



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 2 - NÚMERO 3 - AÑO 2019 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

SOBREDIAGNÓSTICO EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. María Angeles Cuadrado Cenzual

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN APS. INTEGRACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.

Dra. Paola Briones Carrasco - QF. Marcia Ibarra Hidalgo -
Psic. Marco Donoso Farias

DESEMPEÑO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PARTO DESDE UNA CONCEPCIÓN HUMANISTA

Rolando Sánchez Machado

Dr. Lareisy Borges Damas - Lic. Enf. Msc. Maria de los Ángeles Peña Figueredo -
Lic. Enf. Lissette Miranda Lara

GESTION DE RIESGOS EN SALUD Y NORMA ISO 31000:2018

Ing. Com. MgSP. Paola Martínez Osorio

SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.4
PRÓLOGO	
60 DÍAS: RELATO DE UN PACIENTE	PÁG.7
Gonzalo Greene Domínguez - Gonzalo Hormazábal Rioseco	
SOBREDIAGNÓSTICO EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.12
Dra. María Angeles Cuadrado Cenzual	
DESEMPEÑO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PARTO DESDE UNA CONCEPCIÓN HUMANISTA	PÁG.22
Dr. Rolando Sánchez Machado - Lic. Enf. Lareisy Borges Damas - Lic. Enf. Msc. Maria de los Ángeles - Peña Figueredo - Lic. Enf. Lissette Miranda Lara	
GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN APS. INTEGRACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.	PÁG.30
Dra. Paola Briones Carrasco - QF. Marcia Ibarra Hidalgo - Psic. Marco Donoso Farias	
GESTION DE RIESGOS EN SALUD Y NORMA ISO 31000:2018	PÁG.38
Ing. Com. MgSP. Paola Martínez Osorio	
DÍA INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.46
“ENCUESTA SEGUNDAS VÍCTIMAS EN CHILE”	PÁG.48
Dr. Hugo Guajardo G.	
“REDUCING MATERNAL MORTALITY IN LATIN AMERICA”	PÁG.54
Dr. Hugo Guajardo G.	
CURSO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	PÁG.58
JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2020	PÁG.65
NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP	PÁG.67

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTIFICO

Dr. Luis López Valenzuela
Ing. Com. Paola Martínez Osorio
EU Gladys Osorio Uribe
EU Yasna Oppliger Negrón
QF Mariela Valenzuela Guajardo
QF Sergio Hernández Muñoz
TM Adriana Van Weezel Herrera
TM Valeska Abarca Arce
Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco
Mat. María Angélica Cifuentes Canales
Nut. Pamela Herrera González

PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

QF. Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS

EU Maritza Fuenzalida M.

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO

DISEÑO:

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



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO: CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACREDITACIÓN PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

21 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

Curso gratuito por invitación

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 2

NÚMERO 3

AÑO 2019

ISSN 2452-4468

EDITORIAL

Estimados lectores:

Finaliza el segundo año de la Revista para la Seguridad del Paciente.

Como Fundación para la Seguridad del Paciente, estamos satisfechos de la labor realizada y agradecidos de la colaboración de muchos profesionales de los diferentes países que han participado con artículos para la revista, en Congreso como expositores, de Universidades que han apoyado y difundido las actividades de FSP para el buen logro de los eventos planificados este año 2019.

Actividades año 2019

IV Congreso Internacional de Seguridad del Paciente realizado en la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile; gracias a su amable acogida fue posible realizar este evento.

El Congreso contó con la presencia de líderes de Calidad y Acreditación de la esfera mundial, Dr. Peter Lachmann de ISQua, Dr. Javier Dávila Torres, de Patient Safety Movement; Srta. Katherina Tarasova de Accreditation Canadá; Dr. Carlos Kerguelén, Subdirector de Métricas de Desempeño Clínico en Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia; Dra. Taissa Sotto Mayor, Chief Quality Officer at UHG Brasil; Dr. Fabián Vitolo, Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos en Noble Compañía de Seguros, Argentina y Dr. Ezequiel García Elorrió, de IECS - Bs Aires, Argentina.

1er Encuentro Latinoamericano de Enfermería, con la presencia como expositora de la EU Claudia Laselva, lo cual permitió al Colegio de Enfermeras de Chile, establecer lazos con Nursing Now.

Este año contamos con más de 300 profesionales asistentes, de Brasil, Argentina, Uruguay y Chile, lo cual nos ha permitido difundir la seguridad del paciente en Latinoamérica, cumpliéndose uno de los objetivos de la Fundación. Agradecemos la confianza que han depositado en nosotros.

Asistencia a Congresos Internacionales:

5º Forúm Latinoamericano de Qualidade e Seguranza na Saude - Sao Paulo Octubre 2019. Brasil, con más de 2000 asistentes, con tres conferencias en simultáneo. En dicho evento, Fundación para la Seguridad del Paciente participó en Mesa Redonda con su Presidente

Dr. Hugo Guajardo Guzman, como expositor con el tema "Reducing Maternal Mortality in Latin America", quien se refirió a la experiencia Chilena en la reducción de la Mortalidad Materna.

10ª Jornadas Foro Latinoamericano - Buenos Aires, Argentina, Septiembre 2019. FSP fue Invitada a participar de una conversación sobre "Encuesta Segundas Víctimas en Chile", en la cual participó el Presidente de la Fundación Dr. Hugo Guajardo Guzmán compartiendo mesa con Dr. José Joaquín Mira Solves (España)

17 de Septiembre - Día Internacional de la Seguridad del Paciente:

El día 26 de Septiembre, FSP con la colaboración y organización del Hospital Clínico del Sur de Concepción, con la participación del Superintendente de Salud Sr. Patricio Fernández P., que expuso el tema "Cultura de la Seguridad del Paciente, Una Responsabilidad de Todos".

Cursos online realizados año 2019:

Curso de Calidad, Acreditación y Seguridad del Paciente, a 182 profesionales de APS, de todo Chile, desde Iquique a Coyhaique, sin costo a sus profesionales participantes.

Curso sobre Global Triggers Tools, que intenta transformar la cultura de la notificación pasiva de incidentes a una búsqueda activa con esta herramienta desarrollada por Institute Healthcare Improvement – USA. Se contó con la participación de profesionales del Hospital de Puerto Montt y Hospital de Curanilahue y otros profesionales, más de 60 alumnos han recibido este curso, sin costo para ellos.

Cursos de Análisis de Incidentes en Seguridad del Paciente, Curso Gestión de Riesgos en Salud y Diplomados han contado con estudiantes en forma permanente.

Curso Online “Uso Seguro de Medicamentos”. Destaca, como parte de las Actividades del Capítulo de Químicos Farmacéuticos,

FSP participó a través de su Presidente, Dr. Hugo Guajardo, en calidad de invitado, en ponencia para Alumnos de 1er año de Medicina de Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae en Santiago. Taller de Investigación y Análisis de Incidentes en Seguridad en Clínica Alemana Temuco, y en EXPOMED, Concepción con talleres sobre seguridad del paciente. Conferencias en Clínica La Portada Antofagasta y Clase en Escuela de Enfermería Universidad de Tarapacá – Antofagasta.

Año 2020:

Junto con continuar con actividades de educación continua, estamos organizando el **“V Congreso Internacional de Seguridad del Paciente** a realizarse los días 3, 4 y 5 de junio 2020. También se está organizando el **2º Encuentro Latinoamericano de Enfermería, el 1er Encuentro Latinoamericano de Químicos Farmacéuticos y el 1er Encuentro Latinoamericano de Tecnólogos Médicos para la Seguridad del Paciente.**

Como Fundación creemos que ha sido un año fructífero, se ha cumplido con la misión de difundir y promover que instituciones, profesionales de la salud, empresas asociadas a la actividad sanitaria se involucren en capacitarse con el fin de otorgar prestaciones de salud seguras, centradas en el enfermo y tendientes a la mejora continua.

Esperamos y confiamos poder continuar desarrollando actividades que satisfagan las necesidades de las empresas de salud y sus profesionales para estimular el trabajo con calidad, competencia y empatía.

Como miembro del Comité Científico de la Revista, les invito a enviar trabajos de investigación, ponencias en Congresos, artículos propios, relacionados con la seguridad de los pacientes, desde las diferentes profesiones de la salud o asociados a la salud.

En este mes de Diciembre, FSP desea invitarlos a vivir la armonía de la Paz en Navidad y Noche Buena y los deseos de un venturoso año 2020.

Un saludo fraterno



María Gladys Osorio Uribe

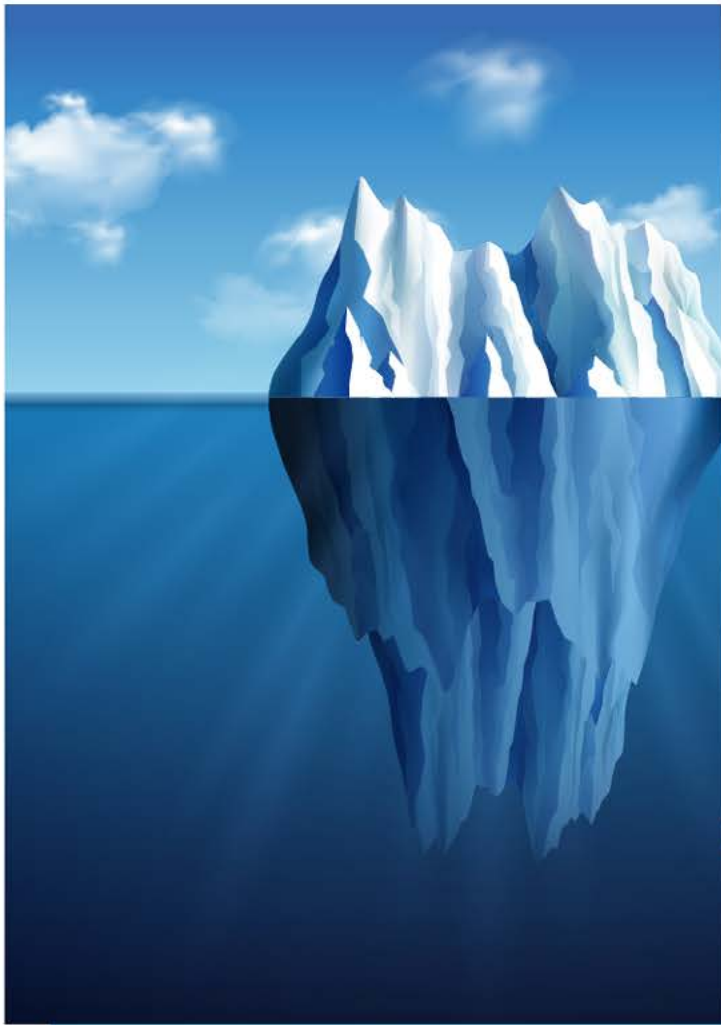
Enfermera Universidad de Chile

Magister en Bioética Universidad Complutense de Madrid con Universidad de Chile

Diplomada en Gestión de la Calidad en Salud. Universidad de la República

Diplomada en Formación para Formadores de Educación Superior. Universidad Virtual

Especialista en Bioética Clínica, Universidad Complutense de Madrid con Universidad de Chile.



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:

HERRAMIENTA PARA
IDENTIFICAR EVENTOS
ADVERSOS EN ATENCIÓN
CERRADA BASADO EN
GLOBAL TRIGGERS TOOLS

30 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



60 DÍAS: RELATO DE UN PACIENTE



Gonzalo Greene Domínguez

Paciente



Gonzalo Hormazábal Rioseco

Kinesiólogo
Magister en Bioética

INTRODUCCIÓN:

Vine al mundo acompañado de una rara enfermedad neuromuscular llamada central core disease, enfermedad que raramente se manifiesta en su grado más grave. Es una miopatía que fue diagnosticada en 1958, con una frecuencia de uno en trescientos mil. Las secuelas que esta dejaría serían profundas y definitivas,

como, por ejemplo, una escoliosis dorso lumbar, comprometiendo para siempre mi sistema respiratorio, convirtiéndome en un hombre dependiente de por vida de un ventilador.

¿Cómo podía imaginar que de un coloquial almuerzo con mis queridos amigos Carlos, Patricio y María mi amada y devota mujer, todo cambiaría tan radicalmente en mi vida?



Todo partió como son generalmente nuestras reuniones, buena conversación y por supuesto acompañado de un trago o varios; reunidos en la cocina, mi lugar preferido después de mi habitación.

Todo estaba bien hasta que comí mi primer pedazo de filete. Masqué no con mucho empeño, pensando justamente en las cualidades de esta carne y su blandura, acto seguido en cuestión de segundos, la oscuridad invadió el lugar, sumiéndome en la total inconsciencia, dejando a su paso la desesperación y el descontrol de los comensales.

Sin acordarme de lo antes pasado, despierto en un cuartucho donde había un hombre que me maltrataba misericordiosamente, lo primero que pensé fue que me habían secuestrado. Al despertar nuevamente era claro que no era tal y mientras yo trataba de encontrar alguna

razón que justificara esta surrealista situación, otro hombre se me acerca y con más vehemencia comienza a torturarme y todo esto en el silencio más absoluto, salvo el aterrador sonido de una máquina de la cual ignoraba su utilidad. Siempre pensé que estas eran situaciones que se daban en el cine o en el bajo mundo y era de todos sabido que yo no era actor ni mafioso.

Es difícil creer este cambio tan radical en la biografía de cualquier persona y es evidente que estoy en el cuarto de un hospital; las preguntas se vienen como un torbellino a mi cabeza. Intempestivamente entra mi hijo, me besa y me pregunta cómo me siento. Yo con evidente cara de súplica y vos muda trato de modular con miedo descontrolado, que me saque de ahí con premura, ya que la gente de este lugar quiere a toda costa terminar con mi vida, pero mi hijo, leyendo mis labios, con voz firme me explica lo de mi accidente, recalcando que



estoy en la Clínica y que no puedo estar en un mejor lugar. Inmediatamente después de lo explicado me doy cuenta de que respiro a través de una traqueotomía, y que pequeños trozos del pedazo de carne que se me atoro en mi garganta infectaron mis pulmones provocando una bronco neumonía severa, mi brazo derecho no tiene movilidad, salvo mis manos y he estado dopado por una semana; lo que me lleva a pensar que mi supuesto secuestro no ha sido otro producto más que el de mi delirio.

Hoy me queda por delante la secuela de mi dura realidad. Mental y espiritualmente en estos momentos soy incapaz de plantearme nada, desde este momento paso a ser un simple y traumatizado paciente.

LA UCI

Si yo tuviera que describirla no podría dejar de ser implacable, para mí fue el infierno; nunca conocí (salvo bellas excepciones), gente más deshumanizada, donde tú eres un paciente que hay que salvar a toda costa, pero sin tomar en cuenta lo que significa para la persona postrada, los dolores que sufre, la ausencia familiar, el daño moral y espiritual que se clava y encarna, mientras tu lloras clamando para que el momento desaparezca y aparezca alguien que te contenga y te muestre un poco de compasión. En general, las camas de cualquier establecimiento hospitalario son insoportablemente incómodas y este fue el elemento que transformo mi estadía en la UCI en un tormento constate. Esto sumado a mi inmovilidad total, no me quedaba otra que tocar el timbre si es que me lo hubieran dejado mano, para que me cambiaran de posición, generalmente pasaban entre diez a quince minutos y cuando sientes

que tu espalda te está atormentando por el dolor cada minuto, esta situación se torna insostenible.

En una ocasión entró a mi pieza la que yo consideraba la mejor enfermera de la UCI, tanto es así que yo le hubiera confiado mi vida sin pensarlo un segundo, pero al mismo tiempo nunca había visto una profesional de una carrera humanista, tan deshumanizada. En un encuentro que tuvimos le dije con silenciosa oratoria y argumentos mudos, que yo no era un objeto más de este lugar y que yo no era el paciente de la pieza N° 564, sino que era un ser humano llamado Gonzalo Greene, y el momento que estaba viviendo por decir lo menos era durísimo, que mis penurias eran atroces y mi soledad llenaba todo mi ser y entorno, que lo único que necesitaba era un poco de compasión. La enfermera leyó atentamente mis labios, hizo una pausa de silencio y con voz serena me dijo; Gonzalo tienes razón y te prometo que no volverá a suceder, acto seguido dio media vuelta y se marchó de mi habitación. Contento por ese pequeño gesto de humildad, al dejar ella la pieza, nuevamente quede sumido en árida soledad, preso del dolor y del tedio lanzándome a los brazos de mi mejor compañero, Morfeo.

COMENTARIOS

Este texto extraído del documento “60 días: relato de un paciente”, escrito por Gonzalo Greene, nos relata la experiencia de haber sido paciente de Unidad de Paciente Crítico (UPC) de una clínica privada chilena. En él, nos muestra narrativamente diferentes elementos asociados a la seguridad en el proceso de atención. Los procedimientos en la sala de reanimación, los problemas de comunicación con el perso-

nal dejan entre ver algunas omisiones de gran significado para el paciente y que, sin tanta imaginación, la experiencia nos ha mostrado que en algunos casos terminan transformándose en eventos adversos o centinelas.

Por otra parte, vemos un profundo conflicto humano - existencial en donde las fuerzas propias de la persona parecen no ser suficientes para abordar esta crisis total.

E.D Pellegrino¹, define a la enfermedad como un proceso desintegrador del ser humano, donde todas sus dimensiones entran en una crisis profunda y “la persona del enfermo” no puede restituirlas en base a las propias capacidades humanas. Es ahí donde los equipos de atención clínica salen al encuentro, para generar inicialmente una relación “con sentido” (base del consentimiento informado) sobre la que se fundamente el actuar clínico correcto y se asuma el rol para intentar desarrollar junto al paciente y familia un proceso que permita reestablecer dicha integridad en forma gradual con significado coherente para la biografía de la persona enferma y en último término, con dignidad.

Por otra parte, los profesionales de la salud día a día nos desenvolvemos en escenarios de comprensible desolación: falta de recursos económicos, descontento e insatisfacción de pacientes, familiares e integrantes del equipo de salud, lo que redundando en mayor distanciamiento en las relaciones humanas. Consciente o inconscientemente buscamos en la normativa vigente y en la tecnocracia el refugio que nos brinde la ansiada tranquilidad y certeza para recuperar el valor y sentido de nuestro rol. Dóminic Wilkinson², director de ética médica

de la Universidad de Oxford, nos entrega información que el menos merece una pequeña reflexión. El 72 % de los médicos de medicina intensiva entrevistados experimentó algún conflicto valórico durante su trabajo con pacientes la semana anterior. Tales conflictos fueron percibidos como graves y peligrosos pudiendo afectar la calidad de atención y sobrevivencia de los pacientes. En un día dado, cerca del 27% de las enfermeras y médicos de UCI proporcionaron tratamientos, contrarios a sus creencias profesionales y personales. Estos hechos nos dan evidencia de un fenómeno que al parecer se desestima e infravalora.

En la atención de pacientes vivimos permanentemente en conflictos de valor, más aún en escenarios clínicos en las fronteras de la vida y la muerte donde el vacío existencial generado por la crisis total del enfermar, socaba la habilidad de nutrir relaciones humanas y en último término las energías compasivas se gastan con escasa posibilidad de restauración³. Es necesario, desarrollar estrategias de trabajo colaborativo - reflexivo, en donde se incorpore a elementos de análisis clínico positivistas, todas las dimensiones de la persona, de tal manera que se pueda intentar reestablecer un sentido, una nueva significación del proceso de enfermar tanto para quien la padece como a quienes otorgamos tratamientos y cuidado en coherencia con los valores de dicha realidad biográfico temporal que yace frente a nosotros. En definitiva, una persona como yo.

Bibliografía:

- 1.- Abel Francisc: Filosofía de la medicina: basado en la obra de Edmund Pellegrino, editorial Mapfre, Barcelona 2011.
- 2.- Wilkinson D. Cambridge quarterly of health care ethics. American Journal of respiratory care 2009. 26; 132-142
- 3.- Davidson J. The Ethics of Post - Intensive Care Syndrome. Ethics in Critical Care. 2016



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality In Health Care - ISQua

CURSO: USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

90 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$80.000. USD 120

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

SOBREDIAGNÓSTICO EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Dra. María Angeles Cuadrado Cenzual

Collado Yurrita L, Ciudad Cabañas MJ
Hospital Clínico de Madrid. Facultad de Medicina.
Universidad Complutense. España.

mariaangeles.cuadrado@salud.madrid.org

Nota del Editor: Artículo publicado en Journal of Medical Safety 2019 p.6- p.10 June, 2019, reproducido con autorización del autor -

Traducción realizada con el traductor www.DeepL.com/Translator



INTRODUCCIÓN

Primum non nocere” (No dañar) es desde hace más de 2.500 años uno de los principios más conocidos de la medicina. Ya en el período griego y desde entonces, durante años, no hacer daño al paciente ha sido la prioridad de los médicos. En 1999, el Instituto de la OIM publicó su informe “Errar es humano: construir un sistema de salud más seguro” y ahora, 25 años después, el tema sigue siendo muy importante. Es la piedra angular de un sistema de salud de alta calidad.¹ Desde entonces se han publicado muchos informes, muchos de ellos sobre la atención hospitalaria. En realidad, el problema del sobrediagnóstico ha atraído la atención de las organizaciones de salud. El sobrediagnóstico puede ser considerado como la “epidemia moderna” y reconocido como un riesgo importante para la salud y la seguridad de los pacientes, con esfuerzos basados en la evidencia en curso para combatirlo.²⁻⁹

En el último siglo, los médicos y científicos se han preocupado por los problemas de subdiagnóstico y subtratamiento, pero en este momento, el sobrediagnóstico se ha convertido en un problema creciente en todo el mundo con costes humanos y financieros tangibles de la gestión innecesaria de las enfermedades sobrediagnosticadas.⁷⁻¹⁰

El sobrediagnóstico ocurre cuando las pruebas determinan que algo es verdaderamente anormal, pero este descubrimiento no resulta en un beneficio para el paciente. Esto no debe confundirse con un diagnóstico erróneo, que es hacer un diagnóstico incorrecto. El sobrediagnóstico en algunos casos puede resultar en daños a los pacientes a través de los riesgos de un tratamiento innecesario.⁹⁻¹³

La intervención sanitaria activa no siempre es buena: puede ser “demasiada medicina”, o producir lo que a menudo se llama sobrediag-

nóstico. Este es especialmente el caso en los países de ingresos altos, donde se centran las pruebas más sensibles, más pruebas, más exámenes de detección y diagnósticos más tempranos, y más de lo mismo se implementará en el futuro.¹¹⁻¹⁷

Las desventajas del sobrediagnóstico incluyen los efectos negativos del etiquetado innecesario, los daños de las pruebas y terapias innecesarias, y el costo de oportunidad de los recursos desperdiciados que podrían utilizarse mejor para tratar o prevenir enfermedades genuinas. El desafío es articular la naturaleza y el alcance del problema de manera más amplia, identificar los patrones e impulsores, y desarrollar un conjunto de respuestas desde lo clínico hasta lo cultural.¹³⁻¹⁶

A nivel clínico, un objetivo clave es discriminar mejor entre las “anormalidades” benignas y las que van a causar daño. En términos de educación y sensibilización tanto del público como de los profesionales, se necesita más información honesta sobre el riesgo de sobrediagnóstico, especialmente en relación con el cribado. Más profundamente, la creciente evidencia de que estamos dañando a personas sanas puede forzar un cuestionamiento de nuestra fe en la detección cada vez más temprana, una renovación del proceso de definición de la enfermedad y un cambio fundamental en los incentivos sistémicos que conducen a excesos peligrosos.¹⁵⁻¹⁸

La prestigiosa capacidad de la medicina para ayudar a los enfermos se ve desafiada actualmente por la posibilidad de perjudicar a los sanos, y ha habido un aumento de la literatura científica que muestra que demasiadas personas están siendo sobredosificadas, sobretrata-

das y sobrediagnosticadas.

Cada vez hay más pruebas de que la medicina está dañando a las personas sanas a través de una detección cada vez más temprana y una definición cada vez más amplia de la enfermedad.¹¹⁻¹³

Finalmente, destacar que uno de los campos en los que el sobrediagnóstico debe ser considerado de manera especial, es en los programas de cribado para detectar cánceres tempranos que nunca causarán síntomas o muerte.¹⁸⁻¹⁹ Las tecnologías de diagnóstico sensibles identifican “anormalidades” tan pequeñas que seguirán siendo benignas, mientras que la ampliación de las definiciones de enfermedad significa que las personas con riesgos cada vez más bajos reciben etiquetas médicas permanentes y tratamientos de por vida que no beneficiarán a muchos de ellos.

Con estimaciones de que más de 200.000 millones de dólares pueden desperdiciarse en tratamientos innecesarios cada año en los Estados Unidos.¹³

DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE SOBREDIAGNÓSTICO

Aunque el concepto de sobrediagnóstico que aparece en la literatura médica ya en la década de 1950, en relación con el cribado del cáncer, fue el libro de Welch y sus colegas de 2011, *Overdiagnosed: Hacer que la gente se enferme en busca de salud*, que popularizó el término.²

El sobrediagnóstico está atrayendo cada vez más la atención de la investigación, como parte de un interés más amplio en la prevención de



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO: GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD: QUÉ ES Y CÓMO HACER

**80 HORAS
PEDAGÓGICAS**

**100%
ONLINE**

**VALOR:
\$80.000 USD 120**

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° 327018
Ministerio de las Culturas, las artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

los excesos médicos evitables, que se manifiesta en iniciativas de JAMA como Less is More, 20 Choosing Wisely, 21 y la serie Too Much Medicine de la BMJ, sobre la ampliación de las definiciones de las enfermedades y el riesgo de sobrediagnóstico.²²

Sin embargo, existe cierta controversia en relación a la mejor descripción del problema, podemos considerar que el sobrediagnóstico ocurre cuando pruebas cada vez más sensibles identifican anormalidades que son indolentes, no progresivas o regresivas y que, si no se tratan, no causarán síntomas o acortarán la vida de un individuo. Tal sobrediagnóstico lleva a un sobretratamiento cuando estas “pseudo-enfermedades” son manejadas convencionalmente y tratadas como si fueran anormalidades reales; debido a que estos hallazgos tienen un pronóstico benigno, el tratamiento sólo puede hacer daño.

Pero también podemos considerar que el sobrediagnóstico ocurre cuando se aplica una etiqueta de diagnóstico a personas con síntomas leves o con un riesgo muy bajo de enfermedad futura, para quienes la etiqueta y el tratamiento posterior pueden hacer más daño que bien. En este caso, el sobrediagnóstico se refiere a los problemas relacionados con la sobremedicalización y el sobretratamiento posterior. S.M. Carter y sus colegas argumentan que deberíamos usar este término tan amplio como “demasiada medicina” para abogar y desarrollar definiciones precisas, caso por caso, de sobrediagnóstico para fines de investigación y clínicos.

Hay una serie de factores que impulsan el sobrediagnóstico, incluyendo el riesgo de la medicalización, las mejoras en la tecnologías de

diagnóstico que identifican “anormalidades” cada vez más pequeñas, la ampliación de las definiciones de enfermedades y el entusiasmo cultural por la detección temprana.

CAUSAS DEL SOBREDIAGNÓSTICO

Muchos factores -incluyendo la mejor de las intenciones- están impulsando el sobrediagnóstico, pero un factor clave son los avances en la tecnología. La literatura sugiere varias vías amplias y relacionadas hacia el sobrediagnóstico: la detección detectó un sobrediagnóstico en personas sin síntomas; un sobrediagnóstico como resultado del uso de pruebas cada vez más sensibles en aquellos con síntomas; un sobrediagnóstico hecho incidentalmente - “incidentalomas”; y un sobrediagnóstico como resultado de definiciones de enfermedad excesivamente amplias.

Consideramos que el sobrediagnóstico tiene dos causas principales: la sobredetección y la sobredefinición de la enfermedad. Ambas son las mismas consecuencias: diagnósticos que en última instancia causan más daño que beneficio.

Sobredetección

Se refiere a la identificación de anormalidades que nunca iban a causar daño, anormalidades que no progresan, que progresan demasiado lentamente para causar síntomas o daño durante el resto de la vida de una persona, o que se resuelven espontáneamente.⁷

Sobredefinición

Se produce por dos mecanismos: reducir el umbral de un factor de riesgo sin pruebas de que hacerlo ayuda a las personas a sentirse



mejor o a vivir con gerand ampliando las definiciones de la enfermedad para incluir a los pacientes con síntomas ambiguos o muy leves.

La sobredetección se debe a pruebas más sensibles, más pruebas, más exámenes y diagnósticos más tempranos; a la ampliación de las definiciones de enfermedad y a la reducción de los umbrales y al tráfico de enfermedades. Cada vez más, la investigación indica que más (más pruebas o más tratamiento) no se relaciona con mejores (mejores resultados, vida más larga o recuperación más rápida). De hecho, el mayor gasto y el aumento de las pruebas a menudo se relacionan con peores resultados. El concepto de que menos es más representa un cambio de paradigma en la toma de decisiones médicas.¹⁹

ERRORES EN RELACIÓN CON EL CONCEPTO DE SOBREDIAGNÓSTICO

El sobrediagnóstico a menudo se confunde con otras situaciones indeseables que a veces se superponen o pueden ser consecuencia de ello.

Sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobreuso

Se trata de tres conceptos separados con cierta superposición: El tratamiento de condiciones sobrediagnosticadas es una categoría de sobretratamiento. Otro tipo de sobretratamiento es cuando la mejor evidencia científica disponible muestra que el tratamiento no tiene efectos beneficiosos sobre la condición diagnosticada y puede incluso ser perjudicia.

El uso excesivo, es el “establecimiento de una

práctica estándar en los servicios o sistemas de salud que no proporciona un beneficio neto a los pacientes o a los ciudadanos”⁶⁻⁹

El uso excesivo no conduce necesariamente a un sobrediagnóstico o tratamiento excesivo. Las consecuencias de sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobreuso pueden ser muy diferentes.⁷⁻¹¹

Sobrediagnóstico y resultado falso positivo

Los falsos positivos son anomalías que resultan no ser enfermedades después de una investigación adicional. En el sobrediagnóstico, la anomalía cumple con los criterios actualmente acordados para la enfermedad patológica (p. ej., criterios microscópicos para el cáncer), pero la enfermedad detectada no está destinada a causar síntomas o la muerte.

Sobrediagnóstico y diagnóstico erróneo

A veces esta distinción es confusa. Un diagnóstico erróneo bien definido es un diagnóstico completamente erróneo. Sin embargo, en muchos de los casos, especialmente en el cáncer, surge mucha confusión, donde un cáncer sobrediagnosticado podría considerarse un diagnóstico erróneo de cáncer progresivo que requiere tratamiento.¹⁵⁻¹⁷

CONDICIONES CLÍNICAS Y SOBREDIAGNÓSTICO

Existe una creciente evidencia científica que sugiere que muchas personas son sobrediagnosticadas a través de diferentes condiciones clínicas. Otra forma en que puede ocurrir el sobrediagnóstico es cuando las definiciones de las enfermedades se amplían tanto que las personas con problemas muy leves, o las personas

con un riesgo muy bajo de enfermedad futura, son clasificadas como enfermas, se les da una etiqueta, y luego se les ofrecen tratamientos que pueden hacer más daño que bien. Describamos algunas condiciones clínicas.

Detección del cáncer detectado sobrediagnóstico

En relación con el cáncer, existen dos conceptos principales de sobrediagnóstico

Screening del cáncer

El objetivo del cribado es la detección de la enfermedad en una fase temprana y tratable para prevenir la morbilidad y la mortalidad. En este caso, el sobrediagnóstico se define como un cáncer detectado por una prueba de detección que habría permanecido latente durante el resto de la vida del paciente sin la prueba de detección. Según esta definición, un caso sobrediagnosticado es un verdadero caso de exceso de cáncer, esencialmente “causado” por el cribado. Este tipo de cáncer puede ser biológicamente indolente y por lo tanto clínicamente no progresivo. Alternativamente, puede ser progresiva, pero la esperanza de vida del paciente en el momento de la detección de la pantalla puede ser lo suficientemente corta como para que la muerte por otras causas ocurra antes de que la enfermedad pueda causar síntomas.

Las mamografías son ahora elementos de rutina del programa de atención de la salud de la mujer y la mayoría de los hombres mayores son examinados regularmente con PSA. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la preocupación por los efectos adversos del cribado del cáncer y, en particular, por el problema del sobrediagnóstico.¹⁵⁻¹⁸ Una revisión sistemática

de los estudios publicados en el British Medical Journal sugiere que hasta uno de cada tres de los cánceres detectados a través del cribado puede ser sobrediagnosticado. Existen preocupaciones similares con el sobrediagnóstico de los cánceres de próstata, tiroides y riñón.¹⁶

Pruebas cada vez más sensibles

Las personas que se presentan a los médicos con síntomas también pueden ser sobrediagnosticadas debido a que los cambios en las tecnologías o métodos de diagnóstico han permitido la identificación de formas menos severas de enfermedades o trastornos. Cada vez está más claro que una proporción sustancial de estas “anormalidades” anteriores nunca progresarán, lo que plantea preguntas incómodas sobre cuándo utilizar exactamente las etiquetas de diagnóstico y los enfoques terapéuticos tradicionalmente utilizados contra formas mucho más graves de enfermedad.⁷⁻¹¹

Cambiar los criterios de diagnóstico

Otra vía para el sobrediagnóstico es a través de la ampliación de los límites de la enfermedad y la reducción de los umbrales de tratamiento hasta un punto en el que una etiqueta médica y la terapia subsiguiente pueden causar más daño que bien a las personas. Los cambios en los criterios de diagnóstico para muchas enfermedades están aumentando rutinariamente el número de personas definidas como enfermas, lo que hace que prácticamente toda la población de adultos mayores sea clasificada como que tiene al menos una afección crónica. Este ensanchamiento se ha producido tanto en las afecciones asintomáticas que conllevan el riesgo de un evento adverso, como la osteoporosis, en las que los tratamientos pueden ser



más perjudiciales que beneficiosos para las personas con un riesgo muy bajo de fractura, como en las afecciones conductuales, como la disfunción sexual femenina, en las que las dificultades comunes se han reclasificado como disfunciones.

Los cambios en las tecnologías, los tratamientos, el conocimiento médico y las normas culturales son motivo para revisar y modificar las definiciones de la enfermedad y los umbrales de diagnóstico, una tarea que comúnmente realizan los paneles de expertos, las reuniones de consenso o los grupos de trabajo influyentes que publican los hallazgos como declaraciones, informes especiales o como parte de los informes clínicos.

CONCLUSIÓN

El sobrediagnóstico es uno de los problemas más dañinos y costosos de la atención médica moderna. A menudo desencadena una cascada de sobretratamiento, aunque ambos no son sinónimos. Para prevenir y minimizar el sobrediagnóstico, necesitamos más estudios sobre la historia natural de las enfermedades, ensayos de espera vigilante de anomalías muy tempranas/pequeñas o ambiguas, estudios de los efectos del lenguaje diagnóstico, estudios entre venciones sobre los conductores conocidos del sobrediagnóstico y estudios sobre cómo involucrar a los pacientes en las decisiones sobre las estrategias de diagnóstico. Y tenemos que asegurarnos de que las nuevas definiciones de enfermedad se basen en pruebas, no en intereses financieros.

La preocupación por el sobrediagnóstico no excluye la conciencia de que muchas personas no reciben la atención médica que tanto

necesitan. Por el contrario, los recursos que se malgastan en cuidados innecesarios pueden emplearse mucho mejor en el tratamiento y la prevención de enfermedades genuinas. El desafío es averiguar cuál es cuál y producir y difundir pruebas que nos ayuden a todos a tomar decisiones más informadas sobre cuándo un diagnóstico podría ser más beneficioso que perjudicial.

Bibliografía

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is Human: Building a Safer Healthcare System. Committee on Quality of Healthcare in América. Institute of Medicine: 2000: Washington USA. National Academy Press; 2000
2. Welch G, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
3. Hoffman JR, Cooper RJ. Overdiagnosis of disease: a modern epidemic. Arch Intern Med. 2012;172: 1123-1124. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3319
4. Moynihan R, Doust J, Henry D, Preventing Overdiagnosis: how to stop harming the healthy, BMJ. 2012;344:e3502
5. Brownlee S. Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York: Bloomsbury; 2007.
6. Moynihan R, Nickel B, Hersch J, Beller EM, Doust JA, Compton S, Barratt A, Bero L, McCaffery K. Public opinions about overdiagnosis: a national community survey. PLOS One 2015. 10(5):e0125165
7. Berwick D, Hackbarth, A. Eliminating waste in US health care. JAMA. 2012;307:1513- 6.
8. Brodersen J. How to conduct research on overdiagnosis: a keynote paper from the EGPRN May 2016, Tel Aviv. Eur J Gen Pract 2017; 23: 78-82.
9. Carter S, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The Challenge of Overdiagnosis begins with its definition. BMJ 2015;350:h869
10. Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. (Summary). Washington (D.C.): Institute of Medicine National Academies of Science; 2009.
11. Norris SL, Holmer HK, Ogden LA, Burda BU. Conflict of interest in clinical practice guideline development: a systematic review. PLoS ONE. 2011; 6: e25153. doi:10.1371/journal.pone.0025153.
12. IOM. (Institute of Medicine) Clinical practice guidelines we can trust. Washington (D.C.): The National Academies Press; 2011.
13. Moynihan R, Henry D, Moons KGM. Using Evidence to Combat Overdiagnosis and Overtreatment: Evaluating Treatments, Tests, and Disease Definitions in the Time of Too Much. PLoS Med. 2014;11(7):e1001655.
14. Woolfe S, Harris R. The harms of screening. JAMA

2012;307:565-6.

15. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS* 2014;122:683-9.

16. Kalager M, Adami H, Bretthauer M, Tamimi R. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. *Ann Intern Med* 2012;156:491-9.

17. Davies L, Welch G. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA* 2006;295:2164-7.

18. Moynihan R, Nickel B, Hersch J, Doust J, Barratt A, Beller E, McCaffery K. What do you think overdiagnosis means?: a qualitative analysis of responses from a national community survey of Australians. *BMJ Open*. 2015;5:e007436

19. Grady D, Redberg R. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010;170:749-50.

20. European Health Forum Gastein. Innovation and wellbeing: living longer—but are we living better? Press release, 8 September 2011. www.ehfg.org/826.html#c1950.

21. Choosing Wisely. US physician groups identify commonly used tests or procedures

they say are often not necessary. Press release, 4 April 2012. <http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/03/0330>

22. Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, et al. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. *Arch Intern Med* 2010;170:1525-32

23. *BMJ* 2017; 358 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3314> (Published 18 July 2017)Cite this as: *BMJ* 2017;358:j3314



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:

COMO REALIZAR ANÁLISIS
DE EVENTOS ADVERSOS
Y CENTINELAS BASADO
EN PROTOCOLO DE
LONDRES

80 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$80.000 USD 120

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° A-305544
Ministerio de las Culturas, las artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

DESEMPEÑO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PARTO DESDE UNA CONCEPCIÓN HUMANISTA



Dr. Rolando Sánchez Machado

Médico especialista de Obstetricia y Ginecología

rolandosanchez@infomed.sld.cu



Lareisy Borges Damas.

Licenciada en Enfermería.

lareysi@infomed.sld.cu



Msc. Maria de los angeles Peña Figueredo

Licenciatura en Enfermería

mangeles@neuro.ciren.cu



Lissette Miranda Lara

Licenciatura en Enfermería

lmiranda@neuro.ciren.cu



Dr. C. Lareisy Borges DamasI, Dr. Rolando Sánchez Machadoll, MsC. Lic. Lissette Miranda Laralll, MsC. Lic. María de los Ángeles Peña Figueiredolll, MSc. Lic. Ana Gladys Peñalver Sinclay I I Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa. Cuba. II Hospital General Docente "Comandante Ciro Redondo García. Artemisa. Cuba III Centro Internacional de Restauración Neurológica. CIREN. Cuba.

La Seguridad del Paciente se ha convertido en una preocupación de alta prioridad para los sistemas de salud a nivel mundial, al tener como objetivo fundamental el soslayo de los riesgos innecesarios de accidentes y daños causados por eventos adversos durante la atención médica, por lo que se reconoce a la seguridad en las instituciones hospitalarias como un componente básico e indispensable de la calidad de atención médica.

La Seguridad del Paciente es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de

una serie de factores favorecedores del desarrollo de un daño relacionado con la atención sanitaria recibida o que elevan el riesgo de que éste se produzca. Estos factores incluyen a los pacientes con sus condiciones sociodemográficas, su educación, apoyo emocional y vulnerabilidades, al contexto institucional con su cultura de seguridad, sus condiciones latentes y sus recursos asistenciales e incluye a los profesionales sanitarios con su formación, su cualificación, su forma de comunicación y por supuesto sus errores.

Se puede aseverar, al tener 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 sanitaria: los pacientes, la familia, la organización sanitaria, así como los profesionales que brindan la atención.

Las personas enfermas que necesitan atención en una institución hospitalaria mayoritariamente

te reciben resultados favorables que guardan relación con la atención recibida y el logro de la cura o el tratamiento de su enfermedad, pero en ocasiones también pueden resultar afectados involuntariamente, cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al recibir esta atención.

Un elemento indispensable para el logro de la garantía de la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias es poseer una adecuada cultura de seguridad y está relacionada con las creencias, valores y actitudes de sus profesionales con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas. En este sentido, incluye las 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.

Específicamente, los ingresos hospitalarios a causa del parto son los únicos en los que la población es generalmente sana y su resultado no es la cura o el tratamiento de una enfermedad sino el nacimiento de un nuevo ser. No obstante, aunque el proceso reproductivo es fisiológico y natural, se describe que durante su curso pueden surgir complicaciones que afectan el bienestar y la vida de los implicados (madre-embrión/feto/recién nacido). El organismo femenino es más susceptible biológica y emocionalmente durante esta etapa, de modo que le acompaña la concepción y el enfoque de riesgo.

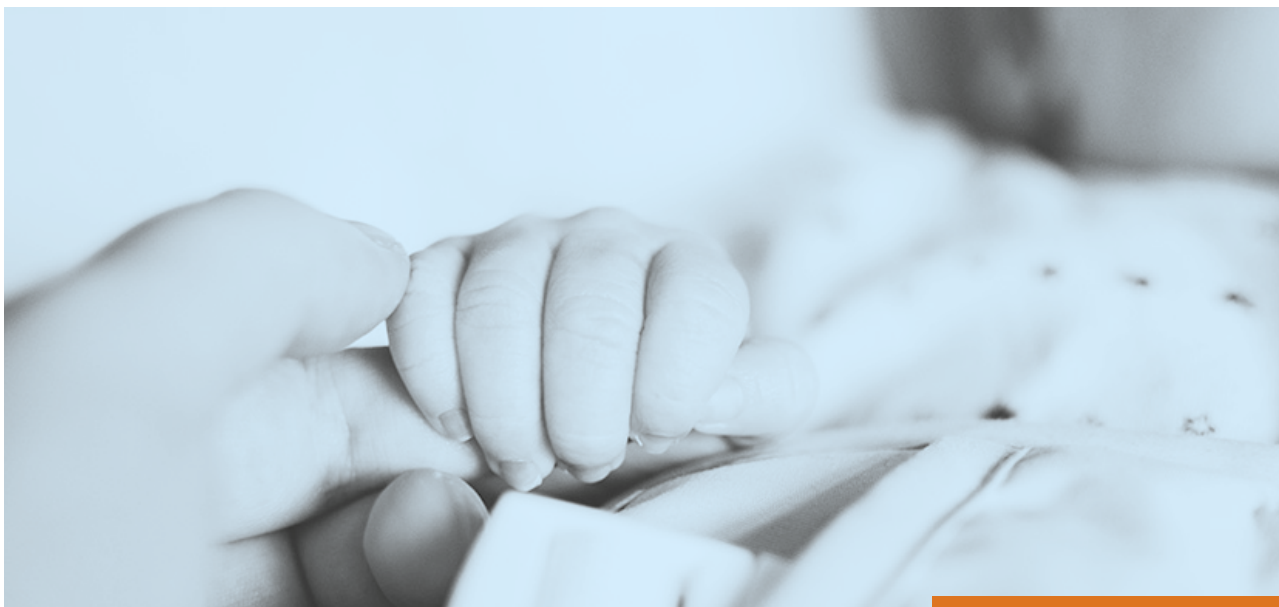
A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el parto no es universal ni está estandarizado.

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar lo fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los recién nacidos.

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus recién nacidos, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la supervivencia de las mujeres y los bebés, pues el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones.

De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible tres, se establece: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los recién nacidos no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (en lo adelante OMS) publica la guía práctica: Ayuda al Parto Normal. El documento propuso cuatro categorías en la práctica obstétrica: demostradamente útiles y que deben ser estimuladas, claramente dañosas o ineficaces y que deben ser eliminadas, las que no existen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela, hasta que otras investigaciones clari-



fiquen la cuestión y las frecuentemente usadas de modo inadecuado.

Publicaciones recientes de la OMS identifican las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones y con la garantía de la seguridad de cada mujer. Promueven el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.

Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la OMS que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel

de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos.

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.

Se clasificaron en dos categorías:

- **Recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.
- **No recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción no se deberían implementar.

La atención del parto es un proceso complejo que involucra diversos pasos necesarios, en ocasiones difíciles, en otras ocasiones complicados, para conseguir que tanto la madre como el recién nacido reciban la mejor atención posible. En este sentido, la OMS publicó la lista de verificación para un parto seguro, junto con una guía para facilitar su correcta implementación. Fue concebida como un instrumento para mejorar la calidad de la atención provista a las mujeres y prevenir las principales causas de muerte materna, morbilidad y muerte neonatal (en particular hemorragias, infecciones, parto obstruido, trastornos hipertensivos y complicaciones de la prematuridad) durante el parto. Está estructurada de prácticas esenciales organizadas en pausas diferenciadas de atención del parto con fundamento científico.

<https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/es/>



Fue elaborada con aportaciones de enfermeras, parteras, obstetras, pediatras, médicos generales, expertos en seguridad de los pacientes y pacientes de todo el mundo con la finalidad de ayudar al personal sanitario a prestar una asistencia de gran calidad en los partos que son atendidos en instalaciones sanitarias, desde el momento en que la madre ingresa hasta el momento en que ella y el recién nacido reciben el alta. Cada elemento aborda una acción decisiva que, si se omite, puede causar graves daños a la madre, el recién nacido o ambos.

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, al tener en cuenta que los mismos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención, pretendiendo con la elaboración de protocolos la normalización de la práctica profesional, al estandarizar la estructura formal que deben seguir todos los documentos que se generen.

Para la garantía de estas prácticas seguras se designa que la función asistencial para la atención al parto va a ser primordial de los médicos y el profesional de enfermería, independientemente que existan otros miembros del equipo de salud que indistintamente se incorporen a la prestación de servicios según necesidad de atención.

Si se parte de que el equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más



integral de salud posible, entonces esta atención integral se logra con un buen desempeño profesional de sus miembros. En la sistematización sobre esta categoría, varios investigadores han tendido a asociar el desempeño con: capacidad, funciones, ejercicio, competencia, conducta, formación profesional y seguridad para los pacientes.

En cualquier caso, fijan su punto de partida en su etimología asociada a la acción realizada o ejecutada por una persona, en la que se incluye la responsabilidad. Desde este común referente, se reconoce al desempeño como capacidad para referirse a una "(...) conducta real de lo que hace y sabe hacer, en ella incluyen también la idoneidad, específicamente de un profesional para realizar acciones en su objeto de trabajo".

Desde esta perspectiva, la OMS argumenta que la Seguridad del Paciente se logra si a nivel profesional se aplican prácticas clínicas y procedimientos seguros para reducir la probabilidad de dañar al paciente, si a nivel institucional se adecuan los centros asistenciales de acuerdo a normas y estándares que reduzcan los posibles riesgos para los pacientes, profesionales y ciudadanos en general y a nivel político se planifican estrategias que sitúen a la Seguridad del Paciente en el centro de las políticas sanitarias nacionales e internacionales.

En este sentido, es innegable que la prestación de servicios por parte del equipo de salud ha logrado el control biomédico de las etapas del curso vital femenino logrando una considerable reducción en las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo; sin embargo, a pesar de estos resultados y la prevención de riesgos y complicaciones

de las mujeres y recién nacidos, sus prácticas han sido objeto de crítica por dos motivos: su énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psico-sociales y su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales.

Por ello, en la actualidad, a pesar de los buenos resultados perinatales y la estandarización y protocolización de la atención al parto, la mujer y su familia han percibido de forma negativa la relación con los miembros del equipo de salud, quedando insatisfecha y en ocasiones marcada negativamente para experiencias futuras, aun cuando los resultados de su parto son una madre y un hijo sin menoscabos a la salud.

La medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la fisura sanitaria en cuanto a los riesgos a los que se pueden ver expuestas las mujeres con el fin de evitar o controlar los errores que atentan su seguridad.

El cambio en el perfil de los pacientes y el desarrollo de su derecho a la autonomía y a la toma de decisiones sobre su propia salud supone para el sistema sanitario un reto y una oportunidad. Algunos expertos señalan que los pacientes pueden tener un papel destacado en la prevención de incidentes. La necesidad de implicar y empoderar a los pacientes por su seguridad ha sido señalada por diversas organizaciones internacionales.

La OMS recomienda crear mecanismos para proporcionar a los pacientes la oportunidad de participar en las políticas sanitarias y en su pro-

ceso de salud a tres niveles: macro (favoreciendo su participación en políticas de seguridad del paciente), meso (mediante la participación en comités con profesionales, recibiendo formación, etc.) y micro (recibiendo información clara y compartiendo decisiones sobre su proceso de salud).

Contextualizado a la mujer y su proceso de parto, incluye dar a luz a un recién nacido sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias científicas y técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personal a través de la participación en la toma de decisiones inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

El logro de la seguridad del paciente puede ser evaluado a través de la percepción del paciente con respecto a su seguridad es por lo que se considera la participación del paciente como un pilar importante en el logro de su seguridad. Por ello, tan importante como invertir en tecnologías, infraestructura y estandarización de protocolos y guías de actuación basados en la evidencia científica sería muy razonable reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno al parto.

Esta perspectiva confirma la necesidad de abordar la atención a la mujer en el parto de manera integral, por todo el equipo de salud, sin el pre-establecimiento de protocolos, tratamientos, planes de atención, de educación y hasta respuestas esperadas, construidas solo

desde lo cognoscitivo y desde la perspectiva unilateral del profesional.

Asumir el enfoque fisiológico del parto significa entenderlo como un proceso natural, e implica simplificar los procedimientos e intervenciones que se utilizan de manera rutinaria, mediante una práctica humanizada que aporte mayor calidez a la calidad asistencial que se brinda.

El desarrollo científico y técnico de los profesionales de enfermería en el mundo y en Cuba les ha permitido alcanzar niveles superiores en la comprensión de los valores humanistas de la profesión, con base en la valoración de cada paciente como punto de partida para el tratamiento, considerando a la persona no como objeto, sino como sujeto de la relación de salud. Este concepto implica valorar a la persona como un elemento necesario, activo, responsable y capaz, cuyos sentimientos, emociones e ideas deben ser considerados por los profesionales de la salud en el momento de ejercer su labor con el fin de entregar una atención integral y segura.

La preparación integral del profesional de enfermería hace que sea un colaborador ideal en la prestación de servicios en un área tan considerada como lo es la atención a las mujeres durante su parto. Este profesional, no solo debe prepararse en los conocimientos y técnicas propias de la Enfermería y poseer la responsabilidad de la garantía de la seguridad de la mujer y su recién nacido con la aplicación de protocolos de actuación, si no también, en áreas que son necesarias para poder cuidar a esta persona que está a su cargo, desde su integridad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.



CONCLUSIONES

Asumir la concepción de desempeño profesional en la humanización del parto, es pretender mejorar la calidad de la asistencia adecuando las intervenciones a lo recomendado por el conocimiento científico creciente, sin dejar de asumir el componente humano que las acompaña, aumentando la seguridad del nacimiento al mismo tiempo que le permite a las mujeres un mayor control sobre su cuerpo, su proceso de parto, sobre su salud y estableciendo los vínculos afectivo-emocionales con sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- 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>.
- 2.- National Patient Safety Agency. National Health Service. United Kingdom. (Consultado el 22 de noviembre de 2017) Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>.
- 3.- Cifuentes Rodríguez AM. La cultura de seguridad del paciente en el centro médico endocrurianos 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](http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010pdf)
- 4.- 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
- 5.- 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, Peru, 2014. p. 51. (Consultado el 8 de noviembre de 2017) Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678
- 6.- Arenas Gutierrez 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/arxijs/notas/empresa.pdf>
- 7.- 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_arttext&pid=51695-614120100020&ing=es
- 8.- Borges Damas L. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. *Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]*. 2018 [citado 2019 Feb 13];34(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1615>
- 9.- Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]*. 2018 [citado 2019 Feb 13];34(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1426>
- 10.- Borges-Damas L, Sánchez-Machado R, Domínguez-Hernández R, Sixto-Pérez A. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]*. 2019 [citado 2019 Feb 13]; 44(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/384>
- 11.- Borges-Damas L, Sánchez-Machado R, Domínguez-Hernández R, Sixto-Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]*. 2019 [citado 2019 Feb 13]; 44(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226>

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INTEGRACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.



Dra. Paola Briones Carrasco

Médico Cirujano. Universidad Mayor Asesora en Gestión de Riesgos de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto. Diplomada en Gestión de Calidad en Salud. Diplomada en Gestión organizacional y Liderazgo. Diplomada en Derecho Médico. Docente y Coordinadora de Curso en Diplomado en Gestión de Atención Primaria en Salud en el Siglo XXI, Universidad de Los Andes.



QF. Marcia Ibarra Hidalgo

Químico Farmacéutico. Universidad de Chile. Asesora en Gestión de Calidad de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto. Diplomada en Gestión de Calidad y Acreditación. Evaluadora del Sistema Nacional de Acreditación en Salud. MBE con Especialización en Administración en Salud. Docente Magister en Gestión Estratégica en Salud, Universidad San Sebastian.



Psic. Marco Donoso Farias

Psicólogo, Universidad Bolivariana. Asesor en Gestión de Calidad y Regulatoria de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto. Diplomado en Gestión Local para Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Diplomado en Desarrollo Organizacional.



INTRODUCCIÓN

Puente Alto se posiciona como la comuna más poblada del país según el Censo 2017, con un total de 568.106 habitantes y con una población beneficiaria en sus centros de salud de 354.587 habitantes.

Su Red de Salud cuenta con 8 establecimientos corporativos de APS (7 CESFAM y 1 Centro de Salud) y cuatro Centros Transversales (CO-SAM-Centro de Intervención Familiar, Centro de Imágenes, Laboratorio Clínico Comunal y Centro de Especialidades Primarias San Lázaro).

Desde el Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto (CMPA), existen lineamientos estratégicos basados en la entrega oportuna de servicios de salud y en el mejoramiento continuo de la calidad de las prestaciones. Es así como desde el año 2012, la Dirección de Salud de la CMPA ha venido desarrollando

un Sistema de Gestión de Calidad, basado en estrategias alineadas con la visión, misión y valores de la organización, tendientes a brindar una atención de salud de calidad, oportuna y segura para los usuarios y usuarias que se atienden en la Red de Salud Corporativa.

HISTORIA DEL MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DE LA CMPA

El inicio de la gestión de Calidad y Seguridad tiene como primer hito la creación del cargo de encargado comunal y local de calidad en el año 2012.

Desde sus inicios, la Gestión de Calidad en nuestra organización tuvo como finalidad la instalación de la cultura de calidad y seguridad de la atención en los directivos y equipos de salud, sin embargo, en primera instancia, esta



gestión puso énfasis en lograr la certificación en Calidad otorgada por la Superintendencia de Salud a través de la Acreditación en Salud para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

Paralelamente, el departamento de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) junto con el Departamento de Informática del mismo servicio, desarrollaron el Sistema de Notificación de Eventos Adversos para Atención Primaria (SINEAV APS), el cual fue difundido, y adoptado de inmediato por el área de Salud de la CMPA como una herramienta de gestión para el logro de los objetivos planteados en relación a calidad y seguridad de las atenciones.

Así fue como dentro de los objetivos de calidad se propuso *“Fomentar la notificación y vigilancia de Eventos Adversos y Centinelas en todos los Centros de Salud y Transversales Corporativos como herramienta de mejora efectiva de la práctica clínica”*. Para su consecución, se creó el cargo de Encargado de Eventos Adversos y Centinelas Comunal, además de

encargados locales por cada centro de salud; y desde el año 2013, entró en vigencia el documento “Sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas” que regulaba el proceso de notificación y gestión de los eventos notificados en la plataforma SINEAV APS, el cual corresponde a un sistema de vigilancia y reporte pasivo, voluntario, anónimo y por sobre todo, no punitivo, que cuenta con un listado de eventos adversos y centinelas a vigilar los cuales están establecidos como mínimos, por lo que permite la notificación abierta de situaciones que pudiesen producir daño potencial a nuestros usuarios, para que el sistema no sólo nos permita reaccionar frente a situaciones que produjeron daño, sino que también, nos entregue información con el fin de prevenir daños futuros.

Desde entonces, se realizó una sensibilización periódica en los centros de salud sobre este sistema de vigilancia y notificación, logrando la instalación paulatina de la cultura de seguridad, lo cual se evidencia en el número creciente de notificaciones realizadas por los funcionarios de esta Corporación alcanzando un máximo a



la fecha de 272 notificaciones durante el primer semestre del 2019, lo que corresponde al 53% del total de notificaciones del SSMSO. Del total de notificaciones, el 50% (n=135) corresponden a Eventos Adversos, 5% (n=14) a Eventos Centinelas, 20% (n=55) fueron clasificados como no pertinentes y 25% (n=68) como incidentes.

El análisis permanente de estas notificaciones, ha permitido conocer los riesgos a los que nos enfrentamos y nos ha permitido priorizar nuestras estrategias de mejora en el tiempo. Así como planificar estrategias de vigilancia activa a futuro.

Desde el año 2016 la Gestión de Calidad pasó a ser responsabilidad de la "Unidad de Calidad y Seguridad" conformada por la Jefatura de Calidad, un Coordinador Técnico de Calidad, el Encargado Comunal de Eventos Adversos y Centinelas; y la Oficial de Protección Radiológica que fortalecieron el modelo, para posteriormente dar paso al modelo actual.

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD ACTUAL DEL ÁREA DE SALUD DE LA CMPA

El año 2018 la Unidad de Calidad y Seguridad se replantea sus objetivos, se integran nuevos profesionales y se hace un diagnóstico basado en los avances obtenidos y en los desafíos pendientes. La necesidad de instalar la gestión de calidad y seguridad como un gran paraguas de la gestión comunal de salud es uno de los principales desafíos a lograr, como también lo es integrar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) con el sentido de la calidad y seguridad, basados en

los mismos principios fundamentales: centrado en las personas, con integralidad y continuidad de la atención.

Para alcanzar lo anterior debimos reestructurar la Unidad de Calidad y Seguridad y plantearnos un nuevo Modelo de Gestión basado en tres pilares esenciales: Gestión de Calidad, Gestión del Riesgo y Gestión Regulatoria, cada uno de estos pilares relacionados entre sí en una gestión integradora e integrada, durante todo el proceso de atención de salud con base en la satisfacción usuaria (figura 1). Cada pilar esencial cuenta con un líder, el que tiene un rol asesor tanto para la Dirección de Salud, como para los Equipos de Salud de los Establecimientos y Centros Transversales de la Red Corporativa.

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN:

El modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Área de Salud de la CMPA busca insertarse a lo largo de toda la atención del usuario, en todas sus perspectivas. Así, desde la perspectiva del usuario y su familia, lograr que todos los eventos relacionados con el cuidado de su salud sean coherentes e integrados en el tiempo y desde la perspectiva de la OPS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) lograr la continuidad clínica con integración horizontal y vertical; funciones y actividades de apoyo; y profesional de salud².

En este sentido, la gestión de calidad y seguridad debe ser coordinada en todos los procesos de atención de salud del usuario y a nivel de toda la red.

GESTIÓN DE CALIDAD Y PROCESOS

Basada en la instalación de la mejora continua de los procesos asistenciales en beneficio del mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención y de la satisfacción usuaria.

La gestión por procesos puede definirse como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

GESTIÓN DE CALIDAD Y RIESGO

Basada en la instalación de la seguridad en las atenciones de salud, en búsqueda de acciones de mejora continua, que aporten a la prevención y antelación a la ocurrencia del daño, es decir, con un enfoque proactivo y reactivo, que se nutre de distintas fuentes de información, entre ellas, la vigilancia, notificación y gestión de los eventos adversos, centinelas e incidentes ocurridos en los centros de salud corporativos.

El análisis global de estos eventos e incidentes, nos muestran aquellos procesos, servicios y unidades que corresponden a puntos críticos en términos de riesgo, nos permiten fijar la mirada en ellos con el objetivo de conocer los riesgos que podrían alejarnos de la consecución

de nuestras metas y objetivos, y así priorizar los recursos destinados a la gestión de las oportunidades de mejora detectadas.

GESTIÓN DE CALIDAD Y REGULATORIA.

Basada en la regularización, normalización y cumplimiento de los estándares sanitarios vigentes, en beneficio del mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención.

Esta área de la gestión cobra relevancia en intervenciones de infraestructura en los establecimientos de salud, en el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos para los procesos de Autorización Sanitaria. Asimismo, es relevante en la regularización de funcionamiento del equipamiento y el personal que lo opera (p. ej. Equipos de Vapor, Equipos de Rx); en el manejo de los residuos generados en la atención de salud (REAS); y especialmente en el cumplimiento de la Ley 20.584 sobre derechos y deberes de las personas en la atención de salud; entre otras. En síntesis, es la gestión para dar cumplimiento a la normativa vigente, asegurando que la mejora continua de los procesos se desarrolle en coherencia con las normas regulatorias correspondientes.

1 - Orientaciones MAIS

2 - OPS/OMS. 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud(RISS); Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie la renovación de la atención primaria en las Américas N° 4.



Fig. 1. Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad Área de Salud CMPA



GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD INTEGRADA E INTEGRADORA

Según la MAIS, el concepto de integralidad se ha definido en dos aproximaciones. La primera en relación a los niveles de prevención y la segunda, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas e involucra “que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano”

Esta multidimensionalidad en la mirada de los problemas de salud de las personas y la población nos obliga a planificar la Gestión de Calidad y Seguridad dirigida a todas las áreas de la atención, incluyendo la prevención y promoción en salud, por lo que los tres pilares de esta

gestión no sólo deben integrarse entre sí, sino que también con la población que tenemos a cargo, haciéndose en este sentido, fundamental el reconocimiento de nuestros determinantes sociales en salud.

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD CENTRADA EN LA PERSONA: SATISFACCIÓN USUARIA

Para este modelo, la base, de la Gestión de Calidad en Salud es la satisfacción de los usuarios internos y externos, pues es la principal “parte interesada” (stakeholder) en nuestra labor.

La MAIS supone la atención centrada en la persona como aquella que “Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios”. Para ello se plantea objetivos que buscan la mejor relación clínica posible y asegurar el acceso a salud a toda la población. La Satisfacción Usuaria juega tres roles en la atención en salud: En primer lugar, entrega un juicio sobre la calidad de la atención que brindamos en relación a las expectativas y la percepción que el usuario tiene de esta; en segundo lugar, se trata de un resultado de la atención y en tercer lugar una consecuencia del éxito,

3 - Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007

4- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

5 - Orientaciones MAIS.

es decir un objetivo que debemos perseguir como organización de salud.

Así ambos conceptos se reúnen en torno a lo que el usuario espera de nosotros y se torna un elemento fundamental para la mejora continua.

DISCUSIÓN:

Para gestionar la calidad y seguridad es importante conocer nuestros objetivos y el contexto en el cual se realiza esta acción. En ese sentido nuestro contexto es la atención primaria de salud, y nuestro objetivo es brindar atenciones seguras y de calidad bajo un Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitaria bajo un marco organizacional alineado con nuestra misión, visión, valores institucionales y política de calidad.

Actualmente nuestro marco de trabajo como Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud de la CMPA se basa en este modelo de gestión. Nuestra institución cuenta con un liderazgo y compromiso que ha sido fundamental para integrarnos con los equipos de trabajo de toda la organización en la búsqueda de gestionar el riesgo, prevenir el daño y establecer las mejoras en los procesos bajo un marco regulatorio establecido y vigente. Hoy todas nuestras acciones y asesorías hacia los equipos de la Dirección de Salud o de los establecimientos de la Red Comunal, se orientan a diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

La eficacia que busca nuestro trabajo, basado en este modelo de gestión, ha sido posible por la integración de este marco de referencia en la gobernanza de la organización, incluyendo

sus resultados en la toma de decisiones de la Dirección. Por ello, el compromiso y apoyo que hemos tenido de la Alta Dirección y de las partes interesadas ha sido fundamental para la instalación de este modelo de gestión.

Con esta base instalada e integrada a nuestro quehacer en salud, es que hemos logrado gestionar cada situación detectada como una oportunidad de mejora, y analizarla bajo los tres pilares del modelo de gestión, considerando que la atención y la prestación de servicios debe ser centrada en la persona, integral y continua.

El gestionar la calidad basados en la seguridad de los pacientes y la prevención del daño ha sido el principio orientador de este modelo de gestión, pues nos permite entender que los errores ocurren, que son parte de un sistema y no de una persona en particular; así como también nos ha permitido visualizar en qué procesos fallamos y dónde debemos priorizar las mejoras y los recursos disponibles.

CONCLUSIÓN:

La instalación de un Modelo de Gestión basado en la Calidad y Seguridad debe ser concebido de acuerdo a la realidad particular que exista en la organización. No existe una receta que se pueda reproducir, pues es un proceso de ensayo y error, de hacer y corregir, es dinámico y ocurre en toda la organización, es integrativo. Requiere del liderazgo y compromiso de la Alta Dirección y de los líderes de la organización, quienes deben entender la importancia de alinear los pilares de este modelo de gestión a los objetivos, estrategias y cultura organizacional, y ser capaz de comunicar el valor de la gestión a los equipos de trabajo y partes interesadas.



El éxito de la instalación de un modelo de este tipo, basado en la gestión de riesgos y prevención del daño, dependerá de la efectividad del diseño del marco de trabajo, pues se requiere establecer lineamientos que brinden las bases y las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión de toda la organización.

Referencias

- (1) (5). Ministerio de Salud. 2012. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 24-09-2019, de Subsecretaría de Redes Asistenciales - División de Atención Primaria Sitio web: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- (2). OPS/OMS. 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud(RISS); Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie la renovación de la atención primaria en las Américas N° 4.
- (3). Organización Panamericana de la Salud. 2007. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS.
- (4). Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2005. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

GESTION DE RIESGOS EN SALUD Y NORMA ISO 31000:2018



Paola Martínez Osorio

Ingeniero Comercial
Magister en Salud Pública

paolamartinezosorio@gmail.com



La base de la misión de FSP Chile es la seguridad del paciente, y tras tiempo de trabajo en esta área, hemos observado que la metodología propuesta por la norma ISO 31000:2018 “Directrices para la Gestión de Riesgo” es una herramienta que pudiese ser fundamental para lograr disminuir los “incidentes en seguridad del paciente” en los establecimientos de salud.

ISO 9000 es un conjunto de estándares de control de calidad y de gestión de calidad, establecidos por la Organización Internacional de Normalización (ISO), que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Dentro de ellas se encuentra la norma ISO 9001, estándar que da lineamientos para implementar un sistema de gestión de calidad en cualquier organización. Esta ha tenido varias versiones en las que se ponen diferentes énfasis en su resultados.

La ISO 9001:2008 propone una serie de actividades cuyo fin es que la organización sa-

tisfaga las necesidades y expectativas de sus “clientes”. En una organización de salud, el cliente es el paciente y/o usuario, por lo que, al aplicar esta norma, todo el trabajo del establecimiento de salud se orienta a su satisfacción.

La nueva versión es la ISO 9001:2015, a diferencia de la anterior, se centra en la satisfacción de necesidades y expectativas de las “partes interesadas” de la empresa. Esta norma va más allá de los clientes pues considera que existen actores en el entorno que potencialmente pueden impactar en la capacidad de la organización para proporcionar productos y servicios que cumplan los requisitos de sus demandantes y usuarios. Esta es una situación que reviste un riesgo para la organización. Además, se debe considerar que en el interior de cada organización también existen riesgos que pueden desviar a la organización de su resultado esperado.

La Norma ISO 9001:2015 introduce el concep-



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua



DIPLOMADO

EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

160 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$650.000 USD 1.000

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



to de “gestión de riesgos” en forma explícita en todo el sistema de gestión del establecimiento como un concepto necesario y fundamental para la “gestión de calidad”. Una forma de implementar la gestión de riesgo es adoptar la norma ISO 31000:2018 que, sin ser certificable, proporciona directrices formales de trabajo.

Por ello, en este artículo se expone la visión general que plantea esta Norma y el porqué de su utilidad para los sistemas de salud, para, en un próximo número, señalar cómo esta metodología se pudiese relacionar y aplicar en todos los prestadores para que los pacientes reciban una atención cada vez más segura.

En la actualidad, la provisión de atenciones de salud es un proceso difícil, ya que cada paciente es único y complejo, y la atención que se le otorga implica nuevas técnicas, tecnologías y conocimientos. En este escenario, el proceso que se realiza en la atención de salud contiene números y diversos pasos, cada uno de los cuales puede fallar de alguna manera, lo que hace que sea complejo lograr el objetivo de que el paciente recupere su salud. Por ello, se hace imprescindible trabajar en evitar que ocurran fallos antes de que estos ocurran para así entregar atenciones seguras de salud.

En este escenario surge la “gestión de riesgos” (metodología utilizada ampliamente en otras industrias) que basa su trabajo en la identificación de posibles fallas y en la implementación de acciones para disminuir su riesgo de aparición.

La “gestión de riesgos” es un proceso que identifica “acontecimientos posibles” cuya materialización podría afectar el logro de los objetivos de la organización. Además, aplica

medidas destinadas a “reducir la probabilidad” o “minimizar el impacto” de esos acontecimientos.

Para comprender esta definición es importante analizar sus partes:

Identificar acontecimientos posibles: la gestión de riesgos observa y analiza constantemente el quehacer de un establecimiento de salud para detectar cosas que pudiesen ocurrir en el día a día.

Afectar el logro de los objetivos: la razón de ser de la gestión de riesgos es que los objetivos establecidos por un Hospital, Clínica, Centro de Atención Ambulatoria, etc. se cumplan y que no se afecte su logro. Por ello, centra su atención en hechos que impidan su cumplimiento.

Reducir la probabilidad: la gestión de riesgo no puede evitar que algunos hechos ocurran, pero sí, define a priori acciones que previenen o disminuyen su ocurrencia. Se busca reducir, pues el riesgo de que algo ocurra nunca desaparece. Por ejemplo, se busca reducir la posibilidad de eventos adversos en los pacientes y para ellos se implementan nuevos procesos. Sin embargo, a pesar de ellos, siempre existe una pequeña posibilidad de que un paciente sufra un evento adverso.

Minimizar las consecuencias: la gestión de riesgos asume que no puede eliminar totalmente los riesgos, por lo que define estrategias para poder abordar el hecho no deseado, antes de que este ocurra.

Para ello, entonces, es imprescindible definir los objetivos generales y estratégicos que busca alcanzar el establecimiento de salud,



ya que la gestión de riesgo se inicia buscando aquellas situaciones que pudiesen impedir que se cumplan dichos objetivos. No se puede trabajar si no se tienen claramente definidos los objetivos.

Desde allí, la gestión de riesgos observa los procesos que se realizan en torno al paciente para cumplir los objetivos organizacionales y busca los puntos en que estos pudiesen fallar para anteponerse y evitar que la falla llegue al paciente y así se logre la misión del establecimiento de salud.

En este punto es preciso señalar que “riesgo” es “el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos” (ISO 31000:2018).

El logro de los objetivos en una institución de salud siempre es incierto, pues muchos factores deben combinarse para tener un resultado exitoso.

El proceso que lleva a cumplir un objetivo tiene diversos pasos y tareas. Cada uno de ellos tiene la posibilidad de fallar en algún punto, poniendo en riesgo el logro del objetivo. Esta “posibilidad de fallar” es la incertidumbre.

- Si el proceso no falla, se cumple el objetivo de la organización.

.....
- Si el proceso falla, no se cumple el objetivo de la organización.

Pero no sabemos si el proceso fallará. Por tanto, no se sabe a priori si un objetivo se cumplirá. Entonces, el “efecto” que tiene esta “incertidumbre” sobre el cumplimiento de un objetivo es el “riesgo” de incumplimiento. Desde allí, la “gestión de riesgos” es el trabajo que se realiza con la incertidumbre para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Los conceptos básicos de la gestión de riesgos son:

- Es un proceso continuo que se debe expandir por toda la organización, por lo tanto, es un proceso transversal al establecimiento de salud.

.....
- Es un proceso que realiza todo el personal en todos los niveles de la organización.

.....
- Se aplica al momento de definir las polí-



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

SE 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

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



ticas, objetivos y estrategias del establecimiento de salud.

.....
- Se aplica en toda la organización, en cada nivel y unidad, e incluye adoptar una perspectiva del riesgo a nivel conjunto.

.....
- Es un proceso que está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que pudiesen afectar el cumplimiento de los objetivos de la organización.

.....
- La gestión de riesgos busca llevar al establecimiento de salud a un nivel de riesgos aceptable.

.....
Con el trabajo realizado en gestión de riesgos se puede obtener los siguientes resultados dentro de la organización:

- Se logra una gestión proactiva en lugar de la reactiva pues busca incidentes en los procesos antes de ejecutarlos, en todos los ámbitos de la atención de salud.

.....
- Se pueden visualizar los incidentes de seguridad que pudiesen afectar al paciente lo que permite establecer barreras a priori, aumentando los niveles de seguridad del paciente.

.....
- Permite realizar una vigilancia activa de los eventos adversos.

.....
- Logra que las personas que laboran en la institución sean conscientes de la necesidad de identificar y tratar el riesgo en todos los niveles de la organización.

.....
- Logra que las personas que laboran en la institución sean conscientes de que ellos

mismos son una fuente de riesgos para los procesos y para los pacientes.

.....
- Mejora la identificación de las oportunidades y amenazas que enfrenta el establecimiento de salud lo que lleva a un mayor conocimiento de la organización, en su interior y sus relaciones externas.

.....
- Lleva a cumplir con los requisitos legales y normativas tales como: normas sanitarias, normas de acreditación, normas de esterilización, etc., pues estas se deben analizar y se deben visualizar los riesgos que implica su no cumplimiento.

.....
- Mejora la confianza de los grupos de interés (stakeholders) como profesionales, sindicatos, agrupaciones de pacientes, comunidad en general, proveedores, etc.

.....
- Establecer una base fiable para la toma de decisiones y planificación pues la dirección del establecimiento recibe información confiable y oportuna que la orienta en su quehacer.

.....
- Mejora el control de los procesos.

.....
- Aporta información para mejorar la seguridad de los paciente, sobre todo si se trata al paciente como una fuente de riesgos, mejorando la prevención y la gestión de incidentes y eventos adversos.

TIPOS DE RIESGOS

La **tipología de riesgos** agrupa los riesgos en categorías que tienen características y elementos en común. En relación con la fuente u



origen de los riesgos, se pueden señalar que existen riesgos de fuente externa y riesgos de fuente interna al establecimiento de salud. La “tipología de riesgos” es útil para definir el alcance de la gestión de riesgos. Podemos elegir un ámbito: financiero, clínico, económico o una mezcla de ellos. Por ello, es muy importante definir con claridad “Qué vamos a hacer” y “Dónde lo vamos a hacer”.

En este concepto surge la opción de realizar gestión de riesgos en el establecimiento como un todo o, también, se puede gestionar solo un área o servicio con esta metodología. Por ejemplo, se puede iniciar la gestión de riesgos en el Servicio de Medicina.

Los “riesgos de fuente externa” son aquellos que tienen su origen en situaciones que están fuera de la administración y control de la organización, como los cambios políticos y sociales. Al contrario, son “riesgos de fuente interna” los que se originan al interior y sobre los cuales la organización tiene posibilidad de gestionar y puede controlar. Estos pueden ser: a las capacidades del personal, la efectividad de los sistemas de información, etc...

Esta metodología propone una mirada general de los riesgos de la organización o parte de ella, como una manera de buscar dónde se encuentran los riesgos, en cuatro áreas básicas:

- Riesgos estratégicos: son los riesgos de la estrategia de la organización, están relacionados habitualmente a la parte directiva.
.....
- Riesgos operacionales: relacionados a la parte operativa del proceso, relacionados por ejemplo a cada servicio o unidad clínica.

- Riesgos de proceso o sistemas: son los riesgos asociados a cada uno de los procesos que define la organización para finalmente brindar un atención segura al paciente.
.....

- Riesgos de cumplimiento: estos están relacionados a los riesgos asociados al cumplimiento de las normativas legales, ambientales, etc.
.....

El conocer los riesgos del establecimiento y su clasificación permite establecer prioridades y establecer grupos de trabajo acordes y con conocimiento de los procesos que se han de analizar. De esta forma se puede lograr estrategias útiles y eficientes para ayudar al establecimiento a otorgar una atención más segura a los pacientes.

En conclusión, la metodología propuesta por ISO 31000:2018 puede ser un gran aporte para la Seguridad del Paciente pues cambia el centro y lleva a observar la organización y al paciente mismo como una fuente de riesgos que, mediante el conocimiento y la experiencia, pueden ser detectados y trabajados antes de que ocurran. Así se logra la definición de procesos con barreras para que los riesgos no se transformen en efecto sobre los pacientes, y, además, se logra la definición de estrategias alternativas ante la posibilidad de que un riesgo se transforme en efecto sobre los objetivos.

Bibliografía:

- Sistemas de gestión de calidad, Requisitos (ISO 9001:2015), Aenor 2015.
- Sistemas de gestión de calidad, Requisitos (ISO 9001:2008), ISO, 2008
- Gestión de riesgo, Principios y directrices (UNE - ISO 31000:2010), Aenor 2010.
- Gestión de riesgo, Directrices (UNE - ISO 31000:2018), Asociación Española de Normalización, 2018.
- ISO 9001:2015 El futuro de la Calidad, e-book editado por ISOTools Excelence
- Luzángela Aldana de la Vega y María Patricia Alvarez Builes, “Administración por Calidad”, Alfaomega, Colombia, 2010.



DIA INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



International Patient Safety Day
<https://www.patient-safety-day.org/>





El Superintendente Sr. Patricio Fernández P. expone en conmemoración del Primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente

“La Seguridad del Paciente impacta en varios ámbitos, tanto en costos como en la reputación de los centros de salud, todo por situaciones que perfectamente pueden ser evitables”, señaló en el contexto de la celebración del Primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente realizada en la ciudad de Concepción y con una ponencia titulada “Cultura de la Seguridad del Paciente, Una Responsabilidad de Todos”.

El evento que se llevó a cabo en el Hospital Clínico del Sur de la ciudad penquista, fue la ocasión en la que se conmemoró una efeméride que desde ahora se celebrará todos los años el 17 de septiembre. El Día Mundial de la Seguridad del Paciente fue establecido por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud efectuada en mayo de 2019.

“Estamos acá para difundir lo importante que es la seguridad del paciente. Existe un número de eventos adversos en todo el mundo, que en su mayoría son evitables. Los equipos de salud hacen los esfuerzos por reducir estas cifras y nosotros, como Superintendencia, estamos constantemente apoyando y entregando herramientas para que los equipos puedan organizar de mejor forma las estrategias de seguridad del paciente”, señaló el Superintendente.

En la ocasión también expusieron: el director médico del Hospital Clínico del Sur de Concepción, Dr. Rodrigo Campos M. y el Dr. Hugo Guajardo G., presidente de la Fundación para la Seguridad del Paciente.



“ENCUESTA SEGUNDAS VÍCTIMAS EN CHILE”



Dr. Hugo Guajardo G.

CEO Fundación Seguridad del Paciente CHILE

huguguajardo@fspchile.org



Nota del Editor: Resumen de la Conferencia “**Encuesta Segundas Víctimas en Chile**”, presentada en 10ª Jornadas Foro Latinoamericano – Buenos Aires, Argentina, Septiembre 2019.



Desde hace algunos años, cuando iniciamos el trabajo en Seguridad del Paciente, una de las motivaciones fue trabajar por la Segunda Víctima en Incidentes en Seguridad del Paciente.

Definición de segunda víctima: Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

<http://www.segundasvictimas.es/definiciones>.

En el esfuerzo de instalar el concepto de las segundas víctimas en Chile, durante el Congreso Internacional en la Ciudad de Temuco, en Noviembre del 2016, contamos con la participación del Dr. José Joaquín Mira Solves, profesional involucrado en la formulación del "Cuestionario actuaciones con Segundas Víctimas".

<http://www.segundasvictimas.es/index.php>

Simultáneamente, Fundación para la Seguridad del Paciente solicitó autorización para reproducir este encuesta y aplicarla en establecimientos Chilenos. Al contactar a los establecimientos para proponer la aplicación de esta encuesta, en muchos de ellos la breve respuesta fue: "no tenemos esos problemas aquí".

Por ello dejamos esta encuesta para respuesta espontánea en nuestra página web y sus resultados fueron los expuestos en el Foro Argentino:

Para la confección de la presentación y recopilando material de estudio se pudo observar que:

- Al investigar en las licencias médicas presenta-

das por profesionales de la salud no es posible conocer o establecer alguna relación de estados emocionales con eventos adversos en que se vio involucrado el profesional de la salud.

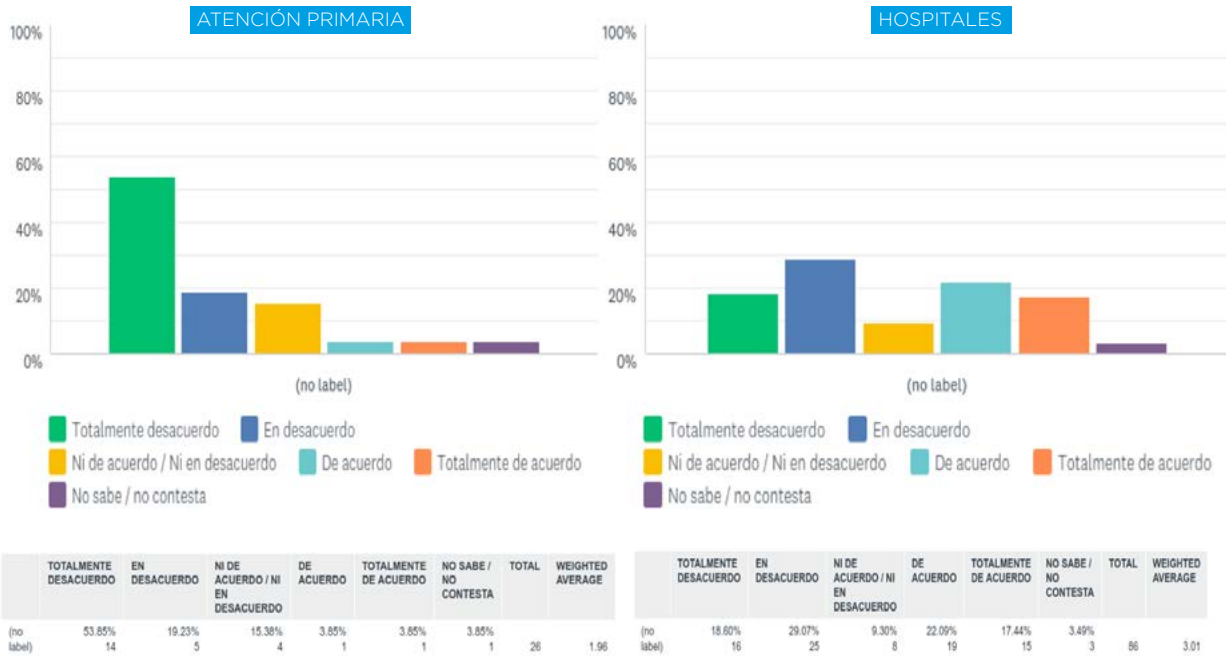
.....
- La prevalencia de depresión en Chile es del 6.2% y el porcentaje de licencias médicas en funcionarios de la Salud es de 23.7 días / año. Sin embargo, en ambos datos, no existe mecanismo que permita observar si alguno de ellos se debe a eventos adversos en que se vio involucrado el profesional.

.....
- En los hospitales no existen mecanismos establecidos formalmente para que los profesionales busquen ayuda en Policlínicos del personal o en Unidades de Salud Mental cuando se ven involucrados en un evento adverso.

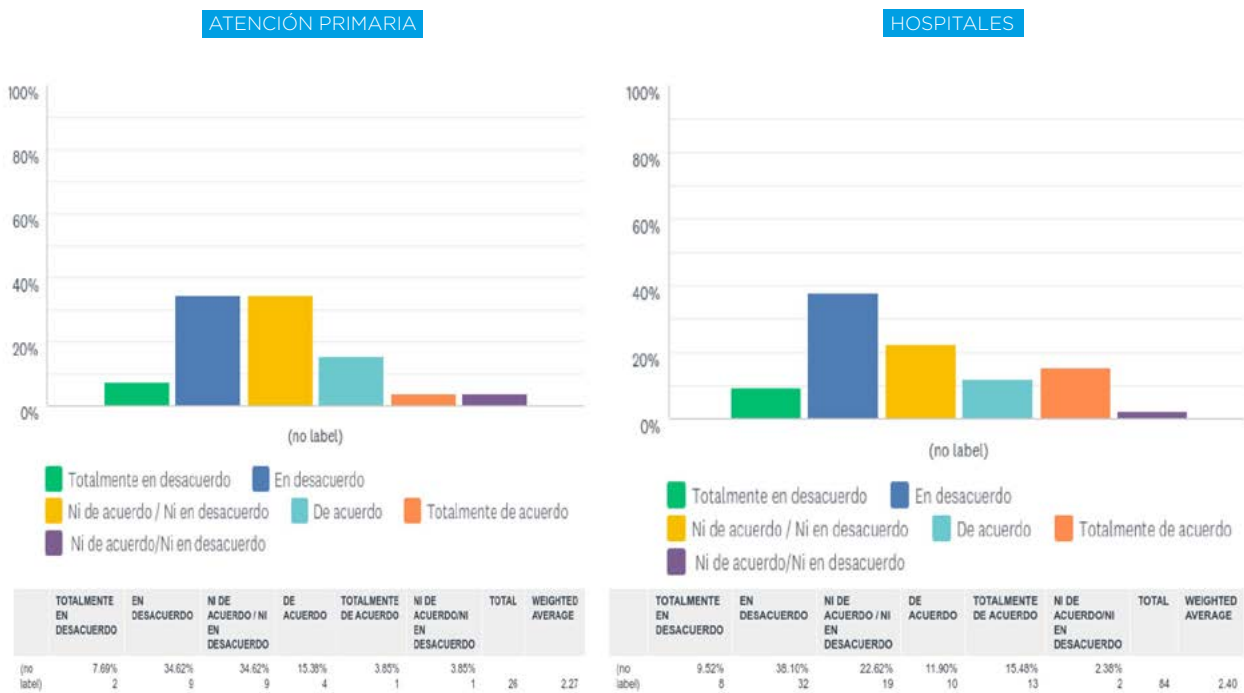
.....
- En muchos casos el profesional de la salud no es consciente de que lo ocurrido en su trabajo constituye un evento adverso, por lo que no se consideran una víctima. "¿Por qué ser una víctima, cuando lo que pasó o pudo haber pasado solo fue un error?."

.....
Aún así, las respuestas obtenidas, en sí mismas son muy similares a estudios internacionales.

1 - CONTAMOS CON UN PLAN DE FORMACIÓN ANUAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE ACTÚA A DISTINTOS NIVELES: SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN ESPECÍFICA (TALLERES O CURSOS).



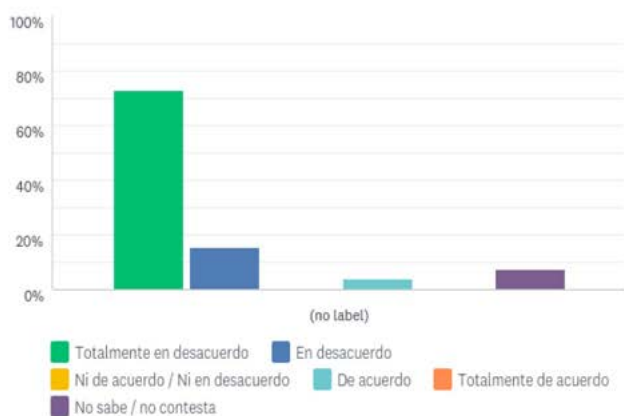
2 - LA MAYORÍA DE LOS ERRORES CLÍNICOS QUE CONOZCO SE DEBEN A FALLOS DE LA ORGANIZACIÓN Y NO A ERRORES HUMANOS.





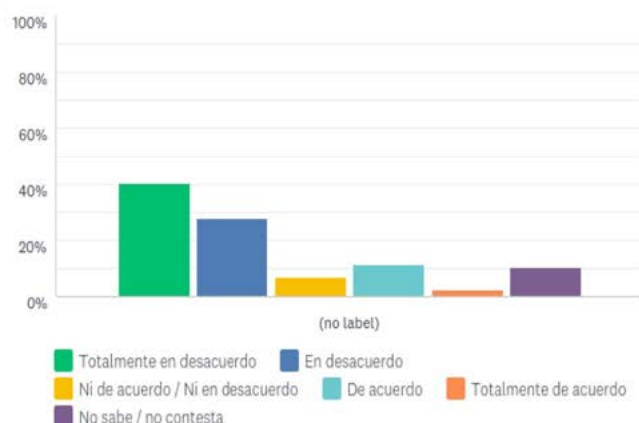
3 - LOS PROFESIONALES QUE SE VEN INVOLUCRADOS EN UN EA CUENTAN, SI LO DESEAN, CON APOYO PSICOLÓGICO OFRECIDO POR EL ESTABLECIMIENTO PARA REDUCIR EL IMPACTO QUE SUFREN COMO SEGUNDA VÍCTIMA.

ATENCIÓN PRIMARIA



	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO / NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	NO SABE / NO CONTESTA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
(no label)	73.08%	15.38%	0.00%	3.85%	0.00%	7.69%	26	1.65

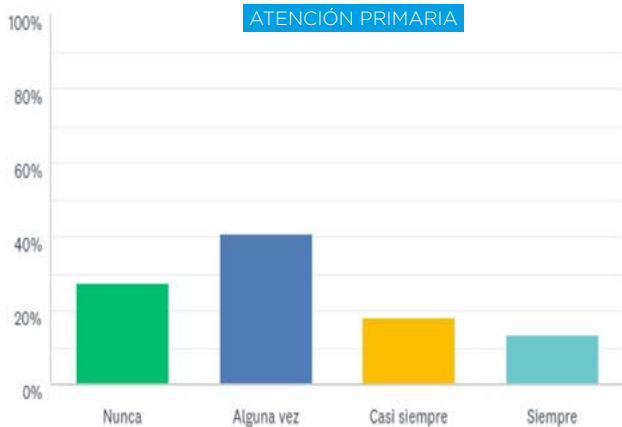
HOSPITALES



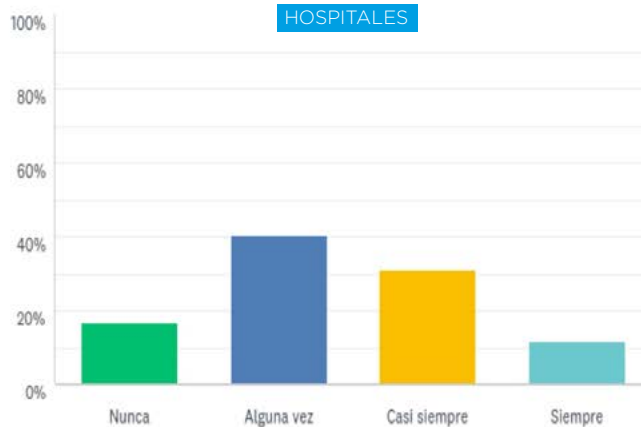
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO / NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	NO SABE / NO CONTESTA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
(no label)	40.70%	27.91%	6.98%	11.63%	2.33%	10.47%	86	2.38

4 - OBNUBILACIÓN, CONFUSIÓN, DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE EN LA TAREA EN LOS DÍAS SIGUIENTES AL EVENTO ADVERSO.

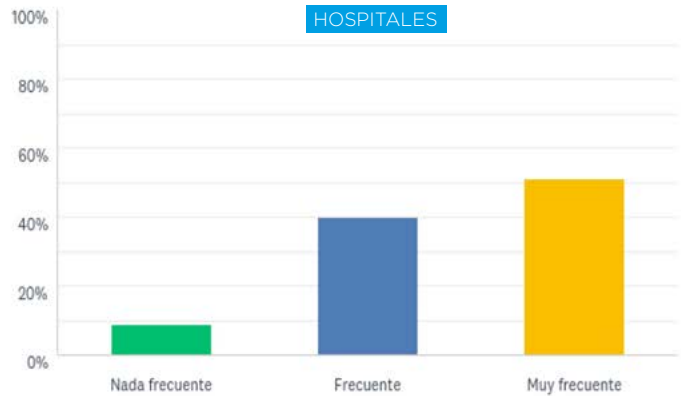
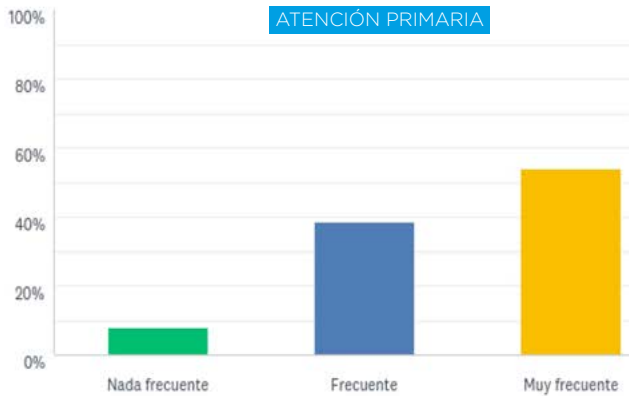
ATENCIÓN PRIMARIA



HOSPITALES



5 - TENER MIEDO A AFRONTAR CONSECUENCIAS LEGALES.



Respuestas de predominio negativo

- 49% señala que no hay planes de formación.
.....
- 49,3 % señala la mayoría de los errores clínicos que se conocen no se deben a fallos de la organización.
.....
- 68,5% señala que no hay apoyo psicológico ofrecido por el establecimiento.
.....
- 46,8% señala que no se informa al paciente o a sus familiares del error.
.....

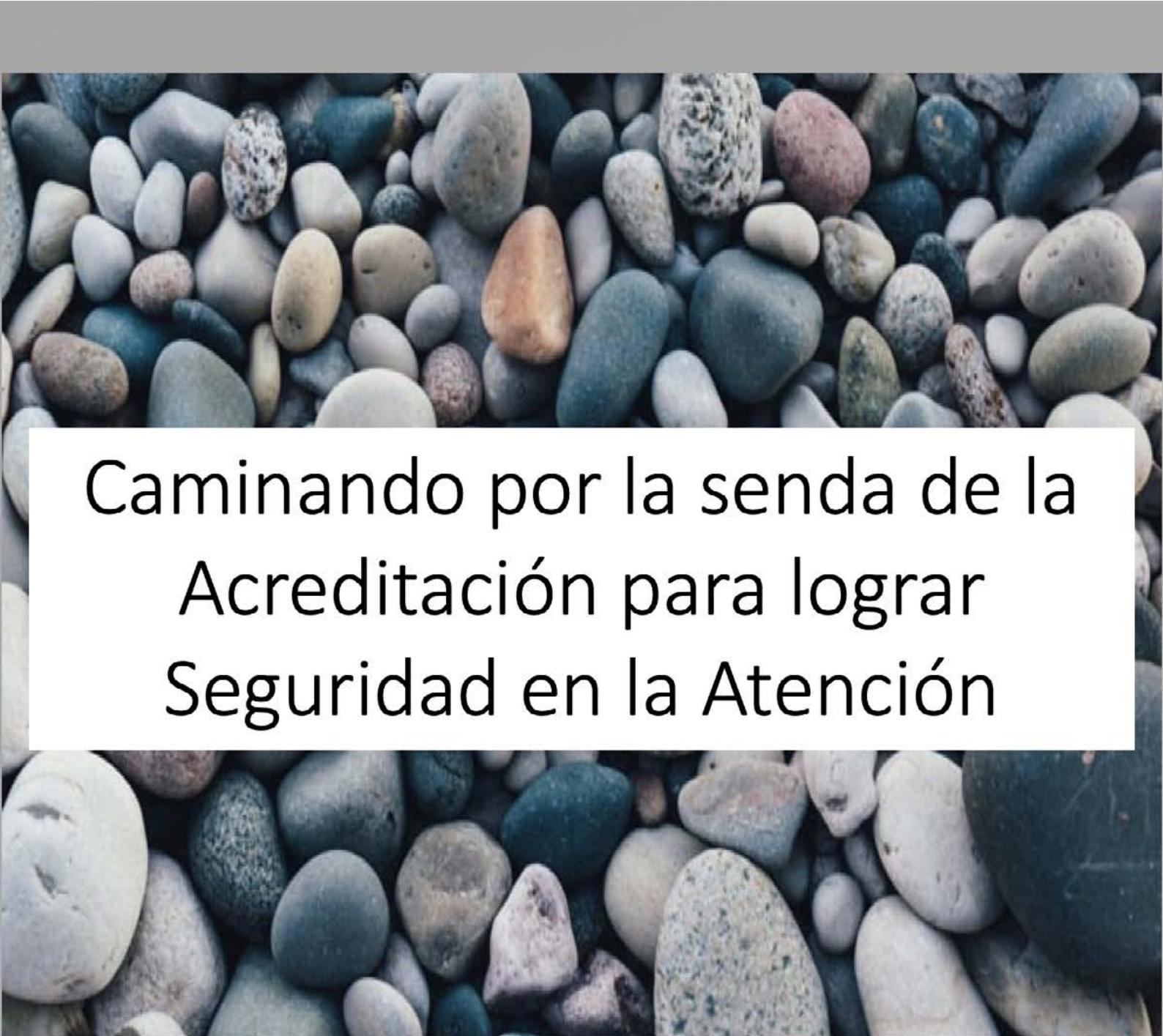
Respuesta de predominio positivo

- 67,3% conoce un sistema anónimo de notificación de incidentes.
.....
- 75,5% señala que se analizan siempre las causas de EA graves.
.....
- 92,2% reconoce miedo a afrontar consecuencias legales.
.....
- 65,8% reconoce conflictos con otros profesionales.
.....
- 42,6% relata obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea posterior a un EA.

CONCLUSIONES

- Los resultados de esta muestra son similares a los observados en la literatura respecto de las repercusiones en Segundas Víctimas.
- Un 67,3 % conoce de un sistema de reporte en su establecimiento. Un 49% reconoce la falta de conocimiento en Seguridad del Paciente. El miedo a conflictos personales, profesionales y legales esta presente en la mayoría de los encuestados.
- Esto es coherente con que el 84% de los encuestados ha conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente, y con que el 100% de los profesionales quisiera afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos y quisiera saber informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

Finalmente las sabias palabras de Dr. JJ. Mira, “Les deseo que hayan perdido el tiempo escuchándome, porque nada de todo esto les tenga que servir alguna vez en su vida profesional pero si llegara ese momento...”



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



www.gecasep.cl



“REDUCING MATERNAL MORTALITY IN LATIN AMERICA”



Dr. Hugo Guajardo G.

CEO Fundación Seguridad del Paciente CHILE

hugoguajardo@fspchile.org



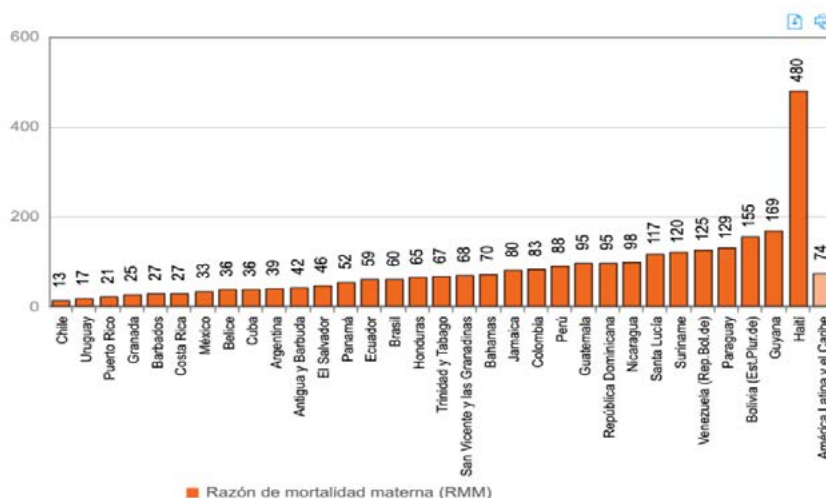
Nota del Editor: Resumen de la Conferencia en la Mesa Redonda “**Reducing Maternal Mortality in Latin America**” en el marco del 5º Forúm Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde – Sao Paulo, Octubre 2019.



¿POR QUE CHILE, MUESTRA UNA DE LAS MÁS BAJA TAÑA DE MORTALIDAD MATERNA EN LOS PAISES DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE?

Mortalidad materna

América Latina y el Caribe (31 países): Razón de mortalidad materna según estimaciones del Grupo Inter-Agencial (MMEIG), 2015 (Por cada 100.000 nacidos vivos)



Responder esa pregunta es un desafío a mis años de Ginecobstetra y es necesario un recorrido por la Salud Publica de Chile donde se encuentran varias respuestas que por si solas no responden a la pregunta, pero que aunadas nos dan una imagen en perspectiva.

a.- Evolución de las condiciones Socioeconómicas y Educativas

- Según datos del Censo 2017, la población de Chile es de 17.574.003 habitantes.

- 87,8% de la población habita en áreas urbanas.

- El 44.6% de la población declara que el nivel educacional mas alto aprobado es la enseñanza media o secundaria.

.....

- El 93% de las viviendas tiene acceso a la red publica de agua potable.

.....

b.- Estructura del Sistema de Salud

- El Sistema de Salud Chileno es centralizado organizativa y administrativamente en el Ministerio de Salud, organismo que genera todas las recomendaciones en Salud para el país.

.....

- Un ejemplo de la cobertura de la atención de Salud: Región de Ñuble, 13.178 Km², 480.609 habitantes: 1 Hospital de Alta Complejidad, 1 Hospital de Mediana Complejidad, 5 Hospitales Comunitarios, 30 establecimientos de atención primaria.

.....

.....

c.- Legislación y normativa

- La preocupación como país de la Mortalidad Materna y Perinatal siempre se ha traducido en objetivos estratégicos dentro de la Estrategia Nacional de Salud.

.....

- La Ley de Deberes y Derechos del paciente obliga a la atención personalizada del parto según preferencias de la madre y otorga la Garantía GES de analgesia y sedación en el Parto. Esto ha llevado a que los partos sean referidos a Hospitales de Mediana y Alta Complejidad, todavez que son los que cuentan con el recurso humano Anestesiólogo.

.....

d.- Programas

- Chile Crece Contigo: programa del Ministerio que permite focalizar recursos en áreas de gestantes en riesgo psicosocial incluyendo acciones tales como: visitas domiciliarias, talleres educativos y participación del Padre en el parto y apego precoz.

- Guía perinatal, documento que protocoliza la atención obstetrica en todo el país.

.....

- El resultado es que :
- 65.1 % de las embarazadas tiene una ecografía antes de las 20 semanas.
.....
- 87.2% de las gestantes ingresa a control antes de las 14 semanas.

.....

.....

e.- Profesionales

- Desde el año 1834, es fundamental rol de la Matrona, profesional de formación Universitaria que constituye un eje fundamental en el control prenatal, parto y puerperio.

.....

La suma de estas condiciones, normativas, programas Ministeriales y formación de profesionales especialistas en el área hacen que la atención profesional del parto en Chile sea de un 99,72%, y la mortalidad materna de un 9,0 por 100.000 nv (2016).



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

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

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

CURSOS ON LINE

- Curso Cómo realizar Analisis de Eventos Adversos y Centinelas basado en Protocolo de Londres
- Curso Uso Seguro de Medicamentos
- Herramienta para Identificar Eventos Adversos en Atención Cerrada basado en Global Triggers Tools
- Curso Calidad, Seguridad del Paciente y Acreditación para Profesionales de Atención Primaria en Salud
- Curso 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.

CURSO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente relativo a la seguridad en el Uso de los Medicamentos tiene por objeto subsanar las deficiencias en los sistemas de salud que llevan a errores de medicación y, como consecuencia de ellos, a daños graves. En la iniciativa se establece cómo mejorar la prescripción, distribución y consumo de los medicamentos y se llama la atención de los pacientes sobre los riesgos asociados a un uso inapropiado de estos.

<https://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

CURSO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

RELATORES DEL CURSO



Clase N°1:

INICIATIVAS Y FUNDAMENTOS DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

QF Angela Caro - Colombia

Presidente de la Asociación Colombiana de Farmacovigilancia.
Miembro de la International Society of Pharmacovigilance (ISoP).

... “los abordajes respecto a la seguridad del paciente incluyen el denominado enfoque de sistemas complejos para la minimización de riesgos. En el mismo se considera el alto número de profesionales de salud y administrativos, recursos, y relaciones interpersonales que modifican constantemente el sistema y pueden derivar en un daño para el paciente”...



Clase N°2:

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

QF Ximena Alarcon T. - Chile

Jefe de Farmacia y Abastecimiento Hospital Clínico del Sur.
Diplomada en Seguridad del Paciente.
Docente Carrera de Química y Farmacia Universidad San Sebastian.
Ex Jefe de Farmacia Hospital del Profesor.Santiago.
Post título en gestión estratégica de salud, Universidad del desarrollo.

...“Cuando 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 costo posible para ellos y para la comunidad” (OMS, Nairobi 1985).”...

CURSO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS



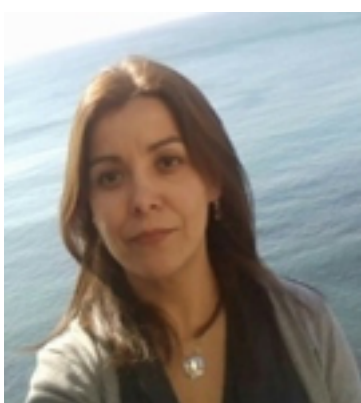
Clase N°3:

ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

QF. Paola Campos P. - Chile

Centro de Costo Farmacia Clínica. Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles.
Diplomada en Gestión dinámica de los Recursos farmacéuticos.
Diplomada en Gestión de Calidad en Salud. Universidad de Chile.

...” La atención del paciente en el establecimiento de salud finaliza con la entrega de medicamentos, por tal razón es necesario desarrollar sistemas de dispensación que permitan dar seguridad en la entrega, conservar la calidad de los fármacos y brindar la información necesaria para el cumplimiento de la indicación médica”...



Clase N°4:

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

EU Maritza Fuenzalida M. - Chile

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital FACH
Magister de Calidad y Seguridad Asistencial.

...” Es necesario el uso seguro de medicamentos, porque la morbimortalidad asociada a los errores de medicación es elevada, tanto así que motivó que la OMS lanzara el reto mundial de seguridad en uso de medicamentos. Porque una vez reconocido el problema, se debe avanzar implementado estrategias efectivas que permitan reducir y prevenir estos eventos, logrando así mejorar la seguridad y calidad de atención de nuestros pacientes. Esto debe ser realizado por un equipo multidisciplinario que incluya todos los actores de la cadena”

NIMBO⁺₋

DISEÑO PARA LA SALUD



DISEÑO

EDITORIAL

+

INFOGRAFÍAS

VIDEOS

EVENTOS

+

PRESENTACIONES

+

www.nimbodg.com.ar

hola@nimbodg.com.ar

+54 11 0 041 3930

Loyola 501 CABA

 nimbodesign  @nimbodg

CURSO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

RELATORES DEL CURSO



Clase N°5:

SISTEMA DE CONTROL Y MONITOREO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

QF Andrés Rodríguez M. - Chile

Jefe Unidad de Farmacia Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina
Past Presidente de la Sociedad Chilena de Farmacia Asistencial

...” Los errores asociados al uso de medicamentos constituyen un verdadero problema de salud pública debido a las consecuencias tanto para el paciente como el sistema sanitario, tanto en lo asistencial como en lo económico. Todos estos incidentes guardan relación con la práctica diaria habitual e incluyen errores en los ámbitos asociados a la prescripción hasta la utilización final por parte de los pacientes”...



Clase N°6:

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

QF Solena Cabrales Z. - Chile

Servicio Farmacia Clínica, Unidad de Atención Cerrada, Hospital Puerto Montt
Diplomado en Gestión de Salud, Universidad Santo Tomás
Candidata a Magíster en Salud Pública y Planificación Sanitaria, Universidad Mayor Temuco

...”Un tratamiento farmacológico inadecuado puede traer graves consecuencias para el paciente, tanto desde el punto de vista médico como económico, perjudicando significativamente su calidad de vida.

Un tratamiento inadecuado puede provocar sufrimiento innecesario, efectos adversos graves, hospitalización e incluso la muerte. Por otra parte, genera desconfianza por parte de la población en el sistema de salud. En el aspecto económico, el gasto excesivo y el despilfarro de recursos conlleva a una falta de disponibilidad de medicamentos esenciales donde podrían ser necesarios”...



Clase N°7:

CARACTERIZACIÓN NACIONAL Y CONTEXTO INTERNACIONAL EN LA PRÁCTICA SEGURA EN EL USO DE MEDICAMENTOS

QF Jorge Cienfuegos S. - Chile

Diplomado en Economía de la Salud y Gerencia Pública en FLACSO
Diplomado en Asuntos Regulatorios de Medicamentos, Productos Biológicos y Cosméticos
Universidad de Chile.
Docente en Universidad Andrés Bello (UNAB).

...“El uso seguro de medicamentos es un imperativo ético de nosotros como profesionales sanitarios con el paciente, donde el mayor deber es disminuir las asimetrías de información para que el paciente pase a ser un sujeto activo en su terapia, o mejor aun en la prevención y en un estilo de vida saludable. Es por otro lado una necesidad económica, ya que siendo los recursos limitados, es necesario poder mejorar la eficiencia y así poder ofrecer mejor cobertura y calidad de atención. Si el paciente es el centro de nuestro modelo, según la visión del Modelo de Salud Familiar, debemos sumarlo activamente al equipo de salud, y para eso es importante considerarlo, ofrecer nuestra asesoría y tener la empatía necesaria para entender “que es lo que desea” y “el porqué”...



Clase N°8:

CONCEPTOS Y MÉTODOS PARA HACER FARMACOVIGILANCIA

QF Tamara Sandoval Q.

Candidata a Doctor en Ciencias Farmacéuticas y Especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica.
Docente Facultad de Farmacia de la Universidad de Concepción.Chile.

...“ Hoy en día es muy relevante realizar farmacovigilancia, porque cuando se comercializa un medicamento se conoce algo de su eficacia, poco de su futura efectividad y muy poco de su seguridad, esta premisa es avalada por un estudio publicado en el año 2001, titulado “Evaluation of the characteristics of safety withdrawal of prescription drugs from worldwide pharmaceutical markets-1960 to 1999”, que evaluó los medicamentos retirados de los mercados farmacéuticos mundiales entre los años 1960 y 1999 debido a razones de seguridad. La farmacovigilancia comprende actividades que debemos reconocer como propias de los profesionales de la salud. En consecuencia, siempre deberíamos reportar las sospechas de RAM a la autoridad sanitaria, ayudando así al estudio de la seguridad de los medicamentos en nuestra población”...



International Society for Quality in Health Care

The International Society for Quality in Health Care

This is to certify that

**FUNDACION PARA LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

is an Institutional Member of the Society

2019

A handwritten signature in black ink that reads "Peter Lachman".

Peter Lachman
Chief Executive Officer

Valid Until: 17 June 2019 to 17 June 2020

JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2020

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.

5 AL 7 DE MARZO 2020

Huntington Beach - California,

**CUMBRE MUNDIAL SOBRE
SEGURIDAD, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA DEL PACIENTE**



<https://patientsafetymovement.org/events/summit/world-patient-safety-science-and-technology-summit-2020/>

V Congreso Internacional
**Seguridad del
Paciente**

3
Junio

PRECONGRESO
2º Encuentro Latinoamericano de Enfermería

PRECONGRESO
1er Encuentro Latinoamericano de Tecnólogos Médicos

PRECONGRESO
1er Encuentro Latinoamericano de Químicos Farmacéuticos



3 al 5 JUNIO
2020

Aula Magna, Facultad de Economía y Negocios,
Universidad de Chile,
Diagonal Patagui 257, Santiago de Chile

30 DE AGOSTO AL 2 DE SEPTIEMBRE 2020

Florence - Italia



<https://www.isqua.org/events/ct2019.html>



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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
www.fspchile.org



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:

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

V Congreso Internacional

Seguridad del Paciente

3
Junio

PRECONGRESO

2º Encuentro Latinoamericano de Enfermería

PRECONGRESO

1er Encuentro Latinoamericano de Tecnólogos Médicos

PRECONGRESO

1er Encuentro Latinoamericano de Químicos Farmacéuticos



3^{al} 5 JUNIO
2 0 2 0

Aula Magna, Facultad de Economía y Negocios,
Universidad de Chile,
Diagonal Paraguay 257, Santiago de Chile