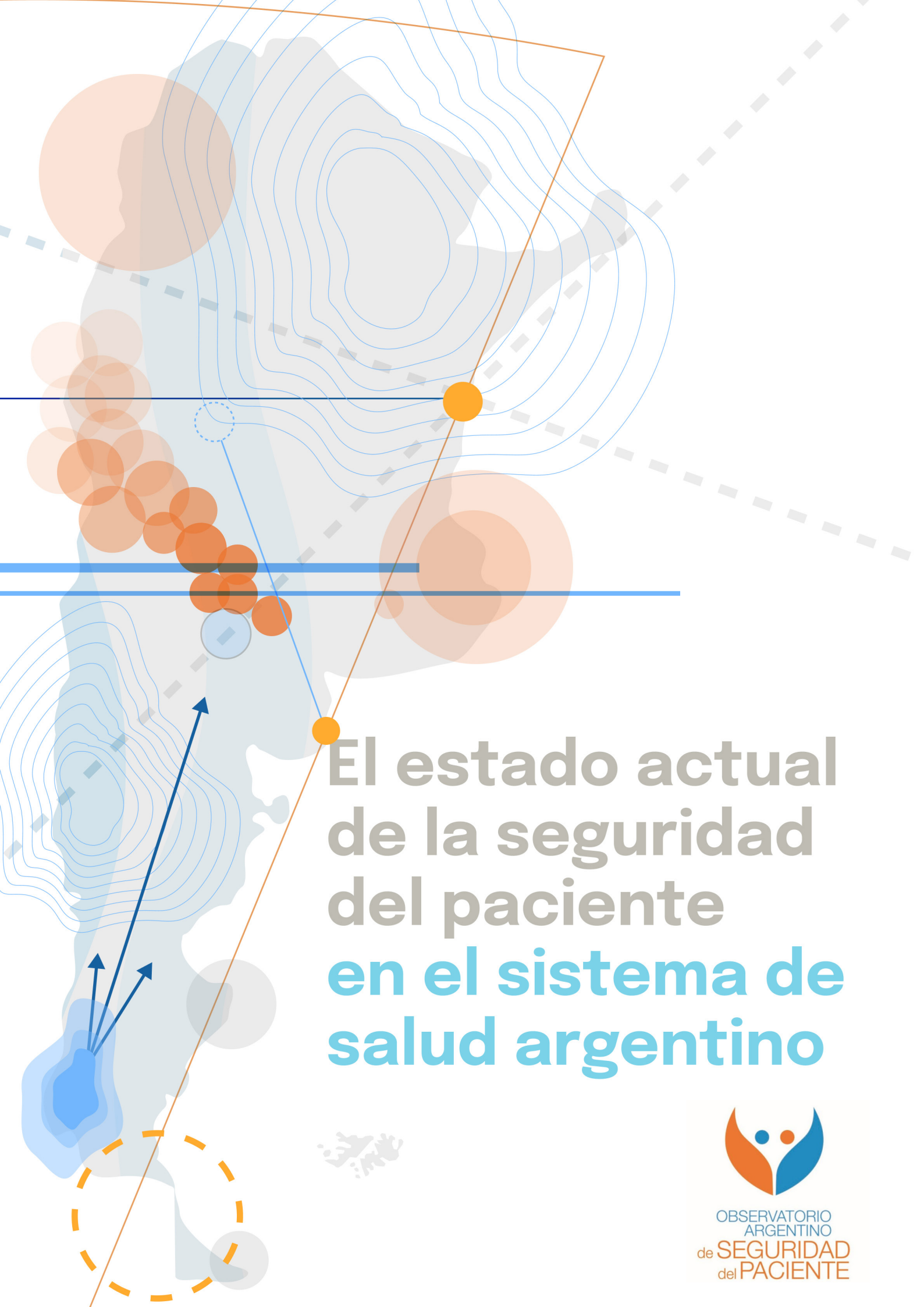




El estado actual de la seguridad del paciente en el sistema de salud argentino

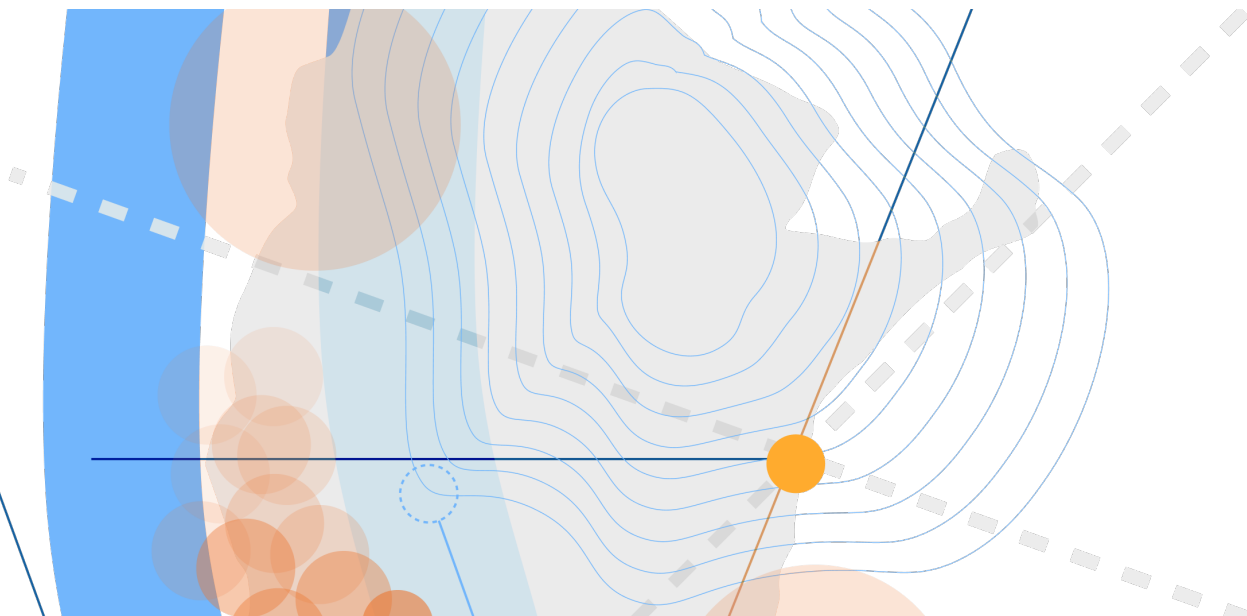
Sobre el Observatorio Argentino en Seguridad del Paciente

El Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente es una iniciativa impulsada por más de 50 expertos desde 2022. Se ubica en el marco del Foro Colaborativo Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud, agrupación que lidera el tópico de la calidad en salud desde 2010.

El propósito del Observatorio es observar, medir y promover la generación de información y evidencia sobre seguridad del paciente en el sistema de salud argentino, y constituirse como un espacio de referencia para la incidencia en políticas públicas y la difusión de capacitaciones, datos e iniciativas en todos los niveles de atención.

El Observatorio parte de la premisa de que los esfuerzos individuales en seguridad del paciente deben articularse de manera colaborativa para alcanzar mayor impacto, promoviendo un cambio cultural que trascienda lo punitivo y se centre en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. Su último objetivo es que la atención sanitaria segura sea una realidad para todos quienes acceden al sistema de salud en la Argentina.

Más información en <https://cicsp.org/observatorio-argentino-de-seguridad-del-paciente/>



Índice

Resumen Ejecutivo	5
Introducción	8
Objetivos	9
Metodología	10
Resultados	15
• Contexto de legislación en la República Argentina	15
• Distribución por jurisdicción de los indicadores reportados	17
• Resultados por áreas específicas	20
◦ Infecciones asociadas al cuidado de la salud en cuidados críticos	20
◦ Seguridad en el uso de medicación	23
◦ Lesiones prevenibles durante el cuidado de la salud	26
◦ Seguridad en los procedimientos quirúrgicos	27
◦ Trombosis durante el cuidado de la salud	28
◦ Identificación correcta, comunicación y seguridad del paciente	29
• Cultura de la seguridad del paciente	31
• Personal de salud y seguridad del paciente	34
• Medición de eventos adversos en salud	36
• Iniciativa <i>Choosing Wisely</i> Argentina	39
Discusión e interpretación	41
• La seguridad del sistema de salud argentino y el contexto sanitario global y regional	41
• Oportunidades en la disponibilidad y estandarización de indicadores de Seguridad del Paciente	43
• Interpretación de los resultados	45
◦ Infecciones asociadas al cuidado de la salud en cuidados críticos:	45
◦ Seguridad en el uso de medicación: Uso optimizado de antimicrobianos	47

○ Eventos adversos asociados al uso de medicación	49
○ Lesiones prevenibles durante el cuidado de la salud	52
○ Seguridad de los procedimientos quirúrgicos	53
○ Trombosis durante el cuidado de la salud	54
○ Identificación correcta, comunicación y seguridad del paciente	55
● Cultura de la seguridad del paciente -----	57
● Personal de salud como “segundas víctimas” -----	59
● Análisis de las fortalezas -----	60
● Limitaciones -----	61
Conclusión	63
Autores	64
Agradecimientos	64
Conflicto de Interés	64
Financiamiento	64
Bibliografía	65

Resumen Ejecutivo

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles y la reducción al mínimo aceptable del riesgo de causar daño innecesario durante la atención sanitaria (1). Es decir, durante el proceso de atención pueden generarse daños no intencionales y la seguridad del paciente tiene como objetivo reducirlos al mínimo aceptable.

A nivel mundial, se estima que 1 de cada 10 pacientes experimenta algún tipo de daño durante su atención hospitalaria (2). En Argentina, si bien el sistema de salud cuenta con mayor desarrollo que el de otros países de la región, sus resultados sanitarios no son proporcionales al nivel de gasto en salud, y la fragmentación del sistema dificulta la detección, el reporte y la mejora sistemática de la calidad de la atención (3, 4). Hasta la fecha, no existía un documento que integrara la información disponible sobre seguridad del paciente a nivel nacional.

El informe del Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente surge para cubrir esa necesidad. Su objetivo principal es reunir, describir, coordinar y analizar en un único documento la evidencia disponible sobre calidad y seguridad de la atención en el sistema de salud argentino (5). Sus objetivos secundarios incluyen describir la distribución geográfica de los indicadores disponibles por provincia y relevar evidencia sobre aspectos de la seguridad del paciente en instituciones argentinas. Para ello, se utilizaron datos de los principales programas nacionales de vigilancia, VIHDA, SATI-Q y PICAM, y se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre 2018 y 2024 (6–10).

Los hallazgos se organizan a continuación por área temática, identificando en cada una la situación actual y las oportunidades de mejora que se desprenden. Los sistemas de reportes cubren algunos indicadores de resultado y se limitan a la adherencia de higiene de las manos y de la lista de verificación quirúrgica como indicadores de proceso. Las iniciativas restantes tienen expresiones aisladas de publicaciones en revistas evaluadas por pares, generadas por hospitales o grupos de hospitales, o presentaciones en congresos. Estas últimas no han sido incluidas en este informe.

Principales hallazgos

- **Cobertura territorial de los sistemas de reporte.** De las 24 jurisdicciones del país, 22 tienen al menos una institución que reporta a alguno de los programas analizados, pero la representación es marcadamente heterogénea: Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe concentran la mayoría de las instituciones, mientras que provincias como Formosa y La Rioja no registran indicadores en ninguno de los sistemas (6,8–10). Estas brechas de información dificultan la interpretación de la situación real del país con relación a la seguridad del paciente.
- **Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) en cuidados críticos.** La infección asociada a cuidados de la salud de mayor incidencia en nuestro país es la neumonía asociada a ventilación mecánica, entre 12,7 y 15,3 por 1.000 días-dispositivo en adultos (6,9). Las IACS son más frecuentes en países de medianos y bajos ingresos que en países de altos ingresos, llegando a afectar al 15% de la población admitida en hospitales según referencias internacionales (11, 12).
- **Higiene de manos.** La adherencia en unidades críticas de adultos fue del 64,2% en 2024, con valores más altos en unidades pediátricas (74,2%) y neonatales (81,6%) (13, 14). La higiene de manos es una de las medidas preventivas de mayor costo-efectividad para reducir infecciones y los datos muestran brechas que habilitan una posible mejora (13).
- **Seguridad en el uso de medicación y antimicrobianos.** A nivel nacional existe un sistema de notificación para eventos adversos no prevenibles a través del sistema de farmacovigilancia coordinado por la ANMAT (19). Sin embargo, no se cuenta con un sistema de reporte de notificación para abordar de manera sistemática los eventos prevenibles asociados al proceso de uso de medicación (prescripción, transcripción, dispensación, administración y monitoreo), aunque estudios institucionales muestran que estos son una causa frecuente de eventos adversos en salud (15–18). Incluirlos, representaría una oportunidad para aumentar la seguridad de nuestro sistema de salud. En cuanto a los antimicrobianos, al analizar el uso se observó una duración prolongada de tratamientos empíricos (7, 20, 21). La Ley 27.680 de Prevención y Control de Resistencia a Antimicrobianos establece el Plan Nacional de Acción para impulsar la mejora en este aspecto.
- **Lesiones prevenibles: úlceras por presión y caídas.** Los datos son escasos y heterogéneos entre sistemas. La incidencia de lesiones por presión reportada por los programas de vigilancia (0,7% a 1,9%) contrasta con la prevalencia del 22,5% detectada en el único estudio nacional multicéntrico de 2018. Esta diferencia debe interpretarse con cautela: mientras el estudio de 2018 incluye todas las áreas hospitalarias, los datos de PICAM no especifican áreas reportantes y los de SATI-Q corresponden exclusivamente a unidades de cuidados críticos. Las caídas se reportan con distintas definiciones y denominadores, lo que limita su comparabilidad (8–10, 23).

- **Seguridad quirúrgica.** Las instituciones que reportan a PICAM alcanzan niveles elevados de cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica (99%) (8). No existen datos nacionales sobre la implementación de la lista de verificación quirúrgica, pese a haber sido adoptada por el Ministerio de Salud desde 2012 (23–25). Generar datos nacionales sobre la implementación real de la lista de verificación es una prioridad para reducir el daño prevenible, ya que la lista de verificación podría reducir entre el 36% y el 47% de los eventos adversos (24).
- **Trombosis asociada al cuidado de la salud.** No existe vigilancia nacional sobre esta complicación. Según la evidencia disponible, la adherencia a guías de tromboprofilaxis en instituciones argentinas es subóptima (26, 27).
- **Comunicación e identificación correcta del paciente.** En Argentina, este dominio tiene escasa presencia en los sistemas de monitoreo, con datos limitados a instituciones aisladas. Dentro de la comunicación segura, la identificación correcta del paciente es una meta internacional en sí misma: los datos disponibles en estudios e indicadores de nuestro país evidencian que entre el 5% y el 14% de los pacientes internados no están correctamente identificados (8, 28–30). La falla en identificación expone a errores en procedimientos, medicación y cirugía.
- **Cultura de seguridad y personal de salud.** La cultura de seguridad del paciente no se encuentra consolidada en la mayoría de las organizaciones argentinas, a excepción de organizaciones de referencia nacional (31, 32). Las intervenciones de seguridad del paciente se encuentran más implementadas en hospitales de mayor complejidad: en un estudio se evidenció que estos promocionaban sistemas de reportes de incidentes, cultura no punitiva y análisis causa raíz de eventos graves (33). Los estudios demuestran cómo el personal de salud sufre como “segunda víctima” ante los eventos adversos en salud: más de la mitad del personal involucrado experimenta daño psicológico con escaso apoyo institucional (31, 32, 35, 36). La Ley Nicolás (Ley 27.797) de 2025 ofrece un marco normativo concreto para avanzar en las dimensiones de la cultura de seguridad de nuestro país, mediante el reporte confidencial no punitivo y la capacitación obligatoria (34).

Este primer informe del Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente establece una línea de base inédita para el país. Su valor no reside únicamente en los datos que presenta, sino en la capacidad de detectar brechas y vacancias en la información: esto permite identificar hacia dónde deben orientarse los esfuerzos colectivos de instituciones, profesionales, gestores y tomadores de decisión para garantizar que la atención sanitaria sea segura para toda la población argentina. Nuestra intención es que pueda ser confeccionado en forma recurrente y difundido entre los interesados del sistema de salud con el fin de poder contribuir a políticas públicas efectivas ante un problema de gran magnitud que afecta a sus usuarios y trabajadores.

Introducción

La **seguridad del paciente** se define como la ausencia de daños prevenibles y la reducción al mínimo aceptable del riesgo de causar daño innecesario durante la atención sanitaria (1).

Los **eventos adversos** constituyen el principal indicador de atención insegura. Son daños sufridos por el paciente, prevenibles o no prevenibles, como consecuencia de la atención y no de la enfermedad subyacente. Los más frecuentes se relacionan con errores de medicación, infecciones asociadas al cuidado de la salud, caídas, úlceras por presión y tromboembolismos venosos (2).

Se estima que 1 de cada 10 pacientes resulta dañado por la atención sanitaria y la mortalidad de estos eventos alcanza el 4%. Globalmente, 3 millones de muertes anuales son consecuencia de la atención insegura en países de ingresos medios y bajo. La atención insegura genera una pérdida de 23 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs)(2).

Argentina no es ajena a este desafío. Si bien cuenta con un sistema de salud más desarrollado que el de otros países de ingresos medios de la región, sus resultados sanitarios no alcanzan los resultados esperados para uno de los gastos en salud más elevados de Latinoamérica (4). El sistema ofrece una cobertura universal nominal, pero enfrenta el desafío significativo en la cobertura universal efectiva: garantizar que esa atención sea de calidad y segura para toda la población. La fragmentación del sistema difi-

culta la capacidad de detectar, evaluar e implementar mecanismos de reporte y estrategias de mejora de calidad, además de complejizar la sistematización de indicadores a nivel nacional (3,4). Para obtener mejores resultados en salud a nivel poblacional, es necesario enfatizar la calidad de los cuidados en todos los niveles de atención, comenzando por el fortalecimiento de las capacidades subnacionales (3).

Sistematizar los indicadores de calidad y los reportes existentes en el país constituye un primer paso crítico para conocer el estado de situación actual y orientar estrategias de mejora (5).

En ese contexto, el Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente busca por primera vez reunir, describir y analizar la evidencia disponible, y su nivel de estandarización, sobre calidad y seguridad de la atención en Argentina, como primer paso hacia una política nacional coordinada en esta materia.

Esta iniciativa ha sido financiada por IECS y está inspirada en el reporte mundial en seguridad de paciente desarrollado desde 2023 por el *Imperial College London* que recoge datos públicos a nivel global. Estos reportes son publicados en <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-patient-safety-2025/>

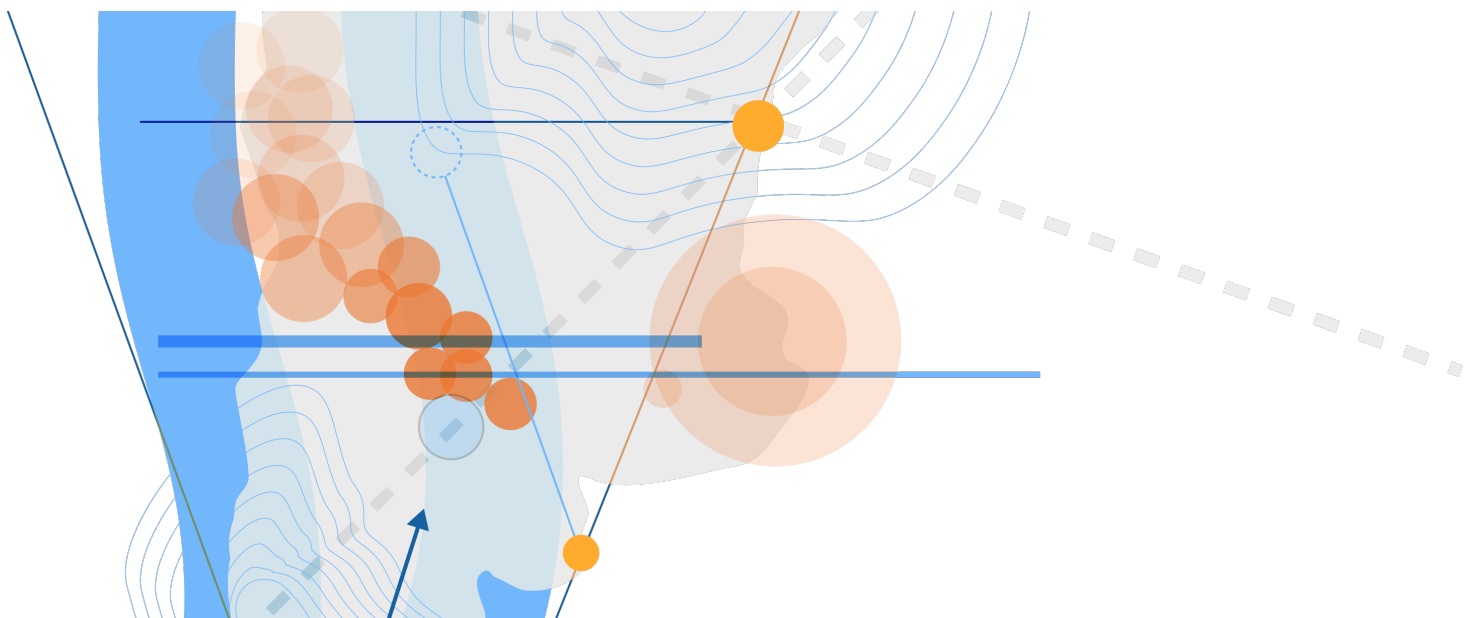
Objetivos

Objetivo principal

Integrar en un único reporte para su actualización y publicación periódica la información disponible sobre indicadores e informes de calidad de atención del sistema de salud argentino con foco en la seguridad del paciente.

Objetivos secundarios

- Describir la legislación actual en nuestro país que promueve la calidad y seguridad de atención.
- Conocer la distribución nacional de los indicadores reportados en los sistemas de vigilancia existentes.
- Sintetizar información sobre los estudios publicados referidos a la cultura de seguridad del paciente en nuestro país.



Metodología

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión narrativa, descriptiva sobre eventos adversos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito de la República Argentina. Para la misma, se realizó una búsqueda de los datos publicados en 2025 por los distintos programas de vigilancia, sobre indicadores 2024. Se incluyó: el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias VIHDA del Ministerio de Salud de la Nación (6), Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica, PICAM de ITAES (8) y la iniciativa de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, red multicéntrica de registro prospectivo de indicadores de calidad en unidades de cuidados críticos-SATI-Q (9,10). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos PubMed, LILACS y Scielo. El propósito fue identificar información sobre eventos adversos asociados a los cuidados de la salud y cultura organizacional de seguridad del paciente, comunicados en revistas con revisión por pares, durante el período 2018-2024.

En el conjunto de iniciativas de vigilancia se identificaron comunicaciones de instituciones de salud pública y privada que participan en los principales sistemas nacionales:

VIHDA Ministerio de Salud de la Nación n = 253	PICAM ITAES n = 72	SATI-Q adultos n = 64	SATI-Q pediátrico n = 52
---	--	---	--

Estos sistemas integran instituciones monovalentes y polivalentes que brindan atención aguda o crónica, tanto a poblaciones pediátricas como adultas, y que abarcan diversos niveles de complejidad, incluyendo cuidados críticos y no críticos. Para el apartado de uso de antimicrobianos, los datos presentados corresponden al reporte VIHDA 2023, dado que el reporte con indicadores de 2024 no incluye esta sección. En los indicadores puntuales en que no se contó con datos de 2024, se utilizaron los datos del reporte 2023 de las mismas instituciones, aclarándose esta situación en el texto correspondiente.

Búsqueda bibliográfica de publicaciones

La **búsqueda bibliográfica** se realizó con la siguiente metodología: definición de estrategia de búsqueda, cribado de resúmenes y selección final. La Tabla 1, muestra la estrategia de búsqueda.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica para identificar información sobre eventos adversos asociados a los cuidados de la salud y cultura organizacional de seguridad del paciente

Estrategia de búsqueda PubMed	(Medication Errors[Mesh] OR Look-Alike Drug*[tiab] OR Lookalike Drug*[tiab] OR Drug Error*[tiab] OR Medication Error*[tiab] OR Pressure Ulcer[Mesh] OR Pressure Sore*[tiab] OR Decubitus Ulcer*[tiab] OR Pressure Ulcer*[tiab] OR Bedsore*[tiab] OR Bed Sore*[tiab] OR Thromboembolism[Mesh] OR Thromboembolism*[tiab] OR Thrombosis[tiab] OR Thrombo Embolism*[tiab] OR Cross Infection[Mesh] OR Cross Infection*[tiab] OR "Health Infection"[tiab:~2] OR "Healthcare Infection"[tiab:~2] OR Hospital Infection*[tiab] OR Nosocomial Infection*[tiab] OR Nosocomial Pneumonia*[tiab] OR Hospital Acquired[tiab] OR Healthcare Associated[tiab] OR Ventilator-Associated[tiab] OR Catheter-Related Infection[Mesh] OR Catheter Associated[tiab] OR Catheter Related[tiab] OR Patient Identification Systems[Mesh] OR Patient Tracking*[tiab] OR Patient Identification[tiab] OR Patient Identit*[tiab] OR Patient Safety[Mesh] OR Patient Safet*[tiab] OR Surgical Wound Infection[Mesh] OR Site Infection*[tiab] OR Postoperative WoundInfection*[tiab] OR Surgical Wound-Infection*[tiab] OR Operative Wound-Infection*[tiab] OR Patient Readmission[Mesh] OR Readmission*[tiab]) AND (Argentina[Mesh] OR Argentin*[tiab] OR Argentina[pl])
Estrategia de búsqueda Lilacs y Scielo	((Medication Error*) OR (Look-Alike Drug*) OR (Lookalike Drug*) OR (Drug Error*) OR (Error de Medicacion) OR (Pressure Ulcer*) OR (Pressure Sore*) OR (Decubitus Ulcer*) OR (Ulcera de Presión) OR (Ulcera de Decubito) OR (Bedsore*) OR (Escaras) OR (Thromboembolism) OR (Tromboembolismo*) OR (Thrombosis) OR (Trombos*) OR (Cross Infection*) OR (Infeccion Cruzada) OR (Hospital Infection*) OR (Nosocomial Infection*) OR (Infeccion Nosocomial) OR (Hospital Acquired) OR (Adquirida en Hospital) OR (Infeccion Hospitalaria) OR (Ventilator-Associated) OR (Asociada al Ventilador) OR (Asociada a la Ventilacion) OR (Catheter-Related) OR (Asociada al Cateter) OR (Patient Tracking*) OR (Rastreo de Paciente*) OR (Patient Identification) OR (Identificacion de Paciente*) OR (Patient Safety) OR (Seguridad del Paciente) OR (Surgical Infection) OR (Infección del Sitio Quirurgico) OR (Postoperative Infection*) OR (Infección Postoperatoria) OR (Patient Readmission*) OR (Rehospitalizacion*) OR (Reingreso de Paciente*)) AND (MH:(Argentina) OR ti:(Argentina))

Durante la fase de **identificación**, se recuperaron **1.823 registros** en total a partir de tres bases de datos principales:

- **PubMed:** 267 registros
- **SciELO:** 1.221 registros
- **LILACS:** 335 registros

La selección de estudios se realizó a través de un proceso de **cribado por título y relevancia y luego análisis del resumen** realizado por 2 revisores independientes. Se eliminaron 3 duplicados y ante desacuerdos durante la selección, se discutieron los artículos entre los dos revisores hasta llegar a

un acuerdo final. En esta etapa se incluyeron los estudios que abordaban los temas relacionados con la calidad o seguridad en salud que se alineaban con los objetivos del estudio y que se realizaron en centros nacionales o incluían centros de salud de nuestro país. Se excluyeron los estudios que no abordaban aspectos relacionados con la calidad o seguridad en salud, los que no cumplían los criterios de inclusión definidos, los publicados en idiomas distintos al inglés o español, y las revisiones narrativas u opiniones de expertos.

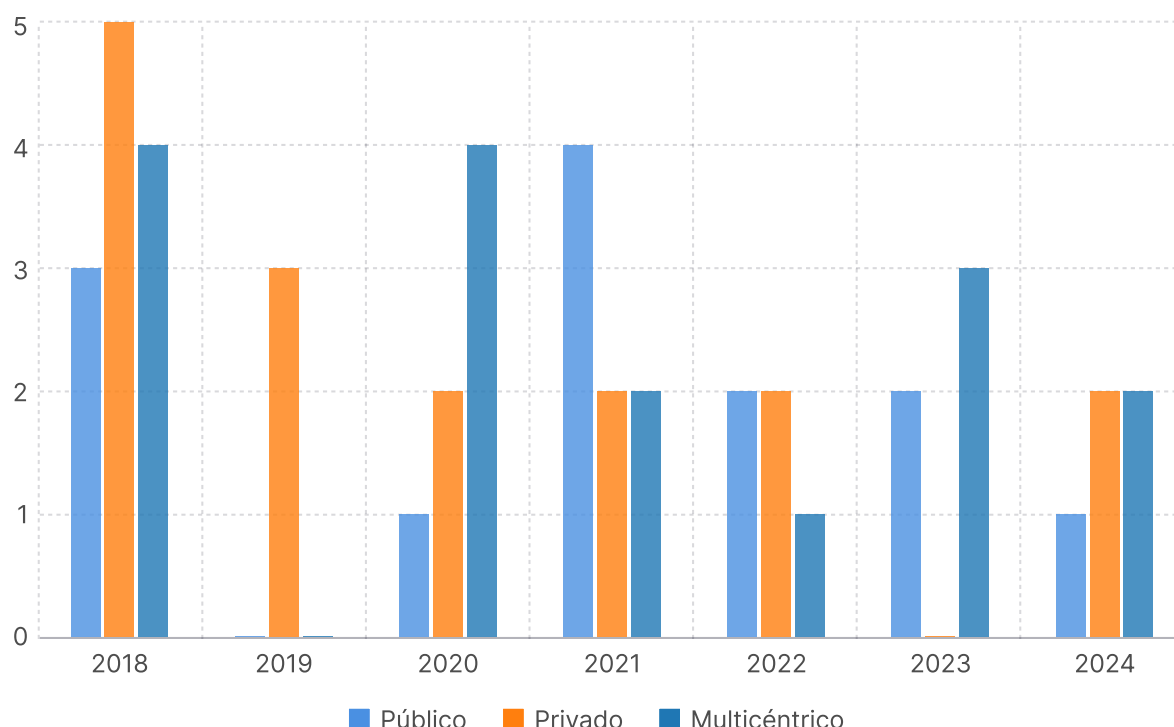
Como resultado, se **seleccionaron 45 artículos para evaluación completa**, correspondientes a:

- **PubMed:** 41 artículos
- **SciELO:** 1 artículo
- **LILACS:** 3 artículos

Estos **45 estudios** conformaron la **muestra final** para el análisis cualitativo y síntesis de resultados (Gráfico 1).

Gráfico 1: El gráfico muestra las publicaciones que se identificaron entre los años 2018 y 2024 generadas por instituciones públicas, privadas o estudios multicéntricos.

Publicaciones identificadas por año y tipo de institución (n:45)



Estadística descriptiva

Se describe el número de instituciones por jurisdicción que reporta a cada sistema de vigilancia en una tabla (Tabla 2) y se representan en un mapa de calor (figura 1). En el mismo, se representan las jurisdicciones con un mayor número de instituciones en un tono más oscuro.

Al describir los distintos indicadores de los sistemas de vigilancia, se observa que utilizan metodologías de registro y denominadores distintos, PICAM reporta medianas o proporciones por unidad, SATI-Q y VIHDA informan tasas ajustadas por denominadores estandarizados, por lo que su heterogeneidad limita su comparación. Se presentan como tasas o como medianas, según la definición operativa de la iniciativa. Todos los resultados han sido llevados a un formato con un decimal luego de la coma.

Al mencionar los estudios encontrados en la literatura científica, se especificó el tipo de estudio realizado en la institución y en qué período se realizó. Se presentan los datos con estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión que sean adecuadas para variables continuas, ordinales o dicotómicas.

Al tratarse de análisis de datos secundarios, no se accedió a los datos personales confidenciales de las personas del sistema de salud.

Uso de inteligencia artificial

Para la confección del presente informe, se utilizó la asistencia de la inteligencia artificial en dos etapas:

Primera etapa: Estructuración y redacción preliminar de resultados

Durante los meses de junio y julio 2025, se utilizó chat GPT versión 4.0, como apoyo en la estructuración del contenido incluido en las distintas secciones del informe, su sistematización y redacción preliminar.

El proceso incluyó un diseño previo de la estructura de cada sección por el equipo investigador y una definición previa del eje temático de cada apartado con sus categorías de análisis. Además, se definió previamente la bibliografía y las fuentes de datos provistas al modelo de lenguaje para el análisis y para ser incluidas. El equipo investigador realizó una tabla de resumen de contenido de los distintos artículos que incluyó las siguientes categorías: artículo, institución, ámbito, tipo de estudio, aporte del estudio, datos reportados y limitaciones del estudio. Además, se pensó una estructura base y se armó un protocolo para el reporte del observatorio. Se compartió la tabla con su contenido, la estructura del informe y la bibliografía con la inteligencia artificial para el procesamiento y la inte-

gración de los datos seleccionados por el equipo investigador y para un segundo cribado de datos relevantes, que luego fue nuevamente revisado por el equipo investigador en la bibliografía original.

La inteligencia artificial generó versiones preliminares por sección y cada una de estas versiones fue revisada por el equipo técnico y académico, con retroalimentación crítica para ajustar el contenido. Estas versiones preliminares fueron utilizadas como base de trabajo, sobre la cual el equipo investigador desarrolló un proceso extenso de redacción, revisión y ajuste del contenido. Secciones como la discusión fueron redactadas íntegramente por el equipo, sin utilizar versiones preliminares generadas por inteligencia artificial, dado que implicaron un trabajo de síntesis e integración analítica de los resultados que requirió el criterio experto de los investigadores.

Segunda etapa: Revisión y pulido del manuscrito

Durante febrero-mayo de 2026, una vez finalizada la redacción por parte del equipo investigador, se utilizó Claude (Anthropic, modelo Sonnet 4.6) para el pulido de redacción, la identificación de inconsistencias internas y la verificación de coherencia entre datos, secciones y fuentes. En ningún caso implicó modificación del contenido original, los datos ni las interpretaciones del equipo investigador. Todas las salidas fueron revisadas y validadas por el equipo investigador antes de su incorporación al documento final.

Resultados

Contexto de legislación en la República Argentina

A nivel nacional, existe el “**Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica (PNGCAM)**”, desde 1992, que fomenta el desarrollo de procesos seguros, a través de la gestión de riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país, el diseño de instrumentos, la capacitación y sensibilización. Al mismo adhieren 15 provincias: Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Fe y Tierra del Fuego.

A este programa se le han agregado distintas modificaciones, entre ellas: el decreto N°1424/1997 que ratifica que el programa debe ser obligatorio en distintos establecimientos de salud en las jurisdicciones que adhieran al mismo, el decreto N°178/2017 que actualiza los ejes conceptuales del PNGCAM y reafirma la continuidad de un Programa Nacional de Calidad, la resolución N°2546/2021 que aprueba el Plan Nacional de Calidad en Salud 2021 - 2024 para implementar el PNGCAM y propone la creación de un Consejo Nacional Asesor de la Calidad en la Salud, la resolución N°1738/2021 que crea el Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud para lograr la promoción de la evaluación de la calidad y el registro de las entidades que funcionan como evaluadoras externas y la resolución N°2724/2023 con la aprobación del documento “Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria. Directrices de Organización y Funcionamiento” y su incorporación al Plan Nacional (37). Como actualización más reciente, la Resolución N°463/2026 aprobó el Plan Nacional de Calidad en Salud 2026-2030, cuyo contenido se describe posteriormente en este apartado.

Además, existen dos leyes que promueven los esfuerzos nacionales:

- El 10 de agosto de 2022 se aprobó la Ley de Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos (Ley 27.680), con el objetivo de prevenir y controlar la resistencia a los antimicrobianos en nuestro país al declararlo de interés público. Como mecanismo, se estableció el Plan Nacional de Acción para impulsar la vigilancia de la resistencia y de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el uso adecuado de antimicrobianos, la regulación y evaluación de su expendio y la educación poblacional para generar conciencia (22). Su decreto reglamentario (Decreto 386/2023) estableció al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación y dispuso la creación de un registro federal que unifique e interopere los sistemas de información sanitarios en un plazo no mayor a dos años desde su publicación (38).

- El 18 de septiembre de 2025 se aprobó en nuestro país la Ley Nicolás: Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria (Ley 27.797). La misma tiene como finalidad lograr una atención sanitaria segura y de calidad, centrada en las personas y comunidades, a través de gestión de riesgos, reducción de daños prevenibles y protocolización de procesos. Para lograrlo, solicita que las instituciones de salud cuenten con sistemas de auditoría y vigilancia, registro confidencial y no punitivo de incidentes y de eventos centinelas y verificación periódica de aptitud profesional con capacitación obligatoria de calidad y seguridad. Además, crea el Registro Único de Eventos Centinela a nivel nacional (34).

Finalmente, el 10 de abril de 2026, mediante la Resolución N°463/2026, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó el Plan Nacional de Calidad en Salud 2026-2030 con el objetivo de consolidar una cultura de calidad en el sistema sanitario y promover mejoras sostenidas en la prestación de servicios de salud a nivel nacional. El Plan se organiza en cuatro líneas estratégicas: (1) Rectoría, orientada a fortalecer políticas y estrategias en calidad y seguridad, actualizar marcos normativos y consolidar la Red Federal de Calidad; (2) Calidad y Seguridad, que busca implementar procesos permanentes de mejora, promover las metas internacionales de seguridad del paciente, fomentar la notificación de incidentes y eventos adversos y promover la cultura de seguridad institucional; (3) Educación Permanente, dirigida a capacitar a los equipos de salud e incorporar contenidos de calidad y seguridad en las currículas de grado y residencias; y (4) Sistemas de Información y Monitoreo, con el objetivo de integrar progresivamente los registros jurisdiccionales, promover el desarrollo del Observatorio Federal de Talento en Salud y publicar datos abiertos para la toma de decisiones (más información en: [Plan Nacional de Calidad en Salud 2026-2030 | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/plan-nacional-calidad-salud))

Distribución por jurisdicción de los indicadores reportados

De todas las jurisdicciones de Argentina, veintidós de veinticuatro se encuentran representadas por instituciones que comunican a los diferentes sistemas de vigilancia. Debido al sistema de confidencialidad de los datos no se puede conocer la superposición entre instituciones que reportan a más de uno de ellos.

La representación es heterogénea tanto entre provincias como entre sistemas.

- Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe concentran la mayor representación en todos los sistemas.
- En relación con el control de infecciones en cuidados críticos que reportan a VIHDA, tres provincias no registran instituciones reportantes: Formosa, La Pampa y La Rioja.
- En PICAM, la ausencia es más extendida, con nueve provincias sin instituciones reportantes: Chaco, Formosa, La Pampa, La Rioja, Misiones, Salta, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.
- En cuanto a las unidades de cuidados críticos que reportan a SATI-Q:
 - En SATI-Q adultos, Santa Fe (n=12) y Córdoba (n=6) son las provincias con mayor representación fuera del área metropolitana, mientras que la mayoría de las restantes provincias cuentan con tres o menos instituciones que reportan.
 - En SATI-Q pediátrico, Santa Fe (n=6) y Córdoba (n=5) lideran fuera del área metropolitana, con una distribución similar.

Esta distribución refleja una participación extendida a nivel nacional, aunque con concentración en las jurisdicciones de mayor densidad poblacional e infraestructura sanitaria (Tabla 2). La ausencia de representación en alguno de los sistemas no implica que no existan instituciones de estas características en esas provincias, sino que no hay instituciones que reporten a alguno de los sistemas de indicadores presentados en este informe.

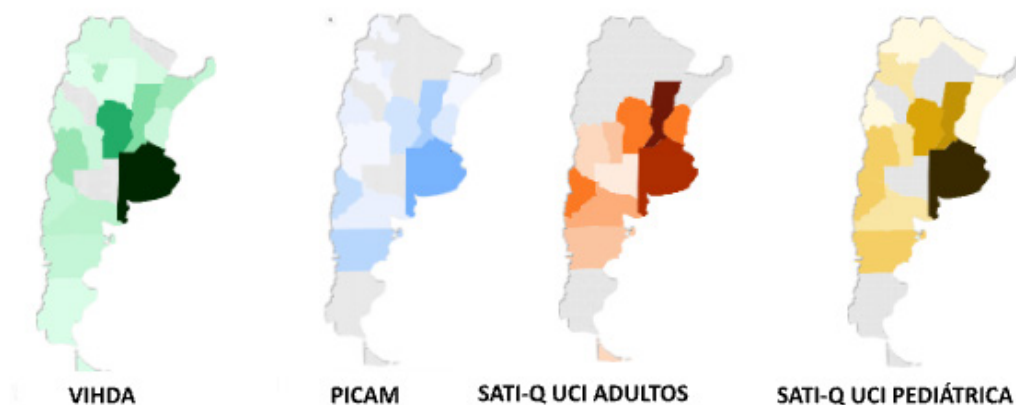
Tabla 2. Cantidad de instituciones que comunican a los diferentes sistemas de vigilancia por provincia: Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica (PICAM) del ITAES, y el Programa SATI-Q de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, desagregado en unidades de adultos y pediátricas.

Jurisdicción	VIHDA	PICAM ITAES	SATI-Q ADULTOS	SATI-Q PED
Buenos Aires	69	11	10	11
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	40	25	9	10
Catamarca	1	1	0	2
Chaco	3	0	0	0
Chubut	6	6	3	3
Córdoba	36	4	6	5
Corrientes	11	1	0	0
Entre Ríos	5	3	6	0
Formosa	0	0	0	0
Jujuy	3	1	0	1
La Pampa	0	0	1	0
La Rioja	0	0	0	0
Mendoza	14	1	2	3
Misiones	6	0	0	0
Neuquén	6	5	6	3
Río Negro	8	2	4	2
Salta	3	0	0	1
San Juan	3	2	0	1
San Luis	5	1	3	2
Santa Cruz	2	0	0	0
Santa Fe	18	7	12	6
Santiago del Estero	1	0	0	0
Tierra del Fuego	2	0	2	0
Tucumán	11	2	0	2
TOTAL de instituciones de Argentina	181	72	64	52

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los indicadores de PICAM, estos también incluyen reportes por 6 instituciones de otros países de Latinoamérica.

Figura 1: Los mapas de calor de los distintos sistemas de reporte muestran las distribuciones de participación de las instituciones. A mayor intensidad del color, mayor número de instituciones que reportan datos en la provincia.



Fuente: elaboración propia.

Resultados por áreas específicas

A continuación, se describen resultados específicos por áreas de la seguridad del paciente.

Infecciones asociadas al cuidado de la salud en cuidados críticos

Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) son aquellas que no estaban presentes ni en período de incubación al momento del contacto de los pacientes con el sistema de salud (39). Uno de los factores de riesgo de las IACS es el tiempo de exposición a los cuidados y el uso de dispositivos invasivos. Además, los pacientes que sufren IACS permanecen internados o expuestos al sistema de salud por más tiempo que quienes no las sufren (39,40). En el caso de nuestro país y basados en los datos de SATI-Q, la estadía media de internación en unidades de cuidados críticos (UCC) de adultos según SATI-Q es de 6,5 días y en pediatría de 8,2 días. Aunque PICAM reporta una mediana de 3,5 días, no existe aclaración sobre si el dato corresponde específicamente a unidades de cuidados intensivos, a poblaciones de adultos o pediátricas, por lo que su comparación directa con los datos de SATI-Q es limitada (8–10).

El informe VIHDA menciona una mediana de 11 días de internación luego de diagnosticarse una IACS (6). Los programas de SATI-Q, VIHDA y PICAM reúnen indicadores de las terapias intensivas de nuestro país, que permiten describir su situación de seguridad. Se comunican datos sobre el número de días de internaciones en cuidados críticos, las IACS (que incluyen neumonías asociadas a la asistencia ventilatoria mecánica, bacteriemias asociadas a catéter venoso central e infecciones urinarias asociadas al uso de catéter urinario) (Tabla 3) y la mortalidad en pacientes con IACS (6,8–10).

Tabla 3. IACS reportadas por SATI-Q y VIHDA. Para VIHDA adultos, se utilizaron los datos reportados para unidades de cuidados intensivos de adultos polivalente (UCIA pol).

IACS	Población	Indicador SATI-Q (tasa por 1000 días-dispositivo)	Indicador VIHDA (tasa por 1000 días-dispositivo)
NAVM	Adultos	12,7	15,3
	Pediatría	6,8	4,6
Bacteriemias asociadas a CVC	Adultos	3,8	4,0
	Pediatría	3,0	4,0
ITU-CU	Adultos	3,3	2,9
	Pediatría	5,2	4,9

Neumonías asociadas a ventilación mecánica: NAVM. Bacteriemias asociadas a catéter venoso central: Bacteriemias asociadas a CVC. Infecciones urinarias asociadas a catéter urinario: ITU-CU.

La información de PICAM no explicita si los indicadores se ajustan por días-dispositivo y describe también las IACS a través de medianas y proporciones, por lo cual la comparabilidad directa se ve limitada y no han sido incluidos los datos en la Tabla 2 (8). Sobre las IACS citadas, describe como medianas de tasas institucionales (a diferencia de SATI-Q y VIHDA que utilizan tasas nacionales estandarizadas):

- NAVM en UTI de adultos (9,2), UTI pediátrica (0) y en unidad coronaria (8,2).
- Bacteriemias asociadas a CVC en UTI adultos (3,5), UTI pediátrica (3,3) y unidad coronaria (3,3).
- ITU-CU en UTI adultos (2,5), UTI pediátrica (1,3) y unidad coronaria (3,2).

En el caso de las IACS en cuidados críticos neonatales, en VIHDA se reportan las mismas acorde al peso al nacer del neonato (Tabla 4).

Tabla 4. IACS reportadas por el Programa VIHDA en unidades de Neonatología. Se utilizaron los datos reportados según peso al nacer, agrupados en cuatro grupos (<1001g, 1001-1500g, 1501-2500g, >2501g). (6)

IACS	Población Peso al nacer (gramos)	Indicador VIHDA (tasa por 1000 días-dispositivo)
NAVM	<1000	4,3
	1001-1500	4,8
	1501-2500	3,1
	>2500	2,4
Bacteriemias asociadas a CVC	<1001	9,0
	1001-1500	6,2
	1501-2500	4,7
	>2501	4,9
ITU-CU	<1001	6,2
	1001-1500	5,1
	1501-2500	4,1
	>2500	3,6

Neumonías asociadas a ventilación mecánica: NAVM. Bacteriemias asociadas a catéter venoso central: Bacteriemias asociadas a CVC. Infecciones urinarias asociadas a catéter urinario: ITU-CU.

Mortalidad en unidades de cuidados críticos bruta y atribuible a IACS

La mortalidad bruta en cuidados críticos (UCC) se define como el cociente entre el número total de defunciones de la población de la UCC y la población total durante el mismo período, multiplicado por 100. La mortalidad atribuible corresponde a la proporción de muertes atribuibles a una exposición, en este caso las IACS. Atribuible implica que las muertes no habrían ocurrido si la exposición hubiera estado ausente. Sin embargo, en el caso de las IACS, la combinación de factores que se relacionan con la infección hace controvertida la definición de “atribuible”. Más allá de esta dificultad, se estima que las IACS son motivo de muertes atribuibles.

SATI-Q informa la mortalidad observada en UTI de adultos de 14,9% y en pediatría de 3,9%, junto con la mortalidad esperada, calculada mediante APACHE 2 para adultos y PIM3 para pediátrico, de 20,7% y 3,9% respectivamente. La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME), cociente entre ambas, fue de 0,72 en adultos, un 28% menor que la predicha, resultado favorable, y de 1,00 en pediatría, indicando que la mortalidad observada coincidió con la esperada (9,10). El sistema VIHDA, en cambio,

informa la mortalidad bruta en unidades de cuidados intensivos de adultos polivalente (UCIA, pol) de 20,0% y una mortalidad atribuible a IACS 12,9% (7). Es importante destacar que la RME de SATI-Q y la mortalidad atribuible a IACS de VIHDA no son comparables entre sí, ya que miden dimensiones distintas: la primera evalúa el desempeño de la unidad en relación a la gravedad de sus pacientes, mientras que la segunda estima las muertes directamente atribuibles a la infección.

Higiene de manos

La higiene de manos es una medida costo-efectiva para prevenir las infecciones y la transmisión de microorganismos en forma horizontal. La medición de su cumplimiento contribuye al desarrollo de estrategias para aumentar su adherencia y así prevenir las infecciones (13).

Anualmente el Programa VIHDA realiza en mayo y octubre el estudio de prevalencia de higiene de manos. En 2024 el promedio de adherencia en las unidades de cuidados intensivos de adultos (UCIAs) fue de 64,2% en la primera edición y 64,8% en la segunda edición (41).

En las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) la adherencia global a higiene de manos fue del 74,2% en la primera edición y 75,9% en la segunda. En las unidades críticas neonatales, la adherencia global a la higiene de manos fue del 81,6% en la primera edición y del 79,8% en la segunda. Según los momentos definidos por la OMS, el momento 5, después del contacto con el entorno, fue el momento con menor adherencia en todas las áreas (14,41).

Seguridad en el uso de medicación

Uso optimizado de antimicrobianos

El uso optimizado de antimicrobianos es un conjunto coordinado de acciones para garantizar el uso adecuado de los antimicrobianos para mejorar los resultados de los pacientes, a la vez que limitan el riesgo de eventos adversos incluida la resistencia antimicrobiana (42).

Se valoró el uso de antimicrobianos en unidades de cuidados críticos y no críticos mediante el estudio de prevalencia que anualmente lleva adelante el Programa VIHDA denominado Estudio de Uso Hospitalario de Antimicrobianos (UHAM). En 2024 participaron 170 instituciones de 20 jurisdicciones y se relevaron 1150 unidades críticas y no críticas. Del total de 13.581 pacientes, el 39% tenía prescripción de antimicrobianos. Los motivos de indicación eran principalmente infecciones de la comunidad en un 50%, seguido de IACS en un 29%.

El 66% fueron tratamientos empíricos y el 31% tratamientos dirigidos. En el caso de los primeros el fármaco más indicado fue ampicilina-sulbactam y entre los tratamientos dirigidos, vancomicina (21).

Durante 2023 las instituciones centinelas que reportaron al Programa VIHDA también registraron el consumo de antimicrobianos en las unidades de cuidados críticos. Se observó un predominio de tratamientos empíricos por sobre los dirigidos en todas las unidades valoradas por el Programa, (7):

Unidades de cuidados críticos de adultos: Los tratamientos empíricos fueron el 75,1% del total, con 47,8% de los mismos que se mantuvieron por más de 72hs. En las otras áreas evaluadas, que incluyeron unidades de cuidados críticos quirúrgicas, unidades de cuidado coronario y de cuidados exclusivamente médicos, el porcentaje de tratamientos empíricos mayores a las 72 hs superó el 39% en todas las unidades (7).

Los antibióticos más utilizados en tratamientos empíricos fueron: vancomicina (hasta el 20,3%), piperacilina-tazobactam (hasta el 19%), ampicilina-sulbactam (hasta el 16,8%), meropenem (hasta el 9,1%) y colistina (hasta el 10,9%) según el tipo de unidad evaluada (7).

El 1,1% al 9,1% de pacientes se encontraban colonizados por microorganismos multirresistentes. Las bacterias más prevalentes, rescatadas en estos pacientes fueron: *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) (hasta el 77,5% en UCIA médica), *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo-betalactamasas (MBL) (hasta 94% en UCIA Polivalente + UCO) y *Klebsiella pneumoniae* New Delhi Metallo-betalactamasa (NDM) (presente en UCO en un 28,8%) (7).

Unidades de cuidados críticos polivalentes pediátricas: Los tratamientos empíricos fueron el 74,8% del total, con 63,6% de los mismos que se mantuvieron por más de 72hs. Los antibióticos más utilizados en tratamientos empíricos fueron: ceftriaxona (20,5%), vancomicina (18,4%), piperacilina-tazobactam (9,5%), meropenem (9%) y ampicilina-sulbactam (6,8%). Los pacientes colonizados fueron el 13,4%, con rescate de *Klebsiella pneumoniae*-MBL (46,7%), *Klebsiella pneumoniae*-KPC (35%) y *E. coli* MBL (14,2%) (7).

Unidades de cuidados críticos neonatales: Los tratamientos empíricos fueron el 85,5% del total, con 68,5 % de los mismos que se mantuvieron por más de 72 hs. Los antibióticos más utilizados en tratamientos empíricos fueron: ampicilina (27,8%), gentamicina (26,6%), vancomicina (7,3%), meropenem (5,2%) y ampicilina (3,9%). Los pacientes colonizados fueron el 3,4%, con rescate de *Klebsiella pneumoniae*-MBL (88,9%), *Klebsiella Oxytoca*-MBL (4,8%) y *Klebsiella pneumoniae*-KPC (2,7%) (7).

Eventos adversos asociados al uso de medicación

Los eventos adversos asociados a la medicación son los eventos prevenibles que por el uso inapropiado de medicación relacionados con el proceso de utilizar medicación y los pasos realizados por el profesional de la salud, paciente o consumidor, pueden causar daño del paciente. Dichos eventos pueden relacionarse con la práctica profesional, los productos sanitarios, los procedimientos y los sistemas, e incluyen todas las etapas del uso de medicación en la atención sanitaria: desde la prescripción, el etiquetado, el empaquetado y la nomenclatura, hasta la preparación, la dispensación, la distribución, la administración, la educación, el monitoreo y el uso final del medicamento (43).

Uso apropiado de medicación y rol del sistema: No se identificaron indicadores en los sistemas de reporte. Sin embargo, la búsqueda bibliográfica identificó dos estudios relevantes de instituciones únicas que, ante la ausencia de otro tipo de estudios, aportan conocimiento a la temática: un estudio antes-después en un hospital pediátrico donde evaluaron los contenidos de los carros de emergencia. Un relevamiento en un hospital pediátrico mostró que solo 43,9% (IC 95% 3,4-49,4%) de los carros de emergencia tenían el contenido inicial adecuado cuando se lo cotejó con un listado de 30 drogas (44).

También se identificó una serie de casos en pediatría sobre intoxicación grave con nafazolina en niños, secundaria a un error de dispensación: en vez de jarabe como descongestivo, se dispensaron gotas descongestivas con otra concentración del fármaco. En el estudio se refuerza que los errores en la medicación son secundarios a una inadecuada cultura del abordaje del error y a múltiples deficiencias en sistemas de prevención (45).

Adultos mayores y riesgo de prescripción inapropiada: Los adultos mayores son una población vulnerable y muchas veces polimedicada, consecuentemente en riesgo mayor de tener prescripción inapropiada y errores en su medicación. Un estudio observacional de corte transversal analizó 886 prescripciones (correspondientes a 95 pacientes) de una farmacia comunitaria vs. 2.368 (correspondientes a 263 pacientes) de un centro de atención primaria para adultos mayores en el ámbito ambulatorio. En el centro de salud, un 10,3% de los pacientes recibieron medicación potencialmente inapropiada (MPI) según los criterios *Beers*, mientras que en la farmacia la proporción casi se triplicó: 28,4%. En pacientes con mayor polimedicación, el *odds ratio* por consumir drogas inapropiadas fue 2,5 (95% IC 1,33-4,78; p 0,005) en el centro de salud y 2,6 (IC 95% 1,01-6,68, p 0,044) en la farmacia comunitaria. El estudio presenta ciertas limitaciones, como la falta de evaluación de psicofármacos y un número limitado de medicamentos en la farmacia evaluada (46).

Un estudio observacional corte transversal de registros de dispensación e historias clínicas electrónicas de adultos mayores en un sistema de cuidados domiciliarios y en cuidados paliativos utilizó los criterios *LESS-CHRON* para clasificar los fármacos como potencialmente inapropiados. Se

incluyeron 176 pacientes, con una mediana de consumo de fármacos por pacientes de 9,1 (RIC 4-9,7). El consumo de medicación inapropiada estuvo presente en el 87% e incluyó antihipertensivos, benzodiacepinas y antipsicóticos. Incluso, se evidenció que en los pacientes que consumían 4 o más medicamentos, era casi 67 veces más probable (OR 67,6; IC 15,8-289,4) recibir una MPI, al compararlos con pacientes sin polifarmacia, y ajustar el resultado por edad de 80 años o más, sexo, pluripatología, mortalidad e ingreso a un geriátrico. Como limitaciones, la población de este estudio fue muy específica y restringida a un nivel socioeconómico medio-alto, con seguro de salud privado asociado a un hospital de alta complejidad y podría no ser extrapolable. Por otro lado, el intervalo de confianza del resultado puede estar señalando la presencia de un modificador de efecto que no ha sido identificado o analizado (47).

Lesiones prevenibles durante el cuidado de la salud

Lesiones por presión

Las lesiones por presión son aquellas que se localizan en la piel y los tejidos blandos, y se desarrollan debido a la presión prolongada ejercida sobre zonas específicas del cuerpo, generalmente prominencias óseas (48).

Según el informe de PICAM, las instituciones reportaron como mediana un 17,8% de pacientes con riesgo de desarrollar herida por presión, con una mediana de incidencia registrada de 0,7% (8). Las instituciones que comunicaron a SATI-Q, por su parte, informaron lesiones por presión en el 1,9% de pacientes adultos y 1,1% de los pacientes pediátricos (9,10).

A modo de referencia, y considerando que se trata de una métrica distinta, prevalencia en lugar de incidencia, relevada en un período diferente, debe destacarse el primer estudio nacional multicéntrico sobre úlceras por presión realizado en 2018 en Argentina, donde participaron 22 de las 24 jurisdicciones de Argentina y un total de 97 instituciones de salud (69 públicas y 28 privadas): la prevalencia bruta de lesiones por presión (LPP) en adultos fue del 22,5% y de estas el 48,3% fueron desarrolladas durante la internación. Las lesiones predominantes fueron estadio II y III. En pediatría, la prevalencia bruta del LPP fue de 8,3% y de estas el 69,4% fueron desarrolladas durante la internación; las lesiones predominantes fueron estadio II y I. Por último, en neonatos la prevalencia bruta de úlceras por presión fue del 4,1% y de estas el 100% se desarrolló en la internación, predominantemente de grado I. Como estrategias de prevención, el 30% de las instituciones participantes refirió tener algún referente, comité o grupo sobre cuidados de la piel, el 36% tener protocolos para el cuidado de la misma y el 60% haber realizado alguna capacitación (23).

Caídas

Las caídas son los sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo u otra superficie que lo detenga, aunque existen diferencias en los distintos sistemas de notificación tanto en Argentina, como en el mundo (49). Los diferentes sistemas de reporte de indicadores utilizan distintas definiciones para este evento: en PICAM se mencionan como caídas y en SATI-Q como deslizamientos no programados de la cama.

Sobre las instituciones que informaron a PICAM, la mediana de pacientes con alto riesgo de caídas fue del 27,3% y la mediana sobre implementación de medidas preventivas fue del 99,4%. Además, se comunicó que la mediana de caídas por día de internación fue de 1,1 y las caídas totales un 0,4% (8).

En SATI-Q se comunicaron los deslizamientos no programados de la cama: en adultos fueron 14 eventos en 19.975 pacientes (0,1%) mientras que en pediatría fueron 6 eventos en 9.063 pacientes (0,1%) (9,10).

Seguridad en los procedimientos quirúrgicos

La cirugía es uno de los ámbitos donde ocurre el mayor número de eventos adversos prevenibles (50).

Las principales áreas de mejora incluyen la prevención de infección del sitio quirúrgico, la anestesia segura y el trabajo en equipo durante el procedimiento, así como realizar mediciones durante las cirugías para obtener datos (51).

Los procedimientos quirúrgicos son un proceso complejo que abarca componentes prequirúrgicos, quirúrgicos y postquirúrgicos. Esta secuencia de eventos tiene riesgos específicos en cada etapa que deben ser mitigados para lograr una cirugía segura. En la fase preoperatoria deben abordarse para mitigar riesgos: el consentimiento informado, confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y la identificación correcta del procedimiento, controlar la seguridad de la anestesia (medicación y equipo) y prepararse adecuadamente para eventos intraoperatorios. Durante la cirugía, debe asegurarse el uso adecuado y crítico de antibióticos, la disponibilidad de imágenes esenciales, el monitoreo adecuado, el trabajo en equipo eficiente, las competencias y el juicio clínico para aplicar anestesia y realizar la técnica quirúrgica, la comunicación eficiente entre los miembros del equipo de distintas disciplinas (cirugía, anestesia, enfermería, instrumentación quirúrgica, etc.). En la fase postoperatoria, debe haber un plan de cuidado claro, entendimiento de los eventos intraoperatorios y un compromiso con la calidad del monitoreo postquirúrgico, para promover la seguridad del paciente (51).

La lista de verificación es una de las estrategias más efectivas para reducir los eventos adversos en la cirugía (52). En nuestro país, existe una guía de verificación quirúrgica facilitada por el Ministerio de Salud, pero se carece de datos sobre su implementación (25).

Aunque no existen indicadores nacionales, en PICAM se reportan medianas sobre elementos de aseguramiento de la calidad de los procesos quirúrgicos (8): 98,8% de las cirugías contienen la documentación clínica-quirúrgica completa en las historias clínicas; el 99,0% de las instituciones reportantes a PICAM informaron tener la lista de verificación quirúrgica completa; el 98,0% de los procedimientos fueron realizados en el sitio anatómico correcto; en 2024 no se reportaron infecciones del sitio quirúrgico, frente a 2,0% de las instituciones en 2023. Dentro de los indicadores obstétricos, se reportó un 49,0% de cesáreas en nulíparas.

Trombosis durante el cuidado de la salud

La trombosis es la formación de un coágulo dentro de los vasos sanguíneos arteriales o venosos, lo que limita el flujo natural de la sangre (53).

Las tromboembolias venosas son uno de los mayores daños causados por la atención de la salud, según la OMS representan un tercio de las complicaciones durante las internaciones hospitalarias, a pesar de ser un evento adverso prevenible (12).

En nuestro país, no se cuenta con indicadores o instituciones a quienes se reporta este evento adverso, por lo que se carece de datos sistematizados nacionales sobre este evento adverso. A continuación, se describen dos estudios que permiten estimar una incidencia de referencia:

Para pacientes adultos hospitalizados, en un centro privado de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se realizó una cohorte retrospectiva que evaluó 110.069 hospitalizaciones (54% internaciones clínicas y 46% quirúrgicas) entre julio de 2006 y agosto 2013.

Se registraron 1.072 eventos de tromboembolismo venoso, de los cuales el 34% pertenecían a pacientes clínicos.

En las internaciones clínicas, representó una incidencia de 0,4 (95% IC 0,45-0,55) por 1000 días-pacientes en internaciones clínicas y ajustado por la OMS de 0,23 (95% IC 0,23-0,27). En las internaciones quirúrgicas, la incidencia cruda fue de 0,25 (95% CI 0,23-0,27) y ajustada por la OMS de 0,13 (95% IC 0,10-0,17). La edad demostró ser un factor de riesgo para el desarrollo de trombosis. El estudio contó con ciertas limitaciones: algunos datos adicionales sobre las características de los pacientes incluidos no estaban disponibles, el diseño retrospectivo no excluye la posibilidad de subregistro de casos en la documentación clínica y se llevó a cabo en un único centro (26).

Para pacientes pediátricos neonatales, la incidencia de trombosis venosa profunda asociada a catéteres venosos centrales en la terapia neonatal sobre 264 catéteres centrales fue de 22 episodios, con una tasa de incidencia del 8,3% (IC 95% 5,2-12,6) y densidad de incidencia del 5,3% por 1.000 días/catéter (IC 95% 3,3-8,1); el 73% de las trombosis (16/22) se detectaron en los primeros 156 días del seguimiento. De los 22 casos, sólo 3 presentaron síntomas clínicos, lo cual resalta la importancia de tamizaje ecográfico en esta población. Además, se detectaron como factores de riesgo el antecedente de cirugía cardiovascular (HR 3,8, IC 95% 1,6-9) y el uso de catéter distinto a los epicutáneos (HR 2,8, IC 95% 1,2-6,5). Como limitaciones del estudio, se identifican un tamaño muestral reducido, debido al bajo número de eventos, lo que disminuyó el poder para detectar factores de riesgo menos frecuentes; el carácter unicéntrico del estudio; la posible subestimación de eventos al no realizar seguimiento ecográfico tras el retiro del catéter; y el bajo número de catéteres umbilicales incluidos, ya que el hospital no contaba con maternidad y, por lo tanto, registró pocos nacimientos (54).

Identificación correcta, comunicación y seguridad del paciente

Identificación de pacientes

La identificación correcta del paciente es el proceso de vincular de manera precisa a cada persona con las intervenciones destinadas específicamente a ella, y de comunicar su identidad de forma precisa y confiable a lo largo de todo el continuo de atención (55). Los errores en la identificación del paciente pueden generar errores durante el cuidado y la mayoría de estos son prevenibles.

Según el informe de PICAM, la mediana reportada para los pacientes correctamente identificados fue del 95,0% (8). En la literatura científica, un estudio observacional en un hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se identificó una tasa de pacientes no identificados con pulsera al momento de extraerles sangre con valores desde el 9,8% hasta el 14,2%, que se incrementó en contextos de mayor rotación de pacientes y egresos, a pesar de tener protocolo institucional (28). Dado que el dato de PICAM corresponde a la mediana de instituciones participantes y el este estudio citado refiere a una única institución pública con metodología propia, ambos resultados no son directamente comparables.

Transiciones del cuidado y registros clínicos

Las transiciones de cuidado son momentos de alto riesgo de errores en el cuidado del paciente, por eso es muy importante mantener registros clínicos adecuados y buena comunicación tanto entre los profesionales como entre estos y los pacientes. Se refieren a los momentos donde un paciente se

moviliza desde el hospital a su domicilio, desde un geriátrico al hospital o desde el centro de salud hacia el hospital: son momentos donde puede haber brechas en la comunicación (12).

Aunque no existe definición estandarizada para los registros clínicos, existen cinco utilidades que los definen: asistencial, ya que contiene información para asegurar la continuidad del cuidado de los pacientes; docente, por su rol para el aprendizaje de casos clínicos; administrativa, como soporte para la facturación de la actividad asistencial; en investigación, ya que podría extraerse información para análisis y estudio; y legal, como constancia de la diligencia sanitaria (56).

El informe de PICAM, informó una mediana del 1,9% de pacientes que no tenían la epicrisis cargada dentro de las 72hs del alta (8).

Comunicación

La comunicación clínica efectiva es la comunicación bidireccional (o multidireccional cuando es entre equipos), estructurada y continua que resulta en el traspaso de información oportuna, precisa y adecuada.

Para que la comunicación sea efectiva, debe ser personalizada, abierta, honesta, respetuosa y con oportunidades para la retroalimentación y para aclaraciones si fuera necesario (57).

Comunicación entre profesionales: Las instituciones que comunicaron a PICAM demostraron una mediana del 97,5% de pases de guardia correctamente realizados (8) .

Comunicación con pacientes: Se realizó un trabajo en un hospital público pediátrico de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde el 62,5% de las entrevistas médico paciente durante las internaciones fueron evaluadas como “aceptables”. Además, el análisis sugirió que la calidad comunicacional no se asocia con los años de experiencia clínica (58).

Reingresos no programados: Se denomina reingreso hospitalario a la readmisión de un paciente al hospital que ya había sido dado de alta previamente luego de una internación, dentro de un intervalo de tiempo determinado. En general, las readmisiones hospitalarias pueden dividirse en dos amplias categorías: readmisiones relacionadas con cuidados de rutina, como los relacionados con tratamientos que son necesarios para el paciente y que son necesarios para asegurar el cuidado clínico seguro (ej. internación para quimioterapia), y las readmisiones que son potencialmente evitables. Las readmisiones potencialmente evitables o no programadas ocurren cuando un paciente ha sido dado de alta y tiene un ingreso subsiguiente no planeado que se relaciona con su causa de admisión previa y podría haber sido potencialmente prevenible (59).

En PICAM, los reingresos no programados por la misma patología en las primeras 72hs del alta tuvieron una mediana del 0,8% del total, que corresponde a los reingresos a la institución. En SATI-Q, se comunicó una tasa de reingresos no programados a la UCI de adultos del 3,0% de los egresos y a la UCIP del 2,5% de los egresos. Dado que PICAM mide reingresos institucionales y SATI-Q mide reingresos a la unidad de cuidados críticos, ambos indicadores no son directamente comparables entre sí (8-10).

Además, existen publicaciones sobre reingresos en dos hospitales de alta complejidad en Buenos Aires: En uno de ellos, público y pediátrico, en 2021 se publicó un estudio transversal que evaluó 8.228 ingresos hospitalarios entre enero y diciembre de 2018: la tasa de reingresos por cualquier causa fue del 10% a 30 días y del 7,1% a 15 días, y casi la mitad de los mismos fueron prevenibles (47,9% y 47,5% respectivamente) (60).

En el otro hospital, privado, se realizó un estudio de cohorte retrospectiva analizando las consultas a la emergencia de adultos. Se evaluaron 10.598 hospitalizaciones y la tasa de reconsulta a las 72hs fue del 4,7% (95%IC 4.32-5.13), con una tasa de readmisiones hospitalarias de 1,4% (95% IC 1,2-1,6). A los 30 días, la tasa de readmisión hospitalaria fue de 7,7% (95% IC 7.2-8.2), a los 90 días 13% (IC 12.4-13.8%) y al año 22,5% (95% IC 21.7-23.4). Como limitaciones de ambos estudios, los resultados podrían no ser extrapolables a hospitales de menor complejidad. Por otra parte, el estudio citado de adultos se realizó en período de pandemia y con datos retrospectivos que dependían del registro de la información (61).

Cultura de la seguridad del paciente

Cultura de seguridad del paciente en las instituciones

La Cultura de Seguridad del Paciente es definida como un patrón integrado de comportamientos, valores y creencias compartidas por el personal de una organización sanitaria, cuyo objetivo es reducir continuamente el daño al paciente. Se enfoca principalmente en un sistema no punitivo donde se fomenta el reporte de errores para aprender de él y mejorar los procesos (62).

La cultura de seguridad en Latinoamérica fue evaluada por medio de un estudio multicéntrico entre julio y septiembre de 2023, realizado por la Alianza Latinoamericana de Instituciones de Salud. Se incluyeron hospitales de Argentina, Brasil, Colombia y Chile. En el estudio se utilizó el cuestionario HSOPSC v1.0 para medir la cultura de seguridad del paciente y se analizaron 5.695 respuestas.

Como puntos más fuertes (respuesta promedio >75%), se destacaron la prioridad institucional de seguridad del paciente, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo dentro de las unidades y el soporte de la gestión para la seguridad del paciente. En contraste, las áreas más débiles fueron: el registro de eventos adversos, los recursos humanos y las respuestas no punitivas al error.

Cabe destacar que los hospitales participantes de este estudio son reconocidos como los mejores en Latinoamérica y cuentan con acreditación internacional de calidad, por lo cual los resultados pueden no ser extrapolables. Para tener una visión más amplia y confiable, habría que incluir instituciones no acreditadas. Además, quienes completaron el cuestionario lo hicieron de manera voluntaria (31).

Se realizó también en 2020 un estudio de prevalencia, multicéntrico y observacional, con una encuesta a líderes en seguridad de hospitales de Argentina y otros países iberoamericanos para detectar qué hacen estos centros cuando suceden eventos adversos. Se incluyeron 190 líderes de 8 países, de los cuales 29 fueron argentinos. Este estudio evidenció que los hospitales de mayor complejidad mostraron mayor implementación de intervenciones para la seguridad del paciente.

Las intervenciones que habían sido ya aplicadas incluyeron: promoción de sistemas de reporte de incidentes, promoción de una cultura no punitiva, análisis causa raíz de eventos graves. Las intervenciones no implementadas incluyeron la ayuda a los profesionales involucrados en eventos adversos y tener información desde el punto de vista del paciente ante eventos adversos. La mayoría de los hospitales no tenían protocolizado cómo actuar ante eventos adversos. Una vez más, este estudio probablemente no refleje la realidad de todos los hospitales de nuestro país (33).

Sistema de notificación y utilidad de los reportes voluntarios

El sistema de notificación o reporte tiene como objetivo aumentar las condiciones de seguridad de la atención sanitaria. Idealmente, debería ser: no punitivo, confidencial (anonimato para paciente y notificador), independiente de la autoridad, analizado por expertos y analizado a tiempo, con orientación sistémica y capacidad de respuesta. Puede implementarse a nivel local o a nivel nacional (63).

El sistema de reporte voluntario es utilizado habitualmente para detectar errores en medicación (64). No existen indicadores nacionales sobre eventos adversos asociados a medicación, pero sí publicaciones científicas de instituciones locales.

En un centro privado de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires se realizó un estudio observacional prospectivo sobre los reportes de medicación en el Departamento de Pediatría y se incluyeron datos de la Unidad de Cuidados Críticos Neonatal, Clínica Pediátrica y Unidad de Cuidados Críticos Pediátrica.

De los 989 reportes en pediatría, el 41% se refirió a errores de medicación. De estos, el 88% llegaron a los pacientes y el error más frecuente fue la dosis equivocada (33,4%, del cual el 45% fue de prescripción y el 42% de administración).

De los 91 eventos adversos reportados (22,5%), la mayoría fueron leves (58%) y moderados (34%). Los autores destacan que el sistema de reporte es útil y fomenta la cultura de seguridad, pero advierten que es frecuente el subreporte y la información provista no es sistemática y puede estar incompleta (15).

Además, existe un estudio nacional descriptivo centrado en oftalmología, realizado a través de encuestas mediante sistema electrónico en agosto de 2021, donde se analizaron 434 incidentes reportados por 264 médicos oftalmólogos. El mismo fue basado en una encuesta electrónica y se clasificaron los incidentes en cuatro grupos acorde a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud: A-Incidentes-casi-accidentes (no alcanzaron a los pacientes); B-Incidentes (que alcanzaron al paciente, pero sin daño); C-Incidentes prevenibles con daño y D-Incidentes no prevenibles con daño.

El bienestar del personal y la seguridad psicológica son factores necesarios para lograr una cultura de seguridad en las instituciones de salud. Hay escasos estudios en Latinoamérica que exploran esta temática: Ratti et al. en 2022

De los incidentes reportados, el 28,8% no alcanzaron al paciente, el 27% alcanzaron el paciente sin causar daño y el 44,2% generaron daño (22,1% prevenible). Del total de incidentes, el 77,9% fue considerado prevenible.

Los incidentes asociados a la administración de gotas oftálmicas fueron los más frecuentes. En este estudio también se refuerza la necesidad de superar las barreras culturales respecto de reportar, ya sea por miedo o percepción de que no es útil realizarlo (65).

Personal de salud y seguridad del paciente

Seguridad psicológica

La seguridad psicológica en los equipos de trabajo se define como la creencia compartida de que el equipo es un lugar seguro para asumir riesgos interpersonales; implica confianza de que dentro del equipo nadie será humillado, rechazado o castigado por expresar su opinión. Esta confianza nace del respeto mutuo y la colaboración entre los integrantes del equipo (66).

El bienestar del personal y la seguridad psicológica son factores necesarios para lograr una cultura de seguridad en las instituciones de salud. Hay escasos estudios en Latinoamérica que exploran esta temática: Ratti et al. en 2022 describieron las percepciones, preocupaciones y necesidades del personal de emergencias de adultos en una institución de nuestro país a través de investigación participativa. Los tópicos emergentes fueron factores laborales que los conducían al error y atentaban contra un encuentro clínico centrado en la persona, como la falta de tiempo y sobrecarga laboral, el uso de recursos excesivo para medicina defensiva y la tecnología como reemplazo del contacto físico. Si bien no evalúa seguridad psicológica de manera directa, el estudio evidencia factores del entorno laboral que la condicionan. Desde el punto de vista de los pacientes, el estudio evidenció un trato inadecuado por parte del personal y la demora en la atención de los servicios como principales motivos de insatisfacción (67).

Segundas víctimas

Se define como segunda víctima a cualquier trabajador de la salud involucrado, directa o indirectamente, en un evento adverso imprevisto con un paciente, un error sanitario involuntario o una lesión al paciente, que se convierte en víctima en el sentido en que también el trabajador es impactado negativamente (68).

Los eventos adversos también afectan al personal como “segundas víctimas”. En Argentina, ninguno de los sistemas de vigilancia analizados en este informe incluye indicadores sobre el impacto de los eventos adversos en el personal de salud. Los estudios disponibles son escasos y de alcance limitado a instituciones específicas. Se realizó un análisis cualitativo con encuestas a 1.134 profesionales (encuesta *Second Victim Experience and Support Tool*) de cinco instituciones de alta complejidad seleccionados por muestreo por conveniencia, con el objetivo de caracterizar la experiencia de segundas víctimas en nuestro país.

El 56,1% había estado involucrado en un evento adverso: y refirieron sentimientos de culpa y tristeza, con daño psicológico importante, inseguridad y miedo de continuar su trabajo.

Incluso, se evidenció que cuanto mayor es el impacto, menor es la percepción de las medidas de apoyo. El apoyo principalmente lo encontraron fuera de la institución, en familiares y amigos (35).

Además, un segundo estudio con análisis cualitativo en base a los criterios *COREQ* exploró la experiencia de las segundas víctimas en una institución privada de alta complejidad de Argentina con programa activo de seguridad del paciente.

Los profesionales que estuvieron involucrados en eventos adversos refirieron sentimientos de culpa, soledad y estigmatización, sumado a manifestaciones físicas como insomnio, pesadillas, alteración del apetito y hasta diagnóstico de enfermedades. Refirieron también inseguridad profesional, dispersión y dificultades para concentrarse.

Esta experiencia representó un punto de inflexión, tanto a nivel profesional como personal, cuyo desenlace está influenciado por el clima de trabajo (36).

Medición de eventos adversos en salud

Identificación de eventos adversos en instituciones de salud: uso del *Global Trigger Tool*

El *Global Trigger Tool* es una herramienta desarrollada por el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) de Estados Unidos: identifica “disparadores” que podrían probablemente asociarse con eventos adversos, a través de la revisión de historias clínicas. Esta herramienta ha demostrado ser más sensible que herramientas de autorreporte (16). Además, se realizó la adaptación en español para pediatría de esta herramienta denominada *GAPPS (Global Assessment of Pediatric Patient Safety Trigger Tool)* (69).

La búsqueda bibliográfica identificó un total de 5 estudios sobre identificación de eventos adversos a través de la herramienta *Global Trigger Tool* (Tabla 5):

- Estudio corte transversal retrospectivo, en el cual se revisaron 389 historias clínicas en un servicio de clínica médica, con la exclusión de 69 (N = 320). Se detectaron 50,3 eventos adversos por cada 100 admisiones y 65,1 por cada 1000 días-paciente, con un 30% de admisiones con eventos adversos. Como disparadores más frecuentes se detectaron: complicaciones asociadas a procedimientos (25%), úlceras por presión (10%) e infecciones asociadas al cuidado de la salud (9%); en el módulo de medicación se registraron un 29,2% de eventos adversos (17).
- Estudio longitudinal retrospectivo que se realizó en dos hospitales de alta complejidad para cuantificar eventos adversos utilizando el *Global Trigger Tool*. Incluyó pacientes mayores de 18 años hospitalizados con estancias de al menos dos días, ocurridas durante el periodo agosto-septiembre de 2017. Se analizaron 266 eventos adversos totales, que representaron 32 eventos adversos cada 100 admisiones y 64,3 eventos cada 1000 días/pacientes. Los eventos se asociaron a: medicación (45,5%), infecciones (32,4%), procedimientos sin infección (15,2%), tromboembolismo pulmonar (4,8%), úlceras por presión (1,4%), dispositivos (0,7%). Los eventos adversos se asocian en la bibliografía con polimedicación y polimorbilidad. Al ajustarlo por estos factores, las asociaciones identificadas en dicho trabajo fueron sexo femenino, medicación de alto riesgo, el registro de ≥ 3 transferencias entre salas durante la internación y edad mayor o igual a 80 años (70).
- Estudio longitudinal retrospectivo, uso de herramienta en un hospital público de la provincia de Buenos Aires y auditaron 240 historias clínicas en 2019, con un hallazgo de 70 eventos adversos. Con un hallazgo de 70 eventos adversos en 240 historias clínicas. Aunque no se presenta

la información de eventos adversos cada 100 admisiones en el estudio, podría calcularse un equivalente a 29,2 a partir de los datos presentados.(71).

- Estudio de incidencia, longitudinal, realizado en un hospital de alta complejidad de la provincia de Buenos Aires, que incluyó pacientes de 0-17 años inclusive con al menos 48hs de hospitalización desde julio 2015 a julio 2016. Se detectaron eventos adversos en el departamento de pediatría de un hospital privado de Buenos Aires, Fajreldines et. al reportaron 11% de eventos adversos cada 100 admisiones, con 15,5 eventos cada 1000 días-paciente. Los eventos más frecuentes fueron los asociados a medicación (48,6%), infecciones (42,9%) y por último a los cuidados (8,6%) (16).
- Estudio observacional retrospectivo en un hospital público de alta complejidad analizó 960 historias clínicas (20 por mes durante 5 años), evidenciando 38,68 eventos adversos cada 100 egresos. Los más frecuentes fueron las infecciones nosocomiales (49,6%), los asociados a medicación (17,1%) y las complicaciones perioperatorias (13,6%) (72).

Tabla 5. Síntesis de estudios argentinos sobre identificación de eventos adversos mediante Global Trigger Tool

Estudio	Tipo de hospital	Ubicación	Población	N° HC analizadas	Período	EA/100 admisiones	EA/100 egresos	EA/1000 días-paciente
Dotta et al., 2024	Hospital público académico	Bahía Blanca, Buenos Aires	Adultos ≥18 años, ≥48hs internación, servicio de Clínica Médica	320	Enero–julio 2022	50,3 (IC 95%: 42,5–58,1)‡	NR	65,1
Fajreldines et al., 2022	Alta complejidad privado — 2 hospitales	Área metropolitana de Buenos Aires	Adultos ≥18 años, ≥48hs de internación	830	Agosto–septiembre 2017	32	NR	64,3
Zorzín & Del Gesso, 2020	Hospital público zonal de agudos	Provincia de Buenos Aires	Adultos	240	2019	29,2*	NR	NR
Fajreldines et al., 2019	Alta complejidad privado (universitario)	Pilar, Buenos Aires	Pediátrico 0–17 años, ≥48hs internación	318	Julio 2015–julio 2016	11 (IC 95%: 10,2–12,6)‡	NR	15,5
Jaluf & Otero, 2018	Alta complejidad público	Florencio Varela, Buenos Aires	Adultos	960	2012–2016	NR	38,68†	36,49

EA: evento adverso. HC: historias clínicas. IC: intervalo de confianza. NR: no reportado. —: indicador no reportado con ese denominador.

* Calculado a partir de 70 EA en 240 historias clínicas; verificar contra fuente original.

† Este estudio reporta EA cada 100 egresos (no admisiones). El 24,44% corresponde al porcentaje de pacientes con al menos un EA cada 100 egresos.

‡ Los intervalos de confianza se consignan únicamente cuando fueron reportados explícitamente en el artículo original.

Iniciativa *Choosing Wisely* Argentina

Choosing Wisely es una iniciativa internacional lanzada en 2012 por la Fundación ABIM (*American Board of Internal Medicine*) en Estados Unidos con un objetivo claro: promover conversaciones entre profesionales de la salud y pacientes sobre pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos que son innecesarios, carecen de respaldo científico suficiente o pueden resultar potencialmente dañinos. La premisa central es que más medicina no siempre es mejor medicina y que la atención de calidad requiere elegir con sabiduría qué hacer y, fundamentalmente, qué no hacer (73).

La campaña comenzó con nueve sociedades científicas que identificaron 45 prácticas de bajo valor en sus respectivas especialidades. Para 2023, más de 80 sociedades habían contribuido con cientos de recomendaciones. El modelo se expandió a más de 25 países bajo la coordinación de *Choosing Wisely International*, incluyendo Canadá, Reino Unido, Alemania, Italia, Australia, Japón, Brasil y Argentina. *Choosing Wisely* se inscribe en el paradigma de la prevención cuaternaria: proteger a los pacientes del daño derivado del sobrediagnóstico y el sobretratamiento, promoviendo la desimplementación de prácticas de bajo valor y la toma de decisiones compartida (74).

Capítulo *Wisely* Argentina

El capítulo argentino fue fundado por tres sociedades científicas: la **Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)**, la **Sociedad Argentina de Medicina (SAM)** y la **Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)**. Su lanzamiento formal se produjo en 2024 y desde entonces ha crecido hasta integrar **13 sociedades científicas** que han elaborado conjuntamente **77 recomendaciones de “no hacer”** basadas en la mejor evidencia disponible para el contexto sanitario argentino (74).

Tabla 6: Sociedades científicas integrantes de *Choosing Wisely* Argentina:

AMIR – Asociación de Medicina Interna de Rosario	SAM – Sociedad Argentina de Medicina
AMMR – Asociación de Médicos Municipales de Rosario	SAMAS – Soc. Arg. de Medicina Ambulatoria y de la Salud
APSA – Asociación de Psiquiatras Argentinos	SAMIG – Soc. Arg. de Medicina Interna General
FAMFyG – Fed. Arg. de Medicina Familiar y General	SAR – Sociedad Argentina de Reumatología
SAD – Sociedad Argentina de Dermatología	SARadio – Sociedad Argentina de Radiología
SAGG – Soc. Arg. de Gerontología y Geriatria	SATI – Soc. Arg. de Terapia Intensiva
SAVE – Soc. Arg. de Vacunología y Epidemiología	

Principales actividades (73–75)

- **Elaboración de recomendaciones:** cada sociedad integrante desarrolla listados de prácticas de bajo valor en su especialidad, siguiendo una guía metodológica consensuada que incluye revisión de evidencia, consulta con expertos y validación por pares.
- **Difusión y educación:** la iniciativa difunde las recomendaciones a través de su sitio web (choosingwisely.com.ar), redes sociales, eventos presenciales y virtuales, y publicaciones en revistas científicas argentinas como la Revista Argentina de Medicina y Evidencia.
- **Capacitación profesional:** se desarrollan programas de formación para profesionales de la salud orientados a mejorar la comunicación con los pacientes sobre las recomendaciones y a fomentar la toma de decisiones compartida.
- **Participación del paciente:** *Choosing Wisely* Argentina promueve la participación de los pacientes en su propio cuidado, alentándolos a preguntar a sus médicos si las pruebas o tratamientos propuestos son realmente necesarios.
- **Articulación con la red internacional:** el capítulo argentino se integra a *Choosing Wisely International* y al Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI), contribuyendo con las recomendaciones del *Choosing Wisely* Latino e Hispanoamericano en Medicina Interna.

Discusión e interpretación

La seguridad del sistema de salud argentino y el contexto sanitario global y regional

Los hallazgos del presente informe confirman que la seguridad del paciente es un desafío relevante para el sistema de salud argentino. Al evaluar las tasas de eventos adversos en nuestro país, los estudios identificados que utilizaron el *Global Trigger Tool* como metodología sistemática evidenciaron tasas elevadas de eventos adversos por admisión. Esto sugiere que una proporción relevante de los pacientes hospitalizados experimenta algún tipo de daño durante la atención. Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer estrategias sistemáticas de prevención, monitoreo y aprendizaje organizacional (16,17,70–72). Estos datos disponibles para Argentina muestran patrones que resultan consistentes con los observados en los sistemas de salud a nivel internacional.

A nivel global, los eventos adversos asociados a la atención sanitaria representan una carga significativa en morbilidad, con cerca de tres millones de muertes anuales y una propor-

ción significativa de eventos considerados prevenibles. Esta carga es mayor en los países de ingresos bajos y medianos, donde se concentran aproximadamente dos tercios de los daños asociados a la atención insegura (12).

Incidencia de eventos adversos e implicancias para la calidad de la atención

En Argentina las infecciones asociadas al cuidado de la salud continúan teniendo un peso significativo, especialmente en ámbitos de cuidados críticos, a diferencia de países con mayor desarrollo en seguridad del paciente, donde las infecciones ocupan un lugar relativamente menor entre los eventos adversos más frecuentes (2,7,72,76,77).

Los resultados nacionales muestran que los eventos adversos asociados al uso de medicación, los procedimientos quirúrgicos y las infecciones asociadas al cuidado de la salud se encuentran de manera consistente entre las principales causas de daño, en línea con lo reportado por estudios internacionales (12,16,17,52,70-72).

Aunque se carece de un sistema integrado a nivel nacional que mida la incidencia de eventos adversos en Argentina, se realizó en Latinoamérica el estudio observacional, analítico y de corte transversal IBEAS, entre 2007 y 2009, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de eventos adversos asociados a la asistencia hospitalaria en 5 países de Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia. El estudio para Argentina involucró 1.632 pacientes de 6 hospitales de más de 300 camas, con una prevalencia de pacientes con al menos un evento adverso de 12,1% y una prevalencia de eventos adversos totales del 14,8% en los hospitales. El 17,6% de los eventos adversos ocurrieron antes de la admisión a la internación.

De los eventos adversos detectados, los mismos se relacionaron en un 37,34% a infección nosocomial, en un 25,73% con algún procedimiento, en un 21,16% con los cuidados, en un 9,13% al uso de medicación y en un 2,90% con el diagnóstico.

Además, la prevalencia fue mayor en pacientes de más de 65 años y, al realizar un análisis multivariable, en los servicios quirúrgicos el número de eventos adversos identificados fue mayor que en los médicos, lo mismo que en obstetricia, pediatría y UTI o afines. Otros factores que aumentaron el riesgo de eventos adversos fueron el ingreso por urgencias, la mayor estancia hospitalaria, el número de comorbilidades del paciente o el grado de utilización de dispositivos invasivos en la asistencia. En el estudio IBEAS,

el 45,7% de los eventos adversos reportados se consideraron evitables.

Dentro de este grupo, la evitabilidad fue mayor en los eventos relacionados con el cuidado (47%) y con la medicación (55%), lo que indica que estos dos dominios concentran la mayor proporción de daño prevenible. Se relacionan con la evitabilidad de los eventos adversos: la complejidad del hospital donde haya ingresado el paciente, que haya ingresado de forma programada, el servicio donde esté ubicado (mayor en obstetricia y medicina y menor en el resto) y que el evento adverso se relacione con los cuidados o con el diagnóstico (78–80).

El impacto de estos eventos no se limita al daño clínico, sino que se traduce en prolongación de las internaciones, reingresos no programados y mayor utilización de recursos, lo que refuerza la relevancia de abordarlos desde una perspectiva de salud basada en valor.

El 57,5% de los eventos prolongaron la estancia hospitalaria y el 20,3% requirió reinternaciones (78–80).

Oportunidades en la disponibilidad y estandarización de indicadores de Seguridad del Paciente

Uno de los hallazgos transversales del análisis es la fragmentación de la información disponible sobre Seguridad del Paciente. Si bien Argentina cuenta con múltiples iniciativas de vigilancia y reporte, como VIHDA, SATI-Q y PICAM, la ausencia de un sistema nacional integrado limita la comparabilidad, la interpretación conjunta de los datos y su utilización para la toma de decisiones estratégicas.

Es decir, no existe ningún informe nacional previo, aunque existen indicadores que se reportan anualmente, de las distintas organizaciones mencionadas que buscan integrar la calidad de atención.

Esta situación se refleja también como una problemática regional y global. En particular, en países de ingresos medianos-bajos, la falta de estandarización de indicadores, el subregistro de eventos y las barreras culturales al reporte continúan siendo obstáculos relevantes:

A nivel regional, Chile realizó un reporte público en 2022 como esfuerzo de unificar indicadores nacionales que abordan la adherencia a lista de verificación quirúrgica, el monitoreo de reintervenciones quirúrgicas no programadas, la prevención de tromboembolismos, las transfusiones seguras, la prevención de úlceras por presión y caídas y el mantenimiento de equipamiento médico crítico (81). Por otro lado, en Brasil se evalúan anualmente, desde 2016, las prácticas de seguridad del paciente a nivel nacional en las unidades de terapia intensiva (82).

A nivel global, el 25% de los países reportan indicadores específicos de calidad que se integran a las organizaciones de salud para monitoreo y reporte; el 18% realiza un reporte anual (la mayoría son países de medianos y altos ingresos – UMCs y HICs). Generalmente los países de altos ingresos lideran con la cantidad de indicadores que son monitorizados y existe mayor compromiso con temáticas complejas de seguridad del paciente, como polifarmacia, reingresos y tromboembolismos. En países de medianos-bajos ingresos (LMCs y LICs), los esfuerzos se dirigen mayormente al monitoreo de áreas críticas: IACS y reacciones a transfusiones, con menos participación de otras áreas. Incluso, esta brecha en evidencia podría generar que se subestime el daño generado en los pacientes por cuidados inseguros en países de ingresos medianos-bajos (12).

La OMS destaca la variabilidad en las fuentes de datos utilizadas, ya que existe una falta de estandarización y acuerdo internacional para medir, identificar y analizar indicadores relacionados con la seguridad del paciente y para realizar monitoreo de los programas para mejorar la misma.

El desarrollo, la calidad y la integración de indicadores sobre seguridad del paciente es un desafío para la salud pública global, regional y local, por lo que también representa una oportunidad de mejora sobre las estrategias de cuidado de los pacientes y de la población general.

Incluso, existe también subreporte de incidentes de seguridad del paciente, debido a miedo a la recriminación y a barreras culturales, lo que pone en evidencia la importancia de la cultura de seguridad del paciente (12).

El “*Global State of Patient Safety*” del Imperial College de Londres también señala que existe falta de datos (3 de 5 indicadores utilizados por ellos no están presentes en países de bajos o medianos ingresos y 1 de cada 6 tiene datos de más de 3 años de antigüedad). Además, destaca que los indicadores no cubren muchos componentes esenciales de la seguridad del paciente, por lo que la información es incompleta. Por ende, los datos existentes a nivel global podrían no ser representativos, ante un sesgo de reporte de países de altos ingresos. Asimismo, no suelen incluir la perspectiva del paciente (11) (12).

La evidencia internacional advierte que la interpretación aislada de indicadores, sin un marco analítico experto y contextualizado, puede conducir a estrategias inefectivas o incluso contraproducentes.



Interpretación de los resultados

Infecciones asociadas al cuidado de la salud en cuidados críticos:

En nuestro país las IACS se reportan principalmente en cuidados críticos a través de los distintos sistemas de reporte mencionados. Entre la población adulta y pediátrica, la mayor incidencia se identifica en las neumonías asociadas a ventilación mecánica, mientras que en la población neonatal la mayor frecuencia de eventos está relacionada a las infecciones primarias de la sangre, principalmente entre los neonatos de menor peso al nacer.

En las unidades de cuidados críticos pediátricos, la incidencia de eventos adversos es de hasta 74 cada 100 admisiones, presentes en 16,7 cada 1000 días-paciente y en 1 de cada 6 pacientes. Más de la mitad son prevenibles (12). En un estudio realizado en pediatría reportado en nuestro país, la proporción de eventos adversos fue menor a la referida, siendo del 40% con una incidencia de 15,5 eventos cada 1000 días-paciente (16). Sin embargo, este estudio no es directamente comparable porque incluye todo un departamento de pediatría, no sólo cuidados críticos, y podría no ser representativo de la situación de nuestro país al haberse realizado en un hospital privado de alta complejidad de la provincia de Buenos Aires.

El Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC), realizó un estudio multicéntrico prospectivo de 100 unidades de cuidados críticos de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá y Venezuela entre 2010 y 2018, que documentó una tasa de infecciones asociadas a accesos venosos periféricos (AVP) de 2,06 cada 1000 días de AVP, un número mayor al de los países más desarrollados (83). Además, otro estudio multicéntrico prospectivo del INICC analizó las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario en 145 unidades de cuidados críticos latinoamericanas entre 2014 y 2022, en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá y Perú, con una tasa de 2,58 cada 1000 días de catéter urinario, nuevamente siendo mayor que en países más desarrollados. Asimismo, el riesgo de infecciones urinarias fue mayor en hospitales públicos (84).

Según el reporte sobre “La economía de la seguridad del paciente” las infecciones asociadas al cuidado de la salud generan una carga anual de 501 DALYs cada 100.000 habitantes, lo cual agrega 2,2 DALYs basado en los datos de la unión europea. Incluso, la carga anual de 5 tipos de infecciones asociadas al cuidado de la salud fue de 1,5 DALYs en la región europea, que excede la carga combinada de 31 enfermedades infecciosas en Europa incluyendo gripe, tuberculosis y HIV; la carga más alta fue por neumonía asociada a ventilación mecánica, bacteriemias asociadas a catéter-venoso-central e infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario (2).

El último reporte del ECDC del año 2021, muestra una tasa global de 12,6 neumonías asociadas a ventilación cada 1000 días ARM, 4,8 bacteriemias asociadas a catéter venoso central cada 1000 días- CVC, y 3,8 episodios de infección urinaria cada 1000 días-CU (85).

Estos datos sugieren que la NAVM representa la brecha más significativa respecto a los estándares europeos y constituye una prioridad de mejora para el sistema de salud argentino (2,6,9,85).

Al comparar estos valores de referencia europeos con los datos nacionales, las tasas de NAVM reportadas por SATI-Q y VIHDA en adultos (12,7 y 15,3 respectivamente) superan el valor del ECDC (12,6 cada 1000 días-dispositivo), mientras que las bacteriemias asociadas a CVC y las ITU-CU se encuentran en rangos similares o levemente por debajo.

La OMS refiere que las IACS son uno de los eventos adversos más frecuentes durante el cuidado hospitalario, afectando 7% de los pacientes en países de altos ingresos y 15% en países de medianos y bajos ingresos. En países de altos ingresos, hasta 30% de los pacientes en cuidados críticos puede afectarse por IACS y en países de medianos y bajos ingresos la incidencia podría ser entre dos y veinte veces más alta, particularmente en cuidados críticos neonatales. Las IACS más frecuentemente reportadas son infecciones del tracto respiratorio, sitio quirúrgico, tracto urinario y gastrointestinal. Existen varias

medidas preventivas que podrían tomarse, con demostrada efectividad, como adecuada higiene de manos (12).

Los datos indican que, tanto a nivel local como a nivel global, las IACS son una de las problemáticas más importantes dentro de los eventos adversos prevenibles y la neumonía asociada a ventilación mecánica registra consistentemente las tasas más elevadas. La evidencia científica disponible muestra que trabajar en la implementación de paquetes de medidas para la prevención de estos eventos tiene gran impacto, es por ello que resulta necesario desarrollar a nivel institucional estrategias para el desarrollo de medidas ajustadas a la realidad local para mitigar la ocurrencia de IACS.

Higiene de manos

En las unidades de cuidados críticos de nuestro país, acorde al programa VIHDA, la adherencia a la higiene de manos es aproximadamente del 64,2% en adultos, 74,2% en cuidados críticos pediátricos y 81,6% en cuidados críticos neonatales, lo cual demuestra la necesidad de fortalecer con formación periódica sobre prevención y control de infecciones (7).

Un estudio realizado en 2022 en 30 hospitales de América Latina buscó evaluar de manera voluntaria y anónima las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la prevención y control de infecciones (PCI). Participaron 1.340 profesionales y la mayoría percibió un alto grado de autocumplimiento de las medidas de higiene de manos y prevención y un menor cumplimiento percibido en sus pares. La formación periódica

sobre prevención y control de infecciones y el acceso a las tasas de infecciones asociadas a la atención sanitaria fueron más limitados entre los médicos que entre otros profesionales sanitarios (86).

Los niveles mayores a 60% de cumplimiento de higiene de manos podrían tener impacto positivo en la reducción de IACS, aunque la meta propuesta por OMS es de niveles mayores al 80% (13).

La estrategia multimodal de la OMS ha demostrado que los programas de higiene de manos pueden prevenir hasta el 50% de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Al tener en cuenta la evidencia actual, es necesario continuar trabajando para sostener y mejorar la adherencia de la higiene de manos del personal de salud, abordando las percepciones y barreras que llevan a la omisión de esta práctica costo-efectiva para la prevención de infecciones.

Seguridad en el uso de medicación: Uso optimizado de antimicrobianos

El programa VIHDA invita a comunicar el nivel de uso optimizado de antimicrobianos. Sin embargo, en el mismo marco de la oportunidad de mejora para nuestro país, no se disponen de sistemas estandarizados de comunicación de indicadores para esta práctica.

La ley Nacional de RAM establece la obligación de los establecimientos de salud en trabajar en acciones para el uso apropiado de antimicrobianos y el control de la multirresistencia. En enero de 2023, el Servicio Antimicrobianos del INEI – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” como Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) en resistencia a los antimicrobianos, emitió una alerta sobre el aislamiento de una *Klebsiella pneumoniae* que presentaban resistencia a todos los antimicrobianos disponibles para el tratamiento de enterobacterias resistentes a carbapenemasas (CRE) en Argentina, incluidos drogas de última línea como ceftazidima, avibactam, imipenem, relebactam y aztreonam, avibactam.

A partir de este hallazgo, desde 2024 se estableció la obligatoriedad de notificación del aislamiento de microorganismos “pandrogro-resistentes” en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) (87).

Además, existe evidencia en nuestro país sobre brotes nosocomiales por gérmenes multirresistentes: en un hospital pediátrico público de

Corrientes se registraron casos de *Klebsiella pneumoniae* resistentes a colistina, mientras que otro estudio en un centro privado de Buenos Aires evidencia la presencia de *Clostridioides difficile* y su alto impacto en la morbilidad y los costos sanitarios (88) (89). La antibioticoterapia influye directamente sobre la emergencia de organismos multirresistentes (90).

A nivel regional, se realizó en 2023 una encuesta en 42 hospitales de 5 países latinoamericanos, para identificar el conocimiento, actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud acerca de la RAM y el uso de antimicrobianos. Para más del 90% de los encuestados, optimizar el uso de antibióticos era una prioridad en su centro sanitario.

La mayoría (>95%) de los encuestados reconoció que un uso adecuado de antibióticos puede reducir la resistencia antimicrobiana. Sin embargo, pocos consideraron que el uso adecuado de antibióticos (<30%) o la resistencia antimicrobiana (<50%) fueran un problema en su centro.

El 51% y el 34% de los profesionales sanitarios informaron de la falta de acceso a antibiogramas y a guías clínicas locales, respectivamente (91).

Otro estudio realizado en Latinoamérica evaluó entre 2022 y 2023 el apoyo y la rendición de cuentas del liderazgo, los recursos, las acciones de optimización del uso de antibióticos, la educación y el monitoreo y reporte del uso de antibióticos, mediante una encuesta estructurada de

autoevaluación con un sistema de puntuación. Participaron 36 centros médicos y se demostró como la implementación de un Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) mejora el uso de antimicrobianos y la adherencia a las guías (86).

A nivel global, el Estudio Global de Prevalencia Puntual realizado en 2015 que evaluó la prescripción de antimicrobianos y la resistencia, recabando datos en 303 hospitales de 53 países, identificó que los carbapenémicos fueron los más prescritos en América Latina y Asia occidental y central. La frecuencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria fue mayor en Latinoamérica (1518 [11,9 %]) y en el este y sur de Asia (5363 [10,1 %]). En el 19% de los casos, las guías locales de antibióticos no estaban disponibles, y el cumplimiento de las guías fue del 77,4 % (92).

En el Plan de Acción Mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos se han fijado cinco objetivos estratégicos como pauta para que los países elaboren sus propios planes de acción. El desarrollo e implementación de un PROA, tanto a nivel nacional como en cada establecimiento de salud, es el objetivo número 4 planteado por la OMS (90).

Hoy en día, los PROA constituyen uno de los tres pilares en que se apoya un método integrado para fortalecer los sistemas de salud.

Los otros dos son la prevención y control de infecciones (PCI) y la seguridad de la medicación y de los pacientes. Los PROA ayudan a controlar la resistencia a los antimicrobianos optimizando su uso. La vinculación de los tres pilares con otros componentes fundamentales del tratamiento de las infecciones y el fortalecimiento de los sistemas de salud, tales como la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y el suministro suficiente de medicación de calidad garantizada, promueve la atención de salud equitativa y de buena calidad, lo que a su vez impulsa la obtención del objetivo de la cobertura sanitaria universal (90).

Al analizar los resultados obtenidos en este informe, se evidencia la necesidad de continuar desarrollando líneas de acción vinculadas al adecuado uso de los antimicrobianos para garantizar su correcto empleo y reducir la emergencia de multirresistencia antimicrobiana.

Eventos adversos asociados al uso de medicación

Uso apropiado de medicación y rol del sistema:

Si bien Argentina cuenta con un sistema de farmacovigilancia coordinado por la ANMAT, orientado principalmente a la notificación voluntaria de eventos adversos no prevenibles, vinculados al perfil de seguridad intrínseco de un medicamento, en especial fármacos nuevos o bajo monitoreo regulatorio, no se abordan de manera sistemática los eventos prevenibles asociados al proceso de uso de medicación (prescripción, transcripción, dispensación, administración y monitoreo) (19). La ausencia de un sistema estructurado de notificación, análisis y aprendizaje de estos eventos representa una oportunidad de mejora para la seguridad del paciente.

Los estudios citados demuestran que esto es una problemática real en nuestro país, aunque no exista un seguimiento integrado de los eventos adversos prevenibles a nivel nacional: en un estudio realizado en un departamento de pediatría de un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 41% de los reportes fueron por errores de medicación (15); en un hospital pediátrico público de la Ciudad de Buenos Aires se demostró falta de disponibilidad de medicación en carros de emergencia antes de aplicar una intervención para mejorar este aspecto (44); en un reporte de caso se evidenció un error en la dispensación de medicación que generó una

intoxicación (45). Es importante destacar que estas instituciones pudieron detectar, y luego en muchos casos mejorar estos errores, por haber realizado el trabajo de buscarlos y medirlos, lo cual habilita la mejora posterior.

La ausencia de reportes de errores en medicación no puede asociarse a la no ocurrencia de eventos, sino que debe pensarse como una inmadurez por parte de la institución en cuanto a la cultura de seguridad y la proactividad para identificar errores y trabajar en procesos de mejora.

En Latinoamérica, se realizó entre el 2012 y 2013 el estudio multicéntrico AMBEAS en México, Perú, Colombia y Brasil, que buscó identificar eventos adversos en la atención ambulatoria. La mayoría de los eventos adversos estuvieron relacionados con medicación y con fallas en la comunicación tanto entre profesionales de la salud como entre estos y los pacientes. Del total de los 154 eventos, el 52% fueron clasificados como prevenibles. Los equipos de salud refirieron como los principales determinantes de efectos adversos: el conocimiento insuficiente por parte del médico sobre la enfermedad, la duración insuficiente de la consulta y la exploración física incompleta (93). Este estudio demuestra la alta proporción de eventos adversos prevenibles asociados al uso de medicación, lo cual denota la urgencia de desarrollar estrategias integrales para abordar esta temática.

A nivel internacional, se realizaron estudios en distintos países sobre notificación de incidentes asociados a medicación. En el sistema nacional de Inglaterra, el 75% de los incidentes reporta-

dos asociados a medicación fueron de hospitales generales agudos y el 8,5% de atención primaria. De los incidentes, el 16% resultaron en daños para el paciente y el 0,9% en daños severos o muerte. Los errores más frecuentes fueron por omisión o retraso del tratamiento (16%) y dosis equivocada (15%). En Medio Oriente realizaron una revisión sistemática en 2011, que demostró gran variabilidad con errores de prescripción de entre el 7,1% al 90,5% y de administración de entre el 9,4% al 80%. Los errores de prescripción más frecuentes fueron en las dosis utilizadas y en la frecuencia. En un hospital de África también se realizó una revisión sistemática sobre eventos adversos y errores asociados a medicación, con un 8,4% de los pacientes que tuvo algún evento adverso asociado a medicación durante la admisión al hospital y de estos el 43,5% era prevenible. Una vez más, los errores de prescripción fueron la causa principal (57,4%), seguido por error en la dosis (15,5%) (12).

A nivel global, los errores de medicación son la primera causa de daños a los pacientes en el sistema de salud: 1 de cada 20 pacientes sufre daños prevenibles por esta causa (12).

En 2019, la carga de enfermedad por eventos adversos de medicación (muertes o discapacidad sostenida como resultados de un procedimiento, tratamiento u otra exposición en el sistema de salud) fue de 106.000 muertes a nivel mundial y el promedio de Años de DALYs perdidos por eventos adversos por tratamiento médico fue de 41.1 en 2019 (11).

Durante la internación, 1 de cada 5 pacientes se ve afectado por daños durante la hospitalización. Asimismo, 1 de cada 10 hospitalizaciones podría haber sido secundaria a algún evento relacionado con la medicación (94). Cabe destacar que estas cifras refieren a fenómenos distintos: la primera engloba todos los tipos de daño durante la hospitalización, mientras que la segunda se refiere específicamente a eventos relacionados con medicación.

En países de altos ingresos los errores de medicación afectan al 4% de los pacientes, pero en países de medianos y bajos ingresos llega al 7%. Casi un cuarto de estos errores genera consecuencias severas o que amenazan la vida (12). La mitad de los errores (53%) ocurren durante el proceso de pedido y prescripción, mientras que un tercio (36%) durante el monitoreo y el reporte. En los países de medianos y bajos ingresos, casi el 80% de los errores ocurren durante la prescripción y el pedido de la medicación (12). Incluso, casi la mitad de todos los pacientes reciben medicaciones que no son adecuadas para sus necesidades clínicas, ya sea por dosis inapropiada, medicación o indicación inadecuada, cuando existe una medicación alternativa más efectiva (2,95). Por ende, existe una oportunidad para optimizar este proceso y mejorar los resultados para los pacientes a través del uso racional de medicación.

Adultos mayores y riesgo de prescripción Inapropiada:

Cuando analizamos la población de adultos mayores y el uso de medicación en nuestro país, los estudios disponibles identifican indicación potencialmente inapropiada de medicación que varía entre un 10,3 % en un estudio que no evaluó psicofármacos, hasta un 87% en otro estudio en el que las principales drogas consumidas eran antihipertensivos, benzodiacepinas y antipsicóticos. Estos resultados concuerdan con la evidencia global, que muestra que las medicaciones mayormente asociadas a errores (10% del daño relacionado a medicación) son antibióticos, antipsicóticos, medicación cardiovascular y gastrointestinal, y antiinflamatorios no esteroideos para los adultos mayores (12).

Lesiones prevenibles durante el cuidado de la salud

Las úlceras por presión afectan a más de un 10% de pacientes adultos a nivel global: según PICAM en nuestro país se reportó una mediana de incidencia registrada del 0,7%, mientras que en SATI-Q se reportó el 1,9% en adultos y el 1,1% en pediatría (9,10). Esto contrasta con el estudio nacional que se realizó en 2018, donde la prevalencia bruta en adultos de úlceras por presión fue del 22,5%, en pediatría del 8,3% y en neonatología del 4,1% (23). Al interpretar esta diferencia es importante considerar que el estudio de 2018 relevó todas las áreas hospitalarias, mientras que SATI-Q refiere exclusivamente a cuidados críticos y PICAM no especifica las unidades reportantes. A esto se suma que ambos sistemas de vigilancia son voluntarios y reúnen instituciones con perfil de monitoreo activo. Estos factores pueden explicar parte de la brecha observada, aunque no descartan la existencia de subregistro en los sistemas actuales.

En Chile, según lo reportado por los establecimientos de salud, en el período 2018-2022, se evaluó el riesgo de lesiones por presión a través de una escala en el 92% de los pacientes hospitalizados y de estos el 80,4% recibió medidas de prevención. No se realizó reporte de incidencia de úlceras por presión en dicho informe (81).

La experiencia chilena, junto con la brecha observada entre los datos de prevalencia de 2018 y los indicadores de vigilancia actuales,

refuerza la necesidad de fortalecer la detección sistemática y el reporte de lesiones por presión en nuestro país.

Las caídas reportadas a través de los distintos sistemas en Argentina difieren en su definición: PICAM lo reporta como tasa de caídas por día de internación, con un valor de 1,1, y SATI-Q como deslizamientos no programados del 0,06% en adultos y en pediatría (8-10). A nivel regional, el reporte de Chile informó, entre 2018 y 2022, un total de 1,1 caídas cada 1000 días-camas ocupadas (DCO) (81). A nivel global, la incidencia de caídas en el ámbito hospitalario es de 3 a 5 cada 1000 días-cama y en más de un tercio existe injuria posterior (12).

La utilización de distintos indicadores para reportar caídas (tasas, medianas o DCO) limita la comparación entre los valores locales con los regionales y globales. Esta falta de estandarización en la definición de eventos podría ser motivo de subregistro. Sin embargo, los resultados indican que es necesario trabajar en la prevención de este tipo de eventos que pueden causar graves complicaciones en los pacientes y aumentar los requerimientos de atención por parte del sistema sanitario.

Seguridad de los procedimientos quirúrgicos:

Este informe identificó que, entre las instituciones que reportan a PICAM, el 99,0% tiene la lista de verificación quirúrgica completa, con adecuada documentación clínica quirúrgica (98,8%) y un 2% de infecciones del sitio quirúrgico en los últimos datos disponibles (8). Este nivel de cumplimiento es similar al de Chile publicado en 2022, que alcanza el 94,6% (81). Además, en una cohorte retrospectiva que analizó las complicaciones a corto plazo (3 meses) de 1,960 cirugías ortopédicas, realizada en 2018 en un centro privado de alta complejidad, la tasa de complicaciones anuales fue del 12,7% y las complicaciones más frecuentes la anemia con requerimiento transfusional (27%) e infección del sitio quirúrgico (15,6%) (96). Estos datos están en consonancia con lo referido por la Organización Mundial de la Salud (12).

A nivel global, 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren lesiones significativas y 1 millón muere durante o inmediatamente después de la cirugía, por eventos adversos perioperatorios.

Incluso, los eventos adversos son más frecuentes en los departamentos de cirugía que en los departamentos clínicos (52). Los factores más frecuentemente asociados a eventos adversos corresponden a actos no quirúrgicos: errores en el monitoreo, tratamiento retrasado o incorrecto y errores o demoras diagnósticas.

Los eventos adversos más frecuentes que son potencialmente prevenibles incluyen infección de herida quirúrgica, seguido de sangrado, infecciones y/o sepsis y complicaciones cardiovasculares (12). En el caso de las infecciones asociadas al sitio quirúrgico, estas son más frecuentes países de bajos recursos (97).

La mitad de los eventos adversos durante los cuidados quirúrgicos son prevenibles, entre un 36 y 47% de los eventos son prevenibles con la lista de verificación de OMS (12,24).

El 25% de los pacientes quirúrgicos sufren complicaciones posteriores y estas son responsables de la mitad de los eventos adversos en pacientes internados (12).

Trombosis durante el cuidado de la salud

En nuestro país, no existe un reporte sistematizado. Sin embargo, según el estudio de Ratti et al., la incidencia de trombosis en internaciones clínicas ajustado por la OMS fue de 0,2 (95% CI 0.23-0.27) y en quirúrgicas del 0,1 (95% IC 0,1-0,2) (26). En el área de neonatología de un hospital pediátrico de CABA, se reportó una tasa de incidencia del 8,3%. (IC 95% 5,2-12,6) y una densidad de incidencia de trombosis de 5,3 días/catéter (IC 95 %: 3,3-8,1) (54).

A nivel regional, en el reporte de indicadores de calidad de Chile donde participaron todos los establecimientos de salud, se evaluó el riesgo de tromboembolismo en pacientes quirúrgicos hospitalizados desde 2018 a 2022: un 56,7% de los pacientes presentaron riesgo y en el 76,1% se aplicaron medidas de prevención. De las medidas reportadas, las de prevención de tromboembolismo fueron las de menor adherencia (81).

A nivel global, la incidencia anual de tromboembolismo es de 5 a 12 personas cada 10.000. En países de altos ingresos, se ven afectadas 3.9 millones de personas y en países de medianos y bajos ingresos 6 millones de personas. Los eventos de tromboembolismos asociados a cuidados hospitalarios son casi 10 millones y parecerían ser la principal causa de DALYs (5.4 millones de DALYs en LMICs, 95% IC 1.1 millones a 11.7 millones) y 2.3 millones en HICs (95% IC 1.1 millones a 3.9 millones) (12).

Una revisión sistemática en pacientes hospitalizados en Argentina concluyó que a pesar del amplio conocimiento y la disponibilidad de las guías que favorecen el uso de trombopprofilaxis, su prescripción en los hospitales de Argentina continúa siendo subóptima.

Este dato en suma a los trabajos publicados ya abordados en este informe pone en evidencia la necesidad de seguir trabajando en la mejora de la adaptación y aplicación de las guías de trombopprofilaxis en los establecimientos de salud, de manera tal que se garanticen todas las medidas preventivas para evitar complicaciones trombóticas en los pacientes hospitalizados (27).

La implementación de medidas estandarizadas y sistematizadas para la prevención de trombosis de manera transversal a todos los pacientes es, a nivel nacional, un aspecto pendiente que requiere el desarrollo de líneas de mejora.

Identificación correcta, Comunicación y Seguridad del Paciente

Los problemas de comunicación causan de manera directa un 13,2% (mediana con IQR 6,1%-24,4%, en 4 estudios) de los incidentes y contribuyen como causa de los incidentes en una mediana del 24% (IQR, 12.0% a 46.8%, teniendo en cuenta 42 estudios), según una revisión sistemática realizada en 2025 (30). Incluso, según lo reportado por la Joint Commission (organización que evalúa la calidad hospitalaria), las fallas en comunicación se identificaron como causa raíz en más del 60% de los eventos adversos centinela (29).

La seguridad durante la comunicación en los cuidados de la salud se puede abordar en distintos aspectos:

Identificación del paciente: En este informe se identificó una publicación en un hospital público de CABA en el que se detectaron 9,8 a 14,2% de pacientes no identificados y el programa PICAM resume un cumplimiento en las instituciones participantes, una mediana del 95,0% al identificar a los pacientes (8, 28). Esto indica que, en Argentina, entre el 5 y el 14% de los pacientes no se encuentran correctamente identificados de acuerdo con recomendaciones internacionales que buscan prevenir errores de procedimientos en los pacientes. Este dato es similar al comunicado por un hospital en Brasil que encontró 4,2% de pacientes no identificados y 11,9% con error de identificación. El impacto de la situa-

ción actual en Argentina se desconoce, ya que no existe la vigilancia sistemática de eventos asociados a identificación equivocada de los pacientes. En el mundo se han identificado un 12,3% de los eventos centinela asociados a una identificación incorrecta de los pacientes en Estados Unidos y 1.309 incidentes entre 2006 y 2008 en el Reino Unido (12) .

Transiciones de cuidado y registros clínicos:

En Argentina, se reportan a PICAM algunos indicadores que abordan esta problemática, como los registros clínicos (1,9% sin epicrisis cargada dentro de las 72hs del alta) y los reingresos no programados por la misma patología en las primeras 72hs (0,8%) (8).

SATI-Q también reporta un número de reingresos no programados, siendo esto el 3,0% de los egresos en adultos y el 2,5% en pediatría (9,10).

En el mundo, solo el 27% de los países ha reportado acciones específicas para prevenir daño en transiciones de cuidado. Sin embargo, el 65% ha implementado acciones en al menos uno de los tres aspectos clave: registros clínicos, comunicación al alta y seguimiento post-alta (12).

Comunicación entre profesionales:

El estudio AMBEAS identificó que en Latinoamérica la mayoría de los eventos adversos se relacionan con fallas en la comunicación, incluyendo la comunicación entre profesionales (93).

No existen indicadores nacionales, pero en las instituciones que reportaron a PICAM se evaluó la comunicación durante el pase de guardia, con un 97,5% de pases correctamente realizados (8).

La comunicación entre profesionales puede clasificarse en comunicación entre personal clínico y comunicación entre personal clínico y no clínico. La mala comunicación entre profesionales clínicos contribuye aproximadamente a 1 de cada 5 incidentes de seguridad del paciente (mediana, 22,4% [IQR, 12,6% a 50%, certeza de la evidencia muy baja]) y la mala comunicación entre personal clínico y no clínico, contribuye aproximadamente a 1 de cada 3 incidentes de seguridad del paciente (mediana del 34% [IQR, 15% a 53,5%, con una certeza de la evidencia baja (30)]).

Comunicación con pacientes: En nuestro país no se reportan indicadores sobre este aspecto. Sin embargo, en Latinoamérica se mencionaron fallas de comunicación entre profesionales y pacientes como causa de eventos adversos durante el estudio AMBEAS (93). Se ha reportado que la mala comunicación del personal sanitario (clínico y no clínico) con los pacientes contribuye a una mediana del 21,7% (IQR, 9,3% a 35,2%) de los incidentes de seguridad del paciente, con una certeza muy baja de la evidencia (30). En una revisión sistemática cuyo objetivo primario fue asociar las intervenciones de comunicación con la tasa de reingresos post-alta, la cual incluyó 60 ECCAs con 16.070 pacientes para la síntesis cualitativa y 19 estudios con 3.953 pacientes para la síntesis cuantitativa.

Las intervenciones de comunicación se asociaron de manera significativa a una menor tasa de readmisión, mayor adherencia al tratamiento y mayor satisfacción del paciente (98).

Reingresos no programados

En las instituciones que reportan a PICAM, la mediana para reingresos en las primeras 72hs fue del 0,8%. Según lo reportado en SATI-Q la misma llega a cuadruplicarse, con un 2,5% de reingresos en pediatría y 3,0% en adultos (8-10).

En cuanto a la prevención, un estudio en un hospital pediátrico público de Buenos Aires encontró que casi la mitad de los reingresos fueron potencialmente prevenibles (47,9% a 30 días) (60). Estos datos contrastan con lo reportado en el programa de Medicare de Estados Unidos, donde el 15% de los pacientes dados de alta reingresan los 30 días y se calcula que 1 de cada 4 de estas internaciones es potencialmente prevenible (98). Esta diferencia invita a reflexionar sobre el seguimiento al alta de los pacientes y preguntarnos ¿es adecuado el seguimiento y confiable lo reportado en nuestras instituciones? ¿Existe algún sesgo hacia medidas de seguridad y calidad en instituciones que reportan, contraria a los posibles hallazgos en instituciones que no reportan?

Cultura de la Seguridad del Paciente

En este reporte se identificó que no hay datos oficiales sobre indicadores referentes al tema. En 2013, la Sociedad Argentina de Pediatría, realizó una encuesta a médicos residentes de pediatría para conocer si las instituciones donde realizaban su formación trabajaban en aspectos relacionados a seguridad del paciente y si habían recibido capacitación al respecto. La mayoría de los pediatras argentinos trabajan y se forman en entornos donde la seguridad del paciente no es una prioridad.

El estudio identificó que el 30% de quienes respondieron la encuesta tenían formación en seguridad del paciente y el 15% de las instituciones tenía Comité de Seguridad.

Por ende podría concluirse que la mayoría de los pediatras argentinos trabajan y se forman en entornos donde la seguridad del paciente no es una prioridad (32).

En Latinoamérica, la Alianza Latinoamericana de Instituciones de Salud realizó en 2021 un estudio transversal internacional multicéntrico para conocer la percepción de cultura de seguridad del paciente en cuatro hospitales de Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Se identificó que el 89% de los encuestados consideraba que las instituciones tienen máxima prioridad a los ítems relacionados con seguridad del paciente y un 23% contestó que se abordaban los ítems relacionados a los errores y fallos.

Quienes desempeñan roles de liderazgo tenían mayor percepción de trabajo institucional relacionado a seguridad del paciente en relación con aquellos profesionales que realizaban tareas asistenciales. En la encuesta realizada se destacó como prioridad institucional la seguridad del paciente y los puntos débiles en común que incluyeron los recursos humanos y las respuestas no punitivas al error. Sin embargo, esta muestra podría no ser representativa de Latinoamérica y de nuestro país al haber sido tomada dentro de la Alianza Latinoamericana de Instituciones de Salud, que son instituciones con cultura de calidad consolidada y acreditación internacional (31).

Según un reporte de la OECD de 2022, en el que se hizo una medición basal global de los países miembro, sobre la cultura de seguridad del paciente, el 50% del personal de salud cree que quienes están a cargo de la gestión hospitalaria promueven un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y la demuestra como prioridad. En estos países, el 46% de los trabajadores de salud pensaban que era importante que la información del paciente se transmitiera entre unidades hospitalarias y en el cambio de turno. Además, del personal de salud, aproximadamente el 40% pensaba que la cantidad de

personal era suficiente como para asegurar la seguridad del paciente y que el uso de reportes en tal caso no sería usado en su contra. Durante este reporte global, se demostró alta heterogeneidad sobre cómo los trabajadores de la salud perciben la seguridad del paciente en sus lugares de trabajo; la diferencia entre la percepción positiva del personal sobre el manejo y el soporte para fomentar la seguridad del paciente y la comunicación abierta difirió por más del 50% entre los países con mayor y menor puntaje (95).

Si bien la promulgación de la Ley Nicolás constituye un impulso relevante para enmarcar y promover acciones orientadas a la mejora de la calidad y la seguridad del paciente a nivel nacional, este informe evidencia la necesidad de profundizar los esfuerzos institucionales para consolidar una cultura de seguridad del paciente y fortalecer la apropiación del enfoque por parte de los profesionales de la salud.

Sistemas de notificación y utilidad de reportes voluntarios

En nuestro país, no existe un sistema de reporte integrado a nivel nacional. Actualmente, como previamente se ha mencionado, existe el sistema de farmacovigilancia coordinado por la ANMAT y una iniciativa impulsada por la Ley Nicolás para la creación de un Registro Nacional Único de Eventos Centinela (19,34).

A nivel nacional, en el estudio que analizó los incidentes en oftalmología reportados por médicos oftalmólogos de Argentina, el incidente más frecuentemente reportado fue relacionado con la administración de gotas oftálmicas y el 77,9%

fueron considerados prevenibles con adecuadas medidas de seguridad (65).

A nivel regional, México y Chile presentan un sistema de reporte nacional para instituciones con internación tanto privadas como públicas, pero no durante el cuidado ambulatorio (2,94). Costa Rica implementa un sistema nacional utilizando *trigger tools*, en vez de reporte voluntario (94).

A nivel global, la mayoría de los países (94%) presenta algún sistema de reporte de eventos adversos. Sin embargo, el contenido de lo que se reporta sigue siendo un desafío, ya que varía según la madurez de farmacovigilancia en cada país. En los países de altos ingresos, el 75% reportan todos los eventos adversos asociados al uso de medicación, desde errores y casi-eventos hasta reacciones adversas a medicación.

En contraste, en países de bajos ingresos el 31% reporta y, tanto en países de medianos y de bajos ingresos, la mayoría de los reportes son por reacciones a drogas, evidenciando una brecha significativa en el aprendizaje a partir de errores de medicación y la mejora de procesos.

Cabe destacar que, si bien la mayoría de los países cuenta con algún sistema de reporte general, la implementación de sistemas con indicadores específicos sobre el daño asociado al uso de medicación está presente en apenas un tercio de ellos y sólo el 17% ha reportado la carga de enfermedad asociada al daño por medicación en su país (12). Esta distinción refleja los distintos niveles de madurez de los sistemas de farmacovigilancia a nivel global. El sistema de reportes para evaluar los eventos adversos asociados al uso de medicación provee información esencial para poder mejorar su uso seguro.

Es necesario abordar la temática de manera sistemática, para cambiar de una “cultura de culpa” a una “cultura justa” (12).

En cuanto al entrenamiento del personal sobre seguridad del paciente, que podría colaborar para que este cambio cultural suceda, el 17% de los países han adoptado la currícula de la OMS, en su mayoría países de altos y medianos ingresos (12). Para que la atención sea segura, es importante que la seguridad durante la misma sea una prioridad y exista una cultura que la promueva, que identifique eventos adversos y a su vez cuide al personal.

Personal de salud como “segundas víctimas”

Este reporte identificó que no hay disponibles indicadores nacionales sobre esta temática. Sin embargo, los trabajos realizados por Brunelli et al. demuestran que nuestro país no es la excepción a este impacto oculto y que el personal de salud se ve profundamente afectado por los eventos adversos en pacientes (35,36). Según el reporte de la OECD, el 68% del personal de salud refirió que el trabajo en equipo dentro de su unidad es el principal mecanismo para aprender de eventos negativos y evaluar cambios necesarios (94). A nivel global, la mayor carga “oculta” de las lesiones a pacientes durante el cuidado de la salud, es el impacto en el personal de salud.

Análisis de las fortalezas

El Observatorio de Seguridad del Paciente es la primera iniciativa para integrar los datos existentes a nivel nacional y poder conocer el estado de situación actual del sistema de salud argentino. Se resume la información existente sobre infecciones asociadas al cuidado de la salud, higiene de manos, seguridad en el uso de medicación, lesiones prevenibles, seguridad de procedimientos quirúrgicos, eventos tromboembólicos y comunicación para la seguridad del paciente: puntos claves a trabajar para que nuestro sistema de salud pueda ser equitativo en los resultados que brinda a la población y efectivo a la hora de acompañar a los ciudadanos.

Este informe articula por primera vez datos de tres sistemas de vigilancia nacionales, VIHDA, PICAM y SATI-Q, en un marco unificado, superando la fragmentación habitual de la información disponible. Los datos se presentan con cobertura de las 24 jurisdicciones del país y desagregados por población adulta, pediátrica y neonatal, lo que permite identificar patrones específicos por grupo etario y región.

Asimismo, se describe la cultura de la seguridad del paciente desde lo institucional hasta el efecto en el personal sanitario, incorporando el concepto de segunda víctima, que no suele estar presente en informes nacionales de este tipo. Entender que los eventos adversos también impactan a quienes proveen los cuidados es un paso fundamental hacia un sistema seguro que tiene en cuenta a todos sus actores.

La contextualización sistemática de los hallazgos nacionales con datos regionales y globales, incluyendo comparaciones con Chile, Brasil y organismos como la OMS, la OCDE y el INICC, permite ubicar la situación argentina en perspectiva y orientar estrategias de mejora basadas en experiencias internacionales.

Finalmente, la declaración explícita del uso de inteligencia artificial con descripción detallada del proceso representa una práctica de transparencia metodológica poco frecuente en informes de este tipo, que refuerza la integridad científica del trabajo.

Al poder describir un marco basal, brinda posibilidades de promover el conocimiento y replicar iniciativas, generar conciencia y consecuentemente generar un cambio en cómo pensamos la atención sanitaria.

Limitaciones

Al interpretar los datos de este informe, es importante tener en cuenta que se realizó con datos secundarios, de múltiples fuentes nacionales a investigaciones publicadas, con las limitaciones que esto conlleva.

Las fuentes de datos analizadas fueron principalmente programas nacionales de vigilancia (SATI-Q, VIHDA, PICAM) y literatura científica publicada. Consecuentemente, tienen importantes diferencias en objetivos, metodologías de recolección de datos, criterios de inclusión/exclusión y unidades de análisis, que impiden realizar una comparación directa.

Las limitaciones a tener en cuenta incluyen:

- **Heterogeneidad de metodologías de registro:** En PICAM, los indicadores se reportan como medianas o proporciones por unidad, sin ajuste por días-dispositivo, mientras que SATI-Q y VIHDA los informan como tasas ajustadas por denominadores estandarizados. La heterogeneidad limita su análisis comparativo.
- **Cobertura voluntaria y parcial:** La participación en los sistemas de vigilancia citados es voluntaria, por lo que los datos disponibles son de instituciones que eligen reportarlos (sesgo de selección) y probablemente cuentan con una cultura de seguridad más madura que las que no reportan, con un mayor compromiso hacia la mejora continua.

Esto limita la representatividad a nivel nacional.

- **Limitaciones de los estudios incluidos en la literatura científica:** La mayoría de los artículos científicos citados son estudios observacionales transversales, series de caso y un estudio cuasi-experimental antes-después no controlado. Los tamaños muestrales son variables, en distintos contextos asistenciales y con distintos enfoques metodológicos. Esto limita la validez interna y externa de los resultados, dificultando la generalización para extrapolar lo que sucede en todos los rincones del país.

Además, la utilización de la inteligencia artificial presenta sus propios sesgos y limitaciones:

- **Sesgo de percepción:** el funcionamiento de los modelos de lenguaje depende de los datos utilizados durante su entrenamiento y puede ser mejor para ciertas poblaciones; los modelos utilizados no fueron específicamente diseñados para la población argentina. Se intentó controlar este sesgo al no delegarle la selección de los datos a analizar a la inteligencia artificial y al ser específicos en la instrucción del análisis y la estructuración de cómo organizar la información. Además, todo texto de salida realizado por la IA fue revisado por los investigadores que compraron siempre la salida y los resultados presentados con la literatura original.
- **Sesgo técnico:** inherente a las imprecisiones de la misma tecnología. Se intentó controlar con las indicaciones y los están-

dares exigidos a la inteligencia artificial al dar las instrucciones (“prompt” que exigía altos estándares de calidad científica, rigurosidad metodológica y explicación de las metodologías utilizadas).

- **Sesgo de modelado** que depende del diseño manual del modelo por los expertos que han sido también influenciados por su entorno; se utilizaron ChatGPT de OpenAI y Sonnet 4.6 de Claude, que son ampliamente utilizadas y entrenadas por diversos usuarios, en vez de un modelo de lenguaje poco entrenado con datos y más ligado al modelado de sus creadores.
- **Sesgo de activación** controlado por investigadores, al buscar la objetividad de la revisión científica al utilizar las salidas del sistema.

En función de su diseño y alcance, el informe ofrece una aproximación contextual relevante, aún cuando no corresponde a una medición nacional estandarizada y ciertos resultados no permiten comparaciones directas.

Conclusión

El reporte brinda un conocimiento basal sobre la seguridad de los pacientes en el sistema de salud argentino: la información existente, sus alcances y los puntos prioritarios a mejorar. Permite conocer componentes críticos del sistema e identificar la situación descrita por la información actual, las características de la información, los vacíos de la monitorización y las posibilidades de análisis provistas en dicho contexto.

El análisis integrado permitió describir la situación de cada dominio propuesto como objetivo. En todos ellos se identificaron tanto avances como brechas: tasas elevadas de IACS en cuidados críticos, ausencia de un sistema integrado de reporte de errores de medicación, probable subestimación de lesiones prevenibles, niveles adecuados de cumplimiento quirúrgico en instituciones que reportan, ausencia de indicadores de trombosis en los sistemas de vigilancia, niveles aceptables de comunicación con heterogeneidad entre instituciones y escasez de datos actualizados sobre cultura de seguridad.

Un aspecto para considerar es que la información es una herramienta que conduce a la colaboración. A nivel nacional, si bien múltiples jurisdicciones adhieren al PNGCAM, no se cuenta con un reporte de indicadores de calidad a nivel gubernamental. Existen diferentes iniciativas de reporte voluntario como las que hemos analizado en este observatorio, sin embargo ninguna de ellas abarca de manera transversal a todos los componentes de las metas internacionales de seguridad del paciente, ni hay definiciones estandarizadas a nivel nacional sobre las unidades de medida a utilizar en el armado del indicador (algunos reportan densidad de incidencia, otros mediana). Es por ello que resulta fundamental continuar trabajando en la mejora de los indicadores existentes y en la adhesión de las instituciones al reporte voluntario.

En este momento histórico de complejidad, la colaboración entre instituciones y sistemas es no sólo una oportunidad, sino una modalidad de interacción que permitirá avanzar hacia la integración del sistema de salud. Trabajar en una cultura sistémica de la seguridad del paciente requiere el compromiso coordinado de todos los actores del sistema.

Autores

Este informe fue elaborado por Michelle Chismechian, Laura D. Alonso, Ezequiel García Elorrio y Viviana E. Rodríguez, con el apoyo técnico y metodológico del **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)**.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las organizaciones que hicieron posible este informe al facilitar el acceso a sus datos e indicadores: al **Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA)**, dependiente del Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara (ANLIS, Malbrán); a la **Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)**, a través de su programa SATI-Q; y al **Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)**, a través de su Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica (PICAM).

Agradecemos también a los más de 50 expertos que desde 2022 integran el Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente y cuyo compromiso sostenido hace posible esta iniciativa.

Conflicto de Interés

No hay conflictos de interés por parte de los autores para reportar.

Financiamiento

Este informe fue financiado por el IECS, en el marco de su coordinación del Foro Colaborativo Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud. Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para su elaboración.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. The economics of patient safety [Internet]. Vol. 145. 2022 Aug. (OECD Health Working Papers). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en.html doi:10.1787/761f2da8-en
3. Mensah Abrampah N, Syed SB, Hirschhorn LR, Nambiar B, Iqbal U, Garcia-Elorrio E, et al. Quality improvement and emerging global health priorities. International Journal for Quality in Health Care. 2018 Apr 20;30(suppl_1):5–9. doi:10.1093/intqhc/mzy007
4. Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López A. Making universal health care effective in Argentina: A blueprint for reform. Health Syst Reform. 2018;4(3):203–13. doi:10.1080/23288604.2018.1477537 PubMed PMID: 30067439.
5. Leatherman S, Boisson-Walsh AJN, Garcia Elorrio E. Advancing quality in low human development index scoring countries; the need for standardized and shared quality measurement and reporting. International Journal for Quality in Health Care. 2023 Jul 28;35(3). doi:10.1093/intqhc/mzad055
6. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Reporte anual de vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud 2024 VIHDA Versión 2* [Internet]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2025. Available from: <https://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/2650>
7. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Reporte anual de vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud 2023 VIHDA. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud -ANLIS Dr. C. Malbrán,. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2024.
8. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). Programa de Indicadores para la Calidad en la Atención Médica (PICAM): informe 2018–2024 [Internet]. 2025. Available from: <https://www.itaes.org.ar/SeccionServicios.aspx?secl=14>
9. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. SATI-Q: Programa de Calidad para Unidades de Cuidados Intensivos. Informe general adultos 2024: SATI-Q [Internet]. 2025. Available from: <https://dn721507.ca.archive.org/0/items/info2024/info2024.pdf>
10. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. SATI-Q: Programa de Calidad para Unidades de Cuidados Intensivos. Informe general pediátrico 2024: SATI-Q [Internet]. 2025. Available from:

<https://dn721506.ca.archive.org/0/items/infoped2024/infoped2024.pdf>

11. Institute of Global Health Innovation, Imperial College London Patient Safety Watch. Global State of Patient Safety 2023 [Internet]. [cited 2025 May 31]. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-of-patient-safety/>
12. World Health Organization. Global Patient Safety Report 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://iris.who.int/>.
13. Organización Mundial de la Salud. Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos. Ginebra; 2009.
14. Alonso L, Arcidiácono D, Benitez C, Fernández LE, Giordano Lerena R, Guerriero L, et al. Estudio Nacional de Prevalencia de Higiene de Manos Argentina - 1ra edición [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2024 May. Available from: <https://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/2624>
15. Ceriani Cernadas JM, Bogado L, Espínola Rolón F, Galletti MF. Reporte voluntario y anónimo de errores de medicación en pacientes hospitalizados en un Departamento de Pediatría. Arch Argent Pediatr. 2019 Dec 1;117(6). doi:10.5546/aap.2019.eng.e592
16. Fajreldines A, Schnitzler E, Torres S, Panattieri N, Pellizzari M. Measurement of the incidence of care-associated adverse events at the department of pediatrics of a teaching hospital. Arch Argent Pediatr. 2019 Apr 1;117(2):E106–9. doi:10.5546/aap.2019.eng.e106 PubMed PMID: 30869486.
17. Dotta AT, Duarte Sotelo LE, Biaggioni MA, Martín S V., De Tapia JB, Encina R, et al. Detección de eventos adversos en pacientes internados en clínica médica utilizando la herramienta Global Trigger Tool. 2024.
18. Fajreldines A, Pellizzari M, Valerio M, Rodriguez V. Healthcare-associated harm in adult patients hospitalized in two tertiary care centers in Argentina. Medicina (B Aires). 2022;82(3):423–7. PubMed PMID: 35639064.
19. Ministerio de Salud de la Nación - Administración Nacional de Medicamentos A y TM. Sistema Nacional de Farmacovigilancia [Internet]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/>

anmat/regulados/sistema-nacional-de-farmacovigilancia

20. Alonso L, Pu Arcidiácono D, Benitez C, Fernández LE, Guerriero L, Giordano Lerena R, et al. Estudio de Uso Hospitalario de Antimicrobianos 1ra edición - Argentina 2024. 2025 Jan.
21. Perandones C, Pagano I, Alonso L, Arcidiácono D, Benitez C, Fernández LE, et al. Estudio de uso Hospitalario de Antimicrobianos Argentina 2023. 2025 Jan.
22. Boletín Oficial de la República Argentina. Ley de Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos [Internet]. 2022. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/270118/20220824>
23. Etchenique S, Saiz M. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en Argentina, 2018. El primer paso para la maratón nacional de UPP. 2019 Jul.
24. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):299–318. doi:10.1136/bmjqs-2012-001797 PubMed PMID: 23922403.
25. Ministerio de Salud de la Nación. Listado de Verificación de la Seguridad en la Cirugía. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-28-2012.pdf> [Internet]. 2012. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-28-2012.pdf>
26. Grande Ratti MF. Incidence of hospital-acquired venous thromboembolic disease. *Rev Fac Cienc Med.* 2018 Jun 12;75(2):82. doi:10.31053/1853.0605.v75.n2.17243
27. Sosa Lagrue F, Ernst G, Trovato D, Young P. Adherencia sobre tromboprofilaxis en pacientes hospitalizados en Argentina: una revisión sistemática. *Fronteras en Medicina.* 2024 Mar 29;19(01):0027–34. doi:10.31954/RFEM/202401/0027-0034
28. D'Acunto JI, Khoury M, Parodi G, Estrada G. Detección de fallas en las pulseras identificatorias de pacientes internados. *Medicina (B Aires).* 2021;81(4):597–601. PubMed PMID: 34453802.
29. Wesevich A, Langan E, Fridman I, Patel-Nguyen S, Peek ME, Parente V. Biased Language in Simulated Handoffs and Clinician Recall and Attitudes. *JAMA Netw Open.* 2024 Dec 17;7(12). doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.50172
30. Keshtkar L, Bennett-Weston A, Khan AS, Mohan S, Jones M, Nockels K, et al. Impacts of Communication Type and Quality on Patient Safety Incidents A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine.* American College of Physicians; 2025. p. 687–700. doi:10.7326/ANNALS-24-02904 PubMed PMID: 40228297.
31. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdedos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual.* 2023 Oct 6;12(4):e002362.

doi:10.1136/bmj-2023-002362

32. Arpí L, Panattieri ND, Godio FC, Paz VS, Dackiewicz N. Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal. Arch Argent Pediatr. 2017 Feb 1;115(1):82–8. doi:10.5546/aap.2017.82 PubMed PMID: 28097858.
33. Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. International Journal for Quality in Health Care. 2020 Jun 17;32(5):313–8. doi:10.1093/intqhc/mzaa031
34. Boletín Oficial de la República Argentina. Ley Nicolás: Ley de Seguridad y Calidad Sanitaria [Internet]. 2025. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332560/20251008>
35. Brunelli MV, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme RJ, Ortega A, et al. Second victim experience and support from health professionals. Medicina (B Aires). 2023;83(6):918–26. PubMed PMID: 38117711.
36. Brunelli MV, Seisdedos MG, Maluenda Martinez M. Second Victim Experience: A Dynamic Process Conditioned by the Environment. A Qualitative Research. Int J Public Health. 2024 Jun 13;69. doi:10.3389/ijph.2024.1607399
37. Ministerio de Salud Nación. Legisalud Atlas Calidad [Internet]. Available from: https://www.legislaud.gov.ar/atlas/calidad_programa.html
38. Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto Reglamentario 386 / 2023 [Internet]. 2023 [cited 2026 May 5]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-386-2023-387207/texto>
39. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. World Health Organization; 2016. 90 p.
40. World Health Organization. Global Report on Infection Prevention and Control 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://iris.who.int/>.
41. Alonso L, Arcidiácono D, Benitez C, Giordano Lerena R, Guerriero L, Hinojal F, et al. Estudio de Uso Hospitalario de Antimicrobianos 2da edición - Argentina 2024. 20th Century Studios; 2024 Nov.
42. Mendelson M, Morris AM, Thursky K, Pulcini C. How to start an antimicrobial stewardship programme in a hospital. Clinical Microbiology and Infection. Elsevier B.V.; 2020. p. 447–53.

doi:10.1016/j.cmi.2019.08.007 PubMed PMID: 31445209.

43. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a Medication Error? [Internet]. 2024. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
44. Fernández Achával MI, Mammi LF, Fortini Cabarcos N, Guiñazu GG, Robledo CAM, Dvorkin J, et al. Relevamiento de drogas en carros de emergencia de un hospital pediátrico. Estudio antes-después de una intervención educativa. Arch Argent Pediatr. 2020 Aug 1;118(4). doi:10.5546/aap.2020.eng.234
45. Díaz M, Granson E, Taiman J, Alava J, Gabrielli T, Mendoza L. Intoxicación grave con nafazolina: puesta al día a partir de un error terapéutico. Arch Argent Pediatr. 2018 Sep;116(4):e626–9. doi:10.5546/aap.2018.e626 PubMed PMID: 30016045.
46. Chiapella LC, Menna JM, Mamprin ME. Potentially Inappropriate Medications in Elderly Ambulatory Patients: A Comparative Study between a Primary Health Care Center and a Community Pharmacy. Value Health Reg Issues. 2018 Dec;17:119–25. doi:10.1016/j.vhri.2017.12.009
47. Mozeluk NB, Gallo Acosta CM, Cunha Ferre MF, Bobillo M, Donnianni IB, Bellomo MJ, et al. Medicación potencialmente inapropiada en adultos mayores con necesidades paliativas en domicilio. MEDICINA (Buenos Aires). 2024;84:487–95.
48. Zaidi SRH SS. Pressure Ulcer. In: StatPearls [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL); 2024 [cited 2026 Jan 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553107/>
49. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
50. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. The BMJ. 2019;366. doi:10.1136/bmj.l4185 PubMed PMID: 31315828.
51. World Alliance for Patient Safety. Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. 2009.
52. Aranaz Ostáriz V, Gea Velázquez de Castro MT, López Rodríguez-Arias F, Valencia Martín JL, Aibar Remón C, Requena Puche J, et al. Risk Analysis for Patient Safety in Surgical Departments: Cross-Sectional Design Usefulness. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 7;17(7):2516.

doi:10.3390/ijerph17072516

53. Ashorobi D, Atif Ameer M, Fernandez R. Trombosis. In: StatPearls [Internet]. StatPearls; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538430/>
54. Rubio Longo MC, De Lucca PM, Goldsmit G, Fariña D, Lipsich J, Rodríguez S. Catheter-related deep vein thrombosis in newborn infants. Arch Argent Pediatr. 2021 Feb 1;119(1). doi:10.5546/aap.2021.eng.32
55. Solomon RP, Goldberg-Alberts A, Pusey C, Anderson PA, Olympio MA, Roberts RG, et al. Patient Identification: Executive Summary [Internet]. 2016 Aug. Available from: <https://www.ecri.org/resource-center/Pages/>
56. Daniel L, Paula O, Adrián G, Bernaldo de Quirós Fernán G. El registro médico: de Hipócrates a internet.
57. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Communicating with patients and colleagues [Internet]. 2026. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/communicating-safety/communicating-patients-and-colleagues>
58. Urtasun M, Janer Tittarelli MA, Díaz Pumará C, Davenport MC. Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. Rev Fac Cienc Med Cordoba. 2021 Aug 24;78(3):270–5. doi:10.31053/1853.0605.v78.n3.29306
59. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Avoidable Hospital Readmissions [Internet]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/avoidable-hospital-readmissions>
60. Basso D, Bermúdez C, Santoro Gallardo S, Tonini F, Torres F, Ferrero F, et al. Reingresos hospitalarios en un hospital pediátrico de tercer nivel: Prevalencia, características asociadas y prevenibilidad. Arch Argent Pediatr. 2021 Oct 1;119(5). doi:10.5546/aap.2021.eng.e435
61. Giunta DH, Marquez Fossier S, Boietti BR, Ación L, Pollan JA, Martínez B, et al. Emergency department visits and hospital readmissions in an Argentine health system. Int J Med Inform. 2020 Sep;141:104236. doi:10.1016/j.ijmedinf.2020.104236
62. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. 2009 Jan. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxo->

nomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf

63. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. 2013.
64. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from Information to Action [Internet]. Geneva; 2005 [cited 2026 Jan 7]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/69797>
65. Borrone R, Torres RM. Incidentes en Oftalmología: Estudio Nacional en Argentina. 2023.
66. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Source: Administrative Science Quarterly. 1999.
67. Grande-Ratti MF, Perez-Manelli RY, Herrera AG, Pedretti AS, Aliperti V, Martinez B, et al. Investigación-Acción Participativa sobre percepciones, preocupaciones y necesidades de los profesionales de salud en una central de emergencias de Argentina. Arch Prev Riesgos Labor. 2022 Jul 15;25(3):242–58. doi:10.12961/aprl.2022.25.03.02
68. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S, et al. An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 1;19(24). doi:10.3390/ijerph192416869 PubMed PMID: 36554750.
69. Jorro Barón F, Rodríguez AP. Identificación de eventos adversos en pediatría. In: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, editor. Programa de Actualización en Terapia Intensiva Pediátrica. Editorial Médica Panamericana.
70. Fajreldines A, Pellizzari M, Valerio M, Rodriguez V. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud en adultos internados en dos hospitales de alta complejidad de Argentina. 2022.
71. Zorzin D, Del Gesso L. Audit of clinical histories in provincial public hospitals: Utility of the Global Trigger Tool. REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA. 2020 Sep 25.
72. Jaluf G, Otero R. Uso del Global Trigger Tool para la determinación de eventos adversos en un hospital general de alta complejidad. Revista del Hospital El Cruce 2018. 2018.
73. Choosing Wisely Argentina. Choosing Wisely (Home) [Internet]. [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://choosingwisely.com.ar/>
74. Choosing Wisely Argentina. <https://choosingwisely.com.ar/sobre-nosotros> [Internet]. [cited 2026 Mar 29]. Choosing Wisely (Sobre Nosotros). Available from: <https://choosingwisely.com>.

ar/sobre-nosotros

75. Choosing Wisely Argentina. Choosing Wisely (Misión) [Internet]. [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://choosingwisely.com.ar/mision>
76. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. SATI-Q: Programa de Calidad para Unidades de Cuidados Intensivos. Informe general adultos 2023: SATI-Q. 2024.
77. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. SATI-Q: Programa de Calidad para Unidades de Cuidados Intensivos. Informe general pediátrico 2023: SATI-Q. 2024.
78. World Health Organization. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America Towards safer hospital care RESEARCH Better knowledge for safer care. 2011.
79. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2010. Available from: www.mspsi.es
80. Hospitales Latinoamérica E DE, Itziar Larizgoitia Jauregui Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente D, Dra Concha Colomer Revuelta Enrique Terol García Dra Yolanda Agra Varela O, Gonseth García J, Raúl Restrepo Parra F, Urroz Torres Ministerio de Salud O, et al. Estudios IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica. 2010.
81. Poulain Zapata -Enfermera Matrona C, Lara Román -Enfermero C, Flores Rojas P. Informe de indicadores de seguridad del paciente y calidad de atención 2022. 2022.
82. Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais com UTI [Internet]. 2025. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente>
83. Rosenthal VD, Chaparro GJ, Servolo-Medeiros EA, Souza-Fram D, Escudero DV da S, Gualtero-Trujillo SM, et al. An eight-year multicenter study on short-term peripheral intravenous catheter-related bloodstream infection rates in 100 intensive care units of 9 countries in Latin America: Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Mexico, Panama, and Venezuela. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). Infect Control Hosp Epidemiol. 2021 Sep 14;42(9):1098–104. doi:10.1017/ice.2020.1373
84. Yin R, Jin Z, Lee BH, Alvarez GA, Stagnaro JP, Valderrama-Beltran SL, et al. Prospective cohort study of incidence and risk factors for catheter-associated urinary tract infections in 145 intensive care units of 9 Latin American countries: INICC findings. World J Urol. 2023 Oct

12;41(12):3599–609. doi:10.1007/s00345-023-04645-z

85. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual epidemiological report 2021. 2024 Oct.
86. Fabre V, Cosgrove SE, Hsu YJ, Patel TS, Lessa FC, Alvarado A, et al. Multicenter Evaluation of Antibiotic Use and Antibiotic Stewardship Programs in Latin American Hospitals. *Open Forum Infect Dis*. 2025 Jun 30;12(7). doi:10.1093/ofid/ofaf364
87. Ministerio de Salud de la Nación. Vigilancia de la Resistencia Antimicrobiana.
88. Pellegrini JL, Aguirre C, Soto SM, Lovera LMR, Lösch LS, Conza JA Di, et al. Resistencia a colistina en aislados de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos en un hospital pediátrico de Corrientes. *Revista chilena de infectología*. 2022 Apr;39(2):109–16. doi:10.4067/S0716-10182022000200109
89. Jorge L, Azula N, Smayevsky J, Herrera F, Temporiti E, Bonvehí P. Incidencia, características clínicas y evolución de la infección por *clostridioides difficile*. 2021.
90. Organización Mundial de la Salud. Programas de optimización de los antimicrobianos en instituciones sanitarias de los países de ingresos bajos y medianos. Manual práctico de la OMS. Ginebra: World Health Organization; 2020.
91. Fabre V, Cosgrove SE, Lessa FC, Patel TS, Reyes-Morales G, Aleman WR, et al. Knowledge, attitudes and perceptions of Latin American healthcare workers relating to antibiotic stewardship and antibiotic use: a cross-sectional multi-country study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2024 Apr 26;13(1):47. doi:10.1186/s13756-024-01400-w
92. Versporten A, Zarb P, Caniaux I, Gros MF, Drapier N, Miller M, et al. Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey. *Lancet Glob Health*. 2018 Jun;6(6):e619–29. doi:10.1016/S2214-109X(18)30186-4 PubMed PMID: 29681513.
93. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: The AMBEAS/PAHO cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015 Feb 1;27(1):52–9. doi:10.1093/intqhc/mzu100 PubMed PMID: 25609774.
94. Organisation for Economic Co-operation and Development. The economics of medication safety [Internet]. Vol. 147. 2022 Sep. (OECD Health Working Papers). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-medication-safety_9a933261-en.html

doi:10.1787/9a933261-en

95. Organisation for Economic Co-operation and Development. Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care [Internet]. Vol. 134. 2022 Apr. (OECD Health Working Papers). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/developing-international-benchmarks-of-patient-safety-culture-in-hospital-care_95ae65a3-en.html doi:10.1787/95ae65a3-en
96. Willhuber GC, Stagnaro J, Petracchi M, Donndorff A, Monzon DG, Bonorino JA, et al. Short-term complication rate following orthopedic surgery in a tertiary care center in Argentina. SICOT J. 2018 Jun 29;4:26. doi:10.1051/sicotj/2018027
97. Rosenthal VD, Yin R, Jin Z, Alkhawaja SA, Zuñiga-Chavarria MA, Salgado E, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report of health care-associated infections, data summary of 25 countries for 2014 to 2023, Surgical Site Infections Module. Am J Infect Control. 2024 Oct;52(10):1144–51. doi:10.1016/j.ajic.2024.04.007
98. Becker C, Zumbrunn S, Beck K, Vincent A, Loretz N, Müller J, et al. Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. American Medical Association; 2021. doi:10.1001/jama-networkopen.2021.19346 PubMed PMID: 34448868.

