numerosos estudios avalan la influencia que el medio emocional genera sobre la recuperación de los enfermos: mayores niveles de bienestar son consecuencia de un trato enriquecido, con la calidad del vínculo, con la cercanía en la atención, con la conexión humana.

Dicho esto, no es difícil inferir que los liderazgos en áreas tan sensibles como las áreas de salud, precisan la incorporación consciente de estos saberes; y que por tanto la salud requiere personal que en todos sus niveles sea consciente de la inmensa riqueza que puede prodigar la consideración lucida de dimensiones humanas como el dominio del cuerpo y el contexto emocional.

Alcanzar Aprendizajes como estos, si no fueron adquiridos en forma espontánea con anterioridad, implica una intencionalidad: una decisión determinada de entrar en espacios muchas veces inexplorados que la capacitación y la formación tradicional, no saber abordar.

El Coaching ontológico pone a disposición una metodología centrada en una visión antropológica y generativa de nuevas formas de ser, que involucran a las personas en todas sus dimensiones.

Es esta una disciplina que ha construido una nueva pedagogía de la construcción del ser y que pone a disposición nuevos procesos para la consecución de nuevos resultados; y que redundan en una alianza estratégica con liderazgos cada vez más humanos y renovadores de la ética en el servicio a otros.

Hoy, los liderazgos que asuman conscientemente esta bella tarea, sin duda serán vanguardia en la consolidación de un nuevo paradigma de atención médica; y sin duda construirán un camino que alumbrará nuevos exploradores y consolidadores de cambios culturales prolíficos para la salud y la vida.

# IV Congreso Internacional Seguridad del Paciente

**5**  
Junio

PRE CONGRESO

1<sup>er</sup> Encuentro Latinoamericano

Enfermería en Seguridad del Paciente

Con la Colaboración y Apoyo de:





**6<sup>y</sup>7**  
**JUNIO**  
**2019**

inscripciones en  
**www.fspchile.org**

PROGRAMA

**1er Encuentro Latinoamericano de Enfermería para la Seguridad del Paciente**

**MIÉRCOLES 5 DE JUNIO 2019**

- 08:00 / Registro e Inscripción / Ceremonia Inaugural
- 08:30 / Dr. Hugo Guajardo Guzmán, CEO Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE
- 09:40 / EU Dra. Sávana Castillo Parra, Directora Departamento de Enfermería Universidad de Chile
- 09:50 / EU Dra. María Angélica Baeza, Presidenta del Colegio Enfermeras de Chile Programa
- 09:00 / Nursing Now en América Latina - EU Claudia Regina Lascelva, Directora de Operaciones, CND - Unidad Moramb Hospital Israelita Albert Einstein - Brasil Miembro de la Junta Directiva Nursing Now
- 10:00 / O papel da Enfermagem para Segurança do Paciente EU Karina Pires Pereira, BSP - Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
- 10:45 / Coffee
- 11:15 / Formación de Profesionales de Enfermería en Seguridad del Paciente - EU Cristian Pérez, Mg. en Enfermería, Departamento de Enfermería Universidad de Chile - Chile
- 11:50 / Hacia un manejo seguro del paciente postado en atención primaria - EU Sandra Moreno, Coordinadora del Centro de Salud Familiar CESFAM Sol de Oriente - Chile
- 12:25 / Encuesta ARCH en Seguridad del Paciente: Resultados y Mejoras implementadas - EU Laura Fuenzalida, Encargada de Calidad del Hospital Comunitario de Salud Familiar San Vicente de Acaico - Chile
- 13:00 / Almuerzo
- 15:00 / Experiencias prácticas exitosas y de las otras en Seguridad del Paciente - EU María Eugenia Vilami, Coordinadora de la Comisión de Seguridad del Paciente del Servitorio Americano Morenvidio - Uruguay
- 15:30 / Papel de enfermería en la Prevención de IMAS Centro de Experiencia en Trauma - EU Diana María Callejas Ortega, Coordinadora de Epidemiología y Gestión del Riesgo de Clínica Médica Bogotá - Colombia
- 16:00 / Manejo Seguro de Derivados en Hemodiálisis EU Beatriz Contreras A., Unidad de Hemodiálisis Hospital Clínico Graf. Dr. Raúl Yagup J., Fuerza Axa de Chile - Chile
- 16:30 / Error Humano y la Gestión del Cuidado - Prof. Socy EM, Prof. Tildar Escobar de Enfermería UC, Presidenta Asociación Chilena de Educación en Enfermería
- 17:30 / Cierre Capitán de Enfermería de FSP CHILE

PROGRAMA

**IV Congreso Internacional Seguridad del Paciente**

**JUEVES 6 DE JUNIO 2019**

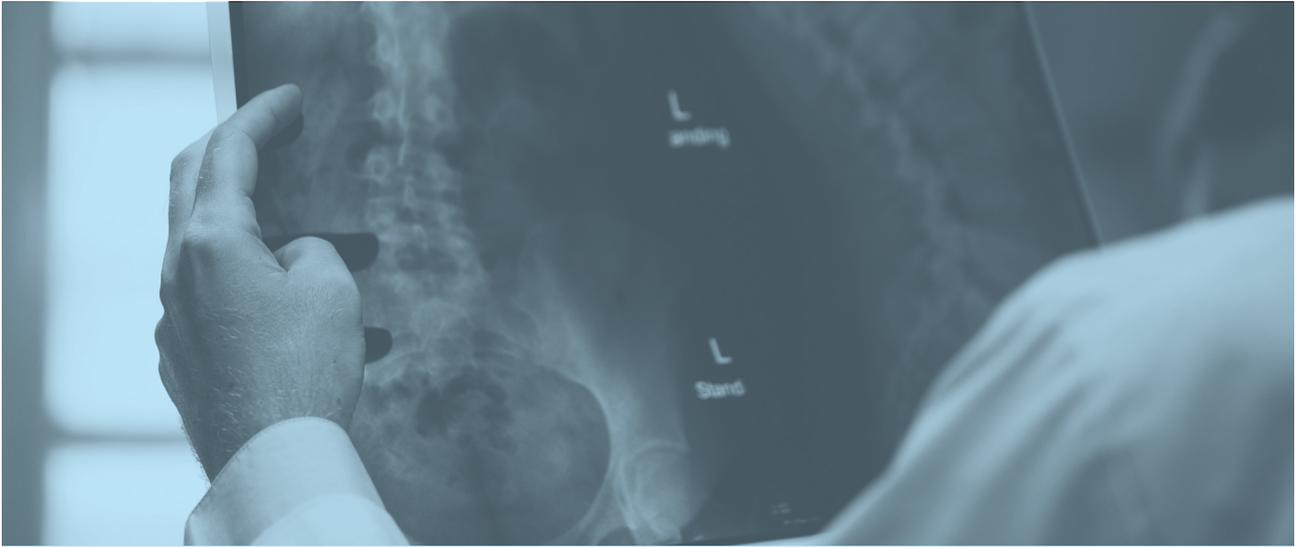
- 08:00 / Registro e Inscripción
- 09:00 / Ceremonia Inaugural
- Dr. Hugo Guajardo G. - CEO Fundación para la Seguridad del Paciente
- Dr. José De Gregorio R. - Decano Facultad Economía y Negocios Universidad de Chile
- 10:15 / Role of ISQUA in Health Accreditation processes Peter Lachmann CEO - ISQUA The International Society for Quality in Health Care
- 11:00 / Coffee Break
- 11:30 / Los Metas Canadienses de Calidad y Seguridad del Paciente Sébastien Audette President, Global Programs HSO - Health Standards Organization Accreditation Canada - Canada
- 12:15 / Factos Humanos Seguridad del Paciente Carlos Keruehén - Subdirector de Métodos de Desempeño Clínico Fundación Santa Fe de Bogotá - Colombia
- 13:00 / Almuerzo
- 14:45 / Introducción
- 16:00 / Seguridad del Paciente en atención Geriátrica Tatiana Sotillo Mayor - Directora Senior de Calidad Anil United Health Brazil - Brazil
- 15:40 / Rol de la Enfermería en la Seguridad del Paciente, Claudia Lascelva - Directora de Operaciones, CND - Unidad Moramb Hospital Israelita Albert Einstein Miembro de la Junta Directiva Nursing Now
- 16:20 / Certificación de Calidad de Aplicaciones de Salud Un Componente Especial para la Seguridad del Paciente, Camilo Bazo - CEO de Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud - CENS CHILE

**VIERNES 7 DE JUNIO 2019**

- 08:00 / Rol de PBM en Seguridad del Paciente en México, Javier Divina Torres - Regional Network Chair Patient Safety Movement Foundation
- 09:45 / Global lessons in Quality and Safety Being Inspired Peter Lachmann - CEO ISQUA The International Society for Quality in Health Care
- 10:30 / Coffee Break
- 11:00 / Almuerzo
- 11:30 / Métodos de Desempeño Clínico Carlos Keruehén B - Subdirector de Métodos de Desempeño Clínico Fundación Santa Fe de Bogotá - Colombia
- 12:15 / Gravidad, Frecuencia y Detectabilidad de Eventos Adversos: Situación de la Calidad y la Seguridad Clínica en los Hospitales Chilenos Ulises Nietz J. - Directora Centro de Control de Gestión Facultad de Economía y Negocios - Universidad de Chile
- 13:00 / Almuerzo
- 14:45 / Introducción
- 16:00 / Seguridad del Paciente en Atención Primaria, Javier Divina Torres - Regional Network Chair Patient Safety Movement Foundation
- 15:40 / Como Notificar Incidentes en Seguridad del Paciente Fabian Vitale - NOBLE SEGUROS Argentina
- 16:30 / Ceremonia de Cierre

inscripciones en  
**www.fspchile.org**





---

# ERRAR ES HUMANO ¿EN SALUD ES POSIBLE?



**Dr. Oscar Morales Spichiger**

38 años de profesión  
Ex Médico General de Zona  
Médico Internista con subespecialidad en Medicina Intensiva del Adulto  
Ex director de Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena en dos oportunidades  
Jefaturas de Servicio y Centro de Responsabilidad

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

**Nota del Editor:** Resumen de la Conferencia realizada en las “6ª Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación”, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Universidad Los Lagos, realizadas los días 8 y 9 de Noviembre en Puerto Montt – Región de Lagos – Chile.



Los elementos relacionados con la “Seguridad” se encuentran entre las necesidades más básicas del Ser Humano, inmediatamente después de la necesidad de “Vivir” y Reproducirse.

Y su necesidad de “Vivir” se encuentra directamente relacionado con los aspectos relacionados con su Salud, ya sea por accidentes, infecciones o aquellas que son simplemente producto de su envejecimiento natural.

El rol social de “sanadores” se encuentra desde las sociedades más atávicas, en las cuales uno o más de los integrantes de los grupos sociales, recibía ciertos poderes o capacidades de mejorar a los enfermos, directamente desde sus dioses o fruto de su herencia.

La entrega o formalización de sus capacidades de “sanación” se realizaba de manera formal en rituales o ceremonias, y generalmente tenía una duración de por vida, con privilegios mayores de los que comúnmente recibía el resto del grupo social.

Sin embargo, dichos privilegios podían ser violenta y trágicamente perdidos con la ejecución, si alguno de sus pacientes (sobre todo los de la clase más alta), llegaba a fallecer en sus manos.

Estos eran los primeros castigos asociados a lo que pudiéramos denominar “posibilidad de error”.

Injusto sin duda en muchos casos, dado el escaso conocimiento y medios disponibles para “sanar” a sus enfermos, en tiempos en que los conceptos de Salud - Enfermedad eran más bien de carácter místico - religioso.

Con la llegada de la Modernidad, las Ciencias adquieren una importancia enorme, casi hasta “divina”, en que todo el conocimiento humano se rige por las nociones derivadas de los estudios científicos, y se logran avances significativos en el conocimiento de algunas áreas de la Física, la Biología, la Química y otras que sustentan el denominado “Conocimiento Médico”.

Producto de estos avances se logran disminuir la mortalidad e incluso erradicar algunas enfermedades principalmente relacionadas con los agentes infecciosos. Todas las áreas de la medicina se expanden durante los últimos dos siglos, logrando avances enormes, de la mano del Desarrollo Tecnológico.

La Salud deja de ser algo místico religioso apoyándose decididamente en la ciencia y la tecnología, y ya no son solo algunos elegidos los que la practican, sino que se requiere de Organizaciones capaces de otorgar las prestaciones necesarias, y desarrollando diversas profesiones relacionadas con sus procesos (Hospitales y Carreras o Profesiones de la Salud).

La posibilidad de lograr el anhelo innato del Ser Humano, de combatir a su natural enemigo, la muerte, se hace cada vez más concreta y esperanzadora.

Sin embargo, este augurio de progreso y bonanza, comienza lentamente a recibir algunas críticas, tanto de parte de los pacientes (no me agrada la palabra usuario), en el sentido que se pierde justamente la base del misticismo de antaño, que era la estrecha relación médico - paciente, así como también de parte de los que debían proporcionar el apoyo económico necesario para que las estructuras de salud funcionen.

---

Ya desde mediados del siglo pasado, comienzan a realizarse estudios o notificaciones, de la importancia que comenzaba a tener la posibilidad de “Error”.

El Instituto de Medicina (IOM) de los EE UU publica en 1999 el informe “To Err is Human: building a Safer Health System“, desencadena una serie de estudios orientados a precisar los alcances de estos errores.

Las cifras encontradas son consideradas “aterradoras”, aun cuando se trataba de un secreto a voces, dado que desde muchos años antes los enfermos lo único que querían era ... “no ser hospitalizados, ya que al hospital se va a morir”.

Los estudios posteriores solo confirman la magnitud de los “errores”, y sus consecuencias, tanto en lo relativo a secuelas físicas de importancia, como de causa directa de la muerte y costos asociados, y en que se determina que en alrededor de la mitad de los casos (por lo menos), los errores eran “evitables”.

Se determinan números de pacientes dañados, se calculan montos económicos involucrados, y se comienza a hablar de “negligencias”, desatando una espiral compleja en que de un hecho cierto (posibilidad de error), se asumen responsabilidades en costos, compensaciones económicas e incluso responsabilidades penales.

Las obligaciones en salud, referidas fundamentalmente a “medios” (poner a disposición del paciente todos los recursos disponibles, ya sean de conocimiento, tecnologías, insumos y procedimientos), se extrapolan a “resultados”

(que se logre a cabalidad el fin esperado de “sanar”), dando paso a un conflicto difícil de resolver en que se pierden las confianzas necesarias para desarrollar esta sensible actividad, en que cada caso es diferente a otro, siendo las estadísticas nada más que expresión de volúmenes poblacionales de escaso valor dado que el “caso individual representa el 100%”.

Nada hay más inductor al error, que la “inseguridad y las repercusiones eventuales” en lo que se está haciendo, generando a su vez una “medicina defensiva”, con acciones, procedimientos, terapias u otras, que más que hacer un “bien” al paciente de lo que se trata es que “nadie diga que no se hizo todo lo posible”, pasando el paciente de ser un beneficiado a un maltratado y víctima de excesos de acciones no justificadas.

El avance en los Procedimientos de Apoyo Diagnostico y el conocimiento progresivo de muchas enfermedades, sus causas, sus condicionantes naturales, y los “tratamientos”, hacen que hoy en día diagnósticos como “Cáncer”, no sean sinónimo de muerte sino de múltiples alternativas terapéuticas que en algunos casos son “curativas”, pero sin considerar que la gran mayoría siguen siendo “paliativas” (prolongar una vida muchas veces de mala calidad).

En todo lo anterior se producen dos efectos que podrían catalogarse como inesperados, pero que lamentablemente se discuten muy poco.

Uno es que la mayoría de los nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con-



llevan en su esencia “mayores riesgos y mayor posibilidad de error”, toda vez que se trata en general de procesos invasivos que tienen la posibilidad de “reacciones o eventos adversos”.

El otro tema no menor, es que con demasiada frecuencia no se considera en los estudios la “calidad de vida” que tendrá el paciente (que debería ser el centro de nuestro accionar), y se actúa mas bien sobre la base de protocolos o guías clínicas que no consideran estos temas; en una sociedad cada vez más exigente de “cosas”, que realmente del bienestar real de su paciente o familiar.

## NO SIEMPRE “MÁS ES MEJOR”.

Que un paciente de cáncer muera después de múltiples tratamientos quirúrgicos, radioterapéuticos o quimioterápicos, que le han provocado reacciones adversas severas y dolorosas, producto de una infección por un agente común en un organismo con su inmunidad deprimida por la terapia, o quedar con orificios artificiales en lugares molestos para su intimidad (ostomías), parece ser lo “socialmente correcto”, “legalmente correcto”, “normativamente correcto”.

## ¿PERO ALGUIEN SE MOLESTÓ EN PENSAR SI PARA EL PACIENTE ES LO “CORRECTO”?

Cierto es que desde aquellos años en que el médico (utilizado en genérico y extrapolable a institución de salud), era el “dios que definía la vida y la muerte” casi como en la antigüedad, se ha avanzado mucho en los derechos de las personas, a mi entender nos falta mucho por recorrer para que el “enfermo” sea realmente

quien defina, entre las opciones entregadas en la forma más clara, objetiva y realista posible. Para que recupere efectivamente su rol Ético de Autonomía.

Tampoco mencionare en profundidad los enormes costos asociados a estas nuevas terapias y procedimientos, tema muy asociado a complejas necesidades, estructuras y sistemas sociales.

## ¿CÓMO AVANZAR EN NUESTRA REALIDAD?

En nuestro país, la Reforma de Salud lleva ya algunos años en vigencia y en una difícil y compleja fase de implementación.

Su esencia es la “recuperación del paciente como centro del quehacer”, con sus obligaciones de “Acceso”, “Oportunidad”, “Calidad” y “Protección Financiera”.

Y en el tema que nos compete que es la Calidad, hay implícitamente un llamado y obligación legal a “Hacer las Cosas Bien”, o dicho de otra forma “Minimizar el Error”.

Para el logro de este objetivo se requiere de un marco referencial, que ya existe, pero más importante que la forma o el cumplimiento de indicadores, insistir en que el fondo prioritario es conseguir una “cultura de Mejora Continua”.

Vale decir, que parta de la base que algunas cosas no se hacen como corresponde y se deben corregir, pero además requiere que esta frase sea incorporada en la “genética personal e institucional”, que cambie nuestra “Cultura en Salud”, la cual debe incluir necesariamente

---

al paciente en su centro y su entorno familiar. Solo a modo de ejemplo, el “Consentimiento Informado” es mucho más que un simple formulario firmado por el paciente, su representante legal o su familiar cercano; es una certificación de que “realmente se entendió” el “problema” de salud, las “alternativas” de tratamiento, y los “riesgos” asociados a cada una de ellas, y que libremente eligió “su alternativa”.

## CAMBIAR LA CULTURA

Sin lugar a dudas que este uno de los más grandes y difíciles desafíos, dado que conlleva la ruptura de múltiples paradigmas establecidos en las personas y las instituciones; y que además su implementación tiene un “altísimo costo” (personal dedicado, sistemas de registro, insumos etc.)

Un aspecto fundamental es que se tenga una definición Institucional clara, en el sentido de dar la posibilidad a que todos y cada uno de sus integrantes, se comprometan activamente con el proceso; y que los aspectos más relevantes en los procesos de “mejora continua” son la notificación, el análisis y las medidas de mejora de los denominados “Eventos Adversos”, que en castellano significan “errores cometidos”.

Estos errores no tienen necesariamente una significación peyorativa, o de irresponsabilidad funcionaria, actuar negligente o responsabilidades legales individuales o colectivas. Sin embargo, en un ambiente social o institucional punitivo, sin lugar a dudas que se producirá necesariamente un ocultamiento de estos eventos.

Por tanto, es fundamental conseguir que de alguna manera se llegue a un acuerdo en que “un error no es un delito”, y que no necesariamente se produjo un “daño voluntario”; y recuperar en la práctica de la medicina los Pilares Éticos de “Beneficencia, “No maleficencia”, “Autonomía” y “Justicia Social”.

### REFERENCIAS:

*“To Err is Human: building a Safer Health System”* Paginas OMS y MINSAL

*EL EFECTO CASCADA: IMPLICACIONES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ÉTICAS, PÉREZ-FERNÁNDEZ M Y GÉRVAS J.- Med Clin (Barc) 2002;118(2):65-7*



# DIPLOMADO GESTIÓN RIESGOS DE SALUD



**100%**  
ONLINE



**170**  
HORAS



**INICIO**  
A ELECCIÓN  
DEL ALUMNO

INSCRIPCIÓN EN: [educacion@fspchile.org](mailto:educacion@fspchile.org)

**VALOR: \$650.000**

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



---

# USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

---



**Jorge Cienfuegos S.**

Químico Farmacéutico  
Cesfam Edgardo Enríquez Fröedden  
Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda  
Santiago de Chile

*“Regala un pescado a un hombre  
y le darás alimento para un día,  
enséñale a pescar y lo alimentarás  
para el resto de su vida”*

**Nota del Editor:** Resumen de la Conferencia realizada en las “6ª Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación”, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Universidad Los Lagos, realizadas los días 8 y 9 de Noviembre en Puerto Montt - Región de Lagos - Chile.



**“Regala un pescado a un hombre y le darás alimento para un día, enséñale a pescar y lo alimentarás para el resto de su vida”**

Los medicamentos y las acciones asociadas a estos están asociadas a tres ámbitos: Acceso, Calidad y Uso Racional. Estos, inclusive en aspectos relacionados a la seguridad del paciente, deben estar en equilibrio para lograr una acción efectiva.

La Atención Primaria de Salud (APS), se encuentra inmersa en el Modelo de Salud Familiar, y por ende cualquier acción que emprendamos requiere considerar el aporte hacia dicho modelo. Desde las unidades de farmacia debemos involucrar al usuario y a la comunidad de manera activa en sus tratamientos farmacológicos y en prevención.

**Hablamos de modificar el concepto de paciente a usuario. De empoderarlo, pero... ¿Cuántas veces involucramos al usuario en su propia terapia?**

OPS en su “Propuesta Regional para la Implementación de una Estrategia Nacional de Uso Racional De Medicamentos” expone que: “La estrategia modelo de URM (Uso Racional de Medicamentos) procura tener como **centro al paciente, inserto en una comunidad**, abordando los problemas y necesidades del sistema sanitario, especialmente en el contexto de atención primaria y **teniendo al medicamento como una de las herramientas eficaces, pero no la única, para mejorar la salud de la población.**”

El flujo normal de acciones en un Centro de Salud Familiar (u otros centros de salud) implica que los profesionales del equipo de salud entregan prestaciones en una cierta periodicidad, que en algunos casos excede el año calendario. En cambio, la unidad de farmacia por la dispensación de medicamentos e insumos, especialmente para patologías crónicas, ven al usuario en una periodicidad que va desde uno a dos meses. Esta mayor cantidad de instancias

es una oportunidad para la pesquisa de inquietudes y problemas relacionados al tratamiento, por lo que la unidad de farmacia pasa a ser un aliado importante en la entrega de información y en la identificación de PRM (Problemas Relacionados a Medicamentos).

La educación es una labor que compete en todas las áreas de atención del usuario, culmina en farmacia que refuerza las indicaciones de los prescriptores.

Los medicamentos representan una preocupación a nivel mundial, ya sea por la importancia desde un punto de vista terapéutico, como también por los costos asociados a su mala utilización o no acceso. La OMS define el uso racional de medicamentos como “los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”<sup>1</sup>. Más recientemente, el mismo organismo busca reducir el nivel de daños graves y evitables relacionados con los medicamentos en un 50% en 5 años, a nivel mundial<sup>2</sup>.

Las herramientas son múltiples, y pueden incluir a los Servicios Farmacéuticos, lo importante es integrar a todo el equipo de salud, al usuario y a la comunidad en pos de mejorar uso de medicamentos y evitar errores prevenibles.

1 - Nairobi 1985

2 - <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>



*Usuario recibe la instrucción “tomar un blíster a la semana”. Lo importante no es el mensaje que deseamos entregar, sino lo que entiende el receptor. Mejorar los canales de comunicación y favorecer la posibilidad de aclarar dudas aumenta las posibilidades obtener los resultados terapéuticos esperados.*



---

# NORMA 002 DE LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES 20.584

---



**Adriana Van Weezel Herrera**

Tecnólogo Médico  
Unidad de Calidad Hospital Clínico Gral. Dr. Raúl Yazigi J.  
Fuerza Area de Chile - Chile

[nanyvan@hotmail.com](mailto:nanyvan@hotmail.com)



Esta norma establece que se deben reportar los eventos adversos y/o eventos centinela toda vez que se produzcan y deben tener medidas de prevención establecidas.

El prestador debe designar a un profesional encargado del Programa de Calidad y Seguridad para implementar un sistema de reporte de los Eventos adversos y centinela. Deben estar todos los eventos indicados en la norma, más los que localmente se decida reportar. Cada vez que ocurra un evento de estas calificaciones debe ser reportado, revisado y analizado. Es importante dar aviso de la ocurrencia de ellos a la Dirección Médica y el propio Director o quien designe será el encargado de informar al paciente y/o familiar. El manejo establecido por esta norma incluye verificar si las medidas de prevención del evento funcionaron, si fueron insuficientes o estuvieron ausentes. En estos casos se debe dar aviso para tomar medidas técnico administrativas y realizar una investigación para proteger la seguridad del paciente y no se vean otros más afectados.

En caso de medidas no implementadas, se debe coordinar la concreción de ellas para cerciorar el cumplimiento, con el consiguiente aviso a la Dirección Médica para que se asignen o reasignen tareas y fundamentalmente se potencie la capacitación.

Es relevante realizar la difusión a través de las reuniones de morbi-mortalidad y analizar además a partir de reclamos por malas prácticas y de datos administrativos.

Se consideran Eventos Centinela de reporte obligatorio en esta norma:

- Enfermedad tromboembólica post cirugía
- Cirugía de lado equivocado, sitio equivocado, cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico, paro cardio respiratorio intraoperatorio , extirpación de órgano no programada
- En relación a las Infecciones asociadas a la atención de salud, la prolongación o reaparición de un brote epidémico.
- Distribución de material no estéril
- Muerte materna, muerte fetal tardía, asfisia perinatal
- Transfusión de hemocomponentes a paciente equivocado, con tamizaje reactivo, reacción hemolítica, infección post transfusional y sobrecarga de volumen
- Caídas con o sin daño severo
- Extravío de biopsias.

Serán fiscalizables las medidas de prevención de caídas, la evaluación de riesgo de adquirir Ulceras por presión, aplicación de medidas de protección para pacientes con riesgo medio o alto de adquirir úlceras por presión; el procedimiento de obtención, etiquetado, traslado y recepción de biopsias así como la selección de un indicador de caídas.

Lo más importante que en toda fiscalización que realiza la Superintendencia de salud se solicita que los eventos centinela hayan sido registrados como tal en la ficha clínica y que así hayan sido notificados al paciente y/o familiar.



---

# SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCESOS DE LABORATORIO Y DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

---



**Valeska Abarca Arce**

Tecnólogo Médico  
Docente Universidad Católica de Temuco

[contacto@fspchile.org](mailto:contacto@fspchile.org)

**Nota del Editor:** Resumen de la Conferencia realizada en las “6ª Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación”, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Universidad Los Lagos, realizadas los días 8 y 9 de Noviembre en Puerto Montt – Región de Lagos – Chile.



A partir del año 2005 la OMS a través de su programa de investigaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha marcado la impronta de generar cifras concretas sobre temas de seguridad, tales como: Infecciones asociadas a la atención de salud, eventos adversos relacionados con medicamentos, procesos inseguros de cirugía y anestesia, administración insegura de inyectables, productos sanguíneos inseguros.

Paralelamente en nuestro país se han desarrollado políticas de salud orientadas a brindar seguridad en la atención de salud estableciendo como pilar fundamental del que hacer sanitario "al paciente y su atención de calidad, segura". Al alero de estas ideas se han formulado a través de los años documentos como:

- Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud
- Estándares generales que indica del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud
- Ley de deberes y derechos de los pacientes

También se ha trabajado a nivel Ministerial con diversas reformas que han incluido reglamentos, resoluciones, protocolos y normas orientados a garantizar la ATENCIÓN DE SALUD SEGURA Y DE CALIDAD.

Crear que el riesgo de la atención en salud no se puede eliminar, pero sí disminuir abre un abanico de posibilidades de intervención participativa y de colaboración que puede aumentar la seguridad de las atenciones brindadas en instituciones públicas y privadas.

Seguridad de pacientes en procesos de apoyo diagnóstico:

- La ética profesional y el compromiso moral con los pacientes.
- Contar con profesionales competentes y capacitados para cada área de desempeño.
- Equipamiento idóneo de acuerdo a las reales necesidades locales de atención
- Organización logística clara y estandarizada para cada etapa de los procesos de preanalítica, analítica y postanalítica.
- Considerar para todo lo anterior que no todos los pacientes son estándar y procurar empatía con este grupo.
- COMUNICACIÓN y trabajo coordinado de todos los estamentos involucrados en el proceso de la realización de exámenes.
- Disponer de los manuales, protocolos, indicadores y evaluaciones para consulta por parte de todo el personal involucrado. De esta forma demostrar a los funcionarios que su participación, opinión y compromiso con la seguridad de la atención es esencial para el paciente.
- Contar con sistema de monitoreo y reporte de valores críticos obtenidos, que incluya al médico, al paciente y sus alternativas.
- Establecer una cadena de transporte y custodia de las muestras por personal autorizado de la institución. Con el fin de conocer la procedencia, ubicación y trayectoria de esta en cada etapa hasta el informe de su resultado

*T.M Valeska Abarca Arce  
Febrero 2019*

#### **Bibliografía**

<https://www.who.int/patientsafety/>  
<http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/>  
Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN



---

# GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITAL PUERTO MONTT EXPERIENCIA Y DESAFÍOS

---



**Brigitte Sievers Frey**

Químico Farmacéutico  
Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente  
Hospital Puerto Montt - Chile

**Nota del Editor:** Resumen de la Conferencia realizada en las “6ª Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación”, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Universidad Los Lagos, realizadas los días 8 y 9 de Noviembre en Puerto Montt - Región de Lagos - Chile.



La gestión de eventos adversos se incorpora como parte de las actividades de la unidad de Calidad y Seguridad del paciente (UCSP) en el año 2012. Esta actividad tiene como finalidad de disminuir la ocurrencia de eventos adversos a través de 4 actividades fundamentales: la prevención, la notificación y el análisis de estos eventos y finalmente la ejecución de planes de mejora. Para ello se desarrolla ese mismo año el protocolo de vigilancia de eventos adversos. El sistema de vigilancia es de carácter mixto donde la información se obtiene de:

- Notificaciones voluntarias
- Revisión retrospectiva de historias clínicas (actividad realizada por GRD)
- Revisión de reclamos
- Revisión de protocolos operatorios

Las notificaciones se realizan actualmente en formato papel, a través de 5 formularios (caídas, úlceras por presión, errores de medicación, re intervenciones quirúrgicas no programadas y formato genérico para todo el resto de los eventos). Posteriormente se ingresan todas las notificaciones en un sistema informático local. Las notificaciones son anónimas, abierta a todos los funcionarios y no punitivas.

Al analizar la tasa de notificaciones por cada 100 egresos desde el año 2012, podemos observar un aumento sostenido en las cifras, exceptuando el año 2014 donde toda la energía se canalizó hacia la organización y posterior ejecución del traslado del hospital a las nuevas dependencias. A partir del año 2017 las cifras se encuentran dentro de los rangos obtenidos

en estudios internacionales las que fluctúan entre un **2,9 a 16,6 %** (1). La tasa del primer semestre 2018 llega a 4,32 eventos por cada 100 egresos. El aumento sostenido en las notificaciones ha sido fruto de diversas actividades de fomento tales como:

- Reforzar la importancia del análisis del evento como oportunidad de mejora en reuniones y capacitaciones
- Retroalimentar a supervisores de las notificaciones recibidas.
- Elaborar semestralmente de un informe eventos adversos ocurridos, el cual se difunde ampliamente
- Elaboración de encuesta a funcionarios del hospital, para determinar las barreras existentes para la notificación.

En el año 2016 se reactiva el comité de eventos adversos cuyo objetivo es promover la cultura de la seguridad al interior del hospital. Esto ha permitido integrar en las diversas actividades de la gestión de eventos adversos a un equipo con diversas miradas y experiencias. Es así como se incorpora en el protocolo de vigilancia de eventos adversos, el procedimiento para la entrega de información al paciente respecto a la ocurrencia de estos.

Actualmente estamos trabajando en mejorar la calidad del análisis que realizan los servicios clínicos de los eventos, utilizando herramientas como el análisis causa raíz. Cuando el evento involucra a varios servicios, se realiza una reunión donde se convoca a todos, la cual conducida por un profesional de la UCSP.



---

# BREVE HISTORIA DE LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITAL FACH

---



**Adriana Van Weezel Herrera**

Tecnólogo Médico  
Unidad de Calidad Hospital Clínico Gral. Dr. Raúl Yazigi J.  
Fuerza Area de Chile - Chile

[nanyvan@hotmail.com](mailto:nanyvan@hotmail.com)

**Nota del Editor:** Resumen de la Conferencia realizada en las “6ª Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación”, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Universidad Los Lagos, realizadas los días 8 y 9 de Noviembre en Puerto Montt - Región de Lagos - Chile



Siguiendo la corriente naciente de modernizar la gestión clínica, que se dio en nuestro país con la Reforma de salud de 2002, en nuestro hospital, es en el año 2008 en que se crea el Departamento de Calidad con la enfermera Sra. Daniela Salinas y como jefe el entonces CDE(S) Xabier de Aretxabala, dependiente del Director General.

Se inicia el primer programa de prevención de eventos adversos. El primer paso fue instaurar la pausa de seguridad quirúrgica, a partir de las indicaciones de la OMS. Lentamente se incorporó la vigilancia pasiva a partir de reportes preimpresos que se encontraban disponibles en los servicios clínicos, pero que circunscribían los eventos solicitados por el MINSAL que se vigilaban: Ulceras por presión, caídas, cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico, extravío de biopsias, error de medicación, los más importantes. Era un sistema engorroso, porque la complejidad del envío y entrega, acababa muchas veces con las energías del reportante y quedaban en la basura los reportes. Con mucha suerte en el trimestre llegaron a recepcionarse 45 reportes. La gestión tampoco estaba muy clara y más bien se trataba de tener registro de alguna ocurrencia, y se estaba en plena generación de protocolos, para poder incorporar la información que se recepcionaba de los eventos.

En el año 2011, el Departamento de Calidad había crecido, ya tenía 3 integrantes y se desarrolló un sistema de reporte vía intranet con un formulario sobre una tabla Excel, que ampliaba las posibilidades de aportar más detalles respecto a los incidentes y además ofrece la posibilidad de enviar detalles en texto libre. Esta facilidad y disponibilidad de los formularios provocó un aumento considerable de reportes, ya que se encuentra disponible en todos los terminales computacionales del establecimiento, no requiere de identificación de quien reporta (es voluntaria), pudiendo además solicitar confidencialidad y no requiriendo de alguna clave de acceso para conectarse. Esta capacidad del sistema ha llevado

a que se reporten muchísimas otras situaciones, porque ha resultado un método efectivo de gestión y de agilizador de soluciones, aun en el ámbito de temas estructurales o de disponibilidad de insumos, fármacos u otros. Si bien es cierto, el interés de nuestro sistema de gestión está centrado en la prevención de todos los eventos exigidos por la norma 002 de la ley 20.584, de igual manera si una falla de estructura pone en riesgo la seguridad del paciente, será gestionado. La gestión consiste en dar a conocer la situación a los involucrados y sus jefaturas, solicitando ampliar la información, plan de mejora o solución de ella.

En caso de que se haya producido daño al paciente o que involucre un potencial daño, se realizan reuniones de análisis con metodología causa raíz, culminando en planes de mejora que son seguidos por los profesionales del Dpto. de Calidad. El médico notifica al paciente o familiar. En la actualidad, se reciben un promedio de 380 reportes trimestrales de los cuales un 70 % constituyen evento adverso, sin embargo el porcentaje restante se gestiona de igual forma, ya que pudo haber provocado o pudiera provocar una falta de seguridad para los pacientes.

La meta para el Departamento de Calidad es lograr captar la adhesión de todo el equipo clínico, ya que aún del estamento médico no se ha logrado que reporten todos los eventos, más que nada por un tema semántico, ya que ellos consideran que forma parte de los riesgos conocidos y que informan de ello en forma previa a los pacientes, para que ellos tomen la decisión de enfrentar esos riesgos en las intervenciones o exámenes diagnósticos. Lejos el estamento con mayor adhesión al reporte está constituido por los enfermeros (75%), a quienes agradecemos que nos den cuenta de todas las oportunidades de mejora que tenemos para potenciar la seguridad de nuestros pacientes.

---

Nuestros grandes desafíos actualmente son los siguientes:

- Contar con un sistema de gestión de eventos adversos en plataforma digital (actualmente en desarrollo) que incluya:
  - Notificación
  - Validación
  - Análisis (usando la herramienta causa raíz)
  - Plan de mejora
  - Seguimiento al plan de mejora
  
- Realizar capacitaciones que permitan potenciar competencias blandas en la entrega Información al paciente y/o familiar respecto a eventos graves (centinela).
  
- Asegurar en todos los casos el registro del evento en historia clínica.

*(1) Aranz, Jesus y Vitaller, Julian. (2004). De las complicaciones y efectos a la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: Generalitat Valencina. Conselleria de Sanitat. EVES.*



# DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE



**100%**  
ONLINE



**160**  
HORAS



**INICIO**  
A ELECCIÓN  
DEL ALUMNO

INSCRIPCIÓN EN: [educacion@fspchile.org](mailto:educacion@fspchile.org)

**VALOR: \$650.000**

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

# EMPRENDIMIENTOS INNOVADORES PARA POTENCIAR LA INTEROPERABILIDAD EN SALUD

---



**Alejandra García**

Gerente de Proyectos  
[agarcia@cens.cl](mailto:agarcia@cens.cl)

Más información en  
[www.censtechallenge.cl](http://www.censtechallenge.cl)

La transformación digital es clave para mejorar los procesos actuales en salud. Hoy en día, muchos emprendedores generan aplicaciones de software que buscan mejorar la atención de salud en pacientes. Sin embargo, estas soluciones innovadoras no logran ser validadas en un contexto clínico real, debido a que no pueden comunicarse ni intercambiar datos relevantes de los pacientes con los sistemas de información de los centros de salud. Esta falta de interoperabilidad entre los sistemas se produce tanto para proveedores establecidos de software en salud como emprendedores, porque no cuentan con herramientas para desarrollar

a través de estándares consensuados de intercambio de información en salud.

## FHIR COMO TECNOLOGÍA HABILITANTE PARA EMPRENDIMIENTO DIGITAL EN SALUD

El Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS) un centro tecnológico en salud de CORFO, en conjunto con Openbeauchef y la empresa de Telemedicina ITMS- organizan un torneo de emprendimiento con el objetivo de capacitar a los emprendedores en una



tecnología habilitante de vanguardia mundial, utilizada como estándar en intercambio de información en salud que facilita la implementación de soluciones innovadoras, y entregarles herramientas para que puedan desarrollar aplicaciones con escalabilidad internacional. El estándar llamado FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), es fácil de aprender, fácil de desarrollar y fácil de implementar, permitiendo reducir los tiempos y recursos involucrados y, por consiguiente, el coste final y riesgo de los proyectos de integración. Además, se ha diseñado para convivir e integrarse correctamente con protocolos de sistemas que operan actualmente en salud.

## OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un torneo para emprendedores en el área de tecnologías de la información en sa-

lud, entregando formación especializada en tecnologías habilitantes para facilitar la incorporación y testeo de soluciones innovadoras en el sector con el fin de acelerar y potenciar la adopción, escalabilidad e internacionalización de sus productos o servicios.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Formar capital humano en nuevas tecnologías de información y en gestión de emprendimientos en el área de salud digital.
2. Vincular emprendedores tecnológicos con redes de la industria de TI en salud y prestadores de salud.
3. Incrementar la calidad de los emprendimientos que brindan soluciones innovadoras en el ámbito de salud digital.

## ETAPAS DEL PROCESO



## RESULTADOS

- Emprendedores capacitados en tecnologías habilitantes en el sector salud con potencial de escalabilidad e internacionalización de sus productos o servicios en el mercado mundial.

- Creación de nuevas empresas, a partir de tecnologías habilitantes emergentes, que solucionan desafíos en el ámbito de TI en salud.

- 
- Generación de redes de contacto entre emprendedores y prestadores de salud, dispuestos a validar las soluciones desarrolladas.

**Los emprendimientos deben responder a necesidades actuales: Trabajamos por los Desafíos de Innovación en Salud del Ministerio de Salud:**

**Tratamiento integrado:** un sistema y equipo de salud integrados, que permita abordar al paciente en su totalidad.

**Paciente crónico nuevo:** apoyar a los pacientes con información y conocimientos que aporten a su tratamiento y calidad de vida.

**Tratamiento personalizado:** considerar las diferencias individuales de cada paciente, para mejorar la adherencia y efectividad de los tratamientos.

**Salud basada en terceros:** incorporar y apoyar eficientemente a los cuidadores que acompañan a los pacientes, para mejorar y dar fluidez a su uso del sistema de salud.

**Educación y prevención:** ayudar a las personas a tomar decisiones de vida saludables en lo cotidiano y en tratamientos como eje clave para mejorar y mantener su salud.



## ¿Qué es CENS?

El Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud, CENS un centro tecnológico en salud de CORFO, busca potenciar el desarrollo de sistemas de Información y tecnología para el área salud en Chile.

El equipo CENS se compone académicos especialistas en TICs e informática en salud, miembros de las 5 Universidades más importantes del área, junto a expertos profesionales de salud e informática.

## Una salud fragmentada

La salud en Chile hoy está fragmentada: los prestadores actúan como islas y existen necesidades no resueltas y asimetrías de conocimiento entre usuarios desarrolladores, usuarios, encargados de TI, autoridades del área, etc. Esto provoca dificultades para tomar decisiones a la hora de adquirir o desarrollar sistemas, así como al seleccionar personas encargadas y productos.

## Salud más conectada es mejor salud

CENS busca contribuir a generar una mejor salud para Chile, que tenga como prioridad el bienestar de los pacientes. Creemos que mejor salud, es una salud más conectada y eficiente, que utilice adecuadamente la tecnología y sistemas de información disponibles, para generar un sistema integrado y permitiéndole optimizar sus recursos al máximo.

## Áreas de Trabajo CENS

Para contribuir a una salud más conectada, CENS trabaja en 5 diferentes áreas:



### Interoperabilidad

Adopción de estándares consensuados de comunicación y desarrollo de sistemas de información para salud.



### Capital Humano

Formación y especialización de personas capacitadas para el futuro de las TICs en salud.



### Calidad de Software

Verificar la alta calidad en los sistemas de información y tecnología para salud, otorgando lo mejor a nuestro sistema.



### Vigilancia Tecnológica

Monitoreo de las tendencias y estándares internacionales para apoyar su incorporación al sistema chileno.



### Asesorías

Nuestros conocimientos, experiencia y trabajo al servicio de organizaciones de la salud, para acompañarlos en sus decisiones estratégicas y sus proyectos técnicos.

**NIMBO**<sup>+</sup>

# DISEÑO PARA LA SALUD



DISEÑO

EDITORIAL

+

INFOGRAFÍAS

VIDEOS

EVENTOS

PRESENTACIONES

+

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

+54 11 6 041 3830  
Loyola 501 CABA

 [nimbodesign](#)  [@nimbodg](#)



# Caminando por la senda de la Acreditación para lograr Seguridad en la Atención





---

## CONGRESO MUNDIAL DE FARMACOVIGILANCIA POR PRIMERA VEZ EN COLOMBIA

---

De acuerdo a la Organización Mundial de La Salud (WHO) la farmacovigilancia es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de diversos efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con los mismos.

ISO-P por sus siglas en inglés es la Sociedad Internacional de Farmacovigilancia que es un organismo internacional independiente sin fines de lucro, integrada y administrada por miembros voluntarios que desean contribuir al desarrollo, seguridad y estudio del uso seguro de los medicamentos.

Se enfoca en los principales intereses de los pacientes expuestos a intervenciones farmacéuticas en todos los sistemas de salud a nivel mundial, ofreciendo una plataforma para los profesionales con diferentes habilidades y experiencia.

La ISO-P actualmente cuenta con presencia en más de 75 países en los 5 continentes.

En la reunión anual de ISO-P se abordarán temas que competen a profesionales de la salud y demás profesionales y actores involucrados en el sector salud desde las temáticas de farmacovigilancia, uso seguro y adecuado de medicamentos, todo esto enfocado a la segu-



ridad del paciente, haciendo énfasis en los retos y oportunidades que se presentan en este campo para las nuevas generaciones de equipos de servicios de salud.

El programa científico cuenta con la participación de expertos nacionales e internacionales en ponencias magistrales y paneles de discusión.

La reunión anual de ISoP 2019 se celebrará del 26 al 29 de Octubre de este año, en las instalaciones del hotel Grand Hyatt Bogotá.

Estará dirigida a todos los involucrados con el uso de medicamentos, profesionales de las áreas de la salud, industria farmacéutica, integrantes de las unidades de Farmacovigilancia, Cámaras y Asociaciones.

Los ejes temáticos a tratar en esta edición de la reunión anual son:

- **Errores de Medicación**

.....

- **Comunicación del riesgo**

.....

- **Educación en Farmacovigilancia**

.....

- **Impacto de las redes de Farmacovigilancia**

.....

- **Detección de señales y planes de manejo del riesgo**

.....

- **Entre otros...**

.....

Este importante evento mundial se logró traer a nuestro país gracias a la labor y dedicación

de la Asociación Colombiana de Farmacovigilancia y a su presidenta la Dra. Ángela Caro Rojas, quien con el apoyo de diversas instituciones colombianas como la Cámara de Comercio de Bogotá, Bureau de Bogotá, instituciones educativas y así como con apoyo internacional brindado por diferentes redes en el uso seguro de medicamentos en Latinoamérica, posicionaron a Bogotá como el lugar ideal para realizar el evento.

# TALLERES PRESENCIALES

- **INVESTIGACIÓN INCIDENTES EN SEGURIDAD**  
PROTOCOLO DE LONDRES
- **GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD**



**100%**  
PRESENCIAL



**PERSONALIZADO**  
SEGÚN SU NECESIDAD

INSCRIPCIÓN EN: [educacion@fspchile.org](mailto:educacion@fspchile.org)

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



## JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019

*Espacio para promoción de actividades relacionadas a Seguridad del Paciente y Calidad, etc. En tu Hospital, en tu Centro de Salud Primaria, en la Universidad, en tu región, vivas donde vivas, para estar donde vives, aquí lo envías y colaboramos y construimos.*

27 - 29 DE MARZO DE 2019



**THE  
INTERNATIONAL  
FORUM ON  
QUALITY AND  
SAFETY IN  
HEALTHCARE**

BMJ e IHI, en estrecha colaboración con socios estratégicos, reunirán a más de 3.000 líderes y profesionales de la salud de más de 70 países. La conferencia ofrece la oportunidad de conectarse con colegas, aprender de líderes mundiales y continuar apoyando y dinamizando el movimiento para la mejora de la atención médica.

Glasgow, Escocia

[https://internationalforum.bmj.com/glasgow/?utm\\_source=IHI\\_Website&utm\\_medium=Event%20Listing&utm\\_campaign=Glasgow\\_2019](https://internationalforum.bmj.com/glasgow/?utm_source=IHI_Website&utm_medium=Event%20Listing&utm_campaign=Glasgow_2019)

11-13 DE ABRIL DE 2019



**IHI Summit**  
on Improving Patient Care

2019

### **IHI SUMMIT ON IMPROVING PATIENT CARE**

El **IHI Summit on Improving Patient Care** es el destino para profesionales de la salud comprometidos con la transformación de la atención primaria. San Francisco, CA, EE.UU.

<http://www.ihl.org/education/Conferences/Summit/Pages/2019-Summit.aspx>

10, 11 y 12 DE ABRIL DEL 2019



### **10º SIMPOSIO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE** **Prácticas Clínicas de talla mundial**

Autoridades mundiales en Seguridad del Paciente para tratar temas en manejo de patologías en pediatría, experiencia del Paciente, gestión segura de medicamentos en oncología, fortalecimiento del compromiso médico, programa de optimización de antibióticos, entre otros temas.

**Cali, Colombia**

<http://www.imbanaco.com/>

15-17 DE MAYO DE 2019



### **IHI PATIENT SAFETY CONGRESS**

El IHI Patient Safety Congress reúne a personas apasionadas por garantizar la seguridad de la atención de forma equitativa para todas las partes del mundo. Esta reunión anual es el evento obligatorio para los profesionales de la salud comprometidos que continúan dando forma a una atención más inteligente y segura para los pacientes donde sea que se brinde, desde el hospital hasta los entornos ambulatorios para el hogar.

**Houston, TX, EE. UU.**

<http://www.ihl.org/education/Conferences/Patient-Safety-Congress/Pages/default.aspx>

29 AL 31 DE MAYO DE 2019



### **28º FORO INTERNACIONAL DE OES**

Participe en el gran encuentro Latinoamericano de calidad y seguridad en Salud

Para este 28º Foro Internacional OES, Se está organizando una innovadora agenda académica con ejes temáticos relevantes para todo el sector.

¡No se pierda esta gran oportunidad!

**Cartagena de Indias, Colombia**

<http://www.oes.org.co/>



# JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019



27- 28 - 29 AGOSTO 2019



## EXPOHOSPITAL 2019

8va exhibición internacional de tecnologías, productos y servicios para hospitales, clínicas, laboratorios y centros de diagnóstico ambulatorio

**Santiago de Chile**

<https://www.expohospital.cl/>

2019



## CALL FOR PAPERS

Ciudad del Cabo es una ciudad increíblemente diversa, con playas de arena y una vibrante vida nocturna. Hay tantas cosas que ver y hacer en Ciudad del Cabo y no importa cuáles sean tus intereses, puedes encontrar algo que ames.

**Ciudad del Cabo 2019**

<https://www.isqua.org/events/future-conferences/cp2019.html>

25 - 26 DE SEPTIEMBRE DE 2019



## 10 ° EDICIÓN DEL FORO LATINOAMERICANO COLABORATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD DEL PACIENTE

**Buenos Aires - Argentina**

<https://www.iecs.org.ar/noticia-foro/>



## ¿QUÉ HACEMOS?

### DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos en Salud
- Diplomado en Gestión 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
- Curso de Formación de Evaluadores para el Sistema de Acreditación Chileno (\*)
- Protocolos e indicadores en Salud (\*)
- Curso Como realizar Análisis de Eventos Adversos y Centinelas
- Curso Qué es y cómo hacer Gestión de Riesgos en Salud

### 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.

Queremos que JUNIO sea el mes de la Seguridad del Paciente en Latinoamérica.

Te esperamos en Chile en nuestro IV Congreso Internacional en Junio del 2019.

(\*) En colaboración a Acreditadora GECASEP



## NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

### I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

#### 1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

#### 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

#### 3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

#### 4. CASOS CLÍNICOS

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

#### 5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

#### 6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

#### 7. REVISTA DE REVISTAS:

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

#### 8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

#### 9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

#### 10. CURSOS Y CONGRESOS

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

#### 11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

### II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

### ÉTICA

a. La Revista Chilena de Seguridad del Paciente respalda las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki relacionada 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.

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



# FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

Somos una organización sin fines de lucro, que centra su hacer en generar espacios de colaboración y crecimiento para que nuestros pacientes y aquellos que cuiden de ellos, estén en ambientes de mínimo riesgo, educando y motivando a los profesionales para instalar Gestión de Riesgos en aras de la Seguridad del Paciente.

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

Cel: +56 9 94427435  
+56 9 77651330

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



*Asesoramos empresas y formamos personas para conectarlas en la búsqueda de una  
Economía Circular Basura Cero*

**SÉ UN AGENTE  
DE TRANSFORMACIÓN**

### SELLO

#### **BASURA CERO**

Reconocemos productos y servicios que previenen, miden y gestionan la basura que generan de manera sustentable.

[www.sellobasuracero.com](http://www.sellobasuracero.com)

### DESAFÍO

#### **BASURA CERO**

Desarrollamos asesorías en prevención y gestión sustentable de residuos sólidos en eventos masivos. Educando a la ciudadanía para la correcta clasificación de residuos.

### ACADEMIA

#### **BASURA CERO**

Entregamos herramientas y desarrollamos habilidades en las personas para enfrentar la problemática de la basura de manera integral.

[WWW.FUNDACIONBASURA.ORG](http://WWW.FUNDACIONBASURA.ORG)

