



# Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Dra Viviana E Rodriguez

Coord. del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica de IECS

25 de marzo de 2026



# The Global Health Network LAC

Fortaleciendo las capacidades de investigación e innovación en salud en Latinoamérica y Caribe (LAC)

## Actividades y eventos

TGHN cada año realiza una serie de eventos y actividades. Esté atento a la página de LAC para conocer las oportunidades de capacitación de 2025 o para acceder a las grabaciones de las actividades ya realizadas.

 Club de Investigación	 Clínica de datos	 Sesiones de Aprendizaje Asistido	 Mentoría
 Talleres	 Webinarios	 Twinning	 Otras Actividades



Conocé TGHN LAC aquí






# Agenda del taller

1

## Marco Conceptual y Contexto Global

¿Por qué la seguridad del paciente es una prioridad estratégica mundial?

2

## Análisis de las IPSG

Revisión profunda de las 6 Metas Internacionales: evidencia, errores frecuentes y recomendaciones internacionales.

3

## Implementación

Ciencias de la implementación aplicadas: CFIR, ERIC, RE-AIM, HRO. Del saber al hacer de forma sostenible.



# ¿Qué lograrás al finalizar?



## Comprender las Metas Internacionales

Reconocer las interrelaciones entre las 6 metas.



## Analizar riesgos clínicos

Identificar vulnerabilidades en los procesos asistenciales.



## Diseñar estrategias de implementación

Aplicar marcos conceptuales para adaptar intervenciones al contexto específico de cada unidad o institución.



## Aplicar herramientas prácticas

Utilizar herramientas para mejorar las metas internacionales de seguridad del paciente



# ¿Por qué importa la seguridad del paciente?

## La magnitud del problema

**1 a 3 de cada 10 pacientes** sufre algún tipo de daño durante su atención hospitalaria.

En países de ingresos altos, hasta el **50% de estos eventos son evitables.**

La OMS estima que los errores de medicación cuestan anualmente **42.000 millones de dólares** en gastos adicionales al sistema sanitario mundial.

## Impacto en tres dimensiones



Clínico



Económico



Sistémico



# Definición y Marco Conceptual de la OMS

*"La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que, de manera consistente y sostenible, reduce los riesgos, disminuye la incidencia y la gravedad de los daños, y mejora la recuperación de los daños producidos."*

## Principios clave del Plan de Acción Global OMS 2021–2030

- **Daño evitable**
- **Enfoque sistémico**
- **Cultura justa**



## Los 7 dominios estratégicos OMS

- Participación de pacientes y familias
- Educación y formación de profesionales
- Seguridad de la medicación
- Seguridad en los procedimientos
- Seguridad en la atención primaria
- Reconocimiento y reducción del daño
- Diseño de sistemas y gestión del riesgo



**Recordemos las metas internacionales de Seguridad del Paciente**



# Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente



**IDENTIFICACIÓN  
CORRECTA DEL  
PACIENTE**



**COMUNICACIÓN  
EFECTIVA**

\*\*SBAR\*\*



**MEDICAMENTOS  
DE ALTO RIESGO**

\*\*LASA, DOBLE VERIFICACIÓN



**CIRUGÍA  
SEGURA**

\*\*LISTA DE VERIFICACIÓN OMS,  
TIEMPO FUERA



**PREVENCIÓN DE  
INFECCIONES**

\*\*HIGIENE DE MANOS, PAQUETES DE MEDIDAS



**PREVENCIÓN DE  
CAÍDAS**

\*\*EVALUACIÓN DE RIESGO



# Identificación Correcta del Paciente

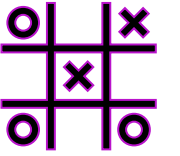
Uso de **al menos 2 identificadores** (nombre completo + fecha de nacimiento o número de historia clínica) antes de cualquier procedimiento, medicación, extracción o entrega de información clínica.

 El número de cama **NUNCA** es un identificador válido.



# Errores frecuentes y soluciones

- Brazaletes ilegibles o ausentes
  - Protocolo de reposición inmediata con doble verificación al ingreso
- Verificación verbal sin confirmación activa
  - Pedir al paciente que *declare* su nombre, no confirmarlo con preguntas cerradas
- Pacientes sedados o con alteración cognitiva
  - Verificación con familiar + brazaletes + historia clínica de forma simultánea



# Quién es quien en esta sala?

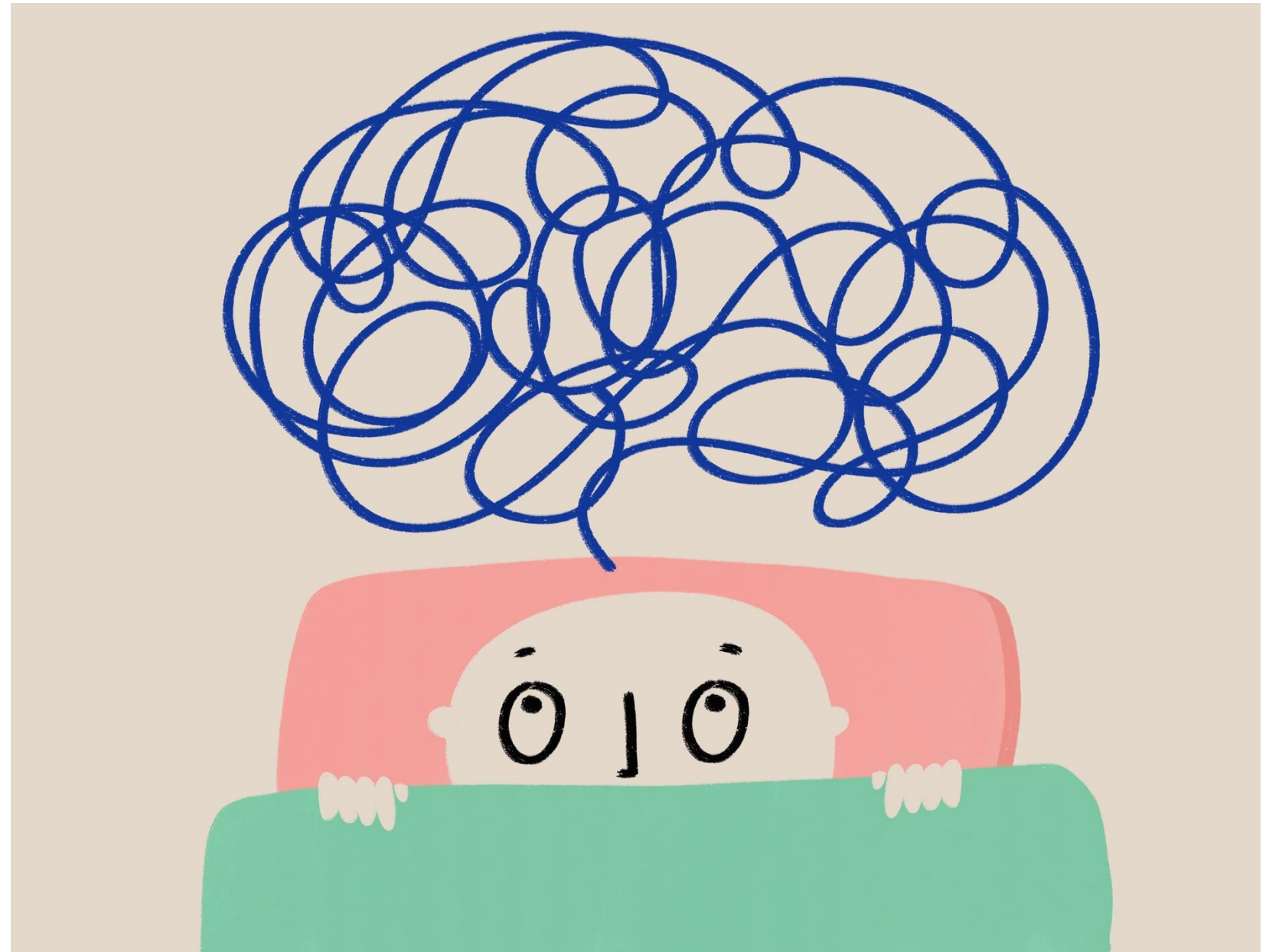
## En 7 minutos:

- Descubre cuántas personas tienen el mismo primer nombre
- Descubre cuántas personas tienen el mismo apellido
- Descubre cuántas personas tienen la misma fecha de nacimiento

**Cada uno anota su nombre y apellido en una hoja y lo pasa al siguiente.**



# Reflexionemos





# Comunicación Efectiva entre Profesionales

**Errores de comunicación: 60–70% de los eventos  
centinela**



IPSG 2

# Comunicación

- El proceso donde la información es intercambiada entre individuos, departamentos, u organizaciones.
- La línea de vida del equipo.
- Efectiva cuando se aplica en todos los aspectos de una organización.



# Comunicación

## ▪ Completa

- Comunicar toda información relevante.

## ▪ Clara

- Transmitir información que se entienda claramente.

## ▪ Breve

- Comunicar información de manera concisa.

## ▪ A Tiempo

- Ofrecer y solicitar información en un marco de tiempo adecuado.
- Validar la información.

# Comunicación: desafíos

- Barreras de lenguaje.
- Distracciones.
- Distribución física.
- Personalidades.
- Carga de trabajo.
- Diferentes estilos de comunicación.
- Conflicto.
- Falta de verificación de la información
- Cambios de turno.





# Comunicación: herramientas

- **SAER:** Situación– Antecedentes– Evaluación – Recomendación.
- **Call-Out:** Llamar la atención sobre algo en voz alta.
- **Check-Backs:** verificar la información.
- **Traspasos**



# Estandarizar para mejorar la comunicación

## Herramienta SBAR:

- Situación
- Antecedentes
- Evaluación
- Recomendación

### **S · Situación**

¿Qué está pasando ahora mismo con el paciente?

### **B · Background**

Contexto clínico relevante: diagnóstico, antecedentes, tratamiento actual

### **A · Assessment**

Evaluación clínica: ¿qué creo que está ocurriendo?

### **R · Recomendación**

Acción concreta que se solicita o propone



# SAER

**Es una guía estandarizada para comunicar de manera efectiva la información.**

- **Situación**— ¿Qué está sucediendo con el paciente?
- **Antecedentes**—¿Cuál es el contexto o los antecedentes clínicos?
- **Evaluación**—¿Cuál considera que es el problema?
- **Recomendación**—¿Qué recomendaría?



# El Traspaso consiste en...

- Transferencia de responsabilidades.
- Aclarar la información.
- Comunicación verbal.
- El receptor acepta y reafirma la información.
- Oportunidad de revisar la información.



IPASS	Descripción	
<b>I</b>	Severidad de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estable, inestable, en observación, en plan de alta, en cuidados paliativos.</li> </ul>
<b>P</b>	Resumen del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen de los antecedentes</li> <li>• Eventos relacionados con la admisión</li> <li>• Evolución durante la internación</li> <li>• Evaluación y datos clínicos actuales</li> <li>• Plan</li> </ul>
<b>A</b>	Lista de Tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de acciones pendientes, línea de tiempo.</li> <li>• Responsabilidades.</li> </ul>
<b>S</b>	Plan de contingencias, Monitoreo situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan para situaciones que podrían ocurrir.</li> <li>• Aclarar qué está pasando.</li> </ul>
<b>S</b>	Resumen por el Receptor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El receptor resume qué fue lo que escuchó.</li> <li>• Hace preguntas</li> <li>• Repite las acciones claves de la lista de tareas.</li> </ul>





# Seguridad en el Uso de Medicamentos de Alto Riesgo

Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que, cuando se usan erróneamente, tienen una **probabilidad desproporcionadamente alta de causar daño grave o letal.**



# Errores de medicación y posibles eventos adversos: caso

- Durante el pase de guardia, se decide que un paciente requiere una dosis de 18 UI/kg/h, pero en la prescripción se registra como 18 ml/h sin ajuste por concentración.
- La bomba de infusión se programa según este valor.

## Categorías principales (ISMP)

- Insulinas y antidiabéticos inyectables
- Anticoagulantes (heparina, acenocumarol, nuevos anticoagulantes)
- Opioides y sedantes
- Electrolitos concentrados (KCl, NaCl hipertónico)
- Quimioterápicos
- Psicofármacos (antipsicóticos, litio)

## Barreras de seguridad esenciales

### Doble chequeo independiente

Dos profesionales verifican por separado: fármaco, dosis, vía, paciente y momento de administración.

### Gestión LASA

Medicamentos con nombre o apariencia similar: etiquetado diferenciado, almacenamiento separado y alertas en sistema.

### Restricción de acceso

Electrolitos concentrados fuera de las unidades de hospitalización general; solo en UCI/áreas especializadas.

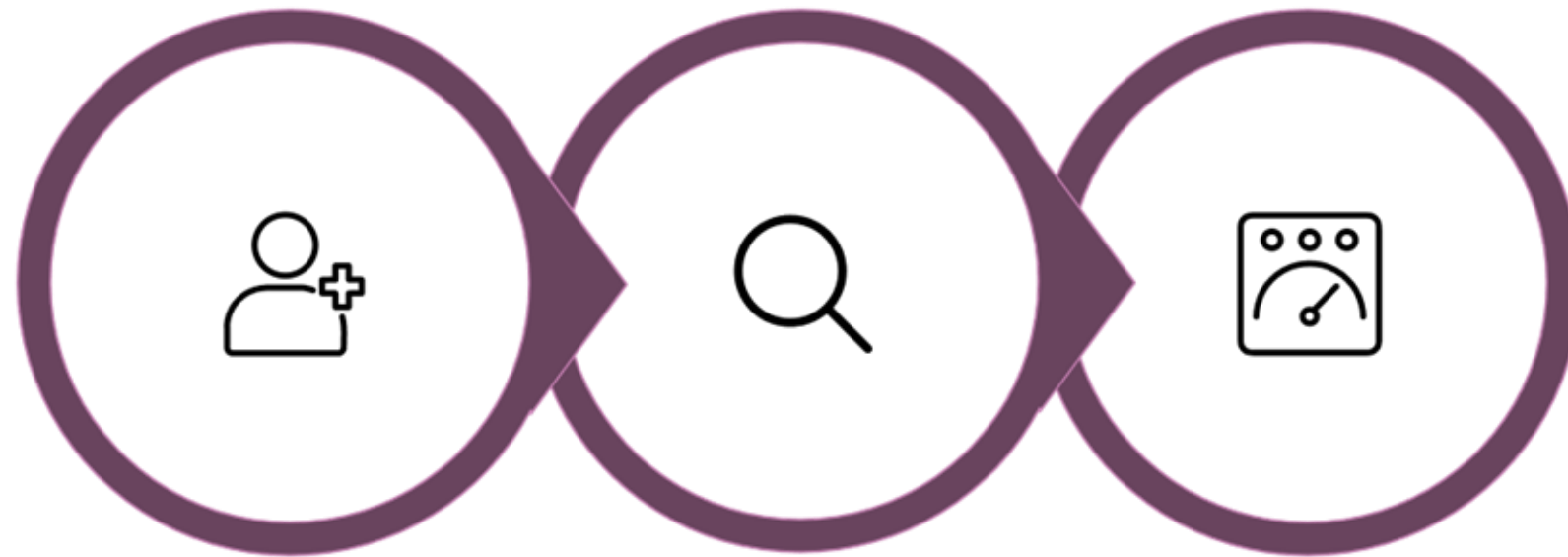


# Eventos Adversos en Pacientes Quirúrgicos

**14,4% Eventos adversos**

**3,6% mortalidad**

# Cirugía Segura: Prevención del Sitio, Procedimiento y Paciente Incorrectos



Sign In

Time-Out

Sign Out

# Los Tres Grandes Listados de Verificación Quirúrgica

## Listado OMS (OMS, 2008)



Más utilizado. Incluye pulsioximetría, respiración, hemorragia, identidad y sitio.

## Listado SURPASS (2009)



Menos específico. Cubre disponibilidad de sangre, equipo y eventos adversos.

## Universal Protocol (Joint Commission, 2004)



Recomendaciones (no listado). Enfocado en error de localización e identificación.

**SURPASS:**  
Sistema de Seguridad del Paciente Quirúrgico - Surgical Patient Safety System)

El listado de la **OMS** es el más utilizado a nivel internacional y constituye la recomendación prioritaria del programa de cirugía segura.



# Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria

- Las IAAS afectan a **1 de cada 10 pacientes** hospitalizados en Europa, causando miles de muertes evitables cada año.
- La higiene de manos es una intervención costo-efectiva.
- Higiene de manos: 40-50% de efectividad para prevenir infecciones
- Los paquetes de medidas de prevención pueden prevenir hasta el 70% de las infecciones.



# Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria

## Los 5 Momentos OMS para la Higiene de Manos

1. Antes del contacto con el paciente
2. Antes de realizar una tarea aséptica
3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente

## Bundles de prevención basados en evidencia

### Bundle Bacteriemia Zero

Higiene máxima en inserción,  
clorhexidina, revisión diaria

### Bundle Neumonía Zero

Ventilación mecánica:  
cabecero 30–45°, higiene oral,  
presión del  
neumotaponamiento.

### Bundle ITU-Zero

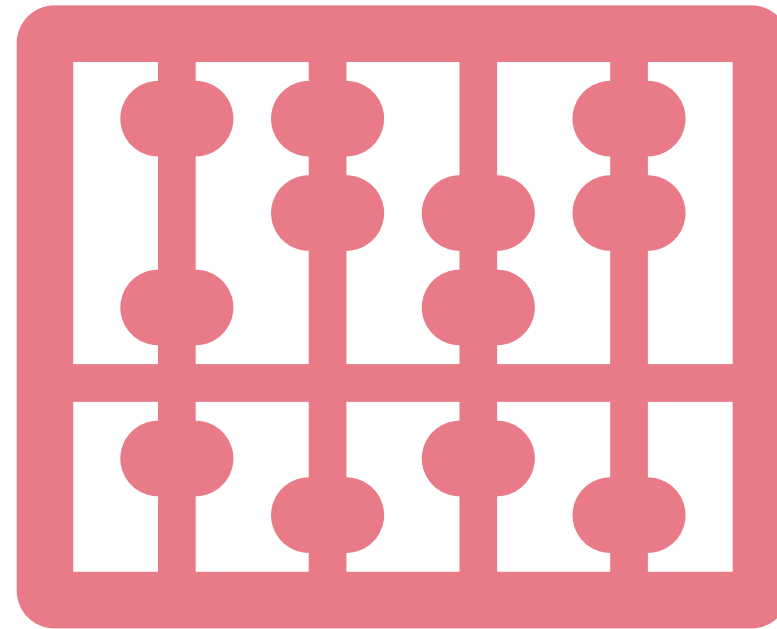
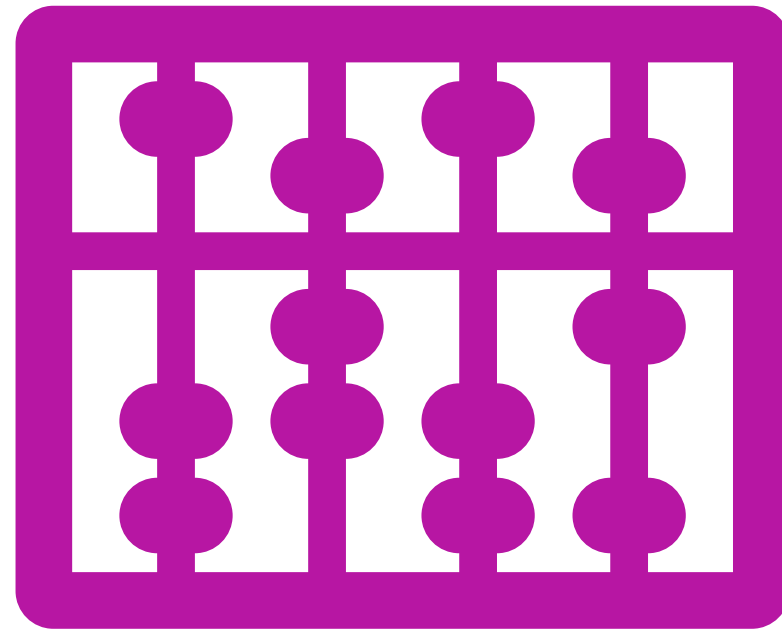
indicación revisada diariamente, retirada precoz, técnica aséptica



IPSG 6

# Prevención de Caídas en el Entorno Hospitalario

- Las caídas son el evento adverso más frecuente en hospitales.
- Hasta el **30% provocan lesiones**, siendo las fracturas de cadera en pacientes mayores especialmente devastadoras.
- Un programa robusto de prevención puede reducir las caídas hasta en un **30–40%**.





# Saber no implica implementar

- Esta es la brecha más crítica en seguridad del paciente.
- La evidencia científica sobre las IPSTG existe y es sólida.
- Sin embargo, la distancia entre lo que *sabemos* que funciona y lo que *hacemos* sistemáticamente en la práctica clínica puede superar los **17 años** (Balas & Boren, 2000).





## CFIR:

El **Consolidated Framework for Implementation Research** (CFIR) ayuda a diagnosticar qué factores del contexto facilitarán u obstaculizarán la implementación *antes* de comenzar. Aplicarlo evita intervenciones bien diseñadas que fracasan por ignorar la realidad local.

# CFIR:



## Intervenciones características

- Fuente de intervención
- Fuerza y calidad de la evidencia
- Ventaja relativa
- Adaptabilidad
- Capacidad de prueba
- Complejidad
- Calidad del diseño y entrega
- Costo

## Procesos

- Planear
- Comprometer
- Ejecutar
- Reflexionar y Evaluar

- Conocimientos y creencias
- Eficacia
- Estadios individuales de cambio
- Identificación con la organización
- Otros atributos personales



MARCO ERIC

# ERIC: Estrategias para Facilitar la Implementación

- *Expert Recommendations for Implementing Change*
- **73 estrategias concretas** para superar las barreras identificadas en el CFIR.

## Formación y Capacitación

Educación clínica interactiva, simulación, formación en cascada (train-the-trainer), materiales adaptados al perfil del equipo.

## Champions e Influencia Social

Identificar y empoderar a líderes de opinión locales. El cambio de pares es más efectivo que las directrices verticales.

## Audit & Feedback

Retroalimentación periódica de datos de cumplimiento al equipo. La visualización de tendencias propias genera motivación intrínseca.

## Rediseño del Sistema

Modificar procesos, flujos de trabajo y entorno físico para que la conducta segura sea la opción más fácil y natural.

# RE-AIM: Evaluar el Impacto Real de la Implementación





# **Vamos a analizar una situación: Aumentar en un 30% la adherencia a la higiene de las manos**

## **Consigna:**

- Identificar dentro del marco conceptual cuáles son los factores modificables y los no modificables**
- Elegir uno de cada aspecto del contexto**
- Proponer una estrategia de mejora**



## Ambiente externo

- Necesidades del paciente y recursos
- Cosmopolitanismo
- Presión por pares
- Políticas externas e incentivos



- **Características estructurales**
- **Comunicaciones y redes sociales**
- **Cultura**
- **Clima**
- **Preparación**



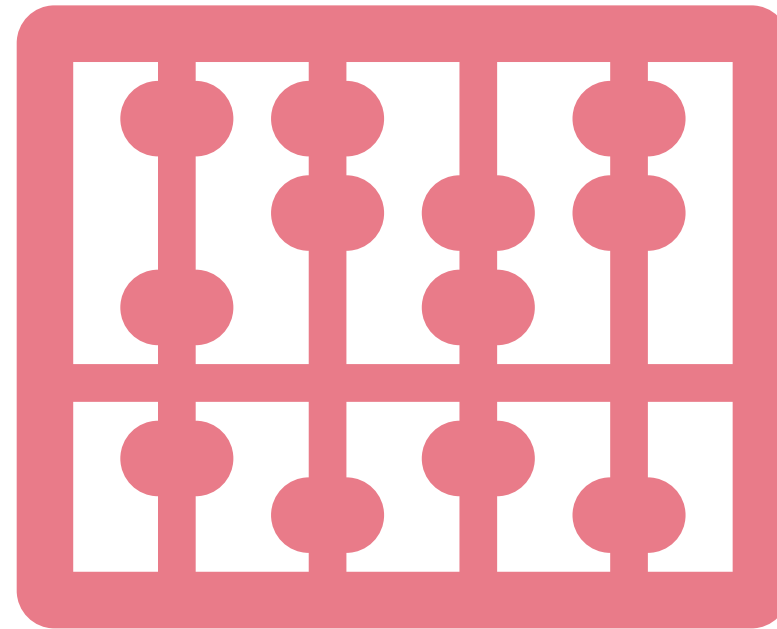
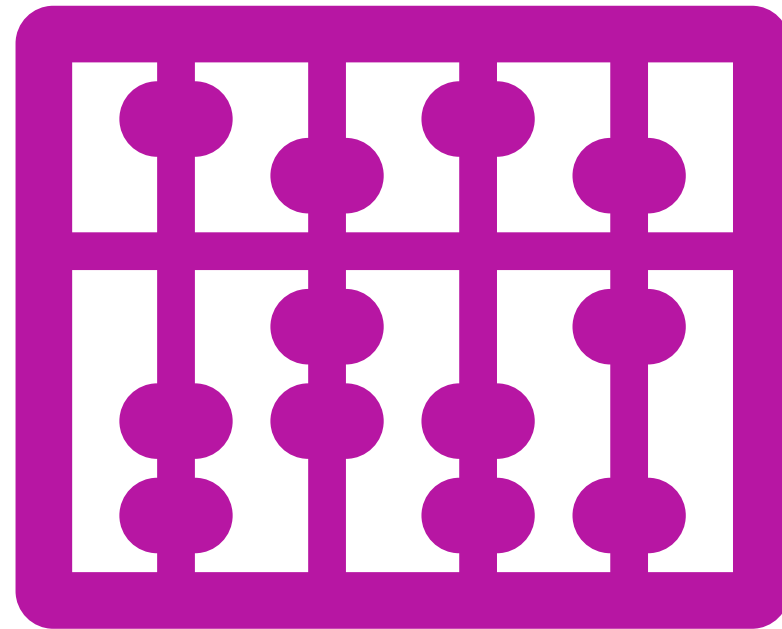
## Procesos

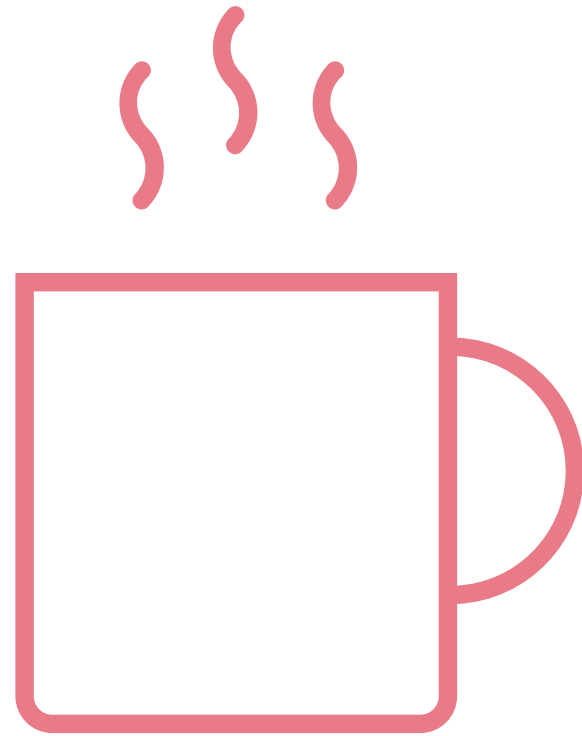
- Planear
- Comprometer
- Ejecutar
- Reflexionar y Evaluar

## Intervenciones características

- Fuente de intervención
- Fuerza y calidad de la evidencia
- Ventaja relativa
- Adaptabilidad
- Capacidad de prueba
- Complejidad
- Calidad del diseño y entrega
- Costo

- Conocimientos y creencias
- Eficacia
- Estadios individuales de cambio
- Identificación con la organización
- Otros atributos personales







# HRO: Organizaciones de Alta Fiabilidad

## Los 5 Principios HRO (Weick y Sutcliffe)

- 1. Preocupación por el fracaso:** tratar los casi-errores como señales de alerta
- 2. Resistencia a la simplificación:** buscar la complejidad real del problema
- 3. Sensibilidad a las operaciones:** los líderes conocen el trabajo en primera línea
- 4. Compromiso con la resiliencia:** capacidad de recuperarse del error
- 5. Deferencia a la experiencia:** la autoridad va con el conocimiento, no con la jerarquía



# Diseño de Sistemas Seguros: Haciendo lo Correcto, lo Más Fácil

## Principios de Diseño Seguro

- **Forcing Functions (Restricciones físicas)**

Hacer imposible el error: conectores incompatibles para distintas vías, bloqueos de sistema informático para dosis fuera de rango.

- **Redundancia y Capas de Defensa**

El modelo del queso suizo de Reason: múltiples barreras para que los fallos no lleguen al paciente aunque una capa falle.

- **Estandarización de Procesos**

Protocolos, checklists y bundles que reducen la variabilidad y la dependencia de la memoria individual.

# Jerarquía de efectividad de intervenciones

De mayor a menor efectividad para prevenir errores:

1. **Eliminación del riesgo** (rediseño del proceso)
2. **Restricciones físicas** (forcing functions)
3. **Automatización** (alertas en prescripción electrónica)
4. **Estandarización** (protocolos y checklists)
5. **Señalización** (etiquetado, colores, alertas)
6. **Capacitación y memoria** (la menos fiable)



**Volvamos a analizar la situación: Aumentar en un 30%  
la adherencia a la higiene de las manos**

**¿Qué harían diferente?**



MEDICIÓN

# Indicadores: Lo que no se Mide no se Mejora

## Qué es un indicador






Es una medida elegida porque representa lo que queremos medir, se puede medir con facilidad, existen herramientas que siempre los medirán en forma confiable, miden lo que quiero cambiar.



**Ejemplos de indicadores y su puesta a prueba**



# Indicadores: Lo que no se Mide no se Mejora

-  **Alineados a objetivos estratégicos** (seguridad, calidad, valor)
-  **Relevantes y accionables** (permiten tomar decisiones)
-  **Oportunos** (información en tiempo útil)
-  **Comprensibles para los equipos**
-  **Integrados en ciclos de mejora** (medir → analizar → actuar → re-medición)



# Indicadores: procesos y resultados

## Indicadores de proceso: ejemplos

### *¿Estamos haciendo lo que acordamos hacer?*

- % de pacientes con brazalete de identificación correcto (IPSG 1)
- % de órdenes verbales con readback documentado (IPSG 2)
- % de medicamentos de alto riesgo con doble chequeo registrado (IPSG 3)
- % de checklists quirúrgicos completados (IPSG 4)
- % de cumplimiento de los 5 momentos de higiene de manos (IPSG 5)
- % de pacientes con evaluación de caídas al ingreso (IPSG 6)



MEDICIÓN

# Indicadores: procesos y resultados

Indicadores de resultado: ejemplos

*¿Está cambiando la seguridad real del paciente?*

## Tasa de eventos adversos

Eventos notificados por 1.000 días de estancia

## Tasa de infecciones IAAS

Por 1.000 días de dispositivo (CVC, VM, sonda)

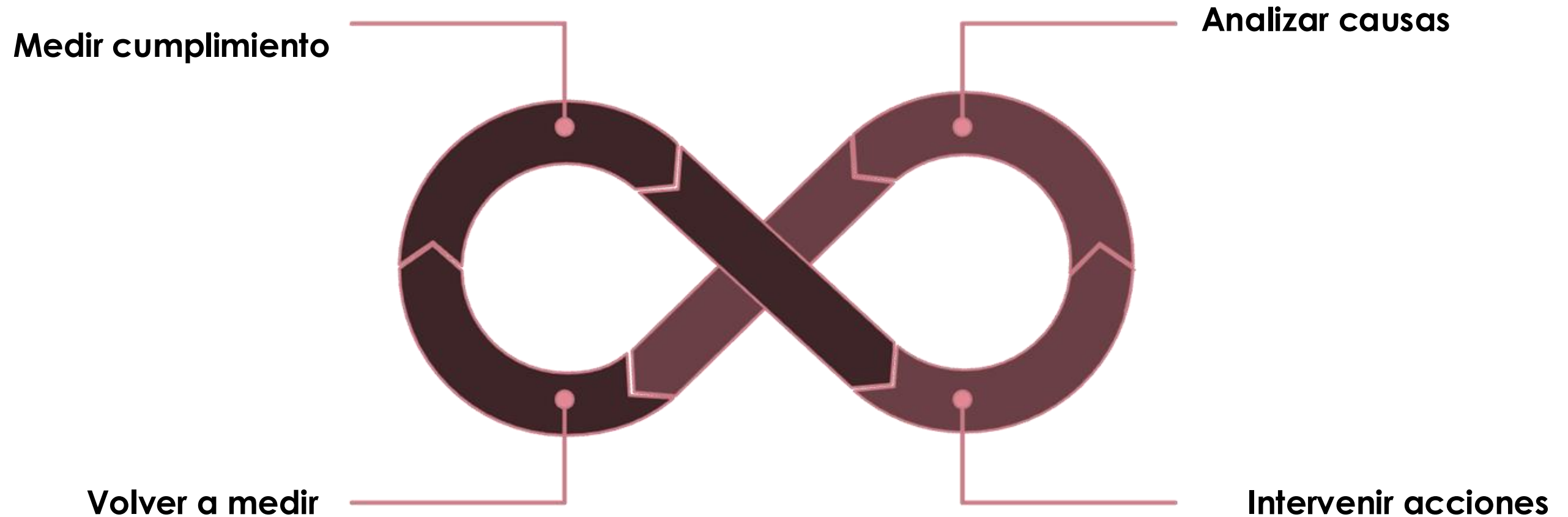
## Tasa de caídas con lesión

Caídas con daño por 1.000 días de estancia



# Auditoría, Retroalimentación y Tableros de Seguridad

## Ciclo de Auditoría Clínica





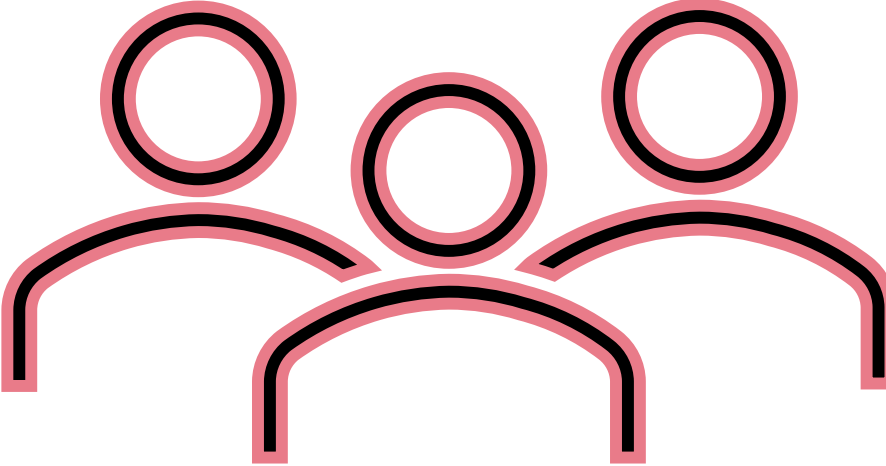
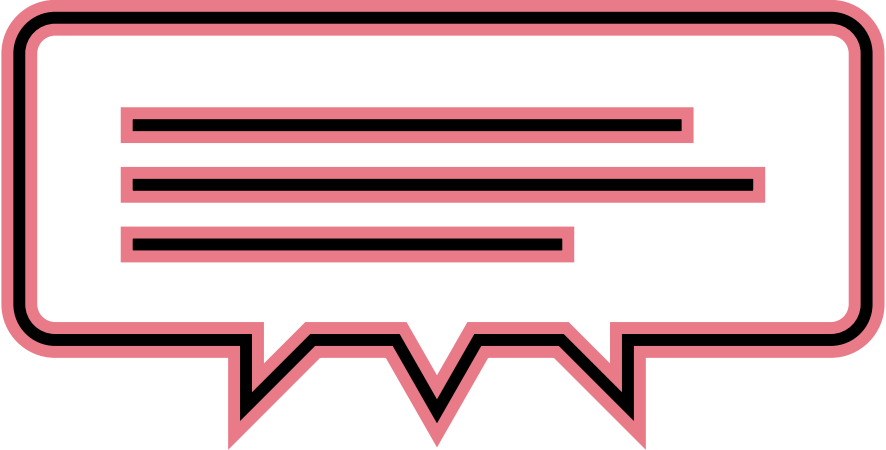
## Conclusiones

 **Las IPSPG son un sistema, no una lista**

 **La implementación vale más que el conocimiento**

 **Sin medición no hay mejora real**

 **La cultura es el sustrato de todo**





# Referencias

## AHRQ — Making Healthcare Safer IV (2025)

Agency for Healthcare Research and Quality. *Making Healthcare Safer IV: Summary of findings on patient safety practices and ratings by a technical expert panel, 2024–2025.*

U.S. Department of Health and Human Services.

[https://doi.org/10.23970/AHRQEPC\\_MHS4YEAR2](https://doi.org/10.23970/AHRQEPC_MHS4YEAR2)

## Protocolos estructurados de traspaso — AHRQ (2025)

Shekelle, P.G., Motala, A., & Lawson, E. (2025). *Use of structured handoff protocols for intrahospital within-unit transitions: Making Healthcare Safer IV Rapid Review.* Agency for Healthcare Research and Quality.

## OMS — Plan de Acción Global 2021–2030

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud.*

Ginebra: OMS. ISBN 978-92-4-006250-4.

## Monitorización del paciente para prevenir el deterioro — AHRQ (2024)

Winters, B.D., Rosen, M., Sharma, R., Zhang, A., & Bass, E.B. (2024). *Patient monitoring systems to prevent failure to rescue: Making Healthcare Safer IV.* Agency for Healthcare Research and Quality.



*gracias*

[vrodriguez@iecs.org.ar](mailto:vrodriguez@iecs.org.ar)

Conocé TGHN LAC  
aquí

