



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL: UN REQUISITO PARA PRODUCIR EVIDENCIA VÁLIDA SOBRE EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Andrea Sakurada Z., Josefina Bunster G., Gonzalo Hormazábal R., Pamela González I., Paola Martínez O., Hugo Guajardo G.

DERECHO, CALIDAD DE VIDA E INSTITUCIONALIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE Y AMÉRICA LATINA

Gabriel Urbano Vejar

X CONGRESO INTERNACIONAL SEGURIDAD DEL PACIENTE - Chile - Junio 2026

RESUMEN DE LA CONFERENCIA: DE LA PANDEMIA SANITARIA A LA REVOLUCIÓN ALGORÍTMICA: LA COMUNICACIÓN DEL RIESGO COMO PILAR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ERA DE LA IA

Félix Liberona

LA ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LA PERSONA AHCP: ¿CÓMO EMPEZAR A FORTALECER LA CULTURA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?

Dra. Sofía Rincón G.

EL VUELO CRÍTICO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA: LECCIONES DE LA AVIACIÓN PARA LAS TRIPULACIONES CLÍNICAS DE ALTO DESEMPEÑO

Romero-Toledo J.E.(1)(2), Montero R.(3), Figueroa P.(2), Romero T.(2), Montero L.(3).

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN CLÍNICA: LA TRIÁDA VIRTUOSA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Andrea Sakurada Zamora





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 9

AÑO 2026

ISSN 2452-4468

Nº2

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg Salud Pública Paola Martínez Osorio

EU Mg Bioética Gladys Osorio Uribe

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Valeska Abarca Arce

Kigo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Dr. en Matemáticas Luis Guajardo Rui-Pérez

Odontólogo Mg Bioética Jorge Oliva Te-Kloot

Dra. Andrea Sakurada Zamora

RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO:

(5411) 6041-3930

www.nimbodg.com.ar

hola@nimbodg.com.ar



Sumario

EN ESTE NÚMERO:

04

EDITORIAL

06

LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL: UN REQUISITO PARA PRODUCIR EVIDENCIA VÁLIDA SOBRE EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Andrea Sakurada Z., Josefina Bunster G., Gonzalo Hormazábal R., Pamela González I., Paola Martínez O., Hugo Guajardo G.

12

DERECHO, CALIDAD DE VIDA E INSTITUCIONALIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE Y AMÉRICA LATINA

Gabriel Urbano Vejar

X CONGRESO INTERNACIONAL SEGURIDAD DEL PACIENTE - Chile - Junio 2026

24

**RESUMEN DE LA CONFERENCIA:
DE LA PANDEMIA SANITARIA A LA REVOLUCIÓN ALGORÍTMICA:
LA COMUNICACIÓN DEL RIESGO COMO PILAR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LA ERA DE LA IA**

Félix Liberona

31

LA ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LA PERSONA AHCP: ¿CÓMO EMPEZAR A FORTALECER LA CULTURA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?

Dra. Sofia Rincón G.

34

**EL VUELO CRÍTICO:
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA:
LECCIONES DE LA AVIACIÓN PARA LAS TRIPULACIONES CLÍNICAS DE ALTO DESEMPEÑO**

Romero-Toledo J.E.(1)(2), Montero R.(3), Figueroa P.(2), Romero T.(2), Montero L.(3).

39

**ARTICULO DE REFLEXIÓN CLÍNICA:
LA TRÍADA VIRTUOSA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Dra. Andrea Sakurada Zamora

EDITORIAL

LA CIENCIA NECESITA DE LAS HUMANIDADES.

La enfermedad, en las vivencias de quien la padece, no puede ser minimizada por los profesionales de la salud para hipertrofiar el manejo tecnológico de los hechos en detrimento de otras consideraciones igualmente presentes, tales como los aspectos morales, psicológicos, sociales, familiares, religiosos y culturales que acompañan toda experiencia del enfermar. Cuando ello ocurre, el paciente deja de ser comprendido como una persona y comienza, muchas veces de manera inadvertida, a ser considerado únicamente como un caso clínico, una patología, un diagnóstico, una imagen radiográfica o un conjunto de parámetros biológicos susceptibles de intervención. La vida del ser humano reúne objetividades o hechos, y subjetividades, valoraciones, estimaciones y emociones, más bien nos mueven las emociones en todas nuestras determinaciones.

En tales circunstancias, los valores intrínsecos que históricamente han caracterizado a las profesiones sanitarias —la prudencia, la compasión, la responsabilidad, la honestidad, el respeto y la solidaridad— son desplazados por una actitud más bien instrumental, donde el éxito parece medirse exclusivamente por la eficacia técnica, olvidando que dicho progreso constituye un medio y nunca un fin en sí mismo. La confusión entre fines y medios en salud, reviste una particular preocupación. Nuestra actividad profesional reviste un medio para un fin superior que se encuentra representado por la salud y el bienestar de las personas, y la enfermedad no puede constituir un medio para nuestras necesidades.

La enfermedad y el dolor no pueden aislarse del

sujeto que los experimenta. No existe enfermedad sin enfermo, ni tratamiento sin una persona concreta cuya biografía, expectativas, temores y proyectos de vida participan inevitablemente del proceso terapéutico. Somos seres racionales, pero también emocionales, sociales, culturales y morales. En consecuencia, toda enfermedad incorpora simultáneamente dimensiones objetivas y subjetivas que deben ser consideradas por quienes tienen la responsabilidad de cuidar. La enfermedad constituye un hecho objetivo visible, los valores son realidades invisibles y subjetivas.

El acto clínico reúne ambas realidades. Mientras la ciencia permite comprender los hechos biológicos visibles, la bioética invita a reflexionar sobre aquello que permanece invisible: los valores comprometidos, la dignidad de la persona, la autonomía, la confianza, el sufrimiento y las consecuencias humanas derivadas de cada decisión clínica. Ningún procedimiento, por técnicamente correcto que sea, puede considerarse plenamente exitoso si para alcanzarlo ha debido sacrificar la consideración moral hacia quien recibe la atención. El éxito se demuestra en considerar ampliamente los factores incidentes, siendo posible, que el mejor tratamiento no sea el técnicamente perfecto o ideal. Y a la inversa, el tratamiento perfecto puede pasar a ser una inmoralidad.

La seguridad del paciente suele asociarse legítimamente con la prevención de errores, la calidad asistencial, la gestión del riesgo y el cumplimiento de protocolos. Sin embargo, existe una dimensión menos visible, aunque igualmente determinante: la seguridad ética. Muchos eventos

adversos encuentran su origen no exclusivamente en deficiencias técnicas, sino también en problemas de comunicación, deshumanización, relaciones jerárquicas inadecuadas, falta de escucha, agotamiento profesional o ausencia de deliberación frente a situaciones complejas. En estos escenarios, la bioética deja de ser una disciplina teórica para transformarse en una herramienta práctica de prevención, la bioética es una ética aplicada que se vive al lado del paciente. La disciplina de la bioética aporta valor a los hechos, sensibilizando las decisiones clínicas, el acto clínico es un acto médico.

La prudencia constituye probablemente una de las virtudes clínicas más relevantes para la seguridad del paciente. No basta con saber qué puede hacerse; resulta igualmente indispensable deliberar acerca de qué conviene hacer para esa persona concreta, en ese momento específico y bajo esas circunstancias particulares. El conjunto de profesionales de la salud, ostentan un fin común, representado integrar valores y eficiencia, la técnica procedimental siempre dependerá de quien tome las determinaciones, de ahí la importancia de robustecer el carácter moral de los profesionales.

No es posible sustituir y anular la experiencia de quien es el padeciente, de ahí la relevancia de la comprensión íntima del cuidar.

La bioética aporta precisamente esa dimensión integradora. Su tarea no consiste en reemplazar el conocimiento científico ni en establecer protocolos clínicos, sino en ayudar a comprender que toda decisión sanitaria posee inevitablemente una dimensión moral. Allí donde la evidencia científica identifica lo posible, la bioética contribuye a discernir lo prudente, lo justo y lo humanamente correcto. La propuesta se orienta a incrementar los procesos reflexivos y deliberativos de manera interdisciplinaria, demos tiempo a un aspecto vital y al mismo tiempo un tanto olvidado.

Finalmente, destacamos una cita del filósofo y psiquiatra alemán Karl Jaspers (1883 – 1969):

“Pues desde hace 100 años, al olvidar el gremio médico su idea de la profesión por el enorme incremento de la capacidad técnica, ha quedado cada vez más a merced de ésta. Ahora bien, para el médico son indispensables estas dos cosas: primeramente la ciencia y la capacidad fundamentada por ella y de este modo la clara conciencia metódica de los efectos causales y sus límites, el pensar y el obrar limpios dentro del marco de lo posible a través de la ciencia. Segundo: esta capacidad debe seguir siendo la herramienta subordinada al ejercicio ético del médico. No en los medios de fundamento científico, pero si en la manera de su aplicación, de común acuerdo con su paciente y con su cooperación, reside lo otro básico de la misión de tratar animales o personas. Eso otro no es objeto de la investigación científica sino cuestión de la personalidad humana que está madurando éticamente. Pero el auténtico procedimiento científico deja de ser fiable cuando la personalidad falla. La personalidad no basta, cuando no domina a la herramienta: buena gente, pero no se necesitan malos músicos”.

Dr. Jorge Oliva Te-Kloot

Magíster y docente bioética

Facultad de Odontología, Universidad de Talca



LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL: UN REQUISITO PARA PRODUCIR EVIDENCIA VÁLIDA SOBRE EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Andrea Sakurada Z., Josefina Bunster G.,
Gonzalo Hormazábal R., Pamela González I.,
Paola Martínez O., Hugo Guajardo G.

contacto@fspchile.org

La creciente preocupación por el bienestar y la salud mental de los profesionales sanitarios ha situado al fenómeno de las segundas víctimas como uno de los desafíos emergentes en seguridad del paciente. Sin embargo, la calidad de la evidencia disponible depende de la utilización de instrumentos reconocidos internacionalmente, y que conserven su validez cuando son utilizados en contextos culturales distintos a aquellos para los cuales fueron originalmente desarrollados.

El Second Victim Experience and Support Tool (SVEST), desarrollado por Burlison y colaboradores (1), representa uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y validados para medir el impacto psicológico, físico y profesional que experimentan los trabajadores de la salud involucrados en eventos adversos. La versión original incluye 29 ítems en total, 9 dimensiones: distrés psicológico (4 ítems), distrés físico (4 ítems), apoyo de colegas (4 ítems), apoyo de supervisores (4 ítems), apoyo institucional

(3 ítems), apoyo no relacionado con el trabajo (2 ítems) y autoeficacia profesional (4 ítems), además de dos variables de resultado negativo: intención de rotación laboral (2 ítems) y ausentismo (2 ítems). Su utilización se ha extendido a diversos países e idiomas, español, chino turco, coreano (2, 3, 4, 5, 6) entre otros; mediante procesos de traducción, adaptación transcultural y validación psicométrica.

No obstante, existe una tendencia frecuente a considerar que la traducción de un cuestionario constituye un proceso meramente lingüístico. Esta visión resulta insuficiente, ya que en investigación en salud, los instrumentos de medición evalúan constructos complejos, como lo es en este caso el apoyo organizacional, culpa, estrés psicológico o intención de abandonar el trabajo, cuyos significados están profundamente influenciados por factores culturales, organizacionales y sociales. Una traducción literal puede mantener las palabras, pero perder el significado del constructo que pretende medir. (2,3)

La adaptación transcultural surge precisamente para resolver este problema. Su objetivo no consiste únicamente en traducir un cuestionario, sino en garantizar la equivalencia conceptual, semántica, idiomática y experiencial entre la versión original y la versión adaptada a nivel local. Este proceso incluye varios pasos como traducciones directas independientes, traducción inversa, evaluación por expertos, pruebas cognitivas pilotos con la población objetivo y análisis de las propiedades psicométricas, para evaluar la estructura interna, confiabilidad y validez del instrumento, siguiendo los lineamientos internacionales recomendados para este proceso, antes de su utilización en investigación. (7)

La evidencia con las distintas adaptaciones

internacionales de SVEST y SVEST-R demuestra que la adaptación transcultural constituye un proceso de validación psicométrica y no una simple traducción lingüística. Aunque todas las versiones parten del mismo constructo teórico, ninguna ha reproducido íntegramente la estructura original del instrumento. Algunos Estudios han eliminado preguntas, modificado su redacción, reubicado ítems entre dimensiones o incluso redefinido la estructura factorial para obtener un desempeño psicométrico adecuado en sus respectivas poblaciones. Así, las versiones turca, hebrea, serbia y brasileña redujeron el número total de ítems tras los análisis factoriales confirmatorios, mientras que la adaptación brasileña eliminó completamente la dimensión de apoyo institucional por no presentar un comportamiento adecuado en su contexto cultural. Incluso las adaptaciones realizadas en español evidencian este fenómeno: la versión argentina introdujo modificaciones conceptuales durante el proceso de validación y la versión española decidió realizar una nueva adaptación completa, en lugar de adoptar directamente la versión argentina, reconociendo que compartir un idioma no implica necesariamente equivalencia cultural ni psicométrica.

La experiencia argentina constituye un ejemplo ilustrativo. Durante la adaptación del SVEST fue necesario modificar la redacción de algunos ítems cuya traducción literal no representaba adecuadamente el significado original. Los autores enfatizan que el objetivo fue preservar el sentido conceptual de cada dimensión más que reproducir textualmente el instrumento, incorporando incluso un nuevo ítem para mejorar la comprensión cultural sin alterar el constructo evaluado. (2)

Esta rigurosidad metodológica tiene implicancias que trascienden la investigación académica. Los

resultados obtenidos mediante cuestionarios adaptados son utilizados para estimar prevalencias, comparar instituciones, identificar factores de riesgo y fundamentar decisiones organizacionales relacionadas con programas de apoyo a las segundas víctimas. Si el instrumento no conserva su equivalencia conceptual, las diferencias observadas podrían reflejar problemas de traducción y no verdaderas diferencias entre poblaciones (2, 3).

En Latinoamérica esta discusión adquiere especial relevancia. La evidencia reciente demuestra que el fenómeno de la segunda víctima está presente en la región, con predominio de consecuencias psicológicas como culpa, alteraciones del sueño, pensamientos recurrentes y estrés emocional. Sin embargo, también pone de manifiesto la escasez de programas estructurados de apoyo institucional y la necesidad de generar evidencia local de alta calidad que permita diseñar intervenciones adaptadas a cada realidad sanitaria. (8)

En este escenario, la adaptación transcultural deja de ser un requisito metodológico secundario para

transformarse en un elemento central de la validez científica. Una medición inexacta puede conducir a interpretar erróneamente la magnitud del problema, subestimar las necesidades de los profesionales o implementar intervenciones basadas en información poco confiable. Por el contrario, instrumentos adecuadamente adaptados permiten obtener evidencia robusta, comparable internacionalmente y útil para orientar políticas destinadas a fortalecer la seguridad psicológica, la cultura justa y la seguridad del paciente. En definitiva, la calidad de la evidencia comienza mucho antes del análisis estadístico. Comienza con la certeza de que cada pregunta del instrumento conserva exactamente el mismo significado que en su versión original. En el estudio del fenómeno de las segundas víctimas, donde las decisiones institucionales pueden afectar tanto el bienestar de los profesionales como la seguridad de los pacientes. La adaptación transcultural no constituye un trámite metodológico, sino un requisito ético y científico indispensable para producir conocimiento confiable. (2, 3, 4, 5, 6, 7).



El SVEST-R corresponde a una actualización del instrumento original, con modificaciones en algunos ítems y en su estructura para fortalecer y mejorar sus propiedades psicométricas, publicado por Winning y colaboradores. (9) Inicialmente, la encuesta original de 29 ítems fue ampliada a 43 ítems con el propósito de evaluar ocho dominios psicosociales (distrés psicológico, distrés físico, apoyo de los colegas, apoyo del supervisor, apoyo institucional, apoyo extralaboral, autoeficacia profesional y resiliencia) y dos dominios relacionados con el ámbito laboral (intención de abandonar el puesto de trabajo y ausentismo) asociados con la experiencia de la segunda víctima. Pero el análisis de factor confirmatorio fue insuficiente, por lo tanto, quedó en 35 ítems y 9 dominios, incorporando por primera vez la dimensión de resiliencia como una respuesta potencialmente positiva frente a la experiencia de segunda víctima, y reforzaron los ítems que evalúan el apoyo institucional, intención de renuncia y ausentismo.

Además, se incorporaron siete ítems adicionales para evaluar las formas de apoyo deseadas por los profesionales (por ejemplo, disponer de tiempo fuera de la unidad asistencial). Esta versión ha comenzado a utilizarse internacionalmente y existen adaptaciones a distintos idiomas; alemán, malayo, japonés, portugués de Brasil, entre otros (10, 11, 12), sin embargo, el número de validaciones publicadas es aún menor que el del SVEST original.

Este cambio responde a una evolución conceptual: actualmente no solo interesa conocer el impacto del evento adverso, sino también comprender qué factores favorecen la recuperación y qué intervenciones organizacionales son percibidas como efectivas.

La duda que surge entonces, ante la presencia de dos encuestas, ¿cuál es mejor utilizar?

SVEST-R, presenta varias ventajas, tales como: a) evalúa el fenómeno de forma más completa, b) incorpora la resiliencia, un constructo ampliamente estudiado en bienestar ocupacional y seguridad del paciente, c) permite identificar qué tipos de apoyo desean realmente los profesionales, información muy útil para diseñar programas institucionales, d) refleja la evolución conceptual del fenómeno de la segunda víctima. También pueden verse desventajas, como: a) mayor extensión del cuestionario, lo que puede aumentar el tiempo de respuesta, b) al ser más reciente, existen menos adaptaciones transculturales publicadas que para el SVEST original, si el objetivo es comparar resultados con estudios históricos que utilizaron el SVEST original, puede ser preferible mantener ese instrumento (1, 9).

En Latinoamérica aún son escasos los estudios sobre segundas víctimas, y la implementación de programas de apoyo estructurados sigue siendo limitada. En este escenario, el SVEST-R podría aportar un valor adicional, ya que no solo cuantifica el impacto del fenómeno, sino que también explora las necesidades de apoyo percibidas por los profesionales, proporcionando información directamente aplicable al diseño de intervenciones institucionales.

La adaptación transcultural del SVEST-R representa una oportunidad para incorporar un instrumento actualizado y alineado con la evolución del conocimiento sobre las segundas víctimas. Sin embargo, esta decisión debe equilibrarse con la necesidad de comparabilidad con estudios previos que utilizaron el SVEST original.

CONCLUSIONES

La adaptación transcultural de instrumento SVEST-R constituye un requisito indispensable para generar

evidencia válida y comparable sobre el fenómeno de las segundas víctimas. Más que un proceso de traducción lingüística, implica garantizar que cada ítem conserve el significado conceptual del instrumento original dentro del contexto cultural donde será aplicado. Solo mediante procedimientos metodológicos rigurosos, que incluyan la evaluación de la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual, es posible asegurar que los resultados reflejen fielmente la experiencia de los profesionales de la salud y no diferencias derivadas del idioma o la cultura

En este contexto, en Fundación para la Seguridad del Paciente estamos trabajando en la realización de una adaptación transcultural, con el propósito de adaptar transculturalmente y validar la versión en español de Chile del Second Victim Experience and Support Revised Tool (SVEST-R / CL) para su utilización en profesionales de la salud, asegurando su equivalencia conceptual, lingüística y psicométrica respecto del instrumento original. Se espera que contar con una encuesta que contribuya al desarrollo de investigaciones de alta calidad y facilite la implementación de estrategias a nivel local e institucionales dirigidas a proteger el bienestar de los trabajadores de la salud y fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf.* 2017 Jun;13(2):93-102. doi: 10.1097/PTS.000000000000129. PMID: 29733300.
2. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2021 Dec 1;17(8):e1401-e1405. doi: 10.1097/PTS.000000000000497. PMID: 29733300.
3. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2021 Nov-Dec;31(6):334-343. doi: 10.1016/j.enfcle.2020.12.004. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34116978.
4. Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf.* 2020 Sep;16(3):179-186. doi: 10.1097/PTS.000000000000466. PMID: 29443721.
5. Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric Testing of the Chinese Version of Second Victim Experience and Support Tool. *J Patient Saf.* 2021 Dec 1;17(8):e1691-e1696. doi: 10.1097/PTS.0000000000000674. PMID: 32217933.
6. Koca A, Elhan AH, Genç S, Oğuz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the Turkish version of the second victim experience and Support Tool (T-SVEST). *Heliyon.* 2022 Sep 7;8(9):e10553. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10553. PMID: 36119864; PMCID: PMC9474318.
7. Sousa, V.D. and Rojjanasrirat, W. (2011), Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17: 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
8. Brunelli MV, Fajreldines AV, Catalán L, Kappes M. The second victim phenomenon in Latin America: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2026;34:e4828 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7978.4827>
9. Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, Gerhardt CA. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Patient Saf.* 2021 Dec 1;17(8):531-540. doi: 10.1097/PTS.0000000000000659.
10. Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushuven S. Validation of the German Version of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised. *J Patient Saf.* 2022 Apr 1;18(3):182-192. doi: 10.1097/PTS.0000000000000886.
11. Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and Validation of the Malay Revised Second Victim Experience and Support Tool (M-SVEST-R) among Healthcare Workers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 11;19(4):2045. doi: 10.3390/ijerph19042045. PMID: 35206235; PMCID: PMC8872429.
12. Aikawa G, Ikeda M, Fukushima A, Sakuramoto H, Ouchi A, Uchi M, Shimojo N. Translation, Adaptation, and Validation of the Japanese Version of Second Victim Experience and Support Tool-Revised. *J Patient Saf.* 2025 Jan 1;21(1):1-8. doi:10.1097/PTS.0000000000001292. Epub 2024 Oct 3. PMID: 39400199.
13. Lima, A. P. A., Matos, M. A. A., & Aguiar, C. V. N.. (2024). Translation and validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised into Brazilian Portuguese. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 70(11), e20241154. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241154>



Salud Mental

Cuidar es
también
sanar



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org



CURSO:

Norma General Técnica sobre Seguridad y Calidad de la Atención de Pacientes con Requerimientos de Atención en Salud Mental

Según Norma N.º 249,
de fecha 10.11.2025
Decreto Exento N.º 52



100% Online



**80 horas
pedagógicas**



**Valor:
\$80.000**



Contacto:
educacion@fspchile.org



Atención centrada
en la persona



Seguridad
del paciente



Calidad en
la atención



Enfoque integral
y humanizado



Cuidar la mente
es cuidar **la vida**

Comprometidos con una
atención segura, de calidad
y con respeto a la dignidad
de las personas.



**¡INSCRIPCIONES
ABIERTAS!**



DERECHO, CALIDAD DE VIDA E INSTITUCIONALIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE Y AMÉRICA LATINA

Gabriel Urbano Vejar

Administrador Público

Mg. en Política y Gobierno

Dr. en Salud Pública

gabriel.urbano@doctorado.unini.edu.mx

<https://orcid.org>

0000-0002-5884-5183

RESUMEN

El envejecimiento de la población se ha consolidado como uno de los principales desafíos demográficos, sociales y políticos del siglo XXI, tanto a nivel mundial como en América Latina y Chile. El incremento sostenido de la proporción de personas mayores y la creciente heterogeneidad de la vejez tensionan los marcos tradicionales de protección social y exigen repensar la institucionalidad pública, las políticas sociales y los enfoques de derechos humanos orientados a este grupo. Este artículo analiza, a partir del estudio de 50 documentos en la materia, entre estudios, informes, sitios web y diversos autores, desde una perspectiva conceptual y normativa, las definiciones de persona mayor y vejez, la evolución demográfica del envejecimiento en el mundo y en Chile, y la institucionalidad pública que se ha configurado en América Latina y el Caribe para abordar los asuntos de las personas mayores, con especial atención al caso chileno y al rol del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Se revisan las principales tipologías institucionales de la región, los programas implementados en Chile y las tensiones entre la focalización programática y la ausencia de una ley de protección integral de los derechos de las personas mayores. Se concluye que, pese a la expansión institucional y programática, persisten desafíos significativos para consolidar un enfoque de derechos humanos, intersectorial y territorialmente relevante que garantice una vida digna, autónoma y con plena participación social de las personas mayores.

PALABRAS CLAVES: : personas mayores, envejecimiento, políticas públicas, institucionalidad, derechos humanos, Chile, América Latina.

INTRODUCCIÓN

El acelerado envejecimiento de la población constituye un fenómeno global que desafía los sistemas de protección social, los marcos jurídicos y la capacidad de los Estados para garantizar condiciones adecuadas de bienestar y ejercicio de derechos a las personas mayores (United Nations, 2020; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022).

En 2019, por primera vez en la historia, el número de personas de 65 años y más superó al de los niños menores de cinco años a nivel mundial, y en 2021 la población de 65 años y más alcanzó aproximadamente 747 millones de personas, equivalentes a 9,5% de la población mundial (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022).

Este proceso es particularmente relevante en América Latina y el Caribe, donde el envejecimiento ocurre en contextos de alta desigualdad social, sistemas de bienestar fragmentados y capacidades institucionales heterogéneas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2016; Huenchuan, 2018).

En Chile, la transición demográfica ha sido especialmente acelerada. Según el Censo 2024, las personas mayores de 60 años son una proporción creciente de la población nacional, muy por sobre el 6,6% registrado en 1992 y, en comparación con el Censo 2017, confirma un aumento sostenido del peso relativo de este grupo etario (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2025a, 2025b). A su vez, las proyecciones de población del INE apuntan a un envejecimiento progresivo para las próximas décadas, con una nueva distribución de la pirámide poblacional del país, ya que para el 2028, la

población mayor de 65 años superaría, en número, a los menores de 15 años. Este cambio demográfico plantea interrogantes sobre la suficiencia del entramado institucional, la orientación de las políticas públicas y el grado de protección que el ordenamiento jurídico otorga a las personas mayores (CEPAL, 2016; Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

El objetivo de este artículo es analizar la articulación entre derecho, calidad de vida e institucionalidad de las políticas públicas destinadas a las personas mayores en Chile, en diálogo con las transformaciones demográficas globales y regionales (Huenchuan, 2018; World Health Organization [WHO], 2021). Para ello, se abordan, en primer lugar, los principales conceptos asociados a “persona mayor”, envejecimiento y vejez, desde la perspectiva de distintos organismos internacionales y la normativa chilena; en segundo lugar, se revisa la evolución demográfica del envejecimiento a nivel mundial y en Chile; y, finalmente, se examina la institucionalidad pública orientada a las personas mayores en América Latina y el Caribe, con énfasis en el caso chileno y en la política desarrollada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (BCN, 2002; CEPAL, 2016; SENAMA, s. f.).

MÉTODO

MARCO CONCEPTUAL

• Persona mayor, envejecimiento y vejez

Las definiciones de “persona mayor” no son neutras, pues expresan enfoques tanto biomédicos, como sociales y de derechos humanos que influyen en la orientación de la producción de intervenciones de políticas públicas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2009, 2016;

Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002; Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, de la Organización de Naciones Unidas (ONU), tiene como objetivo evitar las estigmatizaciones y asegurar que gocen de derechos inalienables como la independencia, la participación activa, los cuidados, la autorrealización y la dignidad, define a la “persona mayor” como todo individuo de 60 años o más, salvo que la legislación interna de cada país establezca una edad base distinta y no sea superior a 65 años (OEA, 2015) y promueve que, respecto de este grupo, las políticas públicas consideren un enfoque de derechos, autonomía y participación social (OMS, 2002, 2022; Naciones Unidas, 2002). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como persona mayor a la persona mayor de 60 años y que se caracteriza por un descenso gradual en sus capacidades físicas y mentales y distingue entre personas con edad avanzada (60 a 74 años), viejos o ancianos (75 a 90 años) y grandes longevos (más de 90 años) (OMS, 2022).

En Chile, la Ley 19.828, de septiembre de 2002, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, determina el ámbito de acción estatal para la promoción y protección de este grupo, a cargo de velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen. A su vez define como adulto mayor a todo aquel que ha cumplido los 60 años y desde el 2019 reconoce como adulto mayor de la cuarta edad a quien ha cumplido ochenta años (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2002; Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], s. f.).



El envejecimiento es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de la persona en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades (OMS, 2022). Desde la biología, se lo entiende como el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares en el tiempo, asociado a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con mayor riesgo de enfermedad y muerte (OMS, 2022). Sin embargo, la literatura distingue entre envejecimiento saludable, envejecimiento activo y envejecimiento con fragilidad, evidenciando la heterogeneidad de trayectorias y condiciones de salud durante la vejez (OMS, 2002, 2022).

La vejez, como etapa del curso de vida, no constituye un estado homogéneo, sino un período con cambios, pérdidas y también capacidades, oportunidades y fortalezas humanas, fuertemente condicionadas por el entorno social e institucional (CEPAL, 2009, 2016; OMS, 2022).

Estas tipologías son relevantes para problematizar

la homogeneización de las personas mayores en las políticas sociales y para reforzar enfoques diferenciales según niveles de autonomía, dependencia y proyecto de vida (CEPAL, 2016; OEA, 2015).

• Estado, institucionalidad y políticas públicas

El Estado se entiende como una organización política que se estructura en un conjunto de instituciones burocráticas estables a través de las cuales ejerce el monopolio legítimo del uso de la fuerza sobre una población dentro de límites territoriales determinados (Weber, 1919/1978). En el caso chileno, la Constitución Política establece que el Estado está al servicio de la persona humana y que su finalidad es promover el bien común, creando condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 1980/2021). Entre sus deberes, en consecuencia, está resguardar

la seguridad nacional, dar protección a la población y la familia, propender su fortalecimiento y promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación, asegurando el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional (BCN, 1980/2021).

La institucionalidad pública es un atributo básico de la república, que se despliega en la configuración político-administrativa a través de la división de poderes, ministerios, servicios y otros órganos (Meny & Thoenig, 1992; Peters, 2012), crea el entramado del tejido social que sostiene la vida de los ciudadanos y tiene la capacidad de facilitar o restringir el avance de las acciones orientadas a las personas mayores y su constitución como ciudadanos plenos (CEPAL, 2016; Huenchuan, 2018). Según su ámbito de acción, las instituciones pueden ser nacionales o internacionales; según su origen, público o privado; y, según sus fines, militares, religiosas, académicas, entre otras (Peters, 2012).

Las políticas públicas se definen como el conjunto de leyes, proyectos, programas y actividades relacionadas que, a partir de la iniciativa gubernamental o por mandato constitucional, buscan generar condiciones para mejorar la situación de un sector específico de la población o la calidad de vida de la comunidad en general (Hogwood & Gunn, 1984; Meny & Thoenig, 1992) y, de acuerdo con Hogwood y Gunn, para que una política sea considerada pública debe haber sido producida o al menos procesada dentro de un marco de procedimientos, influencias y organizaciones gubernamentales (Hogwood & Gunn, 1984). A su vez, Hecló y Wildavsky enfatizan la dimensión de acción gubernamental dirigida al logro de objetivos externos a la propia administración y Meny y Thoenig destacan que la política pública es resultado de la actividad de una autoridad dotada de poder público y autoridad gubernamental (Hecló &

Wildavsky, 1974; Meny & Thoenig, 1992).

Estos enfoques refuerzan la centralidad del Estado y del diseño institucional en la configuración de respuestas ante el envejecimiento poblacional (CEPAL, 2016; Huenchuan, 2018).

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DEL ENVEJECIMIENTO

• Tendencias globales

El envejecimiento de la población es hoy un rasgo estructural de las sociedades contemporáneas. En 1960, las personas de 65 años y más representaban cerca del 5% de la población mundial, para el 2021 ese grupo alcanzó el 9,5%, reflejando un incremento sostenido durante seis décadas (Naciones Unidas, 2024; OMS, 2025). Este cambio obedece a procesos de transición demográfica vinculados a la disminución de la fecundidad y la mortalidad, las mejoras en las condiciones de vida y los avances en salud pública (INE, 2022; Naciones Unidas, 2024). El año 2019 el número de personas de más de 65 años superó al de niños menores de cinco años a nivel mundial (Naciones Unidas, 2024). Este cruce de curvas etarias refleja una inversión progresiva de la pirámide poblacional, con implicancias en la estructura por edades, la razón de dependencia y las necesidades de cuidado y protección social (OMS, 2025; Naciones Unidas, 2024).

La distribución mundial de las personas mayores, además, es desigual, concentrándose en regiones de ingresos medios, donde los sistemas de bienestar suelen ser menos robustos que los de los países de altos ingresos (OMS, 2025; CEPAL, 2023).

• Situación en Chile

En Chile, la transición demográfica ha sido especialmente acelerada, en comparación con la



trayectoria histórica de varios países europeos. Los resultados del Censo 2024 muestran un envejecimiento marcado de la estructura etaria de la población donde el índice nacional de envejecimiento subió de 56,9 en 2017 a 79 en 2024, mientras que las personas de 60 años y más pasaron a representar el 14 % de la población total mientras el que el censo 2017 representaba el 11,4%. (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2025; Observatorio de Ciudades UC, 2025) y se proyecta que el envejecimiento seguirá intensificándose en las próximas décadas (INE, 2025; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2023).

Si bien no es un proceso territorialmente homogéneo, el Censo 2024 identificó que el envejecimiento es más intenso en regiones del centro-sur y en comunas costeras o rurales con menor recambio etario (INE, 2025; Observatorio de Ciudades UC, 2025) donde la Región de Valparaíso es la más envejecida del país y su índice supera ampliamente el promedio nacional, la región de Ñuble se ubica entre las regiones con mayor aceleración del

envejecimiento y la región de Los Ríos se consolida como una de las regiones con envejecimiento más avanzado, con un índice de 89 en 2024, por sobre el promedio nacional (INE, 2025; Rio en Línea, 2025).

INSTITUCIONALIDAD PÚBLICA, ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS HUMANOS

• América Latina y el Caribe

La consolidación de una institucionalidad pública orientada a las personas mayores en América Latina y el Caribe ha avanzado de manera desigual y enfrenta múltiples dificultades. Este es un proceso técnico y político que requiere cambios en los niveles de acción y decisión, involucra diversos actores con lógicas distintas e implica la coordinación entre instituciones que participan en la definición de problemas, la elaboración de agendas y la toma de decisiones (Huenchuan, 2016).

Desde la década de 1990, los países de la región han creado instituciones específicas para abordar

los asuntos de las personas mayores, ya sea mediante leyes de protección de derechos, decretos, resoluciones administrativas o políticas nacionales, impulsadas por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y los planes regionales adoptados desde entonces (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2003; Naciones Unidas, 2002). Sin embargo, la institucionalidad regional es heterogénea, tanto en su diseño, como en su posición jerárquica dentro de la institucionalidad y en la asignación de recursos. Así, algunos países han optado por ubicar los temas de vejez y envejecimiento en ministerios de desarrollo social; otros han creado direcciones nacionales, consejos o institutos especializados (Huenchuan, 2016; CEPAL, 2016). Entre las distintas instituciones existentes se encuentran ministerios de desarrollo social con competencias en envejecimiento y vejez, direcciones nacionales o unidades equivalentes, consejos e institutos especializados, lo que refleja distintas apuestas respecto de la jerarquización política de la temática, los niveles de coordinación intersectorial y la capacidad de incidencia en los ciclos de política pública (CEPAL, 2016; Huenchuan, 2016).

EL CASO CHILENO: SENAMA Y LA AUSENCIA DE UNA LEY INTEGRAL

En Chile, pese a la implementación de instituciones especializadas en el tema y al desarrollo de múltiples programas, aún no se cuenta con una ley de protección integral de las personas mayores. De esta manera, la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), asigna a este organismo la función de velar por la integración plena de los mayores de 60 años en la sociedad, su protección frente al abandono y la indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes les reconocen (Biblioteca del Congreso

Nacional de Chile [BCN], 2002). En la práctica, el SENAMA está inserto en la estructura orgánica institucional del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, actuando como un organismo articulador de políticas, programas y beneficios orientados a las personas mayores, muchos de los cuales se canalizan a través de las municipalidades, no solo transfiriendo recursos, sino que también entrega el diseño programático y los lineamientos para su ejecución, bajo la supervisión del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, s. f.). Entre los programas ejecutados vía municipio destacan: Turismo Social, Voluntariado País de Mayores, Cuidado Domiciliario y el Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor (SENAMA, s. f.-a; SENAMA, s. f.-b).

De manera paralela, el SENAMA desarrolla y ejecuta, de manera directa, programas como el Fondo Nacional del Adulto Mayor, los programas de Participación y Formación, Buen Trato, Vínculos, Envejecimiento Activo, Escuela de Funcionarios Públicos, Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor y el subsidio para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), entre otros (SENAMA, s. f.-c; SENAMA, s. f.-d). Esta oferta programática revela un avance importante en términos de cobertura, diversificación de intervenciones y enfoque de derechos en materias como buen trato, participación y envejecimiento activo (CEPAL, 2021; García et al., 2024).

Sin embargo, a pesar de los avances en esta materia, no existe una ley de protección integral de las personas mayores y, por lo tanto la normativa de derechos de las personas mayores se encuentra dispersa en distintos cuerpos legales, en consecuencia la producción de políticas públicas hacia este grupo depende en gran medida de decisiones programáticas y presupuestarias



de los gobiernos de turno (CEPAL, 2021; OEA, 2015). Además, la centralización de la política en un servicio dependiente de un ministerio social limita la transversalización del enfoque de vejez y envejecimiento en otras carteras estratégicas, como salud, vivienda, transporte, trabajo y justicia (CEPAL, 2016; Ministerio de Salud, s. f.).

DISCUSIÓN

El análisis de las distintas perspectivas que definen el concepto de persona mayor, la evolución demográfica del envejecimiento y la configuración de la institucionalidad pública en esta materia, en la región de América Latina y el Caribe, en general, y de Chile, en particular, permite identificar la existencia de tensiones entre la ampliación del reconocimiento jurídico y programático de las personas mayores y la persistencia de enfoques asistenciales o fragmentados y, si bien, organismos como la ONU y la CIDHAM promueven un enfoque de sujeto de derechos, aún prevalecen visiones biomédicas o deficitarias que asocian la vejez, principalmente, con

deterioro, dependencia y carga para los sistemas de protección social.

Desde una perspectiva de derechos humanos, es clave la integración de dimensiones como la autonomía, la participación social, la no discriminación por edad, el acceso a la justicia, el derecho al cuidado y la vida libre de violencia, en el diseño e implementación de políticas para los adultos mayores, que reconozcan la heterogeneidad de la vejez, permitan superar estereotipos edadistas y faciliten la implementación de dispositivos institucionales con competencias efectivas para la articulación de la acción del Estado central, los gobiernos locales, municipios, sociedad civil y las organizaciones de personas mayores. En este sentido, la experiencia comparada de América Latina y el Caribe ofrece insumos valiosos para discutir alternativas de diseño institucional (Ministerios, institutos, consejos) y mecanismos de participación y control social

En el contexto chileno, si bien la creación del SENAMA y la producción de programas dirigidos

a las personas mayores han significado un avance relevante en términos de visibilización y acción gubernamental, la falta de una ley integral de protección de derechos, la focalización en grupos específicos como las personas en situación de dependencia o vulnerabilidad socioeconómica, y la centralización de la política en un servicio específico fragmentan, intersectorialmente, la ejecución de las políticas públicas específica para este grupo y dificultan la construcción de una política de Estado, específicamente, para enfrentar el envejecimiento, que sea sostenida en el tiempo y con financiamiento.

CONCLUSIONES

El envejecimiento acelerado en Chile y América Latina constituye un fenómeno estructural, que desborda respuestas fragmentadas y exige políticas de Estado sostenidas, intersectoriales y con financiamiento estable. La vejez no puede seguir abordándose únicamente desde perspectivas biomédicas o asistenciales, ya que ello invisibiliza la heterogeneidad de trayectorias, capacidades y proyectos de vida de las personas mayores. Este proceso impone desafíos urgentes, tanto en materias normativas como institucionales, para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas mayores. Los conceptos de; persona mayor, envejecimiento y vejez, condicionan las respuestas institucionales y las prioridades políticas, por lo que adoptar e incluir, en el diseño de las políticas públicas para los adultos mayores, enfoques que reconozcan la heterogeneidad de la vejez y su carácter de etapa de vida con plenos derechos.

Desde la perspectiva de derechos humanos, la región debe avanzar hacia un marco normativo integral, capaz de articular los estándares internacionales de derechos humanos, consolidando las garantías de las personas mayores y fortaleciendo la

institucionalidad pública en clave intersectorial y territorial. Esto significa la adopción de medidas como la y la integración normativa, con énfasis en la justicia y la exigibilidad de los derechos de las personas mayores, la revisión jerárquica institucional del órgano a cargo de las materias de envejecimiento, asegurar la participación vinculante de las personas mayores en el ciclo de las políticas públicas, reconociéndolas como sujetos de derechos y no solo como beneficiarios de programas focalizados, y garantizar un financiamiento estable para programas que promuevan el envejecimiento activo, el buen trato, los cuidados de larga duración y la participación social. En el caso de Chile, la creación de SENAMA y la expansión programática en áreas como buen trato, participación y envejecimiento activo representan avances relevantes en la visibilización del envejecimiento y en la acción gubernamental. Sin embargo, en comparación con otros países de América Latina y el Caribe, Chile muestra rezagos en la construcción de un marco jurídico robusto que articule institucionalidad, financiamiento y participación social en torno a los derechos de las personas mayores. La ausencia de una ley de protección integral de los derechos de las personas mayores mantiene la normativa dispersa en distintos cuerpos legales y deja la política fuertemente dependiente de decisiones programáticas y presupuestarias de los gobiernos de turno dificultando la consolidación de una política de Estado en materia de envejecimiento, limitando la coordinación intersectorial y reduciendo la capacidad de asegurar continuidad, universalidad y equidad en las respuestas.

Respecto de la institucionalidad pública regional en la materia, se puede constatar que es heterogénea, tanto en el diseño, la jerarquía y la asignación de recursos, lo que refleja las distintas perspectivas y apuestas políticas respecto de la prioridad del

tema y de los mecanismos de coordinación. En el caso chileno, la instalación de SENAMA dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Desarrollo Social y Familia lo posiciona como un articulador programático y financiero, pero restringe la transversalización del enfoque de vejez en sectores clave como salud, vivienda, transporte, trabajo y justicia. Además, la centralización en un servicio específico, con fuerte foco en la tercerización a través de las municipalidades y en grupos en situación de dependencia o vulnerabilidad socioeconómica, fragmenta la respuesta a nivel intersectorial y territorial.

Se requiere fortalecer la gobernanza del envejecimiento mediante estructuras institucionales con mayores competencias de coordinación, mecanismos de participación y control social, y articulación efectiva entre Estado central, gobiernos regionales, municipios y sociedad civil. El envejecimiento en Chile no es territorialmente homogéneo: regiones como Valparaíso, Ñuble y Los Ríos, así como comunas costeras y rurales con menor recambio etario, concentran niveles más altos de envejecimiento. Estas variaciones implican desafíos diferenciados en acceso a servicios de salud, cuidados de larga duración, infraestructura y protección social, que hoy no siempre se reflejan en la planificación y priorización de políticas. La política hacia personas mayores debe incorporar explícitamente criterios territoriales y de equidad, evitando que la concentración de programas en determinados espacios reproduzca o amplifique desigualdades existentes. Ello supone avanzar hacia una institucionalidad capaz de leer y actuar sobre la complejidad territorial del envejecimiento, integrando la voz y experiencia de las personas mayores en la definición de problemas y soluciones.

En definitiva, al hacer el cruce entre derecho,

calidad de vida e institucionalidad de las políticas públicas para personas mayores abre una agenda amplia de investigación en salud pública, políticas sociales y gerontología crítica. Estudios futuros deberían profundizar en los efectos de distintos modelos institucionales, la potencialidad de una ley integral, la relación entre focalización y equidad, las desigualdades territoriales y el papel de las representaciones sociales y del edadismo en el diseño de políticas. Avanzar en esta agenda permitirá fortalecer la base empírica y conceptual para la formulación de políticas públicas que garanticen una vida digna, autónoma y con plena participación social de las personas mayores, articulando Estado, sociedad civil y organizaciones de mayores en clave de derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2002). Ley 19.828: Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=196545>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). Constitución Política de la República de Chile (texto refundido, coordinado y sistematizado). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/items/880500ab-53e7-44e8-afa5-27f8804254cf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Los impactos del envejecimiento poblacional en la protección social en América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021). Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento->



tendencias-demograficas-america-latina-caribe

García, V., López Huenante, N., Silva, A., Bustamante, M., León, S., Silva, L., Baeza, M., Chandía, C., & Gamonal, J. (2024). Políticas públicas sobre envejecimiento en Chile: Revisión narrativa 1990-2022. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2024.72500>

Heclo, H., & Wildavsky, A. (1974). *The private government of public money: Community and policy inside British politics*. Macmillan.

Hogwood, B. W., & Gunn, L. A. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford University Press.

Huenchuan, S. (2016). Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL.

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectivas regionales y de derechos humanos. CEPAL.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2022). Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población. INE. <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2025a, marzo 26). Primeros resultados del Censo 2024: 18.480.432 personas en el país. INE. <https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2025/03/27/primeros-resultados-del-censo-2024-18.480.432-personas-en-el-pais>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2025b, marzo 27). Región de Valparaíso: primeros resultados del Censo 2024. INE. <https://regiones.ine.cl/valparaiso/prensa/regi%C3%B3n-de-valpara%C3%ADso-primeros-resultados-del-censo-2024-1.896.053-personas-en-el-pais>

Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (s. f.). SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/>

Ministerio de Salud. (s. f.). Salud del adulto mayor. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>

Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2024). Envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Observatorio de Ciudades UC. (2025, abril 7). Primeros resultados del Censo 2024. <https://observatoriodeciudades.com/censo-2024-primeros-resultados/>

Organización de los Estados Americanos. (2015).

Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. OEA. <https://www.oas.org/>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud y envejecimiento en las Américas: Resumen*. OPS.

Peters, B. G. (2012). *Institutional theory in political science: The new institutionalism* (3rd ed.). Continuum.

Rio en Línea. (2025, febrero 28). Censo 2024: Los Ríos es una de las tres regiones con los índices de envejecimiento más altos de Chile. <https://www.rioenlinea.cl/censo-2024-los-rios-es-una-de-las-tres-regiones-con-los-indices-de-envejecimiento-mas-altos-de-chile/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2019). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2019-2030*. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.). SENAMA: Programas y fondos. Gobierno de Chile. <https://www.senama.gob.cl/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-a). *Cuidado domiciliario*. Gobierno de Chile. <https://www.senama.gob.cl/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-b). *Centros diurnos comunitarios*. Gobierno de Chile. <https://www.senama.gob.cl/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-c). *Fondo nacional del adulto mayor*. Gobierno de Chile. <https://www.senama.gob.cl/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s. f.-d). *Programa buen trato al adulto mayor*. Gobierno de Chile. <https://www.senama.gob.cl/programa-buen-trato-al-adulto-mayor>

United Nations. (2020). *World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons*. United Nations. <https://www.un.org/>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World population prospects 2022*. United Nations. <https://population.un.org/wpp/>

Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretive sociology* (G. Roth & C. Wittich, Eds.). University of California Press. (Trabajo original publicado en 1919)

World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. WHO. <https://www.who.int/>



GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

PARA EQUIPOS
GESTORES Y TÉCNICOS



AUMENTA LA
SEGURIDAD
del paciente



DISMINUYE
EVENTOS ADVERSOS
y errores



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org



PROMUEVE UNA
CULTURA
de seguridad



GENERA CONFIANZA
en pacientes y
familiares



¿DE QUÉ SE TRATA ESTE CURSO?

Contenidos mínimos para la formación en gestión de riesgo clínico para equipos gestores y técnicos:

Segunda versión de Norma Técnica N°154, aprobada por Resolución Exenta N°853 de 2025, del Ministerio de Salud.

Define contenidos mínimos para la formación en Gestión del Riesgo Clínico.



TEMAS PRINCIPALES

- 1 Fundamentos de la gestión del riesgo clínico
- 2 Comunicación e identificación de riesgos clínicos
- 3 Análisis, evaluación y priorización de riesgos clínicos
- 4 Diseño e implementación de medidas de mitigación o tratamiento del riesgo
- 5 Registro y seguimiento relacionado a la gestión del riesgo clínico

educacion@fspchile
www.fspchile.org



DURACIÓN
120 horas
pedagógicas



MODALIDAD
100%
ONLINE



VALOR
\$180.000



INCLUYE
• Material de estudio
• Certificado de
aprobación



RESUMEN DE LA CONFERENCIA:

DE LA PANDEMIA SANITARIA A LA REVOLUCIÓN ALGORÍTMICA: LA COMUNICACIÓN DEL RIESGO COMO PILAR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ERA DE LA IA

Félix Liberona

Subdirector Ejecutivo - Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS).

fliberona@cens.cl

La crisis del COVID-19 demostró que la seguridad de los pacientes no solo depende de los insumos médicos, sino de cómo se gestiona y comunica la incertidumbre. Hoy, la Inteligencia Artificial (IA) se incorpora de forma definitiva en la práctica clínica. Este artículo analiza por qué debemos rescatar las lecciones comunicativas de la pandemia para prevenir incidentes asociados al uso de algoritmos en salud.

DOS DISRUPCIONES PERMANENTES

La historia de la salud moderna está marcada por eventos que redefinen por completo las dinámicas de atención y la seguridad de los pacientes: el COVID y la IA. La crisis global del COVID-19 representó una disrupción biológica sin precedentes que obligó a los sistemas sanitarios a operar bajo un estado de incertidumbre constante, mientras que hoy nos

enfrentamos a una disrupción de naturaleza distinta pero de impacto equivalente: la intensificación del uso de la Inteligencia Artificial (IA) en la salud. Tanto el virus como las herramientas algorítmicas comparten una característica fundamental: han llegado para quedarse.

En el ámbito de la seguridad del paciente, la introducción de cualquier tecnología conlleva la promesa de optimizar procesos, reducir errores diagnósticos y personalizar tratamientos. Sin embargo, la prisa por implementar soluciones de IA puede obviar los riesgos inherentes a su uso. Para que los profesionales de la salud y los pacientes adopten estas herramientas sin comprometer la calidad del cuidado, es imperativo retomar y adaptar el concepto de comunicación del riesgo. No podemos esperar a que ocurran fallos sistémicos automatizados para educar a los usuarios; la prevención exige una estrategia informativa transparente, oportuna y estructurada.

LUCES Y SOMBRAS DE UNA COMUNICACIÓN VERTICAL DEL RIESGO

La gestión informativa durante la pandemia de COVID-19 nos dejó un aprendizaje invaluable sobre el manejo de crisis. Uno de los mayores aciertos de ese periodo fue la existencia de una línea común de comunicación técnica y directrices claras emanadas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Contar con un marco de referencia global permitió estandarizar protocolos de aislamiento, mecanismos de trazabilidad y la posterior entrega de información sobre la vacunación. Sin embargo, comunicar el riesgo conlleva mucho más que enseñar y busca lograr un cambio en el

comportamiento de las personas, de manera que se puedan cuidar a sí mismas y a sus comunidades. Por tanto, cualquier estrategia de comunicación del riesgo debe contemplar las culturas, creencias y lenguajes de las personas en su realidad cotidiana, y no puede constituirse como una mera entrega de información vertical donde se entrega información de manera unidireccional. Durante la pandemia, esta desconexión provocó que, en muchas comunidades, las advertencias institucionales fueran percibidas como ajenas o impracticables, sembrando desconfianza y abriendo la puerta a la desinformación.

Lo ocurrido con la pandemia guarda un peligroso paralelismo con la situación actual de la IA en salud. Los lineamientos éticos y de seguridad suelen estar basados en modelos generados en otros contextos territoriales o por entidades que no consideran la realidad latinoamericana. Si repetimos el esquema vertical del COVID-19 y pretendemos aplicar estas guías de forma idéntica en un hospital de alta complejidad y en un centro de atención primaria rural, el resultado será el mismo: una brecha de implementación, desconfianza (o exceso de ella) del personal clínico y, en última instancia, un riesgo directo para la seguridad del paciente debido al uso incorrecto o al desconocimiento de los mecanismos que generan las respuestas de los modelos de IA.

A diferencia de un medicamento que presenta efectos secundarios visibles, los riesgos de la IA en el entorno sanitario suelen ser invisibles o sutiles: el personal de salud se encuentra interactuando con sistemas de soporte a la decisión clínica cuyos mecanismos internos desconoce y los pacientes pueden seguir recomendaciones erróneas si desconocen el sistema de salud o sus enfermedades. Por ello, entre los principales desafíos que amenazan la seguridad del paciente y

que deben ser comunicados de manera prioritaria, destacan:

- **La opacidad:** muchos modelos ofrecen diagnósticos o recomendaciones terapéuticas sin que sea factible rastrear el razonamiento lógico del algoritmo, lo que dificulta la validación clínica y diluye la responsabilidad médica.
- **El sesgo de automatización:** la tendencia humana de confiar ciegamente en las sugerencias de un software puede llevar a los profesionales a omitir su propio juicio crítico o a ignorar signos clínicos evidentes por seguir la recomendación del algoritmo.
- **Sesgos en los datos:** Si un modelo se entrena con datos de una población específica, sus predicciones pueden ser inexactas o perjudiciales al aplicarse en otras con el riesgo de predecir de manera errada o de perpetuar las inequidades en salud.
- **Uso de datos:** La alimentación de los modelos de IA requiere de volúmenes masivos de historias clínicas. Los riesgos asociados a la privacidad, las filtraciones de información y el uso secundario no consentido de los datos representan una vulneración directa al paciente.

Frente a este panorama, el llamado a la acción para las instituciones sanitarias y los comités de seguridad del paciente es contundente: debemos retomar la política activa de comunicar el riesgo con la misma urgencia y despliegue de recursos con la misma intensidad con la que lo hicimos durante la pandemia. La IA no debe ser introducida en los recintos de salud de forma silenciosa como un simple cambio de software; requiere una campaña

continua de alfabetización digital y transparencia de cara a los trabajadores y a los propios usuarios. Garantizar la seguridad del paciente en esta nueva era implica transmitir el conocimiento sobre las herramientas algorítmicas, pero también motivar su buen uso. Debemos saber con precisión qué puede hacer el sistema y cuáles son sus limitaciones, conocer qué datos utiliza, cuál es su margen de error y bajo qué escenarios tiende a fallar. Solo cuando comprendemos a fondo los puntos críticos del sistema podemos utilizarlo de manera segura, transformando la IA en un verdadero copiloto y no en una fuente de incidentes o eventos adversos.

HACIA UNA GOBERNANZA PARTICIPATIVA DE LA TECNOLOGÍA

La Inteligencia Artificial tiene el potencial de salvar vidas y aliviar la sobrecarga de los sistemas de salud, pero su éxito no se medirá por la sofisticación de sus códigos, sino por la seguridad de su aplicación real. La lección fundamental del COVID-19 es que las políticas de salud pública fracasan si no logran conectar con la realidad local de quienes las ejecutan y las viven. Para construir un ecosistema sanitario tecnológico seguro, es indispensable transitar desde una comunicación vertical hacia un modelo participativo. Esto implica crear espacios donde discutamos las limitaciones técnicas, éticas y de uso de estas herramientas, incluyendo a los trabajadores de la salud y a los pacientes. La comunicación del riesgo no debe ser un ejercicio de infundir temor, sino una herramienta de empoderamiento. Al igual que aprendimos a convivir de forma segura y consciente con los riesgos biológicos del entorno, debemos aprender a gestionar de manera abierta y transparente los riesgos digitales de la salud del siglo XXI.



RESUMEN DE LA CONFERENCIA:

DE LOS DATOS A LA ESTRATEGIA: LECCIONES DE UNA ASESORÍA SISTÉMICA EN HOSPITAL INSTITUCIONAL

Cristian Tortella Ibáñez.

Profesor Adjunto Escuela de Postgrado FEN, U de Chile.

Consultor Banco Mundial, BID y OPS.

ctortell@fen.uchile.cl

INTRODUCCIÓN

La presentación, desarrollada en el marco del X Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, parte de una premisa central: la seguridad del paciente no puede lograrse mediante acciones aisladas o voluntarismos clínicos, sino que requiere un enfoque sistémico y basado en evidencia. Para ello, se propone que la seguridad del paciente puede ser función de tres variables interdependientes: la dotación de personal competente, el manejo epidemiológico de la demanda y la eficiencia en el uso de los costos.

A partir de la experiencia acumulada a partir de diversos estudios y asesorías aplicadas al sistema de salud, incluyendo una asesoría sistémica realizada en un hospital institucional, se demuestra cómo el cruce de datos provenientes de múltiples fuentes nacionales e internacionales permite transitar de la simple recolección de información

a la formulación de estrategias concretas. Estas estrategias impactan tanto en las decisiones de política pública (cobertura, formación, priorización) como en la gestión diaria de los establecimientos de salud (contrataciones, cartera de prestaciones, negociación con financiadores).

Se enfatiza que el sistema de salud chileno enfrenta brechas significativas en recursos humanos, un perfil epidemiológico cambiante y restricciones presupuestarias crecientes, lo que hace imperativo adoptar herramientas de evaluación económica y gestión por datos para no comprometer la calidad ni la seguridad de la atención.

ANTECEDENTES PRESENTADOS

1. Fuentes de información estratégica

Se presenta una breve recopilación y sistematización de datos de múltiples organismos, destacando que

la información está disponible, pero no siempre es aprovechada estratégicamente. Entre las fuentes mencionadas se encuentran:

- **DEIS (MINSAL):** nacimientos, egresos hospitalarios, defunciones, producción, REM e indicadores hospitalarios.
- **FONASA:** datos abiertos sobre beneficiarios, régimen de prestaciones, protección financiera y financiamiento.
- **Superintendencia de Salud:** estadísticas de Isapres, cartera, CAEC, RNPI y acreditación.
- **IES Minsal:** series históricas de gasto en salud, gasto per cápita, % del PIB, gasto farmacéutico y por enfermedad.
- **INE:** censos, demografía, estadísticas vitales y proyecciones de población.
- **BCN (SIIT):** estadísticas territoriales de salud, infraestructura y drogas.
- **Banco Mundial:** esperanza de vida, camas hospitalarias, recursos, causas de muerte e indicadores nacionales.
- **OCDE:** estadísticas de gasto, factores de riesgo, recursos humanos, proveedores, coberturas e indicadores comparados.
- **OMS (Global Health Observatory):** publicaciones periódicas con estadísticas mundiales de salud.

Esta diversidad de fuentes contribuye, junto con las fuentes de datos locales de los establecimientos de salud, a construir un diagnóstico integral que cruza oferta, demanda y costos.

2. Eje 1: Dotación de personal – ¿Cuántos somos y qué implicancias tiene?

Se plantea que desconocer la dotación real y efectiva de profesionales de la salud es uno de los principales factores de riesgo para la seguridad del paciente. En este sentido, se presentaron datos críticos:

- Que la principal fuente de información de trabajadores de la salud se encuentra disponible en el RNPI (Registro Nacional de Prestadores Individuales) de la Superintendencia de Salud.
- Cruzando estos datos con las otras fuentes disponibles, se pueden realizar estimaciones relevantes: por ejemplo en pabellones médico-quirúrgicos de hospitales públicos chilenos, una enfermera debe cuidar hasta 9,6 pacientes, cuando los estándares internacionales seguros recomiendan un máximo de 5 pacientes por enfermera (estudio de Simonetti et al., 2025), o que en Chile se cuenta con 3,3 médicos y 4,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, muy por debajo del promedio OCDE de 3,9 médicos y 9,2 enfermeras (Health at a Glance 2025).

Estas brechas tienen implicancias directas en:

- **Política pública:** decisiones de cobertura territorial, formación de especialistas y rol de universidades.
- **Gestión hospitalaria:** contrataciones, definición de cartera de prestaciones y planes de especialización.
- **Seguridad del paciente:** sobrecarga laboral, aumento de eventos adversos y menor calidad de atención.

3. Eje 2: Epidemiología – ¿De qué nos enfermamos y morimos?

El segundo gran eje aborda la importancia de conocer el perfil epidemiológico real de la población, tanto a nivel nacional como local. Se presentó cómo ha evolucionado la mortalidad en Chile entre 1960, 2001 y 2025, evidenciando un claro tránsito desde enfermedades infecciosas hacia enfermedades crónicas no transmisibles, con un envejecimiento progresivo de la población.

Este conocimiento permite:

- Priorizar problemas de salud y asignar recursos según carga de enfermedad.
- Diseñar planes formativos acordes a la demanda real (por ejemplo, más geriatras y oncólogos, menos obstetras en ciertas regiones).
- Tomar decisiones de inversión basadas en evidencia, evitando infraestructura sobredimensionada o equipamiento ineficiente.

Se citan casos concretos:

- Tendencia al cierre de maternidades en clínicas privadas debido a la caída de la natalidad, y simultánea expansión de servicios de oncología, cardiovascular y cirugías ambulatorias.
- Ejemplos de inversiones en infraestructura realizadas sin estudios de carga de enfermedad (EPH), lo que ha llevado a equipos subutilizados y costos hundidos.

4. Eje 3: Costos – ¿Cuánto cuesta realmente y cómo optimizarlo?

El tercer eje profundiza en la necesidad de conocer el costo real de las prestaciones y actividades sanitarias, entendiendo que los recursos son

escasos y las necesidades ilimitadas. Se presentan distintos modelos de costeo aplicados a salud:

- Costeo por procesos.
- Costeo basado en actividades (ABC).
- Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC).
- Micro-costeo.

Además, se destacan las evaluaciones económicas en salud (ETESA), que incluyen análisis de costo-efectividad, costo-utilidad e impacto presupuestario (BIM).

En cuanto a mecanismos de pago, se mencionan:

- GRD (Grupos Relacionados por Diagnóstico).
- Acuerdos de Riesgo Compartido.
- Pago por paquete o episodio (ejemplo chileno: PAD).
- Pago por desempeño selectivo (Pay-for-Performance).

Se presentaron casos internacionales que validan la utilidad de estas herramientas:

- **Reino Unido (NICE):** ahorro de 2 mil millones de dólares al evitar gasto en medicamentos con poco beneficio adicional.
- **Australia (PBAC):** reducción de 200 millones de dólares anuales al preferir opciones costo-efectivas.
- **España (AETS):** ahorro de 60 millones anuales al evitar stents coronarios premium sin ventajas clínicas.

- **Colombia (IETS):** exclusión de 15 medicamentos de alto costo sin evidencia suficiente, con ahorro de 120 millones anuales.

Finalmente, se profundizó en el caso chileno del EVC GES, estudio realizado por la Universidad de Chile y con un rol destacado del expositor, que se presenta como paradigmático: la aplicación de criterios económico-sanitarios permitió definir canastas de prestaciones costo-efectivas, mejorando la seguridad clínica y ajustándose a la realidad presupuestaria del sistema.

5. CONCLUSIONES

- El conocimiento detallado y prospectivo de la demanda (epidemiología) y la oferta (dotación, infraestructura, equipamiento) es un piso mínimo e ineludible para la toma de decisiones estratégicas en salud. Sin este diagnóstico, cualquier política o inversión queda expuesta a la ineficiencia y al riesgo clínico.
- Chile presenta brechas críticas en dotación de médicos y enfermeras respecto a los estándares OCDE, lo que impacta directamente en la seguridad del paciente. Esto exige políticas urgentes y sostenidas de formación, retención y redistribución del talento humano, con especial énfasis en especialidades médicas y de enfermería.
- La intersección entre oferta, demanda y costos permite organizar los recursos de manera más racional y equitativa. No se trata solo de gastar menos, sino de gastar mejor, priorizando aquellas intervenciones que aportan mayor valor en salud por cada peso invertido.
- El caso del EVC GES, junto con otros como DAC

y LRS, demuestra que en Chile es posible aplicar metodologías rigurosas de evaluación económica que incorporan la seguridad clínica y que emergen desde la realidad presupuestaria del sistema.

- Estas herramientas no debieran ser excepcionales ni limitadas a ciertos programas, sino que debieran institucionalizarse para la totalidad de actores del sistema: hospitales, clínicas, comités de farmacia, aseguradoras y entes reguladores.
- En el sector privado, el manejo integrado de estas variables (demanda, oferta y costos) genera ventajas competitivas claras: conocimiento de costos reales para negociar con financiadores, reducción de días de cuenta por cobrar, ampliación de márgenes financieros, disminución del abandono de pacientes y mejora en la satisfacción de los usuarios.
- El gran desafío final planteado es escalar estas lecciones aprendidas desde una asesoría sistémica particular hacia una política de estado en seguridad del paciente, que trascienda gobiernos e instituciones, y que coloque los datos y la evidencia en el centro de la estrategia sanitaria nacional.



LA ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LA PERSONA AHCP: ¿CÓMO EMPEZAR A FORTALECER LA CULTURA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?

Dra. Sofia Rincón G.

Directora líder de la línea de gestión de procesos clínicos de la OES Colombia y Fellow en ACP de Planetree

Para empezar a responder esta pregunta, se necesita entender ¿y que es AHCP? Porque cada persona lo entiende de manera diferente. Es ante todo una responsabilidad ética y asistencial. Porque humanizar la atención en salud implica transitar de un modelo biomédico tradicional —centrado en la enfermedad— a uno en donde **el paciente, la familia, el cuidador y el personal de salud** son el eje central. Esto significa que además lo más importante es escuchar a las personas (escuchar

de verdad) y respetar sus valores y creencias, sus preferencias y entregar un trato digno.

Se trata de cambiar, de dejar de pensar en enfermedades, a pensar en seres humanos, porque la calidad técnica salva vidas; la calidad humana transforma experiencias.

Se requiere, por lo tanto, trabajar en una transformación cultural, que se convierte en un gran reto en las organizaciones porque todas las

personas ya sean directivos, personal asistencial o personal administrativo deben estar incluidos.

La transformación de la cultura organizacional se enfoca en 3 dimensiones:

El paciente y su familia: reconocidos realmente como el foco de la atención en una entidad de salud. La importancia radica en que los que más conocen acerca de sus enfermedades son quienes conviven diariamente con ellas, además merecen tener la información clara, precisa, oportuna, completa y que sus necesidades y expectativas sean resueltas: ya sea relacionadas con el ambiente físico, el apoyo emocional y espiritual, sus preferencias.

El personal de la salud: no son solo los profesionales, sino todos los colaboradores de las entidades de salud, tanto asistenciales como administrativos. Independiente del tipo de vinculación, ya sea vinculación directa o vinculación por terceros. Siempre se menciona que nadie puede dar de lo que no tiene, es por ello que cuidar al cuidador de las organizaciones de salud permite fomentar empatía y compasión y evitar el estrés y fatiga laboral (burnout).

La organización de salud: su estructura, sus procesos, políticas y protocolos y sus espacios físicos para que reflejen las necesidades de las personas en cuanto a la confianza, la calidez, la seguridad y la accesibilidad.

ENTONCES, ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

La humanización ocurre cuando existe una alineación real entre lo que la institución declara, lo que los equipos viven y lo que el paciente experimenta. Es decir cuando realmente existe

COHERENCIA organizacional como concepto central, entendiendo que hay 3 percepciones distintas las cuales deben estar correlacionadas:

Un nivel macro, que en pocas palabras es lo que la institución **declara**: misión, políticas, valores y estrategia de humanización.

Un nivel meso, dirigido a reconocer lo que los equipos **viven**: una cultura real, el clima laboral, la seguridad psicológica y los procesos del día a día.

Y por último, un nivel micro, que corresponde a lo que el paciente **experimenta**: el trato, la información y la comunicación suministrada, la dignidad y la experiencia percibida con empatía y compasión.

Porque cuando estos 3 niveles no están alineados, puede suceder que la institución declara una política de escucha activa, pero el paciente no se siente escuchado en sus necesidades ni preferencias; la dirección prioriza humanización, pero los colaboradores reportan alto desgaste y desconexión emocional o el paciente percibe buen trato puntual, pero el equipo vive procesos administrativos altamente deshumanizantes

La invitación es a trabajar y responder estas preguntas:

1. ¿Cómo se vive, se siente, se entrena, se difunde, se mide, se diseña, se escuchan necesidades hoy en su institución?
2. ¿Cuál es el nivel de incorporación estratégica de la AHCP?
3. ¿Cómo es la vivencia cultural de la humanización?

Y a realizar la evaluación en estas 3 dimensiones:



CONCLUSIONES

1. Es necesario lograr la coherencia entre lo que la institución declara, lo que los equipos viven y lo que el paciente experimenta.
2. Es imperativo escuchar a las personas: al paciente, la familia, el cuidador y el colaborador.
3. Inicie preguntándose: ¿en dónde estoy hoy? ¿a dónde quiero ir? ¿qué me hace falta?

4. Y por último, mida lo que realmente importa.

Fortalecer la cultura de la atención humanizada comienza con el compromiso de la dirección, se sostiene en el cuidado del personal de la entidad y se refleja en cada interacción con el paciente y su familia.



EL VUELO CRÍTICO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA:

LECCIONES DE LA AVIACIÓN PARA LAS TRIPULACIONES CLÍNICAS DE ALTO DESEMPEÑO

Romero-Toledo J.E.(1)(2), Montero R.(3), Figueroa P.(2), Romero T.(2), Montero L.(3).

(1) Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

(2) TEVEUCI

(3) STORM Flight Centre

jeromero@uchile.cl

Las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) requieren una alta capacitación de todos los profesionales que trabajan en ellas y un alto grado de coordinación entre los equipos clínicos para realizar los complejos procedimientos que se llevan a cabo en cada jornada. Uno de los procedimientos más frecuentes en estas unidades es la ventilación mecánica invasiva. Este procedimiento proporciona soporte vital a los pacientes, y la implementación necesaria para su administración incluye equipos de ventilación mecánica, monitores multiparámetros, bombas de infusión continua, un equipo profesional altamente capacitado, una cantidad significativa de insumos y dispositivos y, por sobre todo, un sistema coordinado que responda efectivamente a las necesidades de cada situación clínica.

En Chile hay más de 1.700 camas críticas, tanto en instituciones públicas como privadas, un número que puede variar según las necesidades de cada centro asistencial. Durante el año 2025, de acuerdo con los datos oficiales, se utilizaron 331.490 días cama en unidades de cuidado intensivo para adultos en 64 unidades de cuidado intensivo a lo largo del país (1).

Esta cifra no considera los días cama de pediatría y de neonatología ni la información de los centros asistenciales privados.

La alta complejidad de los procedimientos que se desarrollan en estas unidades, la presión asistencial y los múltiples factores involucrados en el proceso de cuidado de los pacientes críticos requieren capacitaciones, actualizaciones y evaluaciones frecuentes para todo el equipo clínico: médicos, enfermeras(os), kinesiólogos(as) y TENS. En numerosas publicaciones se destaca la importancia de la simulación en los procesos de capacitación en ventilación mecánica (2),(3),(4),(5)

Esta importante herramienta formativa permite a los profesionales enfrentarse a los equipos, conocerlos y, en un proceso reiterativo, alcanzar niveles de desempeño adecuados para el manejo de pacientes que requieren soporte ventilatorio.

El mercado nacional e internacional ofrece una amplia variedad de simuladores de ventiladores mecánicos, de diferentes niveles de complejidad, que permiten reproducir situaciones asociadas a patologías y, en algunos casos, visualizar los resultados de los exámenes. La gama de simuladores y sus posibilidades es muy amplia, se dispone desde pulmones de prueba en los que se pueden incorporar diferentes niveles de resistencia y distensibilidad, equipos de mayor sofisticación que incorporan registros de las curvas generadas, hasta fantasmas de cuerpo entero que permiten representar y reproducir muchas situaciones similares a la realidad. (Figura 1).

En la mayoría de los equipos disponibles, es necesario conectar un ventilador mecánico real al simulador, lo que encarece la actividad y limita el número de participantes al número de simuladores y ventiladores mecánicos disponibles.

En relación a una solicitud del Minsal en el año 2016, para capacitar un número importante de médicos en ventilación mecánica, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y debido a la dificultad de organizar actividades prácticas en campos clínicos adscritos a la institución, exploramos la opción de desarrollar simuladores de ventiladores mecánicos, contactando a ingenieros ligados a las empresas aeronáuticas que habían diseñado y construido simuladores de aviones comerciales y civiles para el entrenamiento, evaluación y certificación de pilotos civiles y comerciales.

FIGURA 1


La industria aeronáutica utiliza estrictos protocolos de seguridad durante sus operaciones, que contribuyen al orden y a la oportunidad de cada acción y simplifican los procesos de entrenamiento y capacitación.

La estandarización de procedimientos es uno de los criterios más importantes en esta industria, basada en la disponibilidad de manuales de operación que se actualizan periódicamente y que definen de manera clara y precisa, todas las actividades que debe realizar un piloto para conducir un avión de manera precisa y segura.

La simulación inmersiva se refiere a sistemas en los que se reproducen situaciones similares a la realidad y los participantes perciben su participación de manera equivalente a la que ocurre en las jornadas

de trabajo. Este sistema inmersivo se utiliza para el entrenamiento y la certificación de pilotos civiles y comerciales, con un alto nivel de exigencia y totalmente libre de errores.

Con el objetivo de desarrollar un simulador de ventilador mecánico, nos reunimos en numerosas ocasiones con un equipo de trabajo integrado por ingenieros y clínicos, hasta obtener un prototipo que satisfacía las necesidades formativas.

Los simuladores han sido utilizados desde su creación (año 2016) hasta la fecha, con grupos de profesionales a cargo de instructores, con experiencia en ventilación mecánica. Los resultados han sido plenamente satisfactorios y el modelo original ha sido actualizado y perfeccionado, alcanzando actualmente un grado de complejidad

avanzado que permite construir escenarios diversos y someterlos a los equipos profesionales.

Desde la empresa aeronáutica hemos adquirido criterios que permiten reducir los errores en la ejecución o aplicación de procedimientos, lo que aumenta el nivel de seguridad de las tripulaciones y de los pasajeros, y los hemos ido incorporando a nuestros talleres de simulación.

Sin embargo, la simulación no es suficiente para garantizar un desempeño óptimo de los equipos clínicos que se enfrentan al desafío de manejar pacientes en ventilación mecánica, por lo que desarrollamos un programa de Aseguramiento Continuo de la Calidad en Ventilación Mecánica (ACCVM).

Este programa se inspira en el proceso del vuelo de un avión, por lo que hemos planteado un paralelo en ambos procesos:

-La decisión de conectar a un paciente a la ventilación mecánica equivale a autorizar un vuelo. En ambos procesos se debe verificar la disponibilidad de recursos y condiciones para lograr el objetivo.

-La intubación endotraqueal de un paciente equivale al despegue de un avión. En ambas circunstancias se requieren conocimientos, destreza y precisión, así como los recursos y las condiciones adecuadas para que el proceso se lleve a cabo sin inconvenientes.

-La estabilización de un paciente y su monitorización luego de la conexión a la ventilación mecánica equivalen a lo que en aeronáutica se denomina “vuelo nivelado”. En esta fase se verifican la ruta, las condiciones climáticas, el combustible disponible. Se establece en el paciente un plan de manejo con objetivos definidos.

- El proceso de retiro gradual del ventilador mecánico, o “weaning”, es equivalente a la fase de aproximación del avión a su aeropuerto de destino. En ambas situaciones se realizan los ajustes necesarios para alcanzar la meta propuesta.

- La extubación del paciente equivale al aterrizaje de un avión. En ambas situaciones se requieren criterios claros y definidos que se materializan en acciones precisas y oportunas.

El programa ACCVM se realiza en cinco etapas:

1) Diagnóstico institucional: Se identifican los recursos disponibles, humanos y físicos y utilizando una plataforma computacional se hace un levantamiento global

2) Planificación y diseño: Mediante un código de semáforo, se califican las variables evaluadas y se entrega un diagnóstico de la situación, junto con una propuesta de plan de acción. En esta etapa se desarrollan, actualizan, verifican, los manuales de procedimientos de la unidad.

3) Implementación y operación: mediante la simulación clínica como herramienta de evaluación, se analiza el desempeño de los equipos clínicos y se refuerzan los aspectos mejorables. El proceso de debriefing tras la experiencia de simulación es fundamental.

4) Evaluación, certificación y mejora continua: Se emiten certificaciones a los equipos clínicos, que establecen sus competencias para el manejo de pacientes que requieren soporte ventilatorio

5) Sostenibilidad y expansión: Se planifica un calendario de reevaluaciones periódicas, que permitan mantener los estándares de calidad y seguridad alcanzados.

El procedimiento de conexión, mantención y retiro de un paciente de la ventilación mecánica es complejo, riesgoso y estresante. Requiere de equipos de trabajo muy comprometidos con la seguridad del paciente que toleren condiciones de trabajo desgastantes, largas jornadas y altos niveles de tensión emocional, dado que la vida del paciente, muchas veces depende del efectivo desempeño de la tripulación clínica. La industria aeronáutica nos ofrece criterios claros sobre los bajos niveles de accidentabilidad, basados en la rigurosidad del entrenamiento de sus tripulaciones, la estandarización de procedimientos y la recertificación periódica. Hay importantes lecciones que debiéramos incorporar en el manejo de nuestros pacientes críticos para resguardar su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1) https://datos.gob.cl/dataset/a756323f-85ba-4759-87dc-f5d5e63868cc/resource/657cc933-eac8-4bfc-b004-c4d6dcd988a8/download/indicadores_rem20_20260725.csv.

2) Lino JA, Gomes GC, Sousa NDSVC, Carvalho AK, Diniz MEB, Viana Junior AB, Holanda MA A (2016). Critical Review of Mechanical Ventilation Virtual Simulators: Is It Time to Use Them? JMIR Med Educ 2016;2(1):e8 URL: <http://mededu.jmir.org/2016/1/e8/> doi: 10.2196/mededu.5350 PMID: 27731850

3) Sami Safadi, Megan Acho, Stephanie I Maximous, Michael B Keller, Eric Kriner, Christian J Woods, Junfeng Sun, Bashar S Staitieh, Burton W Lee, and Nitin Seam (2024). Comparison of Web-Based and On-Site Lung Simulators for Education in Mechanical Ventilation. RESPIRATORY CARE NOVEMBER 2024 VOL 69 NO 11.

4) M. Ippolito, B. Simone, S. Safadi et al.(2022). Effectiveness of a remote simulation training in mechanical ventilation among trainees, Pulmonology (2022), <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2022.05.007>

5) Clara J. Schroedl, Alexandra Frogameni, Jeffrey H. Barsuk, Elaine R. Cohen, Lakshmi Sivarajan, and Diane B. Wayne (2021). Impact of Simulation-based Mastery Learning on Resident Skill Managing Mechanical Ventilators.ATS Scholar Vol 2, Iss 1, pp 34-48, 2021 DOI: 10.34197/ats-scholar.2020-00230C



ARTICULO DE REFLEXIÓN CLÍNICA:

LA TRÍADA VIRTUOSA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Paciente, familia y equipo de salud: tres protagonistas frente al momento más frágil de la atención — las transiciones asistenciales.

Dra. Andrea Sakurada Zamora

MSc. Especialista en Laboratorio Clínico.

andreasakurada@gmail.com

Durante este último año he tenido la gran oportunidad de volver a interactuar muy directamente con muchos pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TACO) y sus familias, pero también con médicos, becados, internos y otros integrantes del equipo de salud.

Esta experiencia, que para algunos puede ser cotidiana, me ha llevado a observar muchas situaciones que ocurren en el día a día de la atención clínica, a generar infografías educativas y a comunicar riesgos en la atención clínica y me ha llevado a una generar una reflexión y a un concepto que deseo proponer y que he denominado **“la tríada virtuosa de la seguridad del paciente”**: paciente, familia y equipo de salud. Tres actores diferentes, pero profundamente interdependientes y fundamentales en el cuidado de la salud.

Durante este periodo además estoy apoyando y preparando la campaña de la Fundación para la Seguridad del paciente, del día 17 de Septiembre 2026, “Día de la Seguridad del paciente,” preparando el material, minutas, para videos, infografías, quise incorporar a tres elementos fundamentales de este concepto de la **“la tríada virtuosa de la seguridad del paciente”**, porque considero fundamental que la Seguridad del Paciente la hacemos entre todos.

Cuando el paciente comprende su tratamiento, pregunta y participa; y toma decisiones respecto a su salud, cuando la familia acompaña, observa, aporta información y se puede llegar a convertir en una barrera de seguridad; y cuando el equipo de salud escucha, educa, verifica y comunica adecuadamente, se produce una verdadera sinergia. Cada uno aporta información que el otro necesita. Cada uno puede detectar riesgos que los demás no han advertido. Y cada uno puede transformarse en una verdadera valla que evite que un error alcance al paciente.

EL PUNTO DE FRAGILIDAD: LAS TRANSICIONES DE LA ATENCIÓN

Esta experiencia también me ha permitido observar donde esta tríada puede volverse especialmente frágil: las transiciones de la atención. Una entrega de turno, el traslado entre servicios, el cambio de un equipo tratante o el paso desde el hospital hacia la atención ambulatoria **son momentos en los que la información debe viajar junto con el paciente.**

Las transiciones asistenciales constituyen uno de los momentos de mayor riesgo para la seguridad del paciente. Numerosos eventos adversos relacionados con medicamentos, seguimiento clínico y comunicación ocurren durante el alta hospitalaria o los cambios entre niveles asistenciales. Aunque múltiples estrategias buscan reducir estos riesgos, la participación coordinada del paciente, su familia y el equipo de salud continúa siendo un desafío.

Y probablemente una de las transiciones más críticas sea el alta hospitalaria. El paciente deja un entorno donde los medicamentos son prescritos, preparados y administrados por profesionales, y vuelve a un escenario completamente diferente: su hogar, el auto cuidado y cuidado de familiares.

Allí aparecen preguntas aparentemente sencillas, pero de enorme importancia para la seguridad del paciente: ¿qué medicamentos debo tomar?, ¿cuál se suspendió?, ¿qué dosis corresponde?, ¿a qué hora?, ¿durante cuánto tiempo?, ¿cuándo debo controlarme?, ¿con quién?, ¿qué debo hacer si aparece un problema?

Cuando estas respuestas no están suficientemente claras, la responsabilidad práctica del tratamiento pasa, de un momento a otro, al paciente y su familia.



Y precisamente ahí la tríada virtuosa adquiere todo su sentido.

EL ALTA COMO TRANSFERENCIA, NO COMO TRÁMITE

Un alta segura no debería consistir solamente en entregar una receta o un documento como es la epicrisis. Debiera ser un proceso de transferencia efectiva de información, comprensión y corresponsabilidad, en la que el equipo de salud explique con términos claros y precisos, evitando tecnicismos y verifique, la comprensión de la información entregada, el paciente pueda preguntar y demostrar que comprendió, y la familia o cuidador participe cuando corresponda.

“Una transición asistencial no termina cuando el paciente cruza la puerta del hospital. Termina cuando la información también llegó de manera segura a su destino.”

UNA MISMA PERSPECTIVA PARA MIRAR LAS TRANSICIONES

Quizás debamos comenzar a mirar las transiciones asistenciales desde esta perspectiva: paciente, familia y equipo de salud. **Tres protagonistas, un mismo propósito: una atención más segura.**

Y una tríada que, cuando realmente funciona, puede convertirse en una poderosa barrera frente al daño .

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Medication Without Harm: WHO Global Patient Safety Challenge. Ginebra: OMS; 2017.

2. Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. Cambridge, MA: IHI; 2011.

3. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) y Ministerio de Sanidad de España. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo, incluidos los anticoagulantes orales. Madrid: ISMP-España; 2023.

4. Red Latinoamericana para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP Brasil). Prevención de errores de medicación en la transición de cuidados. Boletín n.º 5; 2020.

5. Ministerio de Salud de Chile. Ley N.º 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Diario Oficial de la República de Chile, 24 de abril de 2012, Art. 4.

6. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2025-2030. Santiago: MINSAL; 2024.

7. Alonso Hernández P, et al. Conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. Rev OFIL-ILAPHAR; 2020.



¿Qué hacemos?

DIPLOMADOS ON LINE

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

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

CURSOS ON LINE

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

CONGRESOS Y JORNADAS

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



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 9

AÑO 2026

ISSN 2452-4468

Nº2

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



www.fspchile.org

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org