

---

## OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD

---

### NOTA TÉCNICA N° 11/2018

## RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN O REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN ABIERTA

### I. Introducción

La garantía de calidad, constituye la cuarta garantía establecida en la Reforma de Salud del año 2005, que determina que las prestaciones del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), deben ser otorgadas por un prestador institucional de salud acreditado. La condición de “acreditado” de los prestadores institucionales se logra con el cumplimiento de los requisitos incluidos en los diversos Estándares Generales de Acreditación y sus respectivos Manuales y Pautas de Cotejo. En los Manuales, tanto para los prestadores de atención cerrada y abierta, en el ámbito “Gestión Clínica” (característica GCL 2.3 y GCL 2.2, respectivamente) se exige que el prestador que desee acreditarse realice vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención, que cuente con un procedimiento de reporte y el análisis de los eventos centinelas ocurridos. Por otra parte, la Ley 20.584 de 2012, en su 4° artículo establece que: *“Toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.”*

Ambos hitos, exigen a cada prestador institucional implementar un sistema de vigilancia y de notificación de eventos adversos, la cual frecuentemente es liderada por los profesionales Encargados de Calidad, apoyándose en las recomendaciones existentes en la literatura y las directrices que otorga la normativa vigente. Esta Nota Técnica contiene recomendaciones y ejemplos con el fin de contribuir a la creación y el desarrollo de tales sistemas en las instituciones, con definiciones atinentes a los contextos clínicos-asistenciales de la atención ambulatoria respecto a los eventos adversos y centinela, considerando orientaciones descritas en la literatura actual y respaldada por organizaciones internacionales.

## II. Epidemiología de los eventos adversos en la atención abierta o ambulatoria

Existe variabilidad respecto a la frecuencia de eventos adversos que se presentan en la atención abierta o ambulatoria en la información (reportes, estudios) disponible en la actualidad, ya sea por la diversidad de la taxonomía utilizada o los distintos tipos de registro e instrumentos de recolección de información de dichos eventos. Por otra parte, en general los estudios con mayor participación se refieren a la realidad de la atención primaria como sinónimo de atención ambulatoria, situación que no es del todo consistente con nuestra realidad país, pues el nivel primario de atención gestionado por el sistema público, adopta en una gran parte de las instituciones el modelo de atención de salud familiar, coexistiendo con la atención ambulatoria provista por redes nacionales de atención de prestadores privados de atención abierta, que entregan diversas prestaciones, incluyendo la atención médica de especialidades.

Tomando en cuenta estas consideraciones y con el fin de obtener una visión general de la dimensión de la problemática de los eventos adversos podemos mencionar los siguientes estudios, que sirven como datos referenciales en relación a lo que podría estar ocurriendo en nuestro país.

### **1. Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria: APEAS, España, 2008 (1).**

Participaron 48 Centros de Atención Primaria. La prevalencia de eventos adversos por consultas fue de 11.8% (total de 96.047 consultas que involucraron 2.059 notificaciones). En el 48,2% de los casos los eventos adversos estaban relacionados con la medicación, 25,7% con los cuidados, 24,6% con la comunicación del equipo de salud, 13,1% con el diagnóstico, 8,9% con la gestión y en un 14,4% se determinaron otras causas. Se identificó una mayor prevalencia de eventos adversos en los pacientes con patologías crónicas (fundamentalmente Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo 2).

### **2. Eventos Adversos en Atención Primaria de Reino Unido, 2013 (2).**

Uno de los mayores estudios epidemiológicos respecto a eventos adversos en atención primaria. Constituye una cohorte representativa de la población atendida en atención primaria a nivel nacional, la cual fue seguida por 9 años (n=74.763). La incidencia de eventos adversos fue de 8 eventos por cada 10.000 consultas. (6 por cada 1000 personas/año). 72% de los eventos adversos se encontraban con mayor frecuencia en los grupos clasificados como quirúrgicos (infección, dolor) y medicación. Se identificaron como factores de riesgo de la ocurrencia de un evento adverso una mayor edad de los usuarios y un mayor número de consultas previas.

**3. Frecuencia de eventos adversos en la atención ambulatoria en países latinoamericanos: estudio AMBEAS/PAHO, 2015** (3). Cohorte de cuatro países de latinoamericanos (México, Perú, Brasil, Colombia) La prevalencia de eventos adversos en 6 meses fue de 5.2% (108 en 2080 pacientes). 73% de los EA fueron clasificados como “relacionados con la medicación” (RAM, errores de prescripción), seguido de fallos en la comunicación entre los profesionales y profesional-paciente.

En Chile no existe un estudio a nivel nacional que nos permita conocer incidencia o prevalencia de eventos adversos en atención primaria o en prestadores de atención ambulatoria. Podemos extrapolar datos de la literatura internacional a la realidad nacional: la prevalencia en los estudios mencionados fluctúa entre un 5.2% a un 11.8%. En el caso inglés, se describe una incidencia de 8 eventos por cada 10.000 consultas, si consideramos que para el 2013, según datos del Ministerio de Salud (4) se realizaron un total de 15.293.792 de consultas de atención primaria a nivel nacional, en Chile esta incidencia en términos de números absolutos reflejaría la ocurrencia de **122.350 eventos adversos en la atención primaria en dicho año.**

### III. Tipos de eventos adversos en la atención ambulatoria

El proceso clínico asistencial varía según el nivel de atención, lo cual determina diferentes riesgos clínicos y por ende distintos tipos de eventos adversos relacionados con la atención en salud. Desde esta perspectiva los eventos adversos más frecuentes en cada nivel son (5):

- **Atención Abierta/Ambulatoria:** eventos relacionados con la medicación y diagnóstico (retraso/error).
- **Atención Cerrada:** eventos relacionados con las infecciones asociadas a la atención en salud, procesos quirúrgicos, patología tromboembólica, errores asociados a la medicación.

Lo anterior es importante al considerar el diseño de un sistema reporte de eventos adversos, pues lógicamente la vigilancia deberá encontrarse orientada a aquellos eventos descritos como más probable de aparición según el nivel de atención.

Existen algunos factores inherentes a la atención ambulatoria y particularmente a los modelos de atención primaria que han sido descritos en la literatura y que dan cuenta de porque los eventos relacionados con la medicación y el diagnóstico cobran particular relevancia en este contexto. Por una parte recordemos que la atención primaria o ambulatoria es la puerta de entrada al sistema de salud, por lo tanto recibe un alto flujo de pacientes con numerosas y diversas patologías, a mayor cantidad de consultas y mayor diversidad clínica existe un mayor riesgo de ocurrencia de un evento adverso. En nuestro país, la atención primaria otorga prestaciones a poblaciones con alta proporción de adultos mayores, existiendo 6 veces más riesgo de ocurrencia de un evento adverso en el grupo etario de 65-84 años, grupo que además tradicionalmente es usuaria de diversos medicamentos, ocurriendo la “polifarmacia” o “polimedicación”, lo que incide en un mayor riesgo de incidentes de seguridad relacionado con fármacos. Mención especial debe hacerse de aquellos Centros de Atención Primaria y Atención Abierta que otorgan sus servicios a comunidades particularmente vulnerables o de bajos niveles socioeconómicos, pues la evidencia demuestra un mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos en dichos estratos (1-3).

#### IV. Características de un buen sistema de reporte y /o notificación de eventos adversos en salud

Primero, es importante establecer cuáles son los objetivos primordiales que debemos esperar que cumpla la información recopilada por un sistema de reporte y/o notificación de eventos adversos (6).

El primero es la **DESCRIPCIÓN** del evento. Es decir, lo que sucedió, lo cual puede ir acompañado de diversa información que incluya las características del paciente (edad, género, etc.), las características del suceso (observaciones, características clínicas, clasificación inicial del evento), la localización (dónde ocurrió el suceso), personas involucradas (médico tratante, varios profesionales, familiares, etc.), cómo fue detectado el evento y las acciones inmediatas que se tomaron para resolver la situación.

El segundo objetivo a satisfacer por parte de la información recopilada por el sistema de reporte es que dé respuesta a **PORQUÉ** ocurrió el evento, identificando las causas, los factores contribuyentes y los que mitigaron el daño.

Finalmente el sistema debería incluir información respecto a un tercer objetivo, el cuál es que existan **MEDIDAS CORRECTIVAS**, es decir se describa la reacción al evento, lo cual puede incluir la identificación de puntos críticos en un proceso, la revisión de procedimientos clínicos, así como de requerimientos administrativos, de capacitación u infraestructura para prevenir la ocurrencia de sucesos similares y minimizar el impacto.

En un estudio en hospitales de América Latina un panel de expertos (7) identificó algunos elementos claves en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos, entre las más importantes encontramos:

##### 1. Que el sistema se encuentre orientado a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente

Que un sistema de reporte esté orientado a la mejora continua, significa en términos prácticos que constituye una plataforma de aprendizaje y **no un elemento que puede utilizarse punitivamente**. Esto es fundamental para promover el reporte y notificación de eventos adversos y es de responsabilidad institucional dejar en claro a todo el personal que el objetivo es contribuir a mejorar la seguridad de las atenciones y por lo tanto el análisis que se realice de la información recopilada

Será enfocado de manera sistémica y no en la búsqueda de responsabilidades individuales. Para esto es de gran utilidad resguardar la confidencialidad de quien reporta o notifica un evento. El que el **reporte se realice de manera anónima** es una recomendación ampliamente avalada por la literatura e instituciones referentes en seguridad asistencial (6-10), ya que es una señal clara de que el objetivo de la recolección de información tiene mayor relación con detectar fallas o deficiencias en un determinado proceso más que con las personas involucradas. Otra definición relevante es si la notificación será establecida como voluntaria u obligatoria. Ambas opciones son igual de válidas y dependerán del tipo de información que cada prestador desee recabar y del grado de desarrollo de la cultura de calidad y seguridad a nivel local. En general al implementar un sistema de notificación y/o reporte de eventos adversos se recomienda que exista notificación obligatoria de eventos adversos, particularmente aquellos de relevancia epidemiológica por su gravedad o que deben vigilarse por normativa. Cuando existe un sistema de reporte de eventos adversos consolidado, utilizado ampliamente en la institución, puede establecerse la voluntariedad de notificación, pero particularmente para incidentes de seguridad o aquellos eventos que no llegaron a generar daño en el paciente pero igualmente constituyen una fuente de aprendizaje y mejora.

## 2. Que exista un mecanismo de retroalimentación de la información a los profesionales

Este atributo es fundamental pues contribuye a la sustentabilidad de un sistema de notificación y reporte de eventos adversos. El prestador puede establecer que se generarán informes con determinada periodicidad, los cuáles serán difundidos al interior de la institución. Estos informes idealmente deben contener una breve descripción epidemiológica de los eventos adversos notificados, el análisis realizado y las acciones de mejora implementadas. Por otra parte, es muy importante que exista un mecanismo que permita a la persona que notificó, realizar un seguimiento de su reporte, resguardando la confidencialidad de su identificación, desde el reporte hasta la finalización de todo el procedimiento que involucre dicha notificación.

## 3. Qué exista terminología claramente definida, explícita y conocida por quien puede reportar

Esto es fundamental pues permite la estandarización de la información recopilada y que las personas utilicen de manera adecuada el sistema de reporte. Un punto crítico es la capacitación y divulgación de la terminología al interior del prestador. La definición de evento adverso, incidente de seguridad o cualquier otro término es recomendable que también esté disponible junto al formulario de reporte, ya sea este on-line o papel. Es de mucha utilidad, acompañar dichas definiciones de ejemplos, contextualizándolas a la realidad local.

## 5. Qué existan metodologías de análisis de la información claramente definidas

Todas las notificaciones deben sistemáticamente someterse al mismo análisis, ya que esto permite resguardar la objetividad en la interpretación de los resultados obtenidos.

Existen diversas metodologías descritas en la literatura para efectuar este análisis: Análisis modal de fallos y efectos (AMFE), análisis causa-raíz, protocolo de Londres, etc.

## V. Definiciones y ejemplos de eventos adversos en atención abierta o ambulatoria

Si bien aún no existe una definición única y estandarizada de evento adverso, entregamos las siguientes definiciones orientadas a facilitar la identificación y reporte de ellas, basándonos en la taxonomía utilizada por organizaciones internacionales y la literatura disponible (6, 8,9).

**Evento Adverso:** Es un suceso inesperado e imprevisto que **causa incapacidad y/o daño al paciente**, que se deriva de la atención en salud o de la falta de atención y no de la enfermedad de base del paciente. Un evento adverso podrá ser leve, moderado o grave dependiendo del daño que ocasione al paciente y las acciones requeridas para su mitigación.

- **Evento adverso grave:** corresponde a un **EVENTO CENTINELA**, ya que ocasiona un daño severo al paciente, muerte, incapacidad funcional permanente o de larga evolución. Requiere de hospitalización para su manejo o de una intervención quirúrgica.
- **Evento adverso moderado:** ocasiona un daño moderado o incapacidad transitoria, Puede requerir hospitalización o atención en una Unidad de Urgencias para su manejo.
- **Evento adverso leve:** Ocasiona incapacidad leve que puede requiere observación pero no de hospitalización para su manejo.

**Incidente de seguridad del paciente:** Es un suceso inesperado e imprevisto relacionado con la atención en salud que **no** produce daño ni incapacidad al paciente.

A continuación enumeramos algunos ejemplos de eventos adversos que pueden presentarse en la atención abierta y/o ambulatoria, considerando como referencia los puntos de verificación que figuran en la pauta de cotejo del Estándar para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Abierta en la característica que exige se realice vigilancia de dichos eventos. Algunos debido a su gravedad y manejo se clasifican inmediatamente como eventos centinelas.



## Algunos ejemplos de eventos adversos en atención abierta

*Es importante recordar que este listado constituye un ejemplo y que de ninguna manera determinan que obligatoriamente los prestadores deban incluirlos en sus protocolos pues este es un documento ilustrativo.*

### CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

CIRUGÍA AL PACIENTE EQUIVOCADO (CENTINELA).

CIRUGÍA DEL LADO EQUIVOCADO (CENTINELA).

### PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA O RESPIRATORIA DEL PACIENTE PRODUCTO DE SEDACIÓN PARA ENDOSCOPIA, QUE REQUIERE MANEJO FARMACOLÓGICO O DE VÍA AÉREA.

PERFORACIÓN INSTRUMENTAL DE TRACTO DIGESTIVO (CENTINELA).

HEMORRAGIA INESPERADA TRAS PROCEDIMIENTO.

### IMAGENOLOGÍA

DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA O RESPIRATORIA DEL PACIENTE PRODUCTO DE SEDACIÓN QUE REQUIERE DE MANEJO FARMACOLÓGICO O DE VÍA AÉREA.

REACCIÓN ALÉRGICA A MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO.

EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE POR VÍA VENOSA QUE CAUSA FLEBITIS.

RETRASO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA (AGUDA O CRÓNICA) POR OMISIÓN EN NOTIFICACIÓN DE RESULTADO CRÍTICO.

### FARMACIA

DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA DE BASE DEL PACIENTE POR DISPENSACIÓN DE FÁRMACO EQUIVOCADO.

REACCIÓN ALÉRGICA POR PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÁRMACO EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ALERGIA PREVIA.

DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA DE BASE DEL PACIENTE POR PRESCRIPCIÓN ERRÓNEA DEBIDO A LA NO CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

RETRASO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA POR OMISIÓN EN LA NOTIFICACIÓN DE BIOPSIA ALTERADA.

RETRASO DIAGNÓSTICO POR PÉRDIDA DE CITOLÓGICO DEBIDO A ERROR EN IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA.

RETRASO DIAGNÓSTICO POR PÉRDIDA DE LA MUESTRA DURANTE TRANSPORTE A UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

## TRANSPORTE

LESIÓN DEL PACIENTE POR CAÍDA DESDE CAMILLA DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA.

COMPLICACIÓN DE CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE POR RETRASO EN TRASLADO DEBIDO A FALLA POR FALTA DE MANTENCIÓN DEL MÓVIL.

## DENTAL

EXODONCIA DE PIEZA INCORRECTA (CENTINELA).

HEMORRAGIA INESPERADA TRAS PROCEDIMIENTO.

DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE QUE REQUIERE DERIVACIÓN TRAS ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA.

LESIÓN NEUROLÓGICA TRAS ADMINISTRACIÓN ANESTESIA REGIONAL.

LESIÓN DEL PACIENTE POR CAÍDA DESDE SILLÓN DENTAL.

## URGENCIAS

DESCOMPENSACIÓN DE CUADRO CLÍNICO EN TRATAMIENTO POR ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE FÁRMACO ERRÓNEO.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE PATOLOGÍA POR IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE ÓRDENES DE EXÁMENES.

DESCOMPENSACIÓN DE CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE EN SALA DE ESPERA POR OMISIÓN EN CATEGORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN O CATEGORIZACIÓN INCOMPLETA/INADECUADA.

LESIÓN DEL PACIENTE POR CAÍDA DESDE CAMILLA.

COMPLICACIÓN DE CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE POR FALLA EN LA OPORTUNIDAD DE TRASLADO A CENTRO DE MAYOR RESOLUTIVIDAD.

LESIÓN DEL PACIENTE POR FALLA O COMPLICACIÓN EN LA INSTALACIÓN DE DISPOSITIVO (SONDA FOLEY, Sonda NASOGÁSTRICA)

## VI. Datos mínimos recomendados a registrar en el sistema de reporte

Existen algunas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud establecidas en su Informe “MINIMAL INFORMATION MODEL FOR PATIENT SAFETY”(10), que identifican algunas categorías de información imprescindible que debe recopilarse para el reporte o notificación del evento;

### Información acerca de la identificación del evento

- **Paciente:** la persona afectada por el evento. La privacidad del paciente no debe verse afectada por la información recogida en el sistema de reporte por lo que se recomienda registrar sólo edad y género.
- **Fecha y hora de ocurrencia del evento** (o en su defecto, cuando éste fue detectado)
- **Lugar de ocurrencia:** se recomienda registrar lugares genéricos y no especificar. Ejemplo: Unidad de Urgencias, no es necesario agregar información acerca del box u otra información particular.
- **Agentes involucrados:** puede ser un producto, un dispositivo, medicamento, personas, etc.

### Tipo de evento

Según las definiciones establecidas y divulgadas por la institución, por ejemplo puede corresponder a un **evento adverso leve, moderado o grave**, o eventualmente a un incidente de seguridad del paciente.

### Resultado del evento

Describir cualquier tipo de impacto que haya generado el evento tanto en el paciente como en el personal.

En ocasiones este tipo de información se completará en la medida también que se realice el análisis del evento y del daño provocado. Es importante que la clasificación final del evento incluya la identificación de él con su resultado o impacto, a modo de ejemplo un evento inicialmente puede ser reportado como “extravío de biopsia”, pero finalmente el evento adverso quedara identificado como “Retraso diagnóstico por extravío de biopsia”, lo que lógicamente contextualiza el impacto del evento.

### **Acción resultante**

Describir toda acción inmediata o mediata relacionada al paciente o al personal que fue originada por el evento reportado.

### **Reportante**

Se recomienda sólo identificar estamento de quién reporta de manera genérica: personal de salud, administrativo, etc.

**Dado que algunos de los campos requieren descripciones que pueden prolongarse, es muy recomendable que el sistema incorpore un acápite de texto libre, que permita a quien reporta explayarse si lo desea.**

## VIII. Ideas claves para la adecuada implementación de un sistema de reporte de eventos adversos

- ✓ El reporte puede establecerse como **voluntario u obligatorio**. En la etapa de implementación se recomienda establecer un reporte obligatorio, un reporte voluntario es de mayor utilidad en sistemas ya consolidados y en la que la información reportada corresponde a incidentes (sucesos sin daño al paciente).
- ✓ El sistema debe acompañarse de **políticas no punitivas respecto** al reporte y confidencialidad de la información reportada.
- ✓ La institución puede establecer qué tipo de eventos serán los reportados (todos, centinelas, establecidos por normativa, etc.). A **mayor información reportada, mayor insumo para el aprendizaje** y la mejora del propio sistema.
- ✓ **Todo el personal de la institución debe tener la posibilidad de reportar**, no debe restringirse esta posibilidad solamente a los profesionales o equipo de salud.
- ✓ La incorporación del **paciente y sus familiares** como reportantes debe considerarse en **etapas consolidadas** del sistema.
- ✓ El sistema de reporte y notificación de eventos adversos debe funcionar en **vías completamente independientes** a los reclamos, acciones disciplinarias, quejas administrativas, etc.
- ✓ **El anonimato de quien reporta debe ser garantizado y resguardado por la institución.**
- ✓ El análisis de la información recolectada a través del sistema debe ser **periódicamente difundido al interior de la institución con** el fin de que constituya un recurso de aprendizaje y mejora para todo el personal y la institución.

## Referencias

1. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. España. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
2. Tsang, Carmen et cols. "Adverse Events Recorded in English Primary Care: Observational Study Using the General Practice Research Database." *The British Journal of General Practice* 63.613.2013.
3. Montserrat-Capella Dolors et cols. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study .*International Journal for Quality in Health Care*. 27(1). 2015.
4. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores Básicos de Salud Chile 2013. Disponible en: [www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf)
5. Luke Slawomirski et cols. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level. Informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico (OCDE). 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
6. Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. Report of the reporting and learning subgroup of the European Commission. Patient Safety and Quality of Care working group. 2014. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psgcwg\\_reporting\\_earningsystems\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psgcwg_reporting_earningsystems_en.pdf)
7. Mira JJ et cols. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 33(1). 2013.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009. 2009. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)



**Chile  
mejor**



Observatorio de Calidad en Salud  
Intendencia de Prestadores

9. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006. Disponible en: [www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf)

10. Preliminary versión of Minimal Information Model for Patient Safety. Working Paper. World Health Organization. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS\\_working-paper.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS_working-paper.pdf)



**Chile  
mejor**



Observatorio de Calidad en Salud  
Intendencia de Prestadores

## Nota

Documento elaborado por la Unidad de Asesoría Técnica de la Intendencia de Prestadores, agradecemos la valiosa colaboración de los profesionales de atención primaria de la Municipalidad de Valdivia y a quienes respondieron nuestra encuesta sobre Sistemas de Reporte y Notificación de Eventos Adversos en Atención Abierta pues dicha información sirvió como insumo para esta Nota Técnica.

Consultas y comentarios: [observatorio@superdesalud.gob.cl](mailto:observatorio@superdesalud.gob.cl)