



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5 - NÚMERO 2 - AÑO 2022 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

TRABAJO ORIGINAL

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO DE VOZ CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL: CASO PRÁCTICO

Cristina Gordo Luis, Ricardo Mateo Dueñas

ARTÍCULO DE REVISIÓN

LA IMPRONTA DEL LIDERAZGO EN SALUD

Diego Cevallos Rojas

EN MEDICINA: ¿PACIENTE O USUARIO?

Dr. Luis Lopez Valenzuela

CONGRESO SEGURIDAD DEL PACIENTE

ABORDAJE INTEGRAL ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE. ATENCIÓN A 1ª, 2ª Y 3ª VÍCTIMAS

Angel Cobos

SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Guillermo Escamilla Guerrero

INNOVATION AND STANDARDIZATION: THE FOUNDATION FOR RELIABLE PATIENT SAFETY

Verónica Muzquiz Edwards

GESTIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Mariana Flichman

PATIENTS FOR PATIENT SAFETY (PFPS) US: PATIENT DRIVEN IMPLEMENTATION OF THE WHO GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN

Sue Sheridan, Armando Nahum

APRENDIZAJE DESDE LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES

Evangelina Vázquez Curiel

A DIFFERENT LOOK AT PATIENT SAFETY - JAPAN'S EXPERIENCE AT NATIONAL AND INSTITUTIONAL LEVEL

Shin Ushiro, M.D. Ph.D.

CRÓNICAS

FARMACIA CLÍNICA EN CHILE

Jorge S. Amador Carrasco



REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

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

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOSFARMACÉUTICOS

QF Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS

EU Maritzta Fuenzalida M.

PRESIDENTE CAPITULO DE ERGONOMIA Y FACTORES HUMANOS

QF Stephan Jarpa C.

PRESIDENTE CAPITULO DE KINESIOLOGOS

Klgo. Gonzalo Hormazabal R.

PRESIDENTE CAPITULO DE FONOAUDIOLOGIA

Fga. Pamela González I.

PRESIDENTE CAPITULO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nut. Pamela Herrera G.

COORDINADORES PACIENTES POR SEGURIDAD DE PACIENTES

Aurora Muñoz L.
Daniel Contreras A.

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

Imagen de tapa e interior extraídas de:
<https://www.freepik.es/>

REVISTA CHILENA DE
**SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5

NÚMERO 2

AÑO 2022

ISSN 2452-4468





SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.04
PRÓLOGO	PÁG.06
TROPECÉ CON EL MISMO VIRUS Dr. Rodrigo Zenteno González	
TRABAJO ORIGINAL	PÁG.08
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO DE VOZ CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL: CASO PRÁCTICO Cristina Gordo Luis, Ricardo Mateo Dueñas	
ARTÍCULO DE REVISIÓN	PÁG.13
LA IMPRONTA DEL LIDERAZGO EN SALUD Diego Cevallos Rojas	
EN MEDICINA: ¿PACIENTE O USUARIO? Dr. Luis Lopez Valenzuela	PÁG.21
CONGRESO	PÁG.30
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ALEMANIA La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud Dr. med. Maria Ines Cartes, MHM, MBA	
ABORDAJE INTEGRAL ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE. ATENCIÓN A 1ª , 2ª Y 3ª VÍCTIMAS Angel Cobos	PÁG.34
SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO Guillermo Escamilla Guerrero	PÁG.36
INNOVATION AND STANDARDIZATION: THE FOUNDATION FOR RELIABLE PATIENT SAFETY Verónica Muzquiz Edwards	PÁG.39
GESTIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Dra. Mariana Flichman	PÁG.42
PATIENTS FOR PATIENT SAFETY (PFPS) US: PATIENT DRIVEN IMPLEMENTATION OF THE WHO GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN Sue Sheridan, Armando Nahum	PÁG.45
APRENDIZAJE DESDE LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES Evangelina Vázquez Curiel	PÁG.48
A DIFFERENT LOOK AT PATIENT SAFETY - JAPAN'S EXPERIENCE AT NATIONAL AND INSTITUTIONAL LEVELS Shin Ushiro, M.D. Ph.D.	PÁG.50
CRÓNICAS	PÁG.53
FARMACIA CLÍNICA EN CHILE Jorge S. Amador Carrasco	



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 5
ISSN 2452-4468

NÚMERO 2

AÑO 2022

EDITORIAL AGOSTO 2022

El presente volumen de la Revista Chilena de Seguridad del Paciente, está dedicado a entregar algunas reflexiones entorno a nuestro VI Congreso Internacional, organizado por nuestra Fundación en conjunto con la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile entre los días 8 y 10 de junio del presente año y que nuevamente tuve el honor de conducir.

Como se podrán imaginar, por las limitaciones que nos ha impuesto la Pandemia por COVID-19, el evento se desarrolló vía online, superando ampliamente la versión anterior.

En esta oportunidad contamos con 16 referentes internacionales de primer nivel, provenientes de Chile, Argentina, Brasil, Colombia, México, Estados Unidos, España, Alemania, Japón y Ghana, con los que tuvimos la oportunidad de compartir temas tan importantes como la transición de un enfermo terminal en compañía de su familia de la mano de la sedación paliativa, la importancia de la Ergonomía en los sistemas de salud, el estudio de indicadores como base para las acciones de mejora, la medicación sin daño, experiencias de vida asociadas con eventos que nunca deben ocurrir durante la atención sanitaria, la seguridad en la atención infantil, ciencia y tecnología aplicadas a la seguridad del paciente, propuestas para evitar contagios con SARS-Cov-2 en los trabajadores sanitarios y en las personas que permanecen en recintos con alta aglomeración, la seguridad del paciente en la atención primaria de salud, y varios modelos de gestión de los servicios clínicos con enfoque en la Seguridad del Paciente.

Con respecto al interés y a la participación, nuestro evento despertó el interés de más de 6.400 profesionales, representantes de 31 países, desde los 5 continentes, quienes se inscribieron previamente en nuestras plataformas. Desde América del Sur, 5.468 personas inscritas, con Argentina, Colombia y Chile como los países con más interesados, representando más del 60%; desde América del Norte y Centro América 912 personas inscritas, con México como el principal representante con el

13% de los inscritos; 28 personas de Europa, 3 personas de África, 5 personas de Asia y una de Oceanía. Además, durante las transmisiones vía streaming por los diferentes canales dispuestos para la ocasión, más de 800 personas se mantuvieron conectadas simultáneamente durante todo el desarrollo de nuestro evento, y posteriormente, cada día, muchas más continúan revisando las exposiciones en nuestro Canal de YouTube.

Como ven, nuestra sexta versión no sólo superó con creces los 4.000 inscritos del Congreso anterior, sino que además, en línea con nuestra Misión y Visión y cumpliendo con las Políticas de Calidad de la Fundación por la Seguridad del Paciente Chile, con la cantidad de interesados y participantes, nuestro congreso se empieza a consolidar como un evento de importancia estratégica en la región, que promueve la transferencia de conocimientos, modelos exitosos de gestión, y un sello característico de nuestra Fundación, que tiene que ver con la comunicación de la experiencia de los pacientes desde su propio relato, como una forma de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los efectos de los errores en los procesos durante la atención de los pacientes.

Junto con agradecer a todos quienes hicieron posible este magnífico evento, los invito a revivir las maravillosas exposiciones de nuestros invitados, a darse un tiempo para reflexionar sobre la forma en que estamos realizando nuestros procedimientos asistenciales, a incorporar las mejores experiencias orientadas a garantizar la seguridad de nuestras prestaciones, a formar, junto a nuestra Fundación, una comunidad en la que podamos promover, generar y gestionar sus propias experiencias, con la finalidad de motivar e involucrar a más personas, equipos e instituciones para entregar atenciones y prestaciones de salud más seguras, reviviendo el principal concepto de la sexta versión de nuestro congreso, recordando a Avedis Donabedian “Incorporar el Amor por nuestra profesión, el Amor por vuestros pacientes en cada una de las actividades que realizamos”.



Alex Olivares Vega

Miembro Gestor FSP CHILE

Fundador de Portal Hospitalario

aolivares@portalhospitalario.cl



PRÓLOGO

TROPECÉ CON EL MISMO VIRUS



Dr. Rodrigo Zenteno González

Sobreviviente Covid 1 SIN vacunas
Airoso de Covid 2 CON vacunas
Concepción, 24 de Julio, 2022

rorroz@gmail.com

(Dirigido para los que más quiero, para los que han vivido experiencias similares y para aquellos tienen la dicha de haber sobrevivido a una adversidad endemoniada como el coronavirus o flagelos similares)

Frío, mucho frío, sueño, mucho sueño, cefalea “in crescendo” ...Dios mío, ¡¡¡otra vez no por favor!!!

Un picor en la parte más profunda de mi nariz que la sentí en mi alma apagó por un momento mis nefastas sospechas... tan solo minutos más tarde llegaban a mi habitación, los seres que más amo con multicolores mascarillas...no había nada que explicar, Don COVID me visitaba nuevamente. (Vivencias de un paciente médico en una UCI COVID. RCHSP Vol4 N°1 2021)

En medio de una tremenda angustia, cómo un relámpago, aparecieron, imágenes de mi espantosa experiencia anterior... un verdadero “dépêche vu”

Claramente no quería por ningún motivo vivirlo nuevamente, me aferré a la oración, a los cuidados de mi amada y a la vigilancia a distancia del “gremio” médico familiar bajo la atenta supervisión de Don saturómetro que se dignó a no bajar de 93.

Hoy, ya en la segunda semana después de haberme contagiado con Facundito, a quién mi corazón de Pediatra no pudo evitar acogerlo tras el haber sufrido un episodio convulsivo con gran susto para sus Padres, debo dar gracias a Dios, a las oraciones, a mi familia y a mi Madre que desde el cielo me enviaba el oxígeno tal cual lo hizo cuando estuve bajo

ventilación mecánica en mi primer encuentro con Don COVID.

Tampoco puedo dejar de agradecer a las vacunas, aquellas que nunca aparecieron cuando las necesité en el 2020...más, hoy después de cuatro dosis de protección, solo puedo y quiero gritar: ¡¡¡ BENDITAS VACUNAS!!!

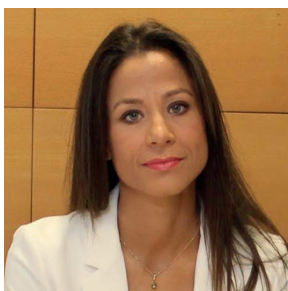
Hoy día, ya en plena y rápida recuperación, tengo muy claro que puedo volver a contagiarme, ya que no sé si este virus me odia o tal vez me ama, solo sé que estaré siempre dispuesto a darle dura batalla empuñando simbólicamente el sable de mi Padre, más para eso, necesito a Dios, a mi familia y a todos mis amigos que han sido son y serán mi divino y emocional apoyo.

Vaya un abrazo de luz para cada uno del que lea esta reflexión de vida porque al hacerlo me da más vida y más energía para disfrutar lo hermoso que es vivir después de que un tiempo atrás estuve lejos de seguir haciéndolo.



TRABAJO ORIGINAL

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO DE VOZ CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL: CASO PRÁCTICO



Cristina Gordo Luis

Clínica Universidad de Navarra



Ricardo Mateo Dueñas

Universidad de Navarra

rmateo@unav.es



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reconoce la seguridad del paciente como un desafío de salud pública en todo el mundo (1; 2). Uno de sus retos es promover la seguridad en la administración de los medicamentos. Para ello, propone la aplicación del estándar de seguridad de los “cinco correctos” (3). Se trata de verificar antes de administrar el medicamento, que el paciente, el medicamento, la hora, la dosis y la vía son los correctos. Esta norma ampliamente aceptada en los hospitales genera una adhesión parcial por parte de los profesionales. La elevada presión de trabajo, pero también las incomodidades que representa su aplicación práctica, son algunas de las causas de la falta de adhesión. Para los profesionales, y también para los pacientes, el hecho de preguntar o responder varias veces al día preguntas relacionadas con el control para la seguridad, produce rechazo. En el caso de la identidad de los pacientes, se reco-

mienda utilizar al menos dos identificadores inequívocos, por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento. Esto conlleva realizar actividades de control de identidad a los pacientes por parte de los profesionales en cada administración de medicamentos, que se suman a los demás controles vinculados con el protocolo de los “cinco correctos” y con las tareas propias de la administración de los medicamentos.

La tecnología denominada inteligencia artificial es un campo de la informática que desarrolla sistemas automáticos capaces de realizar tareas que realizan las personas. Por ejemplo, reconocer a una persona, verificar códigos, etiquetas, medicamentos, etc. Para ello, los sistemas utilizan algoritmos que funcionan en tres fases (4). En primer lugar, una fase de entrenamiento que ayuda al sistema a aprender cuál es la mejor función matemática para detectar si los datos son correctos. En el entrenamiento, se le entregan al sistema con-



juntos de datos debidamente etiquetados, es decir cada dato va unido con su correspondiente etiqueta de correcto o incorrecto. Es el mismo sistema que, iterando automáticamente un algoritmo, busca la mejor función para clasificar los datos de entrenamiento. Una vez que se ha encontrado una función que clasifica bien los datos ya etiquetados, podemos pasar a la segunda fase que es la validación.

En esta, se le entregan al sistema datos nuevos para que los clasifique como correctos o incorrectos, aplicando la misma función que el algoritmo ya ha encontrado. Esta fase nos permite verificar si el algoritmo ha sido capaz de aprender realmente la tarea de verificación con datos nuevos en un ambiente controlado en el laboratorio y, por lo tanto, si está o no, en condiciones de realizar la tarea en un hospital. Finalmente, si los resultados en la segunda fase son suficientemente buenos, pasamos a la tercera fase y le presentamos datos reales para que los clasifique. Esta tercera fase de reconocimiento es más compleja porque es con pacientes en sus habitaciones y en condiciones de trabajo normal. Evidentemente, las cosas en el laboratorio están controladas y, tanto el entrenamiento como la validación, suelen funcionar mejor que en condiciones de trabajo normal en un hospital. La principal razón es que las condiciones que el sistema encuentra en cada habitación del hospital, son heterogéneas y desconocidas para el sistema que ha sido diseñado en condiciones de laboratorio. En el caso del reconocimiento de la voz, la inteligencia artificial utiliza un conjunto de características de la voz de la persona que se alimentan al sistema. De esta forma el sistema aprende, ya que dispone de los datos de la voz y de los resultados para entrenarse automáticamente creando una función matemáti-

ca que le permite clasificar nuevos datos de personas. Existen dos maneras diferentes de reconocer la voz de las personas. La primera consiste en la identificación de la persona a partir de una base de datos con muchas personas diferentes. En este caso, el sistema recibe los datos de la voz y debe decidir quién es la persona de la base de datos a la que pertenece la voz o, en su caso, indicar que se trata de una persona diferente a cualquiera de la base de datos. La segunda, consiste en que el sistema verifica si la voz es, o no, de la persona que le hemos indicado previamente.

La combinación de técnicas de inteligencia artificial nos permite mejorar el rendimiento de los sistemas. En el caso del reconocimiento de personas, podemos utilizar dos técnicas que se complementan. El reconocimiento facial y de la voz son dos instrumentos de la inteligencia artificial que pueden utilizarse para mejorar la seguridad en la administración del medicamento en los hospitales mediante el reconocimiento automático del paciente. En este artículo, presentamos las pruebas de un dispositivo funcional aplicado en la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, España) para el reconocimiento de pacientes mediante algoritmos que utilizan la voz, sin necesidad de que el profesional pregunte explícitamente por la identidad del paciente, ya que el dispositivo escucha y reconoce la identidad del paciente a partir de la conversación con el profesional. Esta técnica podría incrementar la adhesión de los profesionales.

MÉTODO

Se realizaron pruebas de reconocimiento de voz en el hospital en agosto del año 2021. Se utilizó un sistema diseñado con redes neuro-



nales. El sistema capta la voz, la procesa, la entrena con redes neuronales y luego la utiliza para el reconocimiento de los pacientes.

A partir de los audios se validaron dos sistemas, uno de identificación del paciente y otro de verificación del paciente. En el sistema de identificación, se le pedía al sistema que indicara quién era el paciente. En el sistema de verificación, se le pedía al sistema que indicara si el paciente que debía recibir la medicación era el mismo que el que se trataba de reconocer. Se utilizaron tres dispositivos para captar la voz (grabadora, ordenador portátil y móvil).

Los entrenamientos de la voz de los pacientes se recogían con 10 audios cortos de 10 segundos de duración cada uno en el texto independiente y de 2 segundos en el caso de texto dependiente. Texto independiente se refiere a que el paciente puede hablar libremente, sin embargo, en el texto dependiente el paciente debe decir siempre la misma frase para identificarle. Para la segmentación de los audios se utilizó el software Audacity y Python como lenguaje de programación.

La Clínica Universidad de Navarra, en su sede de Pamplona, dispone de 200 camas aproximadamente distribuidas en 7 plantas de hospitalización. La grabación de los audios se realizó en las unidades 4ª II y 5ª V. El día de la grabación, se elaboró un listado con todos los pacientes ingresados en las dos unidades de hospitalización participantes. Se seleccionaron de manera aleatoria los pacientes. El equipo investigador comunicó a la supervisora de la unidad los pacientes seleccionados para que ésta valorara la idoneidad de invitarles a participar en la prueba de reconocimiento. La supervisora de la unidad explicó al paciente y

familia de forma resumida el objetivo del reconocimiento y le invitó a participar. Dos miembros del equipo investigador accedieron a la habitación y solicitaron la firma del consentimiento informado (aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Navarra). Las grabaciones se realizaron en el interior de la habitación de cada paciente. Para la captación del sonido se utilizaron los siguientes tres dispositivos: Ordenador Equipo Hewlett Packard (HP), Grabadora de Windows, 48KHz 16bit y w4a. Grabadora profesional (LS P1E1 LSV Olympus Digital), PCM 48kHz/16bit, Teléfono móvil: Huawei, Grabadora por defecto de huawei p20 lite, m4a.

RESULTADOS

En el reconocimiento con inteligencia artificial son los falsos positivos los que generan riesgos graves. Un falso positivo es un reconocimiento que es considerado correcto y que autoriza al profesional a realizar la administración del medicamento pensando que es el paciente, pero realmente es otro paciente. Los falsos negativos, indican que el paciente no es el correcto, pero realmente es el correcto. En estos casos el profesional está advertido que hay un problema y debe repetir el reconocimiento.

En las pruebas realizadas el dispositivo que mejor funcionó fue la grabadora profesional mejorando la exactitud con respecto al ordenador en 14,68% y a la del móvil en 12,72%. La calidad del registro de la voz resulta clave para mejorar los rendimientos del reconocimiento de voz.

A continuación, presentamos los resultados de las pruebas con la grabadora profesional.



PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO DE VOZ: GRABADORA

TIPO DE PRUEBA	FALSOS-POSITIVOS	TOTAL	EXACTITUD
Verificación texto-dependiente	4	475	99,16%
Verificación texto-independiente	16	915	98,25%
Identificación texto-dependiente	5	649	99,23%
Identificación texto-independiente	84	1005	91,64%

CONCLUSIÓN

El reconocimiento de voz con inteligencia artificial es una técnica de que se puede utilizar en el proceso de administración de los medicamentos en los hospitales. Esta podría alcanzar cero falsos-positivos en combinación con el reconocimiento facial e incrementar la adhesión de los profesionales a los cinco correctos al facilitar los controles que deben realizar. Se necesita el apoyo de las organizaciones sanitarias y las empresas tecnológicas para continuar con esta línea de investigación que sin duda contribuirá a mejorar la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. WHO. 10 facts on patient safety 2019, http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
2. World Health Organization. (2017). Patient safety: making health care safer. World Health Organization.
3. Grissinger M. The five rights: a destination without a map. *Pharm Therap* 2010; 35(10): 542.
4. Chew HSJ, Achananuparp P. Perceptions and Needs of Artificial Intelligence in Health Care to Increase Adoption: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2022 Jan 14;24(1).



ARTÍCULO DE REVISIÓN

LA IMPRONTA DEL LIDERAZGO EN SALUD



Diego Cevallos Rojas

Director de Planetree para América Latina Norte - Centro América, México y el Caribe de habla castellana-, oficina filial de Planetree Internacional.

diego.cevallos@planetreealnorte.org



“Decida ser el líder, solo decida”, “Siga estos 7 pasos y logrará el éxito”, “La clave del liderazgo: trabajar en red”. “Con este método su negocio alcanzará la cima”, “Inscríbase en este curso de liderazgo y nada volverá a ser igual”. Promesas como estas, combustionan el negocio del asesoramiento empresarial y personal, sector donde se promocionan y venden algunas herramientas y procesos de eficacia probada, pero también, donde hay mucho de espejos y cuentas de vidrio.

Para la industria de la prestación de salud, la impronta y preparación del liderazgo ejecutivo es esencial. De sus cualidades y sus creencias, así como de su estabilidad en el tiempo, depende gran parte el éxito en la atención, la seguridad, la experiencia de los pacientes, el clima laboral y la posición y prestigio de los hospitales en el mercado.

La evidencia indica que la cultura organizacional se modela en alto porcentaje por el tipo

de liderazgo que comanda un hospital. Juegan un rol clave la formación educativa formal e informal que tengan el o los líderes, lo que hacen día tras día, sus capacitaciones periódicas, las rutinas que despliegan, si hay correspondencia entre lo que dicen y hacen, sus planes a corto y largo plazo y sus tácticas –si las tienen– para relacionarse con el personal, así como con pacientes y familiares.

Hay ríos de tinta, palabras e imágenes que circulan en revistas, sitios de internet y redes sociales sobre liderazgo. Hay mucho mensaje inspiracional y motivador, caudales de palabras edulcoradas y recetas que prometen ser infalibles. Si a usted le sirven, estimado ejecutivo, directivo, jefe o trabajador de la salud, aprovéchelo. Sin embargo, considere que, a la vuelta de la esquina, las energías inspiracionales se agotan, merman o desaparecen.

La venta de libros sobre liderazgo, de cursos de “management”, la contratación de “coa-



ching” y la venta de “webinars” que ofrecen claves de éxito, crecen sin pausa, igual que los ingresos de los “expertos” que las promocionan. Con el COVID y su impacto económico, se potenció la búsqueda de soluciones de manejo empresarial. Hay terreno fértil para el negocio.

Dejemos claro en este punto que el liderazgo es una forma de ser y actuar y que no siempre, reconozcámoslo, está presente en los puestos de alta jerarquía. Las organizaciones tienen la posibilidad de promover el liderazgo, el trabajo horizontal, colaborativo y el sentido de pertenencia de sus colaboradores. Es una apuesta para estar entre los mejores, pero no todos lo hacen.

Si los ejecutivos, los directivos o dueños lo deciden, destinando a esa apuesta recursos humanos y financieros, estarán ejerciendo un liderazgo virtuoso. Si aquello se mantiene en el tiempo mucho mejor, el futuro puede ser promisorio.

Hemos visto a hospitales que de un mes a otro entran en un auténtico pantano, pues el CEO o la Junta Directiva fue descabezada. Sin continuidad es difícil avanzar. Sin embargo, también hay momentos, para empresas y personas, en que la única forma de recuperar la estabilidad es perder primero el equilibrio.

ALGUNAS CLAVES DEL LIDERAZGO EJECUTIVO EN HOSPITALES

El viaje de cualquier organización hacia las metas y logros que se planteó dependerá en buena medida de las creencias y acciones de sus líderes. Se multiplicarán las posibilidades

de arribar a buenos puertos, si en el corazón del liderazgo, tanto individual como grupal, hay claridad del para qué y el por qué hacen lo que hacen.

Hay una verdad de Perogrullo, pero no siempre es asumida por directivos o autoridades de hospitales. En la atención en salud, el por qué y para qué apuntan a tener pasión por la entrega y servicio a los otros, por cuidar, curar, consolar y salvar vidas.

Si su para qué apunta al dinero y al retorno financiero, que son necesarios, está bien, no habrá juicios por eso. Pero recuerde que lo que distingue y caracteriza a las organizaciones de excelencia es lo otro, lo esencial, la razón de ser de un hospital: la atención a personas enfermas y dolientes.

El verdadero éxito económico y el prestigio en el mercado son consecuencia de tener líderes y culturas enfocadas en el por qué y el para qué.

Permítame compartirle algo de la experiencia de Planetree con el tema del liderazgo. Planetree guía y certifica entidades de salud en Atención Centrada en la Persona.

La metodología y los procesos Planetree para construir culturas de excelencia en Atención Centrada en la Persona, se despliegan en cientos de hospitales, centros de atención ambulatoria, atención continua, entidades educativas y otras de todo el mundo.

Entre septiembre de 2020 y enero de 2021, la oficina central de Planetree en Connecticut, Estados Unidos, examinó en varios hospitales de su red de afiliados, cómo los procesos



Planetree, entre ellos los relacionados a liderazgo, habían interactuado en los peores momentos de la pandemia del COVID-19.

La conclusión fue clara: aunque las dificultades fueron muchas, inevitables y repentinas, el trabajo previo realizado por el liderazgo bajo parámetros Planetree, hizo una gran diferencia. En los 12 hospitales investigados, la pandemia y sus secuelas fueron enfrentadas con un altísimo nivel de colaboración y resiliencia.

Los líderes habían adoptado herramientas y procesos para alinear a sus equipos en torno a un propósito compartido, tener integridad respecto a su misión y valores y contar con formas claras de involucrar a todos al momento de enfrentar las necesidades cambiantes de pacientes, familias, personal y comunidades.

Los entrevistados para el estudio señalaron seis elementos esenciales que les ayudaron:

1. El apoyo y el compromiso inequívoco del liderazgo ejecutivo.
.....
2. Tener procesos de transformación cultural con enfoque en Atención Centrada en la Persona.
.....
3. Contar con una ética que permite trabajar de forma colaborativa en tiempos difíciles, sin importar cuánto los sean.
.....
4. Mantener a los familiares de los pacientes como miembros del equipo de atención.
.....
5. Cuidar al personal
.....
6. Tener herramientas y canales adecuados de comunicación.

El CEO de la Fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia), Henry Gallardo, dijo para ese estudio: “La fortaleza cultural de nuestra organización en la Atención Centrada en la Persona ha sido uno de los elementos que nos ha apoyado para hacer frente a esta situación. El trabajo en equipo, la solidaridad, la empatía y la compasión que hemos fortalecido en estos años han sido elementos sobre los que hemos desarrollado nuestra resiliencia”.

“Creo que el nivel de transparencia de nuestros líderes ha sido realmente valioso. Cada vez que hay un cambio importante, el personal sabe que nos vamos a comunicar, y eso es lo que les ayudará a superarlo. No tienen que preocuparse, saben que hay una manera de obtener información real”, señaló Pam Dunley, Presidenta y CEO de Elmhurst Hospital, Estados Unidos.

Patti Bradley, directora de Experiencia del Paciente en el North Kansas City Hospital, relató en una entrevista con el equipo de Planetree, que “los fines de semana, (nuestro CEO) entra, se sienta y escucha al personal y dice: ‘Dime lo que necesitas, dime qué va bien, dime qué no funciona y qué puedo hacer por ti’. Y ahora todos los vicepresidentes están compartiendo la responsabilidad y haciendo las rondas los fines de semana”.

El modelo de Atención Centrada en la Persona de Planetree, que incluye procesos, herramientas, parámetros y formas de medición definidas con base a evidencia, se despliega desde hace décadas en organizaciones de salud con diversas culturas, idiomas y realidades. En casi todas ellas, sus líderes ejecutivos coinciden con la idea de que atender a pacientes con calidad, seguridad y empatía, requiere



seguir un camino estructurado que construya una cultura organizacional potente y centrada en las personas.

En 2001, hace ya 21 años, el Instituto de Medicina de Estados Unidos proclamó que entregar un servicio de calidad en centros de salud implica dar una atención segura, a tiempo, eficiente, efectiva, equitativa y centrada en el paciente.

Planetree transitó del concepto de Atención Centrada en el Paciente a Centrada en la Persona. Consideramos que un individuo doliente trasciende el concepto de paciente. La enfermedad es una circunstancia en el tiempo que afecta a una persona particular. La atención debe ser, entonces, personalizada y considerando al afectado en todas sus dimensiones: físicas, mentales, emocionales, culturales, etc. Además, en el concepto de Centrada en la Persona se engloba a todos los participantes de la experiencia en salud: líderes, pacientes, familiares o acompañantes, personal de salud y miembros de la comunidad.

Si el liderazgo ejecutivo conoce, se entrena y acoge el modelo de Atención Centrada en la Persona, la cultura organizacional que se implemente en la organización logrará resultados de excelencia. Muchas entidades afiliadas a Planetree son prueba de ello. Solo por mencionar, considere estas tres en el continente americano: The Johns Hopkins Hospital, Hospital de la Fundación Santa Fe de Bogotá y Hospital Israelita Albert Einstein de Brasil.

En 2017 la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos publicó el documento “Aprovechar la Evidencia y la Experiencia para Cambiar la Cultura”, en el que revisó los resul-

tados que reportan los centros asistenciales en salud que trabajan con Atención Centrada en la Persona. El informe indicó que los hospitales logran mejoras visibles en la experiencia del paciente y en los resultados clínicos, incrementan las tasas de satisfacción y retención del personal y se benefician en su desempeño financiero.

HECHOS Y EXPERIENCIAS DE LIDERAZGO

Como directivos o consultores Planetree, la visita a hospitales es constante, ya sea para dar asesoramiento, dictar talleres, trabajar con líderes, realizar grupos de enfoque con pacientes y personal u otras acciones. Considere estas dos experiencias.

Registrado en un hospital de Argentina: Se acomodó en la butaca, colocó los antebrazos sobre el tablero del escritorio -relucían anillos y un lujoso reloj- y dijo con sequedad: “Hoy tenemos otras prioridades en el hospital”. El CEO estaba flanqueado por monitores que mostraban zonas del ingreso al edificio, pasillos, salas de espera, oficinas y el estacionamiento. Parecía incómodo. Atendía la visita de Planetree al tiempo que movía sus ojos por las pantallas, la computadora, el reloj y la puerta de salida de su despacho. Los consultores que venían desde la oficina latinoamericana Planetree, preguntaban si el hospital tomaría la membresía de la organización como lo había indicado el CEO anterior. El nuevo líder no lo veía necesario ni oportuno. “No trabajaremos con ustedes”, dijo. Para él, al menos en ese momento, lo más importante era vigilar y pesquisar qué pasaba en cada rincón del hospital.



Registrado en un hospital de Colombia: El CEO ingresó elegante y con una gran sonrisa en el salón donde le esperaban los consultores Planetree. Saludó a todos con el mismo afán: al que servía el café, a la secretaria, a otros directivos y a los visitantes. Hizo pocas preguntas, pero muy concretas, habló de los principios del hospital, sus planes y remató con un: “trabajaremos con Planetree”. Dos o tres meses después, el hospital recibía una visita de consultores y se desataba un proceso cultural virtuoso de Atención Centrada en la Persona, presente hasta la actualidad. En grupos de enfoque posteriores realizados por Planetree en esa entidad, numerosos miembros personal declararon, palabras más o menos, que para sus líderes, ellos, los trabajadores del hospital, eran más importantes que las ganancias de la organización o el salario de un CEO. El comentario aludía a cómo los apoyaban y cuidaban.

Las personalidades, valores, creencias y procesos que despliegan los CEOs de los hospitales son diversas, pero hay denominadores comunes entre los que lideran a las organizaciones más exitosas.

Sin que estos sean datos uniformes, los hospitales mejor posicionados o en camino a estar en las ligas de los mejores, tienen líderes que son queridos por su personal. Se trata de ejecutivos que interactúan rutinariamente en piso con los actores de la atención, que hacen visitas a zonas de hospitalización el 24 o 31 de diciembre, que reconocen y premian a los mejores, que convocan a profesionales que saben más que ellos, que delegan, confían en otros y son tolerantes con la diversidad de opiniones y creencias.

Estos líderes, muchos de los cuales dejan huellas culturales indelebles y caminos desbrozados a quienes les suceden, no se encandilan con el boyante negocio del asesoramiento personal y empresarial. Lo contratan y siguen solo si hay evidencias de su funcionamiento y si éste se alinea con sus valores de dar una atención adecuada, de calidad y segura.

Con la pandemia, los problemas económicos, la realidad cambiante y la nueva tecnología médica, el liderazgo más exitoso se asesora con quienes tienen experiencia probada. Cuando deben tomar medidas drásticas, casi siempre cuidan a su personal y dudan en despedir a alguien. Una muestra: en el peor momento de la pandemia y para no quebrar financieramente, algunos líderes de hospitales afiliados a Planetree se redujeron sus sueldos. Quienes despidieron personal, lo hicieron ofreciendo ayuda y capacitación para que, en lo posible, sus excolaboradores fueran contratados en otro lugar.

Todo se trata de liderazgo “no de cuánto sabes, sino de cuánto te importa. La atención se presta en diferentes unidades y todo el tiempo, pero se inicia en la parte superior. El líder tiene que estar allá afuera con su corazón y tiene que sentirlo (...) y es mejor que tengas el coraje de dar un paso adelante y hacer cambios y demostrar a tu personal consistentemente que eres sincero acerca de esto”, declaró para un documento de Planetree, Kenneth Mizrach, ex director del sistema de salud de “Veteran Affairs” en New Jersey.

Existen diferentes rutas para modelar y ayudar al liderazgo en la conducción de la cultura de una organización. Liderazgo y cultura interactúan en procesos dinámicos. La posibilidad



de intervenir y mejorar el liderazgo y la cultura es siempre posible con acciones prácticas, protocolos o herramientas.

ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA LIDERAZGO

Establecer rondas. Los altos ejecutivos programan visitas periódicas a diferentes áreas del hospital y las reportan en una bitácora. Incluyen todos los lugares, desde cocina y lavanderías hasta quirófanos. Además, van a piso donde hay pacientes, familiares y personal con los que mantienen charlas con un propósito claro. Objetivo de esta herramienta: las decisiones del liderazgo deben partir de interacciones directas con pacientes, familiares y personal.

Comunicación directa. Los ejecutivos invitan a parte del personal a desayunos, comidas u otros espacios para compartir en confianza, reúne a grupos en un auditorio o convoca a asambleas abiertas para entregar y recibir información de los colaboradores. El objetivo es alentar la transparencia, la buena comunicación, evitar rumores y malos entendidos.

Asesoramiento de pacientes y colaboradores. Los ejecutivos apadrinan la formación de espacios de consejería donde participan pacientes, acompañantes y personal. Establecen reuniones con ellos para recibir y considerar sus perspectivas y puntos de vista. El objetivo es escuchar a todos los actores y tomar decisiones fundadas en hechos y datos.

Capacitación. Los ejecutivos reciben cursos sobre comunicación, liderazgo, compromiso, procesos de cambio y otros temas vinculados a su gestión. El objetivo es estar capacitados,

sumar perspectivas y poder actuar proactivamente.

Oficina abierta. Los ejecutivos están disponibles para reuniones que solicite el personal, sus oficinas siempre están abiertas. Cuando sea posible, las citas se realizan en el lugar de trabajo de los solicitantes. Objetivo: establecer cercanía y horizontalidad en el trato, transmitir el mensaje de que en un hospital hay jerarquías de mando, pero que al final todos son cuidadores y merecen cuidado.

EXAMINE SU LIDERAZGO

Responda estas preguntas (herramienta de Planetree Internacional adaptada por Mariana Falcón Cooper, Consultora Senior de Planetree América Latina Norte):

- 1) *¿Me he mostrado visible y accesible ante los pacientes, sus familiares y mis colaboradores?*
- 2) *¿He dedicado tiempo a comprender de primera mano y “en el campo”, la experiencia hospitalaria de pacientes, familiares y colaboradores (haciendo rondas, visitas a distintos departamentos, por medio de interacciones, conversaciones, etc.) para poder mejorar nuestro servicio?*
- 3) *¿He invertido más tiempo en escuchar a otros que en hablar?*
- 4) *¿He invitado a otros miembros del equipo a compartir sus inquietudes, perspectivas e ideas para mejorar nuestro entorno de trabajo?*
- 5) *¿Me he enfocado en ser parte de la solu-*



ción a los problemas en lugar de lamentarme y contribuir a ellos?

6) *¿Siento que puedo ser “yo mismo” y “dar lo mejor de mí” en mi trabajo?*

7) *¿He buscado maneras de agregar valor a mi trabajo para impulsar el espíritu y ambiente adecuado de trabajo (saludos, sonrisas, actitudes amistosas y respetuosas, etc.)?*

8) *¿He contribuido a difundir y sostener las expectativas de comportamientos adecuadas con mi propio ejemplo y por medio de la comunicación y la formación continua con mis colaboradores?*

9) *¿He convocado o participado en reuniones periódicas para recordar los valores de la organización donde se comparten historias sobre algún paciente o miembro del personal que resalten el valor de nuestro trabajo?*

10) *¿He ayudado a los colaboradores a reconectar con su pasión por el servicio y a alinear sus valores personales con los valores, la misión y la visión de la organización?*

11) *¿He reconocido, felicitado y agradecido el desempeño de los colaboradores que están haciendo una diferencia en la vida de los pacientes y de otros miembros del equipo?*

12) *¿He puesto a la persona “en el centro” de manera consistente y coherente?*

EVALUACIÓN*:

¿A cuántas preguntas respondió “SI”?

0-4: Los líderes no se “crean” en una academia ni a través de un “webinar”. Son el resultado de la experiencia de liderar con la mente y el corazón. Es el momento de exponerse, arriesgarse, estar dispuesto a ser vulnerable - ¡a liderar!

5-8: Está en el camino indicado. Dese crédito por aquellas áreas en las que ha enfocado su atención durante los últimos 30 días. Basado en sus respuestas, identifique dónde puede haber discrepancias entre sus intenciones de liderazgo y sus actitudes y conductas del día a día. Reflexione acerca de las posibles causas de esas discrepancias.

9-12: Manifiesta liderazgo en acción. ¡Siga así!

*Considere repetir este ejercicio con regularidad para permanecer en sintonía con la manera en la que sus prácticas de liderazgo varían según las actividades del momento y el ambiente en el que se desenvuelve.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

EN MEDICINA: ¿PACIENTE O USUARIO?



Dr. Luis Lopez Valenzuela

Médico Cirujano-Pediatra
Magister Derecho Sanitario- Universidad de Los Andes-
Medico Auditor Hospital Clínico Fusat- Rancagua
llopez@fusat.cl



Llama la atención que últimamente ha comenzado a aparecer, al revisar las evoluciones de los registros clínicos de las personas hospitalizadas y en atenciones ambulatoria, el uso de la palabra usuario. Igualmente comentarios en Redes Sociales, como en declaraciones públicas en la TV. Igualmente, el Ministerio de Salud hace un tiempo emplea esta palabra. <https://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx>

Usuario lo define la RAE:

Usuario, ria. ADJ. Que usa ordinariamente algo. Apl. a pers., u. t. c. s. Los usuarios del metro han sufrido grandes retrasos.

A la palabra usuario habría que asimilarla, dada las definiciones expuestas, a la de consumidor.

El consumidor es una persona u organización que consume bienes o servicios, que los productores o proveedores ponen a su disposi-

ción en el mercado y que sirven para satisfacer algún tipo de necesidad. Este ofrece sus recursos, generalmente dinero, a cambio de dichos bienes o servicios.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES?

P. ej. En Chile, el SERNAC es el organismo público encargado de informar, educar y proteger a los consumidores, promoviendo una relación más equitativa con las empresas.

Derecho a un trato justo y equitativo en toda compra de un producto o contratación de un servicio y a no ser discriminado por motivos de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole.

Esta denominación no es intrascendente. Significa que la persona enferma, que acude a solicitar atención por ese problema, queda en su



condición “como que usa algo en forma habitual...” *ordinariamente.*”

La tradicional palabra paciente, que se emplea desde hace miles de años está empezando lamentablemente a desaparecer lenta y sutilmente

La palabra **paciente** lo define la RAE: 1. adj. Que tiene paciencia. 2. Adj. Que manifiesta o implica paciencia. 3. adj. Fil. Dicho de un sujeto: Que recibe o padece la acción del agente. U. t. c. s. m. 4. m. y f. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. 5. m. y f. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

La ley 20584 lo expresa claramente:” regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud,”

Por lo mismo, la persona denominada “usuario” realiza estas acciones siempre bajo su situación de paciente, en la que se realizan éstas acciones cuando presenta situaciones relacionadas con su salud , como” paciente”

Hechos estos alcances , basándonos en lo que nos dice la RAE, procederé a comentar esta situación, respetuosamente, en lo que han escrito expertos en el tema y transfiriendo sus comentarios.

También es mi intención que los comentarios y referencias relacionados en adelante , *no solo atañen a la atención que debe dar el médico.*

Igualmente todos los agentes de la salud están en la misma condición: atendiendo a una persona enferma.

Los profesionales de la salud se definen a sí mismos como agentes de salud, personas que están al servicio de los demás en el ámbito de la salud y, para ello, transcurren por un proceso de instrucción formación, que habría de garantizar la consecución de las habilidades necesarias para ello.

Se hace evidente entonces que las así llamadas profesiones de la salud, correspondan en realidad a profesiones de la enfermedad y, sus practicantes, a profesionales de la enfermedad. Todo esto no es, por otra parte, más que la expresión de las dificultades de aproximación a un fenómeno como la salud, visto como el adecuado funcionamiento de un sistema biológico, mental y social, cuyo sano funcionamiento u operar, como ocurre en todo sistema, es difuso, está distribuido en la totalidad del sistema. Así, la salud, definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1946) remite al buen funcionamiento del sistema físico, mental y social, o sea del cuerpo, de la mente y de la sociedad en función del bienestar individual. Entonces, el bienestar individual se basa en el buen funcionamiento del cuerpo, de la mente y del sistema social. Sistemas entrelazados y en interdependencia. Sistemas definibles de diversas maneras y en los que el buen funcionamiento está difusamente distribuido en la totalidad del sistema.

Por ello, si la salud es el emergente del bien operar interactivo de varios subsistemas, que se mutuamente condicionan y definen, y este bien operar es difuso, se hacen comprensibles las dificultades para “encontrar” o “situar” a la salud y, por ende, fomentarla y protegerla. Los agentes de salud deberán entonces ocuparse de la totalidad de los sistemas: biológico, psi-



cológico y social (cuya separación es ya un artificio conceptual). (1)

El informe de la OMS indica que los agentes sanitarios son esenciales para conseguir, mantener y acelerar el progreso para lograr la cobertura sanitaria universal. (2)

Una vez explicada y aclarada la participación de todos los profesionales de la salud, creo conveniente entonces comentar las opiniones y versiones dadas al quehacer médico y que igualmente, haciendo una analogía, inciden en el manejo de todos los agentes de salud y su relación con el paciente.

La versión actualizada del Juramento Hipocrático nunca habla de los "usuarios", sino solo de **pacientes**. Igualmente revisando los juramentos y Códigos de Ética de las profesiones afines, siempre hablan del **paciente**.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Conocida como "Declaración de Ginebra" fue adoptada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1948 y ha sido revisada y enmendada en diferentes ocasiones (1968, 1983, 1994, 2005, 2006 y 2017). Este es el texto aprobado en octubre de 2017, en Chicago.

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA, PROMETO SOLEMNEMENTE:

DEDICAR mi vida al servicio de la humanidad;
VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;

EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;

CUIDAR de mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor (3)

¿Qué dice la OMS?—Emplea la palabra **paciente (4)**

-**Patient** safety Global action on **patient** safety Report by the Director-General

Si traducimos del inglés:

<https://www.linguee.es/ingles-espanol/traducion/patient.html>

patient sustantivo (plural: patients)

paciente m/f (uso muy frecuente) (plural: pacientes f)

The patient described his symptoms to the



doctor. El **paciente** le describió los síntomas al doctor.

The patient must fast before the surgery. El **paciente** debe ayunar antes de la operación.

The patient felt much better after the operation. El **paciente** se encontró mucho mejor después de la operación.

La relación médico-**paciente** es algo implícito en todo quehacer médico. Para comprender una relación es preciso conocer a las dos personas y los intercambios producidos entre ellas.

La relación médico-**paciente**, pues, dependerá: - Del enfermo, su estructura psicológica y la afección que sufre. - Del médico, su estructura psicológica y el objetivo que quiere alcanzar con su tratamiento. - De las instituciones: • Primaria: Los familiares que acuden con el enfermo. • Secundaria: Incluye desde el equipo de trabajo hasta la macroestructura del servicio nacional de salud.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE TODA RELACIÓN MÉDICO-**PACIENTE**:

Cuatro son las características esenciales, aunque se podrían enumerar algunas más: Confianza. Responsabilidad. Alianza. Competencia.

La relación médico-**paciente** *nunca es una relación de igualdad y, además, muy frecuentemente asíncrona, que se da en dos tiempos vitales; y, habitualmente también disculturizada, en el sentido de que **nunca el paciente tiene la misma cultura, la misma capacidad de poseer conocimientos esotéricos que el médico (5)***

El agente sanitario se encuentra en una condición especial de conexión con el paciente.

En este nuevo escenario las decisiones en salud que ahora involucran valores, creencias y costos se tornan complejas y trascendentales.

Como efecto inmediato se observa cada vez más que las personas sienten la necesidad y reclaman el legítimo derecho a participar plenamente en su atención en salud. Esta nueva realidad, es recogida por la doctrina de los derechos humanos en su tendencia más moderna que *se hace cargo de los derechos particulares de ciertos grupos de personas que se encuentran en una condición especial, en este caso: los **pacientes***. Así, a partir del respeto por la dignidad de la persona y el consecuente reconocimiento de los derechos fundamentales en la atención en salud —en especial la autodeterminación—, un nuevo catálogo de derechos se ha ido imponiendo de un modo universal en las legislaciones nacionales e internacionales.

Los derechos de los pacientes en particular:

Conforme a este plexo de derechos la ley explicita el marco mínimo en que se desarrollará la atención en salud. Con este fin, vela por *la dignidad de la persona enferma, prescribiendo una atención amable, respetuosa de la vida privada y la honra de la persona, oportuna, sin discriminación, informada, segura y con pertenencia cultural; en la que el paciente conforme a su voluntad, inteligencia y libertad, tenga la posibilidad cierta de decidir sobre las intervenciones, procedimientos y tratamientos a realizar, con la única limitación que con dicha decisión no se persiga la muerte de un modo directo o se ponga en grave riesgo la salud pública.*

Asimismo, la normativa legal insta al ejercicio



de otras autonomías tales como solicitar asistencia espiritual, decidir la participación en un proyecto de investigación científica o autorizar ser atendido por alumnos en práctica (6)

La relación jurídica del médico con el paciente:

Niveles en que se desenvuelve la relación médico-paciente La relación médico-paciente se desarrolla en dos niveles perfectamente diferenciados. En el primero, los sujetos de la relación jurídica son el médico, de una parte, y el **paciente**, de la otra. Se trata de una relación de conductas humanas intersubjetivas, donde cada uno de dichos sujetos cumple un determinado rol en cuanto titular de derechos y de deberes. Cada uno está instalado, por consiguiente, en una determinada “situación jurídica subjetiva”.

*En el primer nivel antes mencionado, los sujetos de dicha relación, es decir, el médico y el **paciente**, asumen alternativamente roles activos y pasivos. Cada uno es, al mismo tiempo, acreedor y deudor de una determinada prestación. Frente al derecho de uno de ellos se alza el deber del otro y viceversa. Así, el **paciente** tiene el derecho de recibir de parte del facultativo asistencia médica y, simultáneamente, asume el correlativo deber de retribuirle por ella, mientras que el médico tiene el derecho a percibir un honorario y, al mismo tiempo, el deber de prestar el correspondiente servicio de atención médica.*

El médico nunca debe perder de vista que el **paciente** es un ser humano constituido, como está dicho, por “una unidad psicosomática que se sustenta en la libertad”. Libertad que constituye su propio ser. Cada ser humano es un ente unitario, único, idéntico a sí mismo, no intercambiable. Una identidad que se encuentra

instalada en el genoma humano, que se hace ostensible en el instante mismo de la concepción mediante una exclusiva clave genética y que se forja, consolida y despliega en el tiempo según el libre desarrollo de la personalidad de acuerdo con un determinado “proyecto de vida”. Todos los seres humanos son iguales, están dotados de la misma estructura psicosomática que se sustenta en la libertad, mas no hay dos seres humanos idénticos. De ahí que no existan dos biografías idénticas. La existencia de cada persona es una aventura única, intransferible, un universo de posibilidades, de opciones, a partir de las cuales, y por ser libre, proyecta su vida.

En ello reside la dignidad de la persona humana. La inherente dignidad de la persona humana debe ser siempre respetada por el médico al encontrarse frente a un **paciente**, por modesto, humilde o ignorante que sea. **La rutina o la carencia, mayor o menor, de sensibilidad no deben empañar los ojos del médico al extremo que vea ante sí, como paciente, no a un sujeto libre y digno sino a un objeto, a una cosa manipulable, a un ente de menor jerarquía ontológica.** El ser humano no es un objeto más en el Universo. Por ello, no puede, en ningún caso, ser “cosificado”. De ahí que el reconocimiento pleno de la inherente dignidad de la persona se constituya en la actitud natural y normal del médico frente a cualquier paciente, por lo que los principios éticos deben regir permanentemente esta especial relación.

*El desequilibrio existente en la relación médico-**paciente** Es dable advertir un desequilibrio en la relación entre el médico y el paciente en cuanto al poder que ostenta el primero frente al segundo, el que se sustenta en su específico saber. **Existe un evidente desnivel cognosciti-***



vo entre el médico y el paciente. Este poder coloca al médico en una posición privilegiada pues, en muchos casos, debido precisamente a ese saber, ejerce su capacidad de determinar el comportamiento del **paciente**. Este saber es una decisiva forma de poder que el médico tiene que utilizar atendiendo siempre a lo que más conviene al **paciente**. Ello hace cada vez más imperativo el deber del médico de informar al **paciente** sobre los alcances de su enfermedad en todos sus aspectos, es decir, en cuanto al diagnóstico, la terapia y el pronóstico, a fin de que la decisión que adopte el **paciente**, sobre la base de dicha previa información, pueda ser libre, sin que el poder del médico actúe en forma determinante sobre su opción. Ser respetuoso de la dignidad de la persona humana se traduce fundamentalmente en el respeto, de parte del médico, de la libre decisión informada del **paciente** en cuanto a aceptar o rechazar un determinado tratamiento médico quirúrgico, así como proteger su vida, su salud, su identidad, su intimidad.

Finalmente, el médico debe tener siempre presente que el ser humano es una unidad inescindible, por lo que no sólo se debe tratar el cuerpo, en sentido estricto, o la psique, sino también la dimensión espiritual que se sustenta en la libertad. El médico, por consiguiente, *no se enfrenta tan sólo al soma o la psique sino a una unidad de la que no se puede escindir su dimensión espiritual. El hombre, diríamos, es “una sola pieza” (7)*

Relación humana médico-paciente -Entre el médico y el **paciente** se establece una relación entre dos seres humanos, de carácter personal, donde la conjugación de la personalidad del uno con la del otro va a constituir el punto de preliminar sintonía para un ulterior entendi-

miento. Es el impacto del momento inicial de dicha relación el que gravita, generalmente, en su futuro desarrollo. La simpatía que en el **paciente** pueda despertar la cordial figura del médico que tiene ante sí ha de repercutir, de alguna manera, en el curso del tratamiento médico. Simpatía que puede depender, en muchos casos, de la afabilidad y buen trato que dispensa el médico al **paciente**, de la atención que le dedica, de su paciencia para escucharle. En este sentido, la primera impresión es muy importante y, a menudo, difícil de modificar con el transcurso del tiempo. Una relación cordial, serena, relativamente optimista, según el caso, ha de contribuir al buen entendimiento entre el **paciente** y el médico. Si fuere así, se habrá instituido una sintonía afectiva de importancia en la relación humana médico-**paciente**. Ello contribuirá a la serenidad del paciente y a la mayor dosis de confianza que otorgará a “su” médico.

*La relación médico-**paciente** se establece, por lo general, sobre la base de una desigualdad de condiciones psicofísicas y morales, siendo el paciente la parte más débil de ella ya que, aquejado de un mal, con frecuencia “tiene restringida su capacidad de normal relación social”.* Dentro de esta relación, el médico está obligado a entender y disculpar “una actitud a veces desconsiderada o poco elegante por parte del **paciente**”. La tolerancia, suprema virtud en las relaciones humanas, debería primar en estas difíciles pero comprensibles circunstancias. En la relación entre el médico y el **paciente**, el primero debe tratar al segundo con lealtad, decoro, destreza, dedicación, cortesía, oportunidad y con profundo respeto a la dignidad humana. En la mencionada relación, el médico debe demostrar una intachable conducta y debe conducir tanto el interrogatorio al **paciente** como el examen clínico, las indicaciones



terapéuticas, recomendaciones y sugerencias, cuidando siempre el estricto cumplimiento de las normas éticas y la moral.

*El médico, entre otras virtudes, debe ser tolerante y solidario con el enfermo. La tolerancia permite ser comprensivo de ciertas actitudes discordantes o majaderas de algunos pacientes, con su explicable estado de nerviosismo, de desequilibrio emocional. De otro lado, el médico debe ser solidario con el **paciente**.* . El médico, como acotábamos, debe saber escuchar al paciente, debe hacer a menudo un esfuerzo para establecer con él una buena comunicación. Sabemos que ello no siempre es fácil. Por el contrario, el agobiante trabajo de ciertos médicos les impide cumplir a cabalidad con esta actitud. El problema de la masificación de la atención médica gravita negativamente en este sentido. Una buena relación humana entre el médico y su paciente se constituye como una base segura para un buen entendimiento entre ambos, lo que contribuirá a obtener los mejores resultados en la intervención médica que se practique. Ella favorecerá la creación de un ambiente de simpatía y recíproca confianza, lo que no sólo contribuirá positivamente al éxito del tratamiento sino que, además, reforzará el flanco psíquico del **paciente**. (7)

La relación existente, como se ha revisado, es con un agregado especial : la salud y la vida en detrimento de una persona humana .No es una relación de apoyo de menor importancia “de usuario a empresa “(p. ej. Movilización.- Empresas energía eléctrica- Empresas de internet - Empresas cadenas de cafetería)

Luego de estas consideraciones ,me parece conveniente que, ojala, nuestra **Fundación por**

la Seguridad del Paciente realice acciones de convencimiento a nivel del Minsal y en Escuelas de todos los profesionales de la salud para que se vuelva a emplear el término de **paciente** y no de” usuario” en la atención del necesitado de atención sanitaria ,no como un simple cambio de palabra, sino como un verdadero y efectivo signo de la situación en que se encuentra la persona desvalida (pese a todos sus derechos) en relación con el agente de salud que lo atiende.

Referencias:

1-[http://www.psiquiatriaysaludmental.udec.cl/los-agentes-de-salud/Rolando Pihán Vyhmeister](http://www.psiquiatriaysaludmental.udec.cl/los-agentes-de-salud/Rolando%20Pih%C3%A1n%20Vyhmeister)

2-https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Sp_web.pdf

3-WMA. Declaración de Ginebra. El Juramento Hipocrático moderno (visitado 2018 ene 21). Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-ginebra/>.

4-https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

5-file:///C:/Users/Ilopez/Downloads/Dialnet-ConceptoY-MarcoDeLaRelacionMedicopaciente-1225961.pdf J. J. Imbernón González I F. Barbudo Antolín

6-<https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2019/03/Cuaderno-de-Extension-Juridica-N%C2%BD-25-Derechos-y-Deberes-de-los-Pacientes.pdf> Paulina Milos

7-<https://www.redalyc.org/pdf/876/87602005.pdf>CF Sessarego · 2007 ·

VI Congreso Internacional

Seguridad del Paciente

VERSIÓN ONLINE

**RESÚMENES DE PRESENTACIONES
REALIZADAS EN EL VI CONGRESO
INTERNACIONAL PARA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**



9-10

JUNIO 2022



CONGRESO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ALEMANIA

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud ¹



Dr. med. Maria Ines Cartes, MHM, MBA

Universidad de Medicina de Hannover, Alemania

Directora Dpto. Seguridad de Procesos clínicos y del Paciente

Tel.: +49 511 532-6033, mobil: +49 1761 532-6033

cartes.Maria@mh-hannover.de

<https://www.mhh.de/patientensicherheit>

Desde la publicación “To err ist human”² en 1999 se han logrado mundialmente muchos cambios, el más importante es haber definido la Seguridad del Paciente como una disciplina de la atención de la salud. Para poder establecer esta nueva disciplina con éxito y con una asignación óptima de los recursos disponibles es necesario no solo actuar metódicamente sino también lograr la aceptación de todo el personal de una entidad de salud.

Un error común al respecto es pensar que se deben implementar métodos que ayudan a la Seguridad del Paciente como las diferentes gestiones, y con esto se lograría mejorar la Seguridad del Paciente, claro que se lograría, pero será probablemente más lento, con más recursos, con menos los logros y con menor aceptación. Aprendiendo de este error es que se define la Seguridad del Paciente como una disciplina.³



SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un conjunto de actividades coordinadas

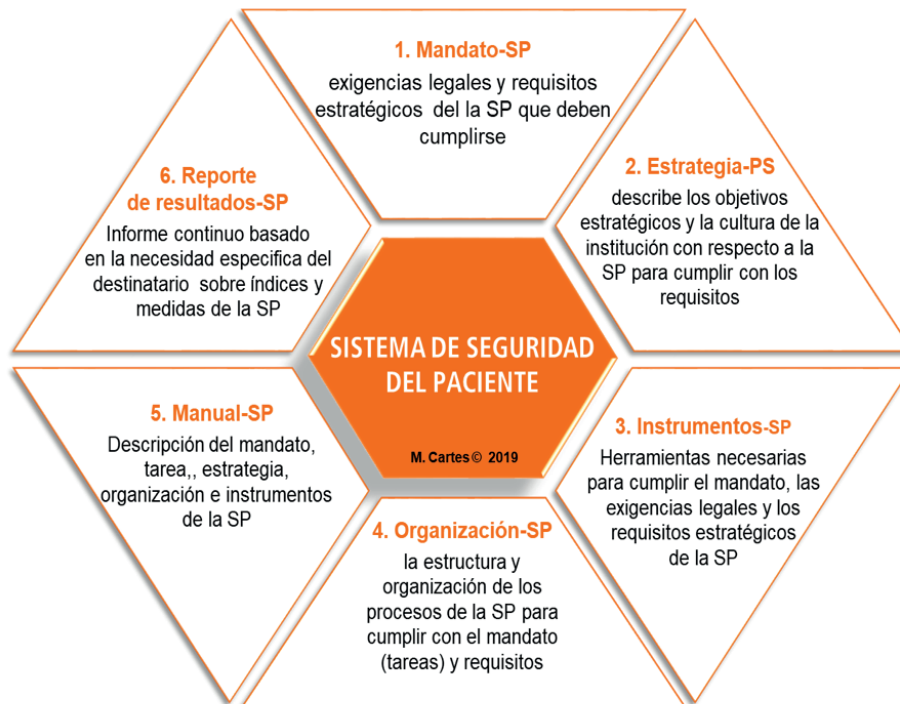
- Que facilitan una cultura y unos comportamientos seguros entre los profesionales y que
- se apoya en unas tecnologías y entornos en los que se aplican procedimientos que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible,
- reduciendo daños evitables y
- haciendo menos probable el error.
- y en caso de que este se produzca, los sistemas estén preparados para poder disminuir también el impacto del daño.

COMO IMPLEMENTAR Y ESTABLECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FORMA METÓDICA.

Para poder lograr no solo la implementación, sino el establecimiento de esta disciplina es recomendable ir paso a paso y sobre todo metódicamente. Se recomienda usar el siguiente método de seis módulos para poder instalar

un sistema de SP con pocos recursos y óptimos resultados.

Este método fue descrito por la autora de este artículo en el año 2019.


ESQUEMA 1: SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, SEGÚN DR. MED. MARIA CARTES

MÉTODO DE IMPLEMENTACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE⁴
1. Mandato

La dirección de la entidad debe ordenar implementar la SP, tomar la responsabilidad de esta decisión, disponer de los recursos personales y quizás estructurales. La implementación puede describirse como un proyecto. Al fin del proyecto se establece e institucionaliza este sistema. La responsabilidad de implementación se puede delegar a expertos que tienen esta formación / quificación.

2. Estrategia

Las metas estratégicas se basan en las causas que originó el mandato. Es lo que se quiere lograr a largo plazo y es concordante con la estrategia de la entidad de Salud. Es muy importante establecer una cultura de seguridad,

considerar una mejoría continua de la seguridad del paciente e institucional tanto como los principios y valores del personal de salud. Después de esto se definen las metas operativas, es decir los objetivos a lograr.

3. Herramientas

Para lograr tanto los objetivos como la estrategia se deben elegir las herramientas adecuadas, estas deben ser complementarias y sinérgicas, además deben ser todas coordinadas para realmente poder tener éxito con los pocos recursos a disposición. Se deben considerar sobre todo las herramientas en uso antes de comenzar a implementar nuevas herramientas, como por Ej:

- a) Información y cursos de formación para todo el personal de la entidad de Salud
- b) Gestión de Reclamos: Reclamos elegidos según criterios definidos



- c) Gestión de Calidad: Reporte, Auditoria etc.
- d) Gestión de Riesgo: Inventario de Riesgos, Sistema de reporte de Incidentes (CIRS), Sistema de Reporte de Accidentes, eventos adversos, Manejo de crisis, análisis de riesgo orientado al proceso, Screening de SP, etc.
- e) Gestión de Proyectos para iniciar y realizar las medidas tomadas con éxito

4. Organización

Dependiendo del tamaño de la institución es recomendable un grupo central o un grupo central con grupos descéntrales (forma satelital). El grupo tiene:

// distintas profesiones (por Ej. profesionales clínicos, administrativos, técnicos etc.)

// distintas jerarquías: pero no personas en posiciones de dirección o jefaturas

// distintas formaciones: en Gestión de Calidad, de Riesgo, de Reclamos, etc.

5. Manual del sistema de SP

Descripción y Documentación para estipular en detalle todos los puntos anteriores

6. Resultados

Informe continuo sobre índices, medidas y logro de los objetivos tanto como las perspectivas para el siguiente período

1 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

2 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

3 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8721340/#> Seguridad del paciente (who.int) WHO 2021

4 Krankenhausmanagement (Hrsg. J.F. Debatin, A. Ekkerkamp, B. Schulte, A. Tecklenburg); Fehlermanagement? Das liegt schon vor! Auf die Sicherheitskultur und Patientensicherheit kommt es an. M. Cartes Paginas 640-647, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2022



CONGRESO

ABORDAJE INTEGRAL ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE. ATENCIÓN A 1ª, 2ª Y 3ª VÍCTIMAS



Angel Cobos

Referente de Seguridad del Paciente y Miembro de la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Clínico San Cecilio / Miembro de la Comisión Operativa Asesora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía / España

angcobvar@gmail.com

La Organización Mundial de la Salud considera la Seguridad del Paciente (SP) como un elemento crítico en la calidad de la asistencia sanitaria. Hablar de SP implica abordar un proceso que va desde el conocimiento de los riesgos, incidentes y eventos adversos que ocurren durante la asistencia sanitaria, hasta la articulación de los recursos y las herramientas necesarias para que la respuesta dada genere una disminución de los daños producidos y de la incidencia de estos eventos.

Especialmente alarmante, por su repercusión, son los eventos adversos con consecuencias graves para los pacientes (EAG). Disponer de

mecanismos que aborden estos sucesos, desde el momento mismo de su ocurrencia, debería ser un objetivo fundamental en cualquier plan de seguridad integral.

Siendo incuestionable que estos EAG tienen consecuencias graves y directas para los pacientes que lo sufren, sus familiares y amigos..., no debemos olvidar que también repercuten sobre los profesionales involucrados y en las instituciones y organizaciones sanitarias.

Los estudios realizados por Albert Wu, Susan Scott, o más concretamente, en España por J. J. Mira, ponen de manifiesto que estos profe-



sionales presentan un cuadro compatible con un síndrome de estrés postraumático: sentimientos de culpa, ansiedad, síntomas afectivos y depresivos, preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional, que puede afectar a su toma de decisiones clínicas, y miedo a consecuencias legales y a la pérdida reputación profesional.

El estrés emocional de pacientes, familiares y profesionales tras la ocurrencia de un EA grave o evento centinela nos obliga, como institución, a tener un plan de acción que guíe de forma inequívoca a nuestros profesionales a dar una respuesta adecuada en estas situaciones. Conocer que la institución dispone de un procedimiento específico, que identifica claramente qué hacer, quién debe hacerlo, cómo y cuándo, y que este procedimiento está diseñado para atender las necesidades de los pacientes afectados, de su familia y de los profesionales involucrados, contribuirá a un mejor manejo de las incertidumbres inherentes a es-

tos momentos y un mejor desenlace para todas las partes implicadas.

El abordaje debe estar centrado en un modelo de mejora continua de los sistemas, lo que revertirá en minimizar los daños y en disminuir las probabilidades de ocurrencia de este tipo de eventos.

El propósito de este procedimiento es establecer un conjunto de actividades encaminadas a analizar lo ocurrido e introducir mejoras, así como a proporcionar una respuesta adecuada, en tiempo y forma, a las necesidades físicas y psicológicas de pacientes y familiares ante un evento adverso con consecuencias graves para el paciente, dar atención a los profesionales involucrados y proteger el prestigio de la institución.



CONGRESO

SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO



Guillermo Escamilla Guerrero

Gerente de Laboratorio Limogen Innovación Molecular y Genética
Químico Adscrito al Banco de Sangre
Instituto Nacional de Pediatría
México
fetca19@gmail.com

Al correr de los tiempos las diferentes culturas que han poblado nuestro planeta han remarcado la importancia de la historia y la de mantener por escrito los acontecimientos, para ello emplearon los diversos medios a su alcance: tallado en piedra, piezas de cerámica, tablillas de cera, de arcilla, hueso, placas de madera, fichas de bambú, rollos de seda, papiro, pergamino o papel. Su presentación y contenido variaron acorde la época incluyendo las bibliotecas de la antigüedad a la de Alejandría, en nuestros días esa noción del libro se amplifica y remodela con la incorporación de nuevas tecnologías. El objetivo sigue sien-

do el mismo: Transmitir conocimientos aplicables a la vida.

El trio conformado por Hospital, Laboratorio Clínico y Banco de sangre comparten raíces comunes y por ende se han visto sometido a procesos de evolución muy similares. El camino fue arduo, pero, tenía que dejar atrás “La Ciencia basada en Eminencia y dar paso a la Ciencia basad en evidencias”. Esto los ha llevado a converger en un punto común que podríamos denominar como la ERA de la GESTION y conjuntando el hecho de que dentro de las preocupaciones del ser humano desde



que apareció en la faz de la Tierra, ha sido la atención a su cuerpo para librarse de las enfermedades, pues padecerlas limitaba su accionar ante adversidades del exterior, se genera una dupla interesante: Gestión y Cuidado del paciente.

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a poseer título o diploma, sino sólo la bienvenida del público. El Juramento Hipocrático señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo.

En México en 2004 se hace presente el Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de

Eventos Centinelas (SINRAECe), posteriormente la Estrategia Nacional para Mejorar la Seguridad del Paciente, los Programas de adherencia a procedimientos e Infecciones nosocomiales, así como “Una atención limpia es una atención segura”. Esto quedó plasmado en el Reglamento interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004 estableciendo en el artículo 18 que Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud y establecer los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover, supervisar y evaluar su cumplimiento. Ese acuerdo se hace obligatorio en 2017 en el que se declara la obligatoriedad de la implementación para



todos los integrantes del sistema nacional de salud del documento denominado acciones esenciales para la seguridad del paciente. Se basa en la aplicación de las 6 metas Internacionales de seguridad del paciente y anexados más el número 7 Qué es la notificación de eventos adversos y el número 8 Qué es la medición de cultura de seguridad del paciente.

Los pacientes pediátricos son una población en la que se presentan factores de riesgo y vulnerabilidad que incrementan la probabilidad de ocurrencia, entre ellos destacan: el diagnóstico y la complejidad del proceso de atención; el tipo de hospital que brinda la atención y los factores bio-psico-sociales.

El Maestro Ángel Fernando Galván García en la exposición que realizó en el “Simposio de Calidad y Seguridad del Paciente Pediátrico” señala que los principales eventos adversos en los pacientes pediátricos son: Medicación errónea; Infecciones asociadas a la atención de la salud; Traumatismo en el nacimiento; Incumplimiento en protocolos de rescate; Trauma vaginal obstétrico instrumentado y no instrumentados, experimentados por madres adolescentes; Infiltraciones/ quemaduras por catéter intravenoso; Insuficiencia respiratoria; Lesiones por presión; Dolor no manejado; Tubo endotraqueal mal colocado; Cuerpo extraño olvidado en cirugía; Complicaciones quirúrgicas y anestésicas; Caídas; Error de transfusión. En tanto que los factores que incrementan el riesgo en los pacientes pediátricos son: Pacientes de uno o más años de edad; Diagnóstico primario de lesiones, neoplasias, anomalías congénitas y enfermedades del sistema respiratorio; Pacientes con polifarmacia; Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos; Pacientes con inmovilidad relativa; Estancia hos-

pitalaria prolongada; Atención por personal en formación; Diagnóstico y complejidad del proceso de atención; El tipo de hospital que brinda la atención; Factores bio-psico-sociales dentro de los diferentes grupos.

La seguridad del paciente estriba en lo que hacemos, pero también en hacer lo que falta, como ejemplo de ello: A). - en Recién Nacidos: Atención estrecha del Recién Nacido: Reanimación Básica; Vigilancia en los primeros mil días de vida; Mejorar el pronóstico del recién nacido relacionado con probabilidades de sobrevivida o secuelas posteriores; Neurodesarrollo y estimulación temprana; Tamiz: metabólico, visual, auditivo, ortopédico, cardiológico. B). - En la niñez: Evaluación del Crecimiento y Desarrollo; Aplicación oportuna de vacunas; Neurodesarrollo y evaluación visual y auditiva; Formación de hábitos; Tamizaje IRA (EGO); Salud Dental. C). - En adolescentes: Evaluación del Crecimiento y Desarrollo; Valoración psicológica y psiquiátrica; Formación de hábitos saludables, Orientación vocacional; Comunicación; Farmacodependencia; Educación sexual y embarazo.

Cabe recordar como parte del colofón alguno de los pendientes en Salud en mi país (México) ya que requerimos: tener políticas que impacten en la Salud Pública; Virar de lo Curativo a lo Preventivo; Reducir la brecha de la Desigualdad en la Atención Médica en todos los niveles de atención; u un problema global Prevenir y Atender el Sobrepeso y la Obesidad.

Parte de todo esto es tener en mente las palabras del Dr. Kaoru Ishikawa “ La persona que sigue es tu cliente” así como el pensamiento Kaizen “ Si esta mal, no lo recibas, no lo pases, no lo hagas”



CONGRESO

INNOVATION AND STANDARDIZATION: THE FOUNDATION FOR RELIABLE PATIENT SAFETY



Verónica Muzquiz Edwards

Doctor of Business Administration, HSI Foundation
Taylor, D., Masters of Healthcare Administration, The University
of Texas at Dallas McCaskill, A., Masters in Global Health, Health-
care Standards Institute

vedwards@hsi.health



Technical Committee 304
Healthcare Organization Management



Robotic, cloud technology, artificial intelligence, telemedicine, blockchain, facial recognition, virtual ICUs, hospital at home and wearables. Are these big innovations, big risks, big ideas, or just more disruption added to an already complex, fragmented, high-cost system? During the pandemic, one of China's top university researchers designed a "cobot" to

help healthcare staff perform the dangerous task of testing for the virus. These tasks which are normally carried out by doctors, nurses or assistants in person, can be done more safely by "cobots" fitted with cameras that can learn repetitive, standardized procedures to reduce the exposure to potential viral infection by healthcare staff. This emerging technology



does not come without risk. That risk must always be balanced with the moral responsibility for the safety of patients, healthcare workers, and other caregivers.

Telemedicine is another technology that has grown exponentially over the past three years. A 2022 Study by Grand View Research, suggests that “The global market size for telemedicine is projected to increase from around 70 billion U.S. dollars in 2021 up to nearly 380 billion dollars by 2030.” This a compound annual growth rate of over 19%, which in itself will bring the risk of hap-hazard implementation by those seeking rapid return on investment. Telemedicine has several advantages, including cost savings, convenience, and the ability to provide care to people with mobility or geographic limitations. Challenges to telemedicine include possible breaches of health data security, insurance coverage, and virtual visits do not include imaging tests and blood work, so additional in-person visits might be

required. According to the American Hospital Association, since the pandemic, telehealth has stabilized at levels 38 times higher than prior to the pandemic, 57% of providers view telehealth more favorable and 64% are now more comfortable using it. Even 40% of consumers expect to use it as they seek for care solutions. This is a compelling, potentially chaotic innovation that demands standardization to assure safety, improve quality and a better patient experience.

Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) technology has also been useful in educating staff and treating patients. It can be used to guide patients or staff through surgeries before they happen to improve understanding of the risks. Additionally, it has helped reduce memory loss, help teach and engage autistic children, and increase a patient’s desire to participate in physiotherapy. Importantly, VR can be a powerful tool to treat mental health conditions such as phobias and post-trauma-



tic stress disorder (PTSD). Clearly, there is a role for VR and AR in our global healthcare system. However, with the potential for short-term profit and the lack of real understanding by both the provider and consumer, it can be a massive risk. It has the potential to add complexity, reduce equity, further fragment the entities, and reduce safety for an already challenged global system. Unless these innovations are implemented with collaborative oversight, clear understanding of value and globally accepted standards, they can potentially do more harm than good.

There are undoubtedly many positive and promising attributes about emerging innovations in healthcare. However, history shows us that regulations and law cannot foresee, or even keep up with the ever-changing, rapid technological innovations in an already challenged system. When you blend these changes with the economic incentives, ingrained fragmentation of care, challenges of care equity and a knowledge gap of providers and consumers, there is a great risk of these well-meaning innovations creating confusing, controversial, and potentially harmful outcomes for patients, the healthcare workforce and society in general.

The growing gap between emerging technologies and legal-ethical oversight has been called “the pacing problem.” This gap between the pace of science and technology, and the lagging responsiveness of legal and ethical oversight that society relies on to govern is problematic. For the “health” of healthcare providers, patients and caregivers, scientific and technological advances must be tempered with unders-

tanding, safety and their positive contribution to humanity. Standards can bridge the gap.

Standards are the foundation for services, processes and product development and performance. They allow for the codification of evidence-based processes and procedures. Their implementation reduces risk, encourages innovation, teaches stakeholders, supports sustainable practices, and allows for the tracking and measurement of key performance indicators.

It is truly an awe-inspiring time for new healthcare technologies. The COVID pandemic has accelerated this movement and forced providers and consumers to embrace new ways of thinking, engaging, and acting. Patient and workforce safety must always be at the forefront of healthcare management and the provision of services. Each of us must do our part to assure health and improve safety. One such way is to participate in the creation of standards that connect, teach, assure reliability, increase efficiencies, optimize safety and improve overall system performance.

[The International Organization for Standardization](#) (ISO) is a non-governmental organization based in Geneva, Switzerland, that develops voluntary consensus standards. [Technical Committee \(TC\) 304](#) Healthcare Organization Management is the body responsible for bringing together experts to write standards within the scope of healthcare organization management. Standards published and under development include Quality Management, Telehealth Management, Patient-Centered Staffing, Infection Prevention Management as well as Pandemic Preparation and Response.



CONGRESO

GESTIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



Dra. Mariana Flichman

Gerente Corporativo de Riesgo y Calidad Médica

Swiss Medical Group

Argentina

mariana.flichman@swissmedical.com.ar

Los Programas de reporte voluntario de incidentes constituyen uno de los pilares fundamentales en la gestión de los riesgos en salud y en la Cultura de Seguridad del paciente. Me atrevo a decir que no es posible un programa de gestión de riesgos sin uno de gestión de incidentes.

Veamos entonces...¿Qué atributos tiene que tener un programa de reporte y gestión de incidentes? ¿Cómo logramos que los equipos confíen y comuniquen? ¿Qué esperar y que no esperar de un programa de reporte voluntario de incidentes? ¿Todos los incidentes requieren la misma gestión?

Compartiré con ustedes algunas reflexiones de 21 años liderando un Programa inter-institucional de reporte de incidentes y 5 años de un programa nacional, en la especialidad de anestesiología.

Atributos con los que debiera contar de un Programa de reporte y gestión de incidentes:

- Accesibilidad: web, mail, teléfono, etc
- Pronta respuesta
- Disponibilidad 24 Hs.
- Taxonomía internacional
- Adaptación cultura local
- Impacto positivo en la organización
- Metodología estandarizada de gestión



- Confidencialidad
- Humildad
- Solvencia
- Cultura Justa

Si bien existen programas de reporte anónimo de incidentes, que no contemplan la gestión individual del caso, sino la gestión a través de los datos estadísticos a nivel global, a mi humilde entender, la gestión individual, como desarrollaré, es trascendente y genera un enorme impacto cultural, permitiendo además el cuidado de los profesionales involucrados y reduciendo el impacto en el paciente y su familia.

Veamos ahora algunos de los atributos mencionados:

ACCESIBILIDAD: link en la web, mail, QR, WhatsApp...lo importante es que existan múltiples formas de ingresar a cargar un incidente y que las mismas se encuentren fácilmente accesibles. Por ejemplo en nuestro programa de reporte de incidentes en anestesia, el QR se encuentra pegado en las mesas de anestesia, a la vista del anesthesiólogo.

DISPONIBILIDAD Y PRONTA RESPUESTA: los programas pueden ser anónimos, exigir datos

de quien reporta o mixtos. En nuestro caso elegimos la modalidad mixta y dejarlo a criterio del usuario. Este atributo aplica a los reportes donde el usuario brinda sus datos para ser contactado. Es trascendente dar siempre respuesta.

Una gestión especial requieren los eventos críticos inesperados, como veremos más adelante ya que generan un gran impacto en el equipo afectado y en el clima organizacional.

SOLVENCIA-HUMILDAD-CONFIDENCIALIDAD: quienes lideran el programa tienen que gestionar muchas veces el error grave del otro, para eso, ante todo, tiene que existir una fuerte formación académica, pero su vez, debe estar acompañada de la humildad suficiente para no convertirnos en “jueces” de la situación. En muchos países la confidencialidad está garantizada por Ley, con el objetivo de proteger el reporte, no es el caso de la Argentina(aún).

CULTURA JUSTA: Una enfermera por ejemplo, que reporta rápido un error de medicación, privilegiando la salud de su paciente por sobre su seguridad laboral, en otro servicio un enfermero no reporta el error y observa como los médicos intentan detectar que le pasa al



paciente: merecen ambas conductas igual tratamiento? Definitivamente NO. Por eso clasificamos a las acciones en: errores, conductas de riesgo y actos temerarios y de acuerdo a eso estableceremos la gestión.

TAXONOMÍA: la clasificación y el árbol de carga de los incidentes es vital para poder obtener resultados estadísticos y para poder comparar nuestros datos con otros Programas. Por eso, siempre que sea posible elegimos una taxonomía internacional, que deberemos adaptar a la cultura local, sin perder el eje central de la clasificación.

¿QUÉ NO DEBEMOS ESPERAR DE UN PROGRAMA DE REPORTE VOLUNTARIO DE INCIDENTES?

Estos programas, al ser voluntarios, no alcanzan para obtener indicadores de seguridad y deben ser complementados con otras metodologías de medición (Global Trigger Tools por ejemplo, y con relevamientos por procesos. Estos relevamientos en terreno nos permiten anticiparnos, detectar vulnerabilidades y actuar de manera anticipada.

Pero podemos complementar el reporte voluntario estableciendo que determinado reporte tenga carácter de obligatorio por ejemplo, el reporte de los eventos centinela para los líderes de la Institución (jefes, supervisores, coordinadores, etc)

La Seguridad hoy requiere además de un intenso entrenamiento de los equipos de trabajo (centro quirúrgico, unidades cerradas, etc), que nos permita trabajar en condiciones o situaciones inesperadas, es decir, anticiparnos,

entrenando nuestras habilidades no técnicas (liderazgo, trabajo en equipo, comunicación), revisando y aprendiendo de los éxitos cotidianos.

GESTIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS: un evento crítico, inesperado, desencadena una crisis. Los profesionales involucrados ven afectadas sus emociones y su capacidad cognitiva en distinto grado, por eso los llamamos las Segundas Víctimas y requieren de un programa de cuidado con acciones inmediatas y mediatas.

Contamos hoy con muchas herramientas para hacerlo:

ACCIONES INMEDIATAS: debriefing, defusing, técnicas de contención emocional (recomiendo la psicología de la compasión), gestión de la comunicación y la documentación. Evaluar acciones para reducir el impacto en el paciente y la familia.

ACCIONES MEDIATAS: seguimiento conjunto del caso. Evaluar recuperación del profesional. Evaluar aspectos legales. Si lo amerita, organizar un taller de caso, como estrategia de reflexión y aprendizaje. Evaluar implementación de mejoras en los procesos que fallaron.

En resumen, un buen programa de reporte y gestión de incidentes es el corazón del Programa de Seguridad, nos permite generar una cultura del cuidado, gestionar los eventos detectando fallas, implementando mejoras y sobre todo, nos permite garantizar el mejor cuidado para los pacientes y nuestros equipos de Salud: no hay pacientes seguros sin equipo de salud cuidado y seguro...una de las tantas enseñanzas que la pandemia nos dejó.



CONGRESO

PATIENTS FOR PATIENT SAFETY (PFPS) US: PATIENT DRIVEN IMPLEMENTATION OF THE WHO GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN



Sue Sheridan

MIM, MBA, DHL
Founding Member
Patients For Patient Safety / USA

suesheridan9@gmail.com



Armando Nahum

Founding Member
Patients For Patient Safety / USA

anahum@h2pi.org





Unsafe care results in over 2.6 million deaths per year and is considered one of the world's leading causes of death. In 2019 the 72nd World Health Assembly issued a call to action, the "Global Action on Patient Safety", that called for Member States to "work in collaboration with other Member States, civil society organizations, patients' organizations, professional bodies, academic and research institutions, industry and other relevant stakeholders to promote, prioritize and embed patient safety in all health policies and strategies."

The World Health Organization (WHO), in collaboration with Member States and key international stakeholders, developed the "Global Patient Safety Action Plan 2021-2030" (GPSAP) that provides a strategic direction for concrete actions to be taken by countries, stakeholders (including patients, family members, patient organizations and civil society), health care facilities and WHO to co-produce safer care around the world.

PFPS US, a chapter of WHO's Patients for Patient Safety global Program, was launched in 2021 by patients and family members in the USA who had experienced medical error as a patient or in their families and were concerned that patient safety was getting marginalized and disappearing from government and organizational strategies and agendas (See "Who killed Patient Safety?"). PFPS US adopted the vision of WHO's GPSAP - "a world in which no one is harmed in healthcare and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere". The mission of PFPS US is to implement the recommendations of the WHO's GPSAP in the USA and around the world. Additionally, PFPS US is committed to supporting partners, policies, and protocols which ensure that both health equity and patient safety standards are incorporated across all healthcare, public health, and industry platforms for a safer and healthier system for all.

As engaged patient safety advocates for many years, we see too little progress in meeting the



goals set forth 20 years ago in the 1999 call to action, To Err is Human. We now believe the private-public partnership entrusted to take on the 3rd largest cause of preventable death in the United States and substantially improve patient safety is too fractured to meet the challenge.

PFPS US is a network of individuals and organizations that include patient safety activists and individuals who support the PFPS London Declaration, are oriented to and are active in achieving implementation of the WHO GPSAP in the USA and around the world and act consistently with WHO guidelines and expectations.

PFPS US also collaborates with civic and government partners including non-profit organizations, research organizations, government entities, educational organizations, accreditors, philanthropies and other civic organizations that commit by leadership action or board resolution to work cooperatively with patient safety activists to implement the WHO GPSAP. Additionally, PFPS US engages with healthcare partners, healthcare provider organizations and product manufacturers or distributors.

PFPS US has established the first patient led patient safety agenda in the USA with the following priorities:

Patient Safety as a Strategic Priority

- Re-assert patient safety as a budget, measurement and payment priority
- Establish greater national oversight and coordination of patient safety
- Identify and close the health equity safety gap for all patient populations Patient and Family Engagement

- Put mechanisms in place to include diverse patients-families in co-development of policy, standards, programs and guidelines Patient Safety Reporting
- Redesign the reporting system of harm events to be mandatory (with penalties when failure to report), and to improve accuracy, timeliness and effective learning
- Expand the spectrum of events to be reported and allow patient-families to submit event reports and patient reported experiences of safety Transparency
- Require standards for timely communication and disclosure to inform patient-families of a harm event
- Review and enforce standards for patient access to medical records Safety of Clinical Practices
- Drive infection prevention and control for antimicrobial resistance
- Establish standards and implement 'Medication Without Harm'
- Improve Maternal and Infant Morbidity and Mortality

In alignment with the World Health Organization's Global Patient Safety Action Plan 2021-2030, we call upon policymakers and healthcare leaders to engage with urgency and be accountable for preventing avoidable harm. We pledge to work with leaders who have the courage to implement a nationwide approach to patient safety in partnership with the patient and family community. We support initiatives to set forth standards, enforce them, invest in research and innovation, be transparent, continuously learn, and provide fair remedies when people experience avoidable harm caused by actions or failures to act responsibly.



CONGRESO

APRENDIZAJE DESDE LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES



Evangelina Vázquez Curiel

Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente

MEXICO

pacienteporpaciente@hotmail.com

Recientemente se ha visto una tendencia positiva a trabajar conjuntamente en el sistema de salud con los pacientes, desde la visión de un cuidado a la salud centrado en el paciente y su familia, donde la voz del paciente se incorpora para atender y entender mejor al paciente, para dar un diagnóstico certero y una atención de calidad previniendo eventos adversos, pero también se utilizado con mayor frecuencia los relatos o historias de pacientes sobre fallas en la Seguridad del Paciente con el objeto de encontrar los puntos de débiles en la atención a la salud y buscar soluciones.

Escuchar a los pacientes durante la consulta

es importante porque podemos entender el contexto en el cual vive el paciente, y poder dar un diagnóstico correcto con recomendaciones y tratamiento posibles de llevar a cabo por parte del paciente. “Se puede afirmar que, en salvo excepciones, todas las enfermedades se encuentran en el discurso del enfermo. Están en su relato los equivalentes de lo que el lenguaje técnico científico designa con ilusión de exactitud, objetividad y precisión “. Se tiene la problemática de que la consulta médica está restringida a minutos en muchos hospitales, por lo que conocer un poco más allá al paciente no es fácil. Se debe cambiar la relación entre profesional de salud y paciente, la pre-



gunta ¿hay algo más que quiera saber, algo más que le preocupa? Es un gran catalizador para que el paciente ofrezca comentarios importantes para entender la problemática del paciente de forma más integral.

Por otro lado, la Organización Mundial de la salud (OMS) ha creado un programa denominado Pacientes por la Seguridad del Paciente para dar voz a pacientes afectados por eventos adversos, los cuales trabajan en diversos proyectos con el sistema de salud, instituciones, asociaciones u organismos relacionados con la mejora en la atención. Los campeones son los líderes de pacientes que encabezan este programa, los pacientes en primer lugar comparten sus historias llenas de aprendizaje para la mejora de la seguridad del paciente.

La historia personal presentada empieza en un error en el tipo de sangre, a pesar de insistir al médico, no fue corregido ese error, que fue el inicio de una cadena de eventos adversos que llevó a Uriel a padecer kernicterus y sufrimiento fetal agudo, esto provocó una estancia prolongada en el hospital y adquirió una infección asociada a la atención a la salud.

Él actualmente tiene fuertes secuelas de esos padecimientos.

Analizando, se encuentran diversos relatos de pacientes que han colaborado a descubrir mejorar en la atención a la salud.

Se presentan brevemente dos historias de eventos adversos enfocados a mejorar la medicación. Uno es de la bebé Inés, a su madre al final del embarazo le prescribieron Mesulid, que afecta la circulación fetal, por lo que la bebé perdió la vida. El caso de la recién nacida Isabel, por error le inyectaron epinefrina en lugar de vitamina K, por lo que falleció también. En el primer caso hubo un error de prescripción, cuyo impacto fue la muerte neonatal de Inés, en el segundo caso, hubo una confusión de medicamentos de presentación parecida que tanto en la farmacia como por la enfermera no pudieron percatarse. El resultado, la muerte de Isabel, ambas historias nos ilustran la clase de errores que afectan a los pacientes en cuanto a medicación.

El lanzamiento del tercer Reto global Medicación sin daño, tiene como objetivo disminuir los diversos eventos adversos relacionados a la medicación en la cual participan además de expertos, pacientes y familias que sufrieron daño.



CONGRESO

A Different Look at Patient Safety - Japan's Experience at National and Institutional Levels



Shin Ushiro, M.D. Ph.D.

Kyushu University Hospital
Japan Council for Quality Health Care (JQ)
International Society for Quality Health Care (ISQua)
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan
ushiro.shin.161@m.kyushu-u.ac.jp

I. Hospital accreditation to improve quality and safety

Small group of experts began to discuss quality improvement in early 1980's that evolved into the Japan Council for Quality Health Care (JQ) launched in 1995 that carries out hospital accreditation. The hospital accreditation has shifted its primary focus from "Structure" to "Process and Outcome" over the last two decades.

II. International Accreditation Program served by ISQua

ISQua is an international organization that provides external evaluation to the accreditation bodies like JQ. The JQ is one of the ISQua's organizational members which is accredited by ISQua. I work as a board member of ISQua together with Dr. Ezequiel Garcia Elorrio from Argentina and Dr. Fabio Leite Gastal from Brazil. As seen here, Latin American countries are well represented in the ISQua Board.



III. National level projects of reporting and learning system (RLS)

i. National Reporting and Learning System (RLS) of Adverse Event targeting Hospitals and Clinics

National RLS was launched in 2004 according to Japan's national patient safety policy. The JQ was assigned to be an operating organization in reference to past achievements on quality and safety. The JQ has seen steady rise in the number of adverse event reporting ever since in close cooperation with National University Hospital Group which takes the lead in quality and safety in Japan. The RLS produces range of products for prevention including monthly alert featured by colorful pictorial figures. We believe that the pictorial figures, cartoons, illustrations etc. that people like to see in Japanese cartoon books and animations is an more effective tool to convey crucial message to the fronts rather than a long written report.

ii. National Reporting and Learning System of Adverse Event targeting Community Pharmacy As RLS proved to be effective in Japan, equivalent system targeting community pharmacy has been in place since 2008.

iii. No-fault Compensation System for Cerebral Palsy to influence Japan and Beyond

In response to shortage of obstetricians and rising litigation on birth injury, the Liberal Democratic Party (LDP) laid out a framework of no-fault compensation/investigation/prevention system for cerebral palsy in 2006. The novel system was launched in 2009 which JQ was assigned to be an operator in cooperation with stakeholders. It has successfully observed the fall in the number of eligible profound cerebral palsy, quality improvement on specific delivery procedures and decline in the number of lawsuit. I was invited to the House of Commons of the UK Parliament in early 2022 as a witness to describe the system. As you see, birth injury is one of the global topics to address.



IV. Healthcare Payment System for Promoting Patient Safety

I introduced a different perspective to promote patient safety which is a payment system. Specific fee point is listed in Japan's payment system which includes those to promote patient safety. Simply speaking, the more you promote patient safety, the more you are reimbursed.

V. Japan's International Commitment to Patient Safety

The JQ hosted 33rd ISQua Conference and co-hosted 3rd Global Ministerial Summit on Patient Safety in 2018. Japan is proactively engaged in hosting international events both in public and private sector. The JQ in private sector always support public events in close cooperation with the Ministry of Health, Labour and Welfare.

VI. Patient Safety at Institutional Level in Japan - Organizational Structure and Specific Projects-

I work as a chief patient safety officer in Kyushu University Hospital which is one of the oldest and largest national university hospital with some 1,200 beds for patients who need advanced care. We have structured internal team led by the director to promote patient safety by conducting manual production for standardization, incident reporting, candid communication with patient/family, patient safety audit committee with patient representative, quality control circle competition, patient safety walk-round and quality indicator measurement and improvement.

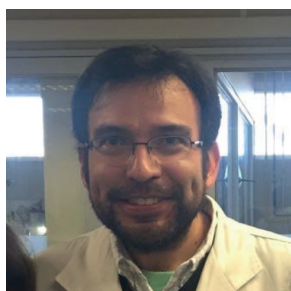
VII. Six Takeaways

- a. Japan Council for Quality Care (JQ) is a neutral organization that has carried out hospital accreditation with continued interest in quality and safety.
- b. In response to growing concern on patient safety in the year around 2000, the government revised law and relevant regulations, launched subsidiary budget, and joined international movement for patient safety for decades.
- c. Private sectors such as medical professionals, professional societies, and academic societies also endeavored to promote patient safety.
- d. National reporting and learning systems and no-fault compensation for cerebral palsy are distinctive examples on patient safety promotion run by the JQ in close cooperation with stakeholders.
- e. At institutional level, standardization through production of manuals, QC(KAIZEN) circle, incident reporting and learning system, deployment of physician, nurse, pharmacist on full-time basis in the division of patient safety and so on are currently underway in anticipation of further expansion of its role and influence.
- f. As such, patient safety is seen as one of the core value in healthcare.



CRÓNICAS

FARMACIA CLÍNICA EN CHILE



Jorge S. Amador Carrasco

Farmacéutico Clínico en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos
Docente Asistencial y Académico Universitario.
Past President División de Farmacia Clínica
Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.
jamador@uc.cl



La Farmacia clínica es una disciplina de las ciencias de la salud en la que los farmacéuticos proporcionan atención al paciente. Esta disciplina optimiza la terapia con medicamentos y promueve la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades. La práctica de la farmacia clínica abraza la filosofía de la atención farmacéutica, en que se mezcla el cuidado del paciente con una orientación terapéutica y conocimientos especializados, la experiencia y el juicio con el fin de garantizar un resultado óptimo de la farmacoterapia. Como disciplina, la farmacia clínica también tiene la obligación de contribuir a la generación de nuevos conocimientos que promuevan la salud y calidad de vida.

Los farmacéuticos clínicos brindan sus servicios a todos los pacientes y en todos los escenarios de atención en salud. Poseen un profundo conocimiento de los medicamentos que se integra con una comprensión básica de las ciencias biomédicas, farmacéuticas y clínica.

Para alcanzar los objetivos terapéuticos deseados, el farmacéutico clínico aplica lineamientos terapéuticos basados en evidencia, lo que involucra ciencias, tecnologías emergentes y principios profesionales legales, éticos, sociales, culturales, económicos y profesionales. En consecuencia, los farmacéuticos clínicos asumen la responsabilidad de la gestión de la farmacoterapia en la atención directa al paciente, ya sea de forma independiente o en la práctica de consulta / colaboración con otros profesionales de la salud. Los investigadores clínicos farmacéuticos generan, difunden y aplican nuevos conocimientos que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida.

Dentro del sistema de atención de la salud, los farmacéuticos clínicos son expertos en el uso terapéutico de los medicamentos. Ellos rutinariamente proveen evaluaciones de la farmacoterapia y recomendaciones a los pacientes y profesionales de la salud. Los farmacéuticos clínicos son una fuente primaria de informa-



ción científicamente válida y consejos sobre el uso seguro, adecuado y rentable de los medicamentos.

HISTORIA

A contar de la década de los '70 y gracias a la visión de algunos especialistas canadienses y estadounidenses, la profesión de Farmacéutico comienza a dar sus primeros pasos en una orientación evolutiva de sus paradigmas y objetivos; iniciándose así la era de la Farmacia Clínica; seguida prontamente por colegas europeos, alemanes, franceses, italianos y fundamentalmente españoles. Todos ellos en su conjunto, plantean una posición filosófica en que la excelencia tecnológica de producción, almacenamiento y distribución del medicamento, no deben ser solamente los objetivos de nuestra profesión, sino que también debe haber una preocupación fundamental por el uso seguro y eficaz de ellos, lo que abre un camino y una orientación profesional en que los fundamentos científicos de tipo farmacológico, se unen a otros también de tipo clínico, con el objetivo de optimizar las terapias medicamentosas, lo que es el inicio de un acercamiento a pacientes y profesionales que utilizan o están ligados a estas terapias. Comienza entonces a desarrollarse una amplia gama de vertientes de especialización como la Gestión y Logística de Farmacia, Nutrición Parenteral, Preparación de Quimioterapia y otras adiciones de solutos a solventes, etc. que en su conjunto forman la Farmacia Asistencial y, la figura del Farmacéutico Clínico que realiza su labor en la sala de hospital y en forma directa con el paciente y el equipo clínico.

Ya a finales de la década de los '80 y comienzo de los '90, Heppler Ch. y Strand L., de las univer-

sidades de Massachusetts y Minnessotta respectivamente, publican un clásico artículo en una revista farmacéutica estadounidense, que inicia el Pharmaceutical Care, mal traducido posteriormente por el español como "Atención Farmacéutica", que es ampliamente reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su encuentro de Tokio de 1993 como una nueva rama de la Farmacia Asistencial, siendo un aporte fundamental del Farmacéutico, en cuanto ubica al paciente como el objetivo central de su labor y determina situaciones específicas de investigación personalizada para la relación entre este y su esquema farmacoterapéutico.

Hay variados motivos por los cuales, en casi todo el mundo, el Farmacéutico Clínico que hace Atención Farmacéutica, se ha acercado de modo preferencial a muchas especialidades médicas, como son la Medicina Intensiva, Oncología, Infectología, Nutrición, Geriatria, etc; el alto riesgo de interacciones farmacológicas, efectos secundarios no deseados, Reacción Adversa a Medicamentos, altos costos de tratamientos, etc., que involucra la polifarmacia, tradicionalmente necesaria en ellas; pero en nuestro país es fundamental también, la apertura y la estatura de algunos profesionales médicos y de la salud en general, que han dado la oportunidad al desarrollo de esta labor por parte de un incipiente en sus inicios, pero cada vez mayor grupo de Farmacéuticos que la realiza.

Es por estos motivos que los Químicos Farmacéuticos que en la actualidad están desarrollando labores clínicas, y compartiendo los objetivos de prestigiosas Sociedades Médicas en Chile de distintas especialidades, han solicitado la aceptación de membresía en muchas de ellas, como parte de Divisiones o Capítulo de Farmacéuticos Clínicos.



Estamos ciertos de la gran responsabilidad que asumimos en términos profesionales, científicos y sociales, al deber cumplir nuestras labores en las distintas áreas clínicas, donde se necesitará siempre del apoyo de todos para ser ejecutadas, y estamos ciertos que aquellos que nos han ayudado a comenzar, seguirán haciéndolo para cumplir nuestras metas comunes en pro del paciente y la salud pública de nuestro país.

Referencias:

- Drug Intell Clin Pharm. 1985 Feb;19(2):149-50. doi: 10.1177/106002808501900214. Definition of clinical pharmacy as a specialty in clinical practice. Committee on Clinical Pharmacy as a Specialty. American Pharmacy Association. DOI: 10.1177/106002808501900214
- Am J Hosp Pharm. 1990 Mar;47(3):533-43. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. C D Hepler 1, L M Strand. PMID: 2316538
- <http://www.accp.com/docs/positions/commentaries/Clinpharmdefnfinal.pdf>
- American College of Clinical Pharmacy, ACCP, clinical pharmacy, definition, clinical pharmacist. (Pharmacotherapy 2008;28(6):816-817)
- DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.09.002. CLINICAL PHARMACISTS: PRACTITIONERS WHO ARE ESSENTIAL MEMBERS OF YOUR CLINICAL CARE TEAM. Judith Jacobi
- Revista médica de Chile. Versión impresa ISSN 0034-9887. Rev. méd. Chile vol.146 no.12 Santiago dic. 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201452>. Consenso de farmacia clínica intensiva a nivel nacional -2018 Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research, 6 (4), 2 85-298, 2018 ISSN 0719-4250. Impacto de la labor del farmacéutico clínico en el manejo farmacoterapéutico del paciente crítico: Experiencia local en un hospital docente. Jorge S. Amador1*.
- Pharmacotherapy. doi: 10.1592/phco.24.16.1491.50950. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. Charles D Hepler 1. PMID: 15537552. DOI: 10.1592/phco.24.16.1491.50950



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

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

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

CURSOS ON LINE

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

CONGRESOS Y JORNADAS

Como parte de la implementación de nuestra Misión, realizamos Congresos y Jornadas que tienen como objetivo dar a conocer la Seguridad del Paciente y las herramientas



NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

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 artículos 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.

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



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