

Protocolo Clínico

Protocolo de apoyo para la identificación de pacientes sin identificación en Servicios de Salud: Situaciones pandémicas (COVID-19)

Carolina María Inostroza Silva¹

¹ Bq. MSc. PhD. Profesora Asistente Extraordinaria Facultad de Odontología Universidad de los Andes, Chile.

Resumen

Los servicios de salud se enfrentan repetidamente a casos de personas no identificadas e incidentes de identificación errónea. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud desconocen su identidad y desconocen su historial médico y las respuestas directas a los obstáculos que se avecinan. Esto puede comprometer el derecho del paciente a una atención segura y digna. Nuestro objetivo fue abordar la no identificación y la identificación errónea de víctimas fallecidas que sufrieron la enfermedad contagiosa causada por el virus COVID-19. Se presenta un protocolo que facilitará la gestión del departamento de enfermería en la identificación de pacientes no identificados, especialmente aplicable a los fallecidos por COVID-19. Se basa en la recolección y registro de datos ante-mortem y especímenes biológicos para su posterior identificación y análisis de parentesco. También ayudará a dignificar al difunto y a sus familiares en duelo.

Palabras claves: Pacientes no identificados; COVID-19; identificación humana; calidad sanitaria.

Abstract

Health services are repeatedly confronted with cases of unidentified persons and incidents of misidentification. At the same time, healthcare professionals are unaware of their identity and unaware of their medical history and direct responses to looming obstacles. This can compromise the patient's right to safe and dignified care. Our objective was to address the non-identification and misidentification of deceased victims who suffered from the contagious disease caused by the COVID-19 virus. Is present a protocol that will facilitate nursing department management in the identification of unidentified patients, especially applicable to COVID-19 decedents. It is based on the collection and recording of ante-mortem data and biological specimens for subsequent identification and parentage analysis. It will also help to dignify the deceased and their bereaved relatives.

Keywords: Unidentified patients; COVID-19; human identification; sanitary quality.

Introducción

La admisión de pacientes a servicios de atención médica requiere que operen con responsabilidad compartida entre la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal de salud. El personal de admisión suele pedir al paciente que comunique su nombre y otros identificadores, aplicando una pulsera para garantizar la identificación durante la estancia^{1,2}. Esta acción ha demostrado ser efectiva en la disminución de errores médicos debido a la identificación errónea de los pacientes³.

Se considera paciente no identificado a alguien que no puede o no quiere dar un nombre plausible, que no lleva algún documento de identificación y/o que no está acompañado por alguien que pueda identificarlo⁴. Los factores contribuyentes incluyen un trauma importante, enfermedades críticas, pérdida de memoria temporal o permanente, confusión, afecciones por drogas o alcohol, barreras y dificultades del idioma, extranjeros, inmigrantes ilegales y víctimas de robo de identidad médica^{4,5,7-13}. Cuando no hay identidad del paciente existe una baja probabilidad de obtener un historial médico confiable. Por lo tanto, la evaluación inicial, la atención médica, la seguridad y el manejo del paciente pueden verse comprometidos^{1,4,5,7,14}. Además estudios reportan eventos de intercambios de identidad o identificación errónea en servicios de salud, lo cual podría ocurrir en cualquier momento de la atención, desde el registro hasta el alta hospitalaria debido a errores técnicos, organizacionales o humanos, principalmente debido a una mala

implementación de protocolos, falta de entramiento y atención del staff médico, o bien por sobrecarga y fatiga laboral del personal^{9,15,16}. Numerosos errores podrían ocurrir en este contexto, por ejemplo, errores en administración de drogas, tratamientos o diagnósticos, disociación de estudios de laboratorio, estudios imagenológicos o errores en el banco de sangre⁷.

Situaciones tales como desastres masivos o pandemias podrían estresar los servicios de salud a tal punto que los protocolos de identificación que a diario se utilizan podrían ser insuficientes para entregar seguridad y calidad de atención al paciente¹⁷.

Durante la pandemia por SARS-CoV-19 y por su naturaleza altamente contagioso, las autoridades recomendaron el limitado contacto de los familiares con pacientes enfermos, y en caso de muerte, el cuerpo requiere de ser colocado en una bolsa contenedora que asegure la bioseguridad en su manejo, la cual no debe ser re-abierta ocasionando que los relativos no puedan ver el cadáver ni prepararlo para la sepultura^{18,19}. En algunos casos fotografías mostradas a los familiares demuestran que se ha proporcionado el cuerpo correcto^{18,20}.

Durante este tiempo se documentaron casos de entrega erróneos de cuerpos generando consternación en los familiares de los fallecidos²¹⁻²³, poniendo en duda los protocolos de manejo de identidad y la calidad de atención entregada por los servicios de salud.

En este contexto no existen recomendaciones específicas para registrar los rasgos identificativos y recolectar especímenes para análisis comparativos en el caso de pacientes fallecidos por esta enfermedad, no identificados al ingreso a los Servicios de Salud.

Este artículo propone un protocolo para registrar datos identificables y recolectar especímenes de pacientes no identificados en Servicios de Salud con fines de identificación.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través del buscador PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) utilizando como búsqueda las palabras claves “*patient identification system*” y “*patient missidentification*”. Además de búsqueda manual de literatura gris. Se seleccionaron artículos experimentales y analíticos para fundamentar cada aspecto del protocolo propuesto a continuación.

Resultados

Protocolo para apoyar la identificación de pacientes no identificados en los servicios de salud

Los objetivos para plantear un protocolo de estas características son: (1) Promover la obtención de identificadores únicos valiosos en los servicios de salud durante el ingreso y registro para garantizar que los difuntos no identificados puedan ser potencialmente identificados; (2) Dignificar a los pacientes y sus familiares. Que sus seres queridos puedan llorarlos con confianza; (3) Y salvaguardar la industria del cuidado de la salud al reducir los reclamos y la desconfianza de los usuarios del servicio.

Este protocolo se enmarca dentro de las estrategias que promueve la Organización mundial de la salud (OMS) para asegurar la identificación de los pacientes en establecimientos de salud²⁴.

Las estrategias propuestas para respaldar la identificación de pacientes no identificados que ingresan a un servicio de salud componen un “registro de identificación integral” (RII) que incluye la integración de una base de datos de pacientes no identificados, la recopilación de elementos de identificación extensos y la recolección de muestras biológicas para pruebas de ADN, si es necesario.

Está diseñado para que cualquier paciente ingresado no identificado o que sufra una identificación errónea durante la atención sanitaria pueda ser correctamente identificado.

Registro Integral de Identificación

Las organizaciones de salud deben utilizar un sistema electrónico avanzado, por ejemplo, REDCap. Es una plataforma web encriptada para crear y administrar encuestas y bases de datos en línea. Eso le permite crear y administrar bases de datos en línea y mejorar los procesos de identificación, registro y búsqueda de pacientes. Varios servicios médicos ya lo han implementado²⁵.

En este caso el RII puede estar integrado o no a la ficha para antecedentes e historial médicos, y debe incluir identificadores únicos primarios como (nombre, fecha de nacimiento, dirección y número único de hospital), así como también otros datos únicos para identificación.

Recomendamos que todos los registros se tomen antes de cualquier procedimiento médicamente invasivo o tan pronto como sea posible después de eso. Todos los datos deben registrarse con prontitud para

minimizar el riesgo de errores asociados con la entrada de datos y la identificación errónea del paciente. Adicionalmente, se recomienda integrar una Base de Datos de Pacientes No Identificados y registrar cuándo y cómo se logró la identificación.

Elementos de identificación integral

(A) Alias temporal: El primer paso es atribuir al paciente no identificado un alias rápido generado automáticamente por el sistema (previamente implementado por la organización). La literatura sugiere distintas estrategias como contener identificadores específicos y esenciales: el número de hospital provisional, una fecha ficticia de nacimiento 15 y el campo de “nombre del paciente” una identificación alfanumérica15 o John/Jane Doe5^{5,7,15}.

(B) Pulsera y etiquetas: Después de atribuir una identificación temporal al paciente, el personal de admisiones debe imprimir una pulsera con los datos identificatorios para colocar en la muñeca del paciente, y preferiblemente una segunda en el tobillo. Las muñequeras deben ser resistentes al agua, a prueba de manipulaciones y cómodas de usar, siempre visibles para que los trabajadores de la salud las revisen en consecuencia. La información debe ser clara y legible, idealmente incluyendo un código de barras que vincule al paciente directamente con su expediente electrónico²⁶.

Recomendamos que los Servicios de Salud asignen a los pacientes no identificados una pulsera de color distintivo (previamente seleccionada y estandarizada en toda la organización) para alertar a los miembros del personal que el paciente tiene ese “estado especial”⁴. En el momento de la admisión, el personal de registro también debe imprimir etiquetas que contengan el mismo código de barras e identificadores que la pulsera para etiquetar las muestras recolectadas del mismo paciente.

(C) Historial médico y odontológico: Siempre que el paciente se considere apto para aportar antecedentes médicos y odontológicos verosímiles (por ejemplo, inmigrantes indocumentados o extranjeros), deberá revelar información como fracturas, prótesis y restauraciones dentales, así como patologías crónicas, regulares y medicación continua y dependencias.

(D) Fotografías: Recomendamos fotografiar la cara y los hombros del paciente, junto con fotos separadas de la dentición o cualquier otra característica distintiva, como marcas de nacimiento, prótesis, cicatrices,

Protocolo de apoyo para la identificación de pacientes sin identificación en Servicios de Salud: Situaciones pandémicas (COVID-19)

tatuajes, ropa, joyas, accesorios y otras pertenencias personales. Todas las imágenes deben obtenerse contra un fondo plano y con el mismo dispositivo digital e, idealmente, cargarse directamente en el RII.

(E) Datos biométricos: Existen diversos estudios que proponen diferentes análisis biométricos que permitirían la comparación con fines identificatorios, como por ejemplo, reconocimiento del iris o retina²⁷, facial²⁸, o auricular²⁹, huellas dactilares y reconocimiento palmar³⁰.

Nosotros sugerimos implementar escáneres de sensores de huellas dactilares y un sistema automatizado de registro de datos biométricos vinculado al RII y posiblemente a una base de datos nacional³¹. Recomendamos escanear ambos pulgares para aumentar las posibilidades de identificación. El escaneo de todos los dedos está indicado cuando los pacientes no tienen ambos pulgares, personas mayores o pacientes que presentan lesiones visibles o modificaciones en las yemas de los dedos³². Es un método rápido y costo efectivo considerando que en Chile ya existe una base de datos de huellas dactilares de la población.

(F) Radiografía dental: El personal técnico debe realizar una ortopantomografía del paciente no identificado cuando sea posible, para registrar cada diente y las estructuras circundantes³³. Las radiografías complementan las fotografías al proporcionar detalles sobre la dentición y los tratamientos.

(G) Colección y almacenamiento de especímenes biológicos para posible análisis genético comparativo: Como parte de una cadena de custodia acreditada, documentada y estandarizada, los formularios de recolección son necesarios para gestionar la recolección de muestras³⁴. Sugerimos la recolección de una muestra sanguínea, para lo cual recomendamos el uso de tarjetas FTA®, que son rápidas y fáciles de procesar, siguiendo las instrucciones del fabricante. Es relevante evitar la contaminación de la muestra utilizando elementos de protección personal correspondientes e identificar correctamente la tarjeta FTA® con el código previamente asignado^{35,36}.

Además de la sangre, recomendamos tomar muestras de una segunda fuente de ADN como respaldo. Sugerimos usar hisopos bucales para recolectar células de la mucosa oral y la saliva porque es rápido y fácil de procesar, en este caso se puede guardar el mismo hisopo o bien utilizar una tarjeta FTA® especializada para este tipo de muestras biológicas³⁵.

Las muestras biológicas deben almacenarse adecuadamente en una instalación acreditada para su posterior investigación. Implica responsabilidades éticas y capacitación del personal para realizar las operaciones generales del repositorio^{37,38}.

En caso de ser necesario la identificación genética del individuo, esta se basa en el análisis de parentesco, comparando el perfil genético de las muestras ante mortem (recolectadas en los Servicios de Salud) con el perfil genético de las muestras de referencia de los familiares (proporcionadas por familiares)³⁹. Los profesionales capacitados dentro de la organización o los laboratorios externos/no afiliados acreditados para producir dichos informes deben realizar todas las investigaciones basadas en el ADN.

Gestión del protocolo: recursos humanos

En general, recomendamos que las enfermeras con buen conocimiento y experiencia lideren el proceso de identificación humana en los pacientes de atención médica, responsables de supervisar el trabajo y coordinar el equipo. Deben estar capacitados y familiarizados con las pautas organizacionales y seguir estrictamente los protocolos⁴⁰.

Discusión y Conclusión

Si bien la idea de estandarizar un protocolo de obtención de información con fines identificatorios nace en el contexto del COVID-19 y los errores identificatorios que ocurrieron durante este tiempo, creemos que puede ser relevante para que los servicios de salud puedan afrontar situaciones que estresen el sistema sin poner en riesgo la seguridad y calidad de la atención del paciente de acuerdo a la experiencia de otros países en relación a desastres masivos o atentados terroristas que han ocurrido, por ejemplo, Haverkort et al.¹⁷ describen el proceso de modificaciones que tuvieron que realizar en Países bajos luego de un desastre aéreo visibilizó las falencias del sistema de identificación de pacientes en los servicios de emergencias.

También es relevante mencionar que desde la experiencia pandémica recién vivida los trabajadores de la salud también deberían preguntar y registrar de todos los pacientes su historial de viajes y contacto previo con personas infectadas, especialmente cuando se sospecha o es positivo para el SARS-CoV-2. En este caso además los trabajadores de la salud deben seguir las pautas y procedimientos de bioseguridad⁴¹.

El año 2016 el Ministerio de Salud Chileno reportó que existe aún una brecha importante sobre el sistema de identificación de paciente en Unidades Ambulatorias, como servicios de Urgencias, Quimioterapia, Salas de Procedimientos Endoscópicos, entre otras⁴². Se encuestaron 167 prestadores institucionales públicos y privados de la salud acerca de las características del Sistema de Identificación de Pacientes. Los resultados muestran que la mayoría de los prestadores aún tiene registro manual de los brazaletes de

Protocolo de apoyo para la identificación de pacientes sin identificación en Servicios de Salud: Situaciones pandémicas (COVID-19)

identificación, infiriendo que aún no implementan sistemas automatizados con este fin. Además, muestra brechas importantes en los sistemas de identificación entre prestadores públicos y privados.

Este protocolo pretende concientizar y aportar al cumplimiento de retos que aún quedan por mejorar en los servicios de salud Chilenos como son: 1. La integración de la tecnología en los Servicios de Salud; 2. La estandarización de los métodos de identificación y el protocolo de identificación dentro de las mismas y diferentes organizaciones a nivel nacional; 3. Los costos asociados a las soluciones técnicas y de personal; y 4. Problemas culturales en conflicto con el cuidado y manejo de pacientes en circunstancias extraordinarias.

Declaración conflictos de interés

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Referencias

1. Dale JC, Renner SW. Wristband Errors in Small Hospitals: A College of American Pathologists' Q-Probes Study of Quality Issues in Patient Identification. *Laboratory Medicine*. 1997 Mar 1;28(3):203–7.
2. Bust PD, Norris B. The Role of Patient Identification in Patient Safety. In: 1st ed. Taylor & Francis; 2018 [cited 2023 Oct 22]. p. 493–8. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351251235/chapters/10.1201/978135106595-78>
3. Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous wristband monitoring over 2 years decreases identification errors: a College of American Pathologists Q-Tracks Study. *Arch Pathol Lab Med*. 2002 Jul;126(7):809–15.
4. Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S, Wristband Project Team. Designing evidence-based patient safety interventions: the case of the UK's National Health Service hospital wristbands. *J Eval Clin Pract*. 2009 Apr;15(2):316–22.
5. Claps PJ, Berk WA. The John Doe syndrome: Diagnosis and outcome of patients unidentified at the time of emergency department admission. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1992 May 1;10(3):217–8.
6. Meagher D, Collins A. The anonymous patient: clinical characteristics of patients unidentified at presentation. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 1995 Dec;12(4):138–40.
7. Janowak CF, Agarwal SK, Zarzaur BL. What's in a Name? Provider Perception of Injured John Doe Patients. *J Surg Res*. 2019 Jun;238:218–23.
8. LOSS OF MEMORY AND OF SENSE OF PERSONAL IDENTITY. *The Lancet*. 1900 Jun 9;155(4006):1670.
9. An identity crisis? Aspects of patient misidentification - Peter Thomas, Carol Evans, 2004 [Internet]. [cited 2023 Oct 22]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/135626204322756556>
10. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. *Pediatrics*. 2006 Jan;117(1):e43-47.
11. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012 Apr;22(2):267–71.
12. Judson T, Haas M, Lagu T. Medical Identity Theft: Prevention and Reconciliation Initiatives at Massachusetts General Hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2014 Jul 1;40(7):291-AP1.
13. Tastad K, Koh J, Goodridge D, Stempien J, Oyedokun T. Unidentified patients in the emergency department: a historical cohort study. *Can J Emerg Med*. 2021 Nov 1;23(6):772–7.
14. Norris B, Sevdalis N, Bothwell S, Ranger C, Rose T. The Role of Patient Identification in Patient Safety. In: *Contemporary Ergonomics 2007*. Taylor & Francis; 2007.
15. Bittle MJ, Charache P, Wassilchuk DM. Registration-Associated Patient Misidentification in an Academic Medical Center: Causes and Corrections. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007 Jan;33(1):25–33.
16. Schulmeister L. Patient misidentification in oncology care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Jun;12(3):495–8.
17. Haverkort JJM, Bouman JH, Wind JDD, Leenen LPH. Continuous Development of a Major Incident In-Hospital Victim Tracking and Tracing System, Withstanding the Challenges of Time. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*.
18. Hanzlick R, Nolte K, deJong J, National Association of Medical Examiners Bioterrorism and Infectious Disease Committee. The Medical Examiner/Coroner's Guide for Contaminated Deceased Body Management. *Am J Forensic Med Pathol*. 2009 Dec;30(4):327–38.
19. Claydon SM. The high risk autopsy. Recognition and protection. *Am J Forensic Med Pathol*. 1993 Sep;14(3):253–6.
20. Nacional B del C. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile [Internet]. www.bcn.cl/leychile. 2013 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile>
21. Cadáver de presunto fallecido por COVID-19 es entregado a la familia equivocada [Internet]. *Radio Fórmula*. 2020 [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.radioformula.com.mx/noticias/20200422/cadaver-de-presunto-fallecido-por-covid-19-es-entregado-a->

Protocolo de apoyo para la identificación de pacientes sin identificación en Servicios de Salud: Situaciones pandémicas (COVID-19)

la-familia-equivocada/

22. Por error entregan cadáver equivocado por Covid en Chiapas | GDA – Grupo de Diarios América [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: <http://gda.com/detalle-de-la-noticia/>
23. Entregan cuerpo equivocado de fallecido en Hospital de Quilpué | Tele 13. [cited 2020 Jun 18]; Available from: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/cuerpo-equivocado-quilpue-coronavirus-22-05-2020>
24. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification. Patient safety solutions. 2007 May;1(2).
25. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan.* 2014 Oct;29(7):818–30.
26. Khammarnia M, Kassani A, Eslahi M. The Efficacy of Patients' Wristband Bar-code on Prevention of Medical Errors: A Meta-analysis Study. *Appl Clin Inform.* 2015;06(04):716–27.
27. Parrish RK, Pasquale LR, Lee AY, Folberg R, Stewart MW, Duncan Powers SL. Who Could Know Who I Am? The Possibility of Patient Identification With Retinal Imaging. *Am J Ophthalmol.* 2020 Aug;216:A3–4.
28. Jeon B, Jeong B, Jee S, Huang Y, Kim Y, Park GH, et al. A Facial Recognition Mobile App for Patient Safety and Biometric Identification: Design, Development, and Validation. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2019 Apr 8;7(4):e11472.
29. Etter LP, Ragan EJ, Campion R, Martinez D, Gill CJ. Ear biometrics for patient identification in global health: a field study to test the effectiveness of an image stabilization device in improving identification accuracy. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2019 Jun 18;19(1):114.
30. Jaafa NK, Mokaya B, Savai SM, Yeung A, Siika AM, Were M. Implementation of Fingerprint Technology for Unique Patient Matching and Identification at an HIV Care and Treatment Facility in Western Kenya: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res.* 2021 Dec 22;23(12):e28958.
31. Sohn JW, Kim H, Park SB, Lee S, Monroe JI, Malone TB, et al. Clinical Study of Using Biometrics to Identify Patient and Procedure. *Front Oncol.* 2020;10:586232.
32. Roberts C h., Stott C, Shawe-Taylor M, Chaudhry Z, Lal S, Marks M. Biometric linkage of longitudinally collected electronic case report forms and confirmation of subject identity: an open framework for ODK and related tools. *Front Digit Health.* 2023 Aug 4;5:1072331.
33. Du H, Li M, Li G, Lyu T, Tian XM. Specific oral and maxillofacial identifiers in panoramic radiographs used for human identification. *J Forensic Sci.* 2021 May;66(3):910–8.
34. Alonso A, Martin P, Albarrán C, Garcia P, Fernandez de Simon L, Jesús Iturralde M, et al. Challenges of DNA profiling in mass disaster investigations. *Croat Med J.* 2005 Aug;46(4):540–8.
35. Hudson BC, Connon CC. DNA Purification from Bloodstains and Buccal Cells/Saliva on FTA® Cards. *Methods Mol Biol.* 2023;2685:119–26.
36. Rahikainen AL, Palo JU, de Leeuw W, Budowle B, Sajantila A. DNA quality and quantity from up to 16 years old post-mortem blood stored on FTA cards. *Forensic Sci Int.* 2016 Apr;261:148–53.
37. Watson PH, Hewitt RE, Catchpoole DR, Grizzle WE. Biobank: What's in a Name? *Biopreserv Biobank.* 2019 Jun 1;17(3):204–8.
38. Grizzle WE, Sexton KC, Bell WC. Human Tissue Biorepository. In: Cheng L, Zhang DY, Eble JN, editors. *Molecular Genetic Pathology* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [cited 2021 Jul 30]. p. 483–97. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4800-6_17
39. Diwaker NR, Rajeshwari null, Rao B. DNA fingerprinting. The future of forensic dentistry--a review. *Indian J Dent Res.* 2001 Jun;12(2):81–8.
40. SERVICIO MEDICO LEGAL. APRUEBA GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE TANATOLOGÍA [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1049932&idParte=&idVersion=2013-04-06>
41. Rutjes SA, Vennis IM, Wagner E, Maisaia V, Peintner L. Biosafety and biosecurity challenges during the COVID-19 pandemic and

beyond. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology* [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 26];11. Available from:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fbioe.2023.1117316>

42. Valdes J, Alvarez ME, Jimenez L, Ayarza E. Sistema de Identificación de Pacientes en Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada - Sistema de Identificación de Pacientes en Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada. In *Intendencia de Prestadores, Superintendencia de Salud.*; 2016 [cited 2023 Oct 25]. Available from:

<http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-17183.html>