



Gestión de Procesos de Calidad en Base a la Seguridad del Paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis Nicasio Sáenz”

Trabajo de investigación presentado como parte de los requerimientos para obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de Salud

José Christian Cachay Alor

Rosa Rosana Chacaltana Ayerve

Pamela Lisset Neyra Vera

Eva Luisa Torres Quispe

Lizbeth Patricia Wong Marzano

Programa de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud 2009-II

Lima, 26 de mayo del 2022

Este trabajo de investigación,

Gestión de Procesos de Calidad en Base a la Seguridad del Paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis Nicasio Sáenz”

ha sido aprobada.



.....
Cesar Neves Catter



.....
Katia Granados Guibovich



.....
Lidia Arbaiza Fermini PhD (Asesor)

Universidad ESAN

2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por protegernos siempre, más aún en esta pandemia, a mi padre José Cachay Chumioque, por el apoyo en los momentos difíciles que se vivió estos dos años, a mi institución PNP, por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

José Christian Cachay Alor

A Dios mi incondicional fortaleza. A mi madre Dina por su ejemplo de tenacidad y perseverancia. A mi esposo Aldemir por su apoyo y paciencia. A mis hijas Sol y Karim por ser mi bendición inspiradora y por su paciencia amorosa y cómplice. A la Gloriosa Sanidad Policial del Perú por esta oportunidad. A todos los maestros de ESAN por haber marcado en mi vida un antes y un después.

Rosi Chacaltana Ayerve

A mis padres por todo el apoyo omnipresente y amoroso. A mis hijos que son mimotivo y mi fortaleza, por todo el amor y la paciencia de regalarme su tiempo. A la Sanidad de la Policía Nacional por la oportunidad de perfeccionarme. A ESAN por ser el inicio del cambio en nuestra institución.

Pamela Lisset Neyra Vera

A Dios por guiar y cuidar nuestro camino, a Nuestra Familia por el apoyo constante, a Nuestra institución PNP por esta oportunidad de colaborar en mejorar la salud Policial y a Nuestra Universidad ESAN por darnos las herramientas de conocimientos para lograr los objetivos trazados en beneficio de la salud de la Familia Policial.

Eva Luisa Torres Quispe

Mi agradecimiento está dedicado a mis padres Leonor y Mario, mis hijos Xiomi y Matias y mi esposo Fernando por brindarme soporte, comprensión y apoyo durante este tiempo de aprendizaje, sin su amor y comprensión esto no hubiera sido posible. A mi institución PNP que me dio la oportunidad de seguir creciendo como profesional.

Lizbeth Patricia Wong Marzano

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	iv
CAPITULO I: INTRODUCCION	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.1. Problema principal.....	6
1.1.2. Problemas específicos.....	6
1.2. Objetivo.....	6
1.2.1. Objetivo general	6
1.2.2. Objetivos específicos	6
1.3. Justificación.....	7
1.4. Alcance.....	9
1.5. Contribución.....	10
1.5.1. Contribución práctica	10
1.5.2. Contribución teórica	10
CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.1. Definiciones Operativas	12
2.2. Antecedentes de investigación	14
2.3. Seguridad del paciente	18
2.3.1. Dimensiones de la seguridad del paciente	19
2.3.2. Guía de seguridad del paciente	19
2.4. Calidad en atención médica.....	20
2.4.1. Elementos de la calidad	21
2.4.2. El ciclo de Deming	22
2.4.3. Objetivos de la atención en salud	23
2.4.4. Auditoria y mejora continua	23
2.4.5. Beneficio de la mejora de la calidad.....	24
2.4.6. Plan de estudios de mejora de la calidad	25
2.4.7. Cultura organizacional y mejora de la calidad	26

2.4.8.	COVID y atención con calidad.....	26
2.4.9.	Errores en la atención medica.....	27
2.4.10.	Daño, incidente, riesgo y evento adverso en la atención médica	30
CAPITULO III: MARCO CONTEXTUAL		31
3.1.	Contexto global	31
3.2.	Contexto regional	34
3.3.	Contexto local	35
3.3.1.	Sanidad PNP	40
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		46
4.1	Diseño de investigación	46
4.2	Población y muestra	46
4.2.1.	Población	46
4.2.2.	Muestra	47
4.2.3.	Muestreo	47
4.2.4.	Criterios de selección.....	47
4.3	Instrumentos de medición	48
4.3.1.	Validación de instrumentos	49
4.4	Técnicas y procedimientos	49
4.5	Análisis de datos.....	50
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS		52
5.1.	Resultados Cualitativos	52
5.2.	Resultados Cuantitativos	70
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE MEJORA (APLICACIÓN)		102
6.1.	Introducción	102
6.2.	Identificación de la oportunidad de mejora.....	103
6.3.	Personal responsable	106
6.4.	Población objetivo.....	106
6.5.	Lugar de ejecución	107
6.6.	Duración	107
6.7.	Determinación de las causas y las alternativas de solución	107
6.8.	Formular el plan de acción (Plan Principal).....	110
6.9.	Indicadores para medir los logros o impacto de la propuesta	115
6.10.	Presupuesto	117

6.11.	Costo – Beneficio de la propuesta de mejora	118
6.12.	Caso de Paciente (Costos por problemas en la seguridad del paciente).	122
6.13.	Cronograma	125
6.14.	Seguimiento	127
6.15.	Flujograma de implementación	128
6.16.	Formular el plan de acción (Plan Alternativo-Piloto).....	129
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN.....		132
7.1.	Implicancias	132
7.2.	Limitaciones	136
7.3.	Agenda Futura	136
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		138
8.1.	Conclusiones	138
8.2.	Recomendaciones.....	140
BIBLIOGRAFÍA		141
ANEXO		148
A.	Ficha de recolección de datos.....	148
B.	Consentimiento informado	156
C.	Entrevistas realizadas	157
D.	Información adicional de la encuesta sobre seguridad del paciente.....	177
E.	Formato de plan de trabajo	178
F.	Formato de notificación de eventos adversos.....	179
G.	Flujograma de notificación de eventos adversos.....	180
H.	Protocolo de comunicación del personal asistencial y administrativo	181
I.	Validación de instrumentos	183

Lista de Tablas

Tabla 5.1. Matriz de análisis de contenido de las entrevistas a funcionarios internos del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	52
Tabla 5.2. Matriz de análisis de contenido de las entrevistas a funcionarios de otros establecimientos de salud	56
Tabla 5.3. Personal PNP según situación policial 2018... ..	63
Tabla 5.4. Características generales de los profesionales de salud y apoyo (I).....	70
Tabla 5.5. Características generales de los profesionales de salud y apoyo (II)	71
Tabla 5.6. Notificación de eventos adversos según modalidad laboral... ..	71
Tabla 5.7. Notificación de eventos adversos según posición laboral... ..	72
Tabla 5.8. Calificación del Clima de Seguridad (p.43)	95
Tabla 5.9. Eventos adversos notificados en el último año (p.48)	96
Tabla 5.10. Indicadores del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” 2021	97
Tabla 5.11. Atenciones por prioridad del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre I – 2021	98
Tabla 5.12. Atenciones por prioridad del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre II – 2021	98
Tabla 5.13. Perfil epidemiológico del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre I – 2021	99
Tabla 5.14. Perfil epidemiológico del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre II – 2021	100
Tabla 6.1. Presupuesto de implementación de la propuesta de mejora del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”	117
Tabla 6.2. Impacto de la propuesta de mejora en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	120
Tabla 6.3. Análisis costo-beneficio de la propuesta de mejora en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	121
Tabla 6.4. Costos de un caso por problemas en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	123
Tabla 6.5. Cronograma de actividades de la propuesta de mejora	125

Lista de Figuras

Figura 3.1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	36
Figura 3.2. Incidencia de la pobreza monetaria total, Perú 2004-2017	37
Figura 5.1. Organigrama Estructural del Complejo Hospitalario de la PNP “Luis N. Sáenz”	67
Figura 5.2. Organigrama de la División de Emergencia y Áreas Críticas del Complejo Hospitalario de la PNP “Luis N. Sáenz”	68
Figura 5.3. Diagrama de flujo de atención para pacientes COVID-19.....	69
Figura 5.4. Diagrama de flujo de personal para pacientes No COVID-19	69
Figura 5.5. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (p.40).....	72
Figura 5.6. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (p.41).....	73
Figura 5.7. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (p.42).....	73
Figura 5.8. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (p.15).....	74
Figura 5.9. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (p.18).....	74
Figura 5.10. No se producen más fallos por casualidad (p.10).....	75
Figura 5.11. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente” (p.17).....	75
Figura 5.12. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (p.19).....	76
Figura 5.13. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (p.20).....	77
Figura 5.14. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (p.21).....	77
Figura 5.15. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (p.22)	78
Figura 5.16. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (p.6)...	78
Figura 5.17. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las	

medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (p.9).....	79
Figura 5.18. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (p.13)	79
Figura 5.19. El personal se apoya mutuamente (p.1)	80
Figura 5.20. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (p.3)	80
Figura 5.21. En esta unidad nos tratamos todos con respeto (p.4)	81
Figura 5.22. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (p.11).....	81
Figura 5.23. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (p.35).....	82
Figura 5.24. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (p.37)	82
Figura 5.25. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (p.39)	83
Figura 5.26. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (p.34)	83
Figura 5.27. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad (p.36)	84
Figura 5.28. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (p.38).....	84
Figura 5.29. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (p.8)	85
Figura 5.30. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (p.12).....	85
Figura 5.31. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (p.16).....	86
Figura 5.32. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (p.2)	86
Figura 5.33. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (p.5).....	87
Figura 5.34. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (p.7)	87
Figura 5.35. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (p.14).....	88
Figura 5.36. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que	

favorece la seguridad del paciente (p.23).....	88
Figura 5.37. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (p.30).....	89
Figura 5.38. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (p.31).....	89
Figura 5.39. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (p.26)	90
Figura 5.40. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes (p.32).....	90
Figura 5.41. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (p.24)	91
Figura 5.42. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (p.28)	91
Figura 5.43. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra (p.25)	92
Figura 5.44. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (p.27)	92
Figura 5.45. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (p.29)	93
Figura 5.46. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (p.33)	93
Figura 5.47. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.....	94
Figura 6.1. Árbol de problemas	108
Figura 6.2. Árbol de objetivos	109
Figura 6.3. Flujograma de implementación de la propuesta de mejora.....	128

JOSE CHRISTIAN CACHAY ALOR

Médico Cirujano egresado de la Universidad Privada San Juan Bautista. Médico Intensivista, asistente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario LNS PNP. Especialista en Medicina Intensiva, Post Grado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; con sede en el Complejo Hospitalario LNS PNP. Con experiencia en Medicina Intensiva en Gestantes y Medicina Intensiva Pediátrica en Neurointensivismo Pediátrico.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- ***Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” PNP*** - Departamento de Cuidados Intensivos Generales desde Febrero 2010 hasta la actualidad.
- ***Hospital Nacional Hipólito Unanue*** – Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos desde Setiembre 2014 hasta Marzo 2020.
- ***Instituto Nacional Salud del Niño – San Borja*** – Departamento de Cuidados Intensivos – Neurointensivos desde Setiembre 2016 hasta Marzo 2017.
- ***Hospital Nacional de Vitarte*** – Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos desde Febrero 2014 hasta Agosto 2016.
- ***Instituto Nacional Materno Perinatal*** – Departamento de Cuidados Intensivos Materno desde Febrero 2015 hasta Diciembre 2015.
- ***Hospital Nacional Santa Rosa*** – Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos desde Junio 2013 hasta Febrero 2014.
- ***Clínica Padre Luis Tezza*** – Departamento de Cuidados Intensivos Generales desde Setiembre 2012 – Octubre 2012 y Julio 2013 hasta Noviembre 2013.
- ***Clínica Javier Prado*** – Departamento de Cuidados Intensivos Generales desde Julio 2013 hasta Febrero 2014.
- ***Medico asistente de Unidades Médicas de emergencia tipo II Empresa Medic Call Center*** Asistanse S.A.C desde Abril 2008 hasta Diciembre 2010.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

DIPLOMADO de AUDITORIA MEDICA BASADA EN LA EVIDENCIA. Desde Febrero 2013 hasta Setiembre 2013. Universidad UPC.

DIPLOMADO de especialización en ECOGRAFIA GENERAL. Desde el 06 de Diciembre del 2008 hasta 28 de Junio del 2009. EXPEDIDO Por la Universidad

Nacional San Luis Gonzaga DE ICA – Facultad de Medicina Humana “Daniel A. Carrión” – Escuela Superior de Altos Estudios de Lima. Sede Lima.

DIPLOMADO EN ASPECTOS LEGALES DE LA MEDICINA. Desde el 06 de Diciembre del 2008 hasta el 28 de Junio del 2009. EXPEDIDO por la SOCIEDAD HISPANOAMERICANA DE DERECHOS MEDICO.

ROSA ROSANA CHACALTANA AYERVE

Médico-Cirujano egresada de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del, con experiencia en el área asistencial del sector salud tanto en el Ministerio de Salud como en el sector privado y Fuerzas Armadas, con habilidades de comunicación interpersonal, planificación y organización, proactividad, buena relación médico-paciente, capacidad de trabajo en equipo, conocimientos en el área administrativa, adquiridos por la experiencia laboral. Especialista en Otorrinolaringología, Post Grado por la Universidad Nacional Federico Villarreal, con sede en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Como Médico Otorrinolaringóloga tengo conocimiento y preparación para el abordaje de manera integral de las necesidades de los pacientes que sufren problemas de oído nariz o garganta, con capacidad para realizar cirugías de alta complejidad. También he desarrollado la tutoría y docencia a nivel pre grado y post grado, en la especialidad de Otorrinolaringología.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Departamento de Otorrinolaringología del 2018 – Actualidad

Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial

Cargo de Jefatura y de Asistente en el Servicio de Otorrinolaringología

- Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Departamento de Otorrinolaringología del 2014 – 2017

Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial

Médico asistente en la especialidad de Otorrinolaringología

- Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Departamento de Otorrinolaringología del 2010 – 2013

Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial

Médico Residente en la especialidad de Otorrinolaringología

- Clínica San José – Cusco 2009

Médico general en el área de Emergencia.

Consulta Externa y Hospitalización

- Clínica Internacional – Cusco 2007 - 2008

Médico general en el área de Emergencia.

Consulta Externa y Hospitalización

- Puesto de Salud de Huasac – Cusco 2007
MINSA
Médico general en el área de Emergencia.
Consulta Externa y Observación

PAMELA LISSET NEYRA VERA

Médico-Cirujano egresada de la Universidad San Martín de Porres, Médico Asistente del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP LNS, estudios en la Universidad San Martín de Porres en la Especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres. Con experiencia en el área asistencial del manejo de Emergencias y Áreas Críticas, manejo de gestión de Riesgo de Emergencia y Desastres. Experiencia en el manejo pre hospitalario de emergencias tanto en el campo asistencial como en el campo administrativo. Como profesional contribuyo en el desarrollo de la organización incorporándome a su visión. Búsqueda de conocimiento, experiencia profesional y apoyar el desarrollo de mi país para una vida más saludable.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- ***Oficina de Control y Prevención de Emergencias y Desastres de la PNP***
Coordinador de Transporte asistido para pacientes COVID, Modulador Médico, MEDEVAC de paciente Críticos – Aeroevacuaciones Médicas. 2020 hasta la actualidad.
- ***Complejo Hospitalario PNP LNS***
Médico Asistente del Servicio de Emergencia, Jefatura de Guardia, manejo de las diferentes áreas como son unidad de vigilancia intensiva, salas de Emergencia, tópicos. 2009 hasta la actualidad
- ***Clínica San Pablo – HUARAZ***
Médico Asistente del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos. Atención de emergencia. 2011 – hasta la actualidad
- ***Hospital Víctor Ramos Guardia – HUARAZ***

Medico asistente del servicio de unidad de shock trauma. 2012 hasta 2014
- ***Clínica “La Luz”***

Médico asistente en servicio de emergencia. 2014 hasta 2015
- ***Hospital Santa Rosa - MINSA***

Médico asistente del servicio de emergencia guardias, atención de pacientes en unidad de shock trauma hasta la actualidad. 2014 hasta 2017
- ***Clínica Javier Prado***

Médico Asistente Servicio de Emergencia – Guardias 2015 hasta 2016

- *Clínica Providencia*

Médico de Emergencias. 2017 hasta 2018

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Prehospital Trauma Life Support -2022

NAEMT: National Association of Emergency Medical Technicians, Certificación

Bleeding Control for the Injured, 2022

Farmacovigilancia. Policía Nacional del Perú. Dic 2019

Diplomado en Gerencia de Clínicas y Hospitales. CMP, USMP. Abril 2011

Diplomado en Salud Ocupacional. CMP, USMP. Setiembre 2011

Diplomado en Auditoria Medica, Control de Gestión y Evaluación de los Servicios de Salud. — CMP, UFV. Abril 2010

EVA LUISA TORRES QUISPE

Médico Cirujano egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Médico Anestesióloga, asistente del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Complejo Hospitalario LNS PNP. Especialista en Anestesiología y Reanimación, Post Grado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; con sede en el Complejo Hospitalario LNS PNP. Con experiencia alivio del dolor y al total cuidado del paciente antes, durante y después de un acto quirúrgico al brindar diferentes tipos de anestesia, así mismo de desarrollar actividades académicas de tutoría de la especialidad de Anestesiología e Instructora de VA.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Hospital Nacional “Luis N. Saenz” PNP - Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico desde 2010 hasta la actualidad.

Hospital Nacional “Luis N. Saenz” PNP- Jefe del Servicio de Terapia de Dolor y Cuidados Paliativos del CH PNP LNS desde 2019.

Hospital Nacional de Vitarte – Departamento de Anestesiología 2013- 2014.

Clínica Providencia. Médico Anestesióloga. Agosto-Diciembre 2014

FORMACIÓN PROFESIONAL

ESAN GRADUATE SCHOOL OF BUSINESS 2018- 2021

Maestría en Gerencia de servicios de Salud

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS 2010-2013

Post Grado en Anestesiología y Reanimación

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS 2000 – 2007

Médico- Cirujano.

Universidad Europea Miguel de Cervantes- – 2016- 2019.

MASTER EN TRATAMIENTO DE DOLOR

LIZBETH PATRICIA WONG MARZANO

Médico-Cirujano egresada de la Universidad Ricardo Palma, con experiencia en el área asistencial del sector salud tanto en el Ministerio de Salud como en el sector privado y Fuerzas Armadas, con habilidades de comunicación interpersonal, planificación y organización, proactividad, buena relación médico-paciente, capacidad de trabajo en equipo, conocimientos en el área administrativa, adquiridos por la experiencia laboral. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Post Grado por la Universidad San Martín de Porras, con sede en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Como Médico Rehabilitador tengo conocimiento y preparación para el abordaje de manera integral de las necesidades de los pacientes que presentan deficiencias y discapacidades, con capacidad para realizar programas dirigidos a su rehabilitación, habilitación favoreciendo de esta manera su calidad de vida y reincorporándolos a la sociedad, También he desarrollado docencia a nivel pre grado y post grado, en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del 2015 – A la actualidad
Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial
Médico asistente en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación
- Centro Clínico Gamarra Grupo Red Innova-ESSALUD del 2016-2017
Médico asistente en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación
Consulta externa
- Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del 2011 – 2014
Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial
Médico Residente en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación
- Posta Medica San German del 2010 al 2011
Ministerio del Interior – Dirección de Sanidad Policial
Médico general en el área de consulta externa
- Clínica Santa Mónica– 2007-2009
Médico general en el área de Emergencia.
Consulta Externa y Hospitalización

RESUMEN EJECUTIVO

Maestría en: Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Título de la Tesis: “Gestión de Procesos de Calidad en Base a la Seguridad del Paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis Nicasio Sáenz”

Autores: Christian Cachay Alor
Rosa Rosana Chacaltana Ayerve
Pamela Neyra Vera
Eva Torres Quispe
Lizbeth Wong Marzano

Resumen:

Cada vez es más compleja la asistencia sanitaria, donde el profesional de salud interactúa con varios microentornos, como los elementos propios del paciente, los procedimientos asistenciales, la estructura físico ambiental, que incluye el equipamiento técnico, el material, y el espacio físico, la organización de la programación y donde se produce la asistencia, que en un contexto negativo serían posibles causas o factores que produzcan los eventos adversos. Eventos que pondrían en riesgo la salud y/o vida del paciente, en ese sentido, el grupo humano asistencial, y también el no asistencial deberían estar concientizados sobre la cultura de seguridad del paciente, y debe ser considerado como un fin único, supremo y generalizado.

No es novedad, que los sistemas de salud públicos de nuestro país presenten muchas deficiencias, en infraestructura, recursos humanos, equipamiento, entre otros, y que estaría influenciando en brindar una atención de baja calidad. Siendo, más notorio en los servicios de emergencia, donde la interacción es las 24 horas del día. Y donde la evaluación de los usuarios, está vinculada directamente a su estado emocional, la rapidez en la atención, la accesibilidad, la amabilidad, y en especial la seguridad del paciente y la mejora de su estado de salud, aspectos muy importantes para la valoración del servicio.

En la presente investigación, se tiene la finalidad de desarrollar una propuesta de mejora de la calidad de atención enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”. Y en donde en base a la óptica cualitativa y cuantitativa se ha ido graficando el escenario del tema de interés. Se contó con la participación de funcionarios del hospital policial, y otros funcionarios externos vinculados al servicio de emergencia, y la participación de los profesionales de salud y apoyo vinculados al Departamento de Emergencia del Hospital PNP.

La estadística oficial del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, nos señala que no hay eventos adversos en el último año; esta situación estaría ocurriendo porque no se registra, no se reporta o no se identifica los eventos adversos, siendo la razón principal la repuesta punitiva o sanción que podría recibir el personal que cometió el error.

Desde la óptica cualitativa, se corroboraría la falta de registro de eventos adversos, asimismo, se advierte deficiente comunicación entre los profesionales asistenciales. Otros problemas observados, son los vinculados a la falta de personal que no sería suficiente para atender la alta demanda. A esta situación, se sumaría la falta de una infraestructura adecuada.

Desde la óptica cuantitativa, el 51.9% del personal han señalado que hay problemas vinculados con la seguridad del paciente, y se ratificaría con la calificación sobre cultura de seguridad del paciente que es de 6.29, que sería un nivel bueno pero no óptimo o mejorable. Hay un temor generalizado cuando se comete un error, por el hecho que quede registrado en su expediente (73.6%). El 45.0% del personal habría señalado la falta de cooperación entre áreas, y más aún el 70.5% opinó que no habría una buena coordinación entre las áreas asistenciales. El 82.9% señaló que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. Y el 71.3% del personal manifestó que la dirección del hospital solo se interesa por la seguridad del paciente cuando ocurrió algún suceso adverso. Y hasta el 60.5% del personal asistencial no notificaría los errores descubiertos. A nivel del análisis de dimensión de la encuesta, se ha identificado como oportunidades de mejora, la repuesta punitiva a los errores (53.7%), la dotación de personal (69.4%) y el apoyo de la gerencia del hospital (54.3%), como resultado de las respuestas negativas.

De esta manera, se han identificado varias oportunidades de mejora, para el registro efectivo de los eventos adversos y fomentar las buenas prácticas sobre seguridad del paciente, que contribuya a instaurar una cultura de seguridad del paciente, con un menor riesgo en la atención, que sea de calidad, asegurando la satisfacción del paciente.

En ese sentido, algunas estrategias o medidas de acción para mitigar los eventos adversos serían: capacitaciones continuas tanto para el personal asistencial como administrativo, formar una mesa de trabajo con los distintos profesionales involucrados y el comité de seguridad del paciente, optimizar el flujo de atención, poner en práctica las guías de procedimientos de prácticas clínicas, mejorar la relación paciente – médico/enfermera para que sea cordial, supervisión y evaluación de las acciones de mejora, y que tengan el apoyo de los directivos del hospital, contar con mayor cantidad de personal, identificar a los pacientes de forma adecuada, implementar un sistema de vigilancia de eventos adversos, crear rondas de seguridad del paciente.

Por lo tanto, se han planteado dos propuestas de mejora en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, principal y alternativa. La propuesta principal quedó conformado por seis estrategias o líneas de acción: i) Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos, ii) Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo, iii) Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos, iv) Operativizar el comité de seguridad del paciente, v) Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente, y vi) Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia. Y la propuesta alternativa, quedó conformada por dos estrategias: i) Reducir el riesgo de caída de pacientes, y ii) Administración segura de medicamentos.

Además, estas propuestas de mejora tienen opciones de implementarse en el corto plazo, con un costo-beneficio para el hospital y sus pacientes. Con mayores beneficios encontrados que los respectivos costos asociados a dicha alternativa, por lo que, se toma la decisión de llevar a cabo la propuesta de mejora en favor del hospital.

Resumen elaborado por los autores.

CAPITULO I: INTRODUCCION

El Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” fue creado en el año 1929, el cual se encuentra ubicado en el Distrito de Jesús María, Provincia y Departamento de Lima. Además, la entidad presenta una categoría III-1, la cual agrupa a los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud; asimismo, es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive de la institución policial, dependiente técnica, funcional y normativamente de la Dirección de Sanidad Policial (DIRSAPOL). Por ende, no solo atiende a la población de su ámbito, la cual está concentrada en Lima Metropolitana, sino que recibe las referencias del conjunto de establecimientos de todas las regiones del país para atención de alta complejidad.

Uno de los servicios esenciales que ofrece el complejo hospitalario policial se encuentra en el Departamento de Emergencia, el cual depende administrativamente de la División de Áreas Críticas, que tiene como misión ofrecer permanentemente atención médico-quirúrgica especializada a personas en situación de urgencia o emergencia, mejorar el estado de riesgo de vida que son comprometidos a causa de un accidente o enfermedad al servidor policial y brindar servicios en la prevención, tratamiento y recuperación de los titulares y familiares con derecho de atención.

Dicha área se encuentra ubicado en el pabellón lateral izquierdo, donde se ubica el acceso de vehículos de ambulancias por la puerta de entrada N° 2 que colinda con la estrecha calle Jerónimo de Aliaga y que también sirve para acceder a la playa principal, lo cual dificulta maniobrar los vehículos con pacientes graves; sin embargo, este hecho podría reducirse por la construcción del moderno hospital de la policía, en el cual tendría un espacio más amplio para el ingreso vehicular del área de emergencias.

Asimismo, es importante resaltar que la asistencia de emergencia es un servicio crítico y de referencia nacional, con una alta demanda, puesto que atiende aproximadamente entre 300 a 350 pacientes por día, los cuales vienen referidos de todo el país, sumándose a los pacientes provenientes de Lima. También, es un trabajo que se realiza bajo presión y de alta exigencia tanto por naturaleza, por el tipo de paciente que acude y por la gran cantidad de pacientes que requieren atención. Situación que estaría influenciando en la sobrecarga laboral del personal y; por consiguiente, sea más proclive a cometer errores. Por lo tanto, es importante que la

cultura de seguridad del paciente sea eficiente para reducir o evitar eventos adversos y que la calidad de atención percibida por el paciente mejore.

En marzo del 2012, la Oficina de Defensa Nacional del Ministerio del Interior realizó inspección técnica de seguridad, recomendando que se implementen con carácter de muy urgentes medidas de mitigación del riesgo estructural, no estructural y funcional-organizacional. Se cumplió con lo solicitado por la inspección técnica de seguridad del Ministerio del Interior, la implementación de las medidas de mitigación del riesgo estructural, no estructural y funcional-organizacional.

Por otro lado, la Contraloría General de la República (CGR), en el año 2018, realizó una inspección al complejo hospitalario respecto a la prestación de servicios farmacéuticos. En ese sentido, identificaron deficiencias respecto a: (a) los ambientes de farmacia interna y emergencia que no contaban con un entorno adecuado para la entrega de medicamentos, (b) la farmacia del servicio de emergencia no cuenta con equipamiento para conservar la temperatura de los medicamentos y dispositivos termosensibles y (c) el almacén de la dirección de sanidad no cuenta con infraestructura, equipamiento e instrumentos de acuerdo con las buenas prácticas (Estado Peruano, 2018).

Acorde al sistema del complejo hospitalario, este se enmarca en los lineamientos del sector de salud que se traduce en políticas y objetivos de calidad, orientados a la búsqueda permanente de la mejora de la atención en salud y la satisfacción de la persona usuaria, pero su función es limitada por varias razones dentro de lo que enmarcamos: falta de capacitación en el tema, poco personal para el equipo de gestión y un trabajo poco colaborativo por parte de la dirección de la entidad (Ministerio de Salud, 2006).

Además, el sistema incluye los componentes de planificación, organización, gestión, garantía y mejora de procesos de atención e información continua y recíproca como estrategia con la dirección del Hospital y los equipos de salud, hacia una cultura de calidad.

Respecto a la Unidad de Gestión de la Calidad de la institución, este desarrolla su labor en base a los cuatro enfoques conceptuales que establece el Ministerio de Salud acorde con la política de calidad en salud a nivel nacional: calidad en salud como expresión del desarrollo humano, calidad en salud como expresión de derecho a la salud, calidad en salud como enfoque

gerencial en las organizaciones de salud, y calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Adicionalmente, la población asegurada en una institución jerarquizada conlleva a crear estrategias en la mejora de los procesos que sea comprensible, asimilable por el usuario externo en todos los niveles culturales y procedencia geográfica, a fin de obtener la colaboración y participación del usuario.

Según RM N° 519-2006/MINSA, el sistema de gestión de la calidad tiene a su cargo la Acreditación, Auditoría, Atención al usuario, Clima Organizacional, Información para la calidad, Mejora Continua y Seguridad del paciente.

Acercas de la seguridad del paciente, este es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

En la entidad analizada, se vienen desarrollando actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios y a disminuir los riesgos de eventos adversos, los mismos que aún resultan insuficientes. El equipo de gestión aún no ha considerado otorgarle la prioridad necesaria para mejorar el desempeño institucional, particularmente en lo que comprende a la seguridad del paciente. El presente trabajo pretende ser un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema, en su contenido presenta objetivos, actividades y metas.

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2017), afirma que todos los servicios salud constituyen una puerta de entrada de pacientes al sistema sanitario; por ello, estos deben estar dotado de equipos que cubran todos los requerimientos establecidos por los estándares internacionales y de recursos humanos capacitados.

Según la OMS (2019), la seguridad del paciente es una rama de la atención de la salud, la cual se originó a medida que los sistemas de atención evolucionaron, así como el aumento de daños a los pacientes. Asimismo, el objetivo de la seguridad del paciente hace referencia a

la prevención y reducción de riesgos, daños, errores hacia los pacientes. Se resalta como primordial la prestación de servicios sanitarios de calidad, eficaces, oportuna, equitativa, integrada y enfocado en los pacientes.

En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2015) menciona que no es suficiente conocer la presencia de eventos adversos en el ámbito sanitario, sino que es necesario establecer estrategias que logren mitigar la presencia de dichos eventos. Por lo que, es importante conocer e involucrar a todo el personal en la cultura de seguridad del paciente.

Las situaciones más preocupantes respecto a la seguridad del paciente se enfocan principalmente en nueve aspectos como: (a) errores de medicación, (b) infecciones relacionadas con la atención, (c) procedimientos quirúrgicos poco seguros, (d) prácticas de inyección poco seguras, (e) errores en los diagnósticos, (f) transfusiones poco seguras, (g) errores de irradiación, (h) septicemia y (i) tromboembolias venosas (OMS, 2019).

El Ministerio de Salud del Perú - MINSA (2015) señala mediante la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, que una atención en salud segura que cumpla los estándares de calidad con reducción de riesgos esta se traducirá en una mejora de la salud del paciente. La normativa busca beneficiar principalmente a los pacientes, luego a los profesionales de salud y a las instituciones de salud, sin embargo, la cultura de seguridad aun no logra masificarse como una regla o norma.

Históricamente, en el Perú según el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos - IBEAS (2010), se evidenció una prevalencia del 11.6% de eventos adversos, siendo la primera causa los eventos relacionados con infección nosocomial, constituyendo el 39.6% de la muestra total. En segundo lugar, se tiene a los eventos adversos relacionados con un procedimiento, con un 28.9% de la muestra; en tercer lugar, a los eventos adversos relacionados con errores en el diagnóstico, con un 10.8% de total. De acuerdo a este mismo estudio, los servicios donde se han registrado mayor cantidad de eventos adversos son Obstetricia y Ginecología con un 24.9% y la Unidad de Cuidados Intensivos con 21.4%. de todos los eventos adversos 58.8% eran evitables.

Respecto al Complejo Hospitalario de la PNP “Luis N. Sáenz”, se evidenciaron deficiencias en el área de emergencias, la cual una de ellas se presenta en el personal que labora

en dicha área. Ello, se debe al aislamiento del personal, lo cual genera una sobrecarga en dicho personal puesto que se debe cumplir más funciones. Sumado a ello, el área de emergencia es el principal punto de atención en el hospital desde el inicio de la pandemia por COVID-19, ya que los consultorios se encuentran con acceso restringido.

Otro aspecto por mencionar es que la institución dispone de un sistema de Notificación de Eventos Adversos muy precario, puesto que cada departamento y servicio es responsable de informar mensualmente los eventos adversos; sin embargo, esto se realiza de forma incompleta, lo cual genera un subregistro o incongruencia en el registro de eventos adversos. Ello se presenta por temor del personal y por otra la poca cultura de seguridad y calidad del personal de salud.

Además, el complejo sanitario policial cuenta con una Oficina de Vigilancia Epidemiológica, la cual se encarga de recibir los informes de eventos adversos ocurridos en cada uno de los servicios del hospital, que básicamente se resume en una hoja donde se colocan los eventos adversos ocurridos, se observa que el profesional de salud que realiza la notificación de eventos adversos es el personal de enfermería y se reportan eventos de enfermería principalmente, los procedimientos médicos rara vez son reportados o simplemente no se reportan.

En ese sentido, el subregistro puede tener una explicación, la cultura organizacional de un hospital policial es punitiva o de sanción, en la que los errores deben tener un culpable que debe ser sancionado, esto puede comprometer la carrera profesional o incluso generar la separación del personal a causa de ello, por lo tanto, suele ser mejor no informar el evento adverso.

Por otra parte, no se ha desarrollado la cultura de seguridad y de calidad entre el personal asistencial y es un comportamiento generalizado, al que se ha denominado despersonalización de la atención, debido a las características propias del paciente policial y su familia, en el cual se observa un paciente demandante y exigente con una predisposición a no aceptar las indicaciones del personal de salud policial hasta lograr ser referido a una clínica; es decir hay una desconfianza generalizada hacia el sistema de salud policial, lo cual genera tensión en la relación entre el paciente y el personal de salud.

De acuerdo a todo lo mencionado, es necesario establecer un diagnóstico del estado de la seguridad del paciente que es atendido en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” y a partir de ello, proponer estrategias o líneas de acción que mitiguen los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente hasta la recuperación de su salud.

1.1.1. Problema principal

¿De qué manera se desarrolla una propuesta de mejora de la calidad de atención enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de eventos adversos en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”?
- ¿Cuál es el nivel de percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud y apoyo del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”?
- ¿Cuáles son las líneas de acción que minimicen los eventos adversos en relación con la seguridad del paciente?
- ¿Cuál es la relación de costo-beneficio del uso de las buenas prácticas de la seguridad del paciente?

1.2. Objetivo

1.2.1. Objetivo general

Desarrollar una propuesta de mejora de la calidad de atención enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de eventos adversos en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”
- Determinar el nivel de percepción sobre la cultura de la seguridad del paciente por el personal de salud y apoyo del Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP

“Luis N. Sáenz”

- Identificar estrategias o líneas de acción que minimicen los eventos adversos en relación con la seguridad del paciente.
- Analizar la relación costo-beneficio del uso de las buenas prácticas de seguridad del paciente.

1.3. Justificación

La seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal (CSU) efectiva con la finalidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (OMS, 2019).

Según la OMS (2017), reducir los eventos adversos y la seguridad del paciente son un tema de alto impacto en salud pública, siendo un problema grave en todo el mundo. Según los datos registrados, uno de cada diez pacientes sufre enfermedades evitables y eventos adversos como producto de la asistencia médica. Asimismo, la atención en salud es inherente al riesgo de aparición de eventos adversos los cuales generan daños graves a pacientes pudiendo ocasionar lesiones, discapacidades, aumentando la estancia hospitalaria, reingresos a los servicios de salud, aumento de costos en los tratamientos e incluso pueden ocasionar la muerte de algunos de ellos.

Asimismo, la OMS (2019), concluye que el porcentaje aumenta en países de ingresos menores con una tasa de 8% de eventos adversos de los cuales el 83% pudieron prevenirse y el 30% fueron asociados a la muerte del paciente; los eventos adversos conforman una de las principales causas de muerte y discapacidad, anualmente 134 millones de eventos adversos son notificados en países de ingresos bajos y moderados, y 2.6 millones de ellos resultan en muertes; los eventos adversos traen consigo discapacidad y por lo tanto años de vida perdidos.

Los eventos adversos (EA) son un problema serio en la atención en los servicios de salud. En todo ambiente clínico donde haya un paciente, se pueden producir EA, este es un factor importante del resultado final de la atención y muestran la calidad de atención de una entidad de salud.

Aranaz et al. (2006) indican que los sistemas sanitarios son cada vez más complejos, y

los pacientes más informados, más vulnerables y demandantes, todos juntos forman un entorno en el que aparecen los EA ligados a la asistencia sanitaria. Los EA son causados por fallas técnicas, defectos en la toma de decisiones, falta de actuación apropiada en función de la información disponible, problemas en la anamnesis, y falta o prestación inadecuada de cuidados necesarios. Los EA suelen presentarse en una cadena causal que involucra: recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, siendo más importante los fallos en el sistema, más que de un error individual. En nuestro continente se calcula que, por cada 10 pacientes hospitalizados, uno sufrirá un evento que le causará daño durante su estancia.

Golder, et al. (2016) refieren que lo más grave es que casi el 50% de los incidentes que provocan daño o lesión pudieron haberse evitado. Asimismo, mencionan que la falta de cultura de seguridad en la atención de un paciente es considerada como un problema de salud pública mundial, lo cual hace imperante enfocar todos los esfuerzos posibles para combatir este problema.

En el Perú, Del Carmen (2019), en el Simposio las Políticas de Calidad, considera la importancia de la gestión de riesgos, que implica la reducción de los eventos adversos, así como la notificación de los incidentes y eventos adversos, y la implementación de planes de seguridad.

Santivañez (2019), en un estudio en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, donde se viene trabajando la institucionalización del sistema de notificación de eventos adversos desde el 2003, donde la gestión del riesgo de la atención obstétrica tiene como pilar fundamental la implementación de un sistema de notificación de eventos adversos, el cual permite identificar eventos centinelas, realizar alertas de seguridad, evidenciar tendencias y analizar los eventos. En este artículo, el análisis de los eventos centinelas, sólo es posible implementando la metodología de análisis de barreras, el análisis de causa raíz y el AMFE (análisis de modos de falla y efectos). Esta importante experiencia, demuestra que es posible implementar en nuestro país un sistema de gestión del riesgo.

De acuerdo con Arpí, et al. (2017), un requerimiento primordial para no repetir un error es tener conocimiento y aceptación del error cometido. Esto hace necesario que las instituciones comprometidas con la calidad de atención al paciente, establezcan de manera paulatina y organizada mecanismos que permitan el conocimiento de los errores. La manera

tradicional como las organizaciones de salud ha conocido sus errores ha sido el reporte de complicaciones y muertes a comités hospitalarios. Sin embargo, investigaciones realizadas en los servicios clínicos han demostrado que no todas las complicaciones y muertes que se presentan son reportadas. Se estima que el reporte considera solamente del 5% al 30% de los eventos adversos que se presentan. Entre las principales causas por las cuales los trabajadores de la salud son reacios al reporte de sus errores se pueden mencionar: (a) Miedo personal a la sanción laboral que se puede generar por parte del empleador, (b) Miedo a la acción legal posterior, (c) Miedo al señalamiento público y (d) Miedo a ser conocido como “el que comete los errores”.

Por lo anterior se hace necesario que al interior de los hospitales y centros de atención de pacientes con cualquier nivel de complejidad se implementen estrategias y planes de acción que estimulen el reporte de eventos adversos. Si tenemos en cuenta que por cada evento adverso que sucede se presentan al menos trescientos “*near miss*” o incidentes riesgosos (García & Doria, 2010).

En el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, de acuerdo a Jefa de la Oficina de Calidad, Coronel Enfermera Eglia Badajoz, al 2021 se cuenta con un precario Sistema de Notificación de Eventos Adversos sostenible, que impide tener un conocimiento real de la ocurrencia de los eventos adversos; añadido a ello la cultura organizacional de tipo policial jerarquizada, juega un rol importantísimo en el subregistro, ya que la reacción ante el evento o incidente adverso es la sanción del personal implicado. Además, el conocimiento sobre seguridad del paciente o la falta de este es un indicador que requiere atención, ya que no se podrán lograr cambios duraderos si no se comienza por cambiar la actitud del personal de salud, no se podrán mejorar los procesos y por lo tanto la seguridad del paciente seguirá siendo un problema.

1.4. Alcance

Esta investigación está dirigida a todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, que comprende a los profesionales asistenciales (médicos, enfermeros, personal auxiliar) de la unidad productora de servicios de salud, los proveedores de servicios de apoyo, y también a las áreas de coordinación y/o jefaturas vinculadas al Departamento de Emergencia.

1.5. Contribución

1.5.1. Contribución práctica

El estudio es de suma relevancia asistencial, ya que permitirá analizar la situación actual de la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, que incluye conocer la realidad de los eventos adversos como el tipo de evento, frecuencia, causas o factores de origen, y a partir de ello plantear estrategias o líneas de acción viables y efectivas con una perspectiva de mejora continua, y la aplicación de procesos clínicos estandarizados, que permita de manera progresiva la prevención del daño y la reducción de eventos adversos.

Todo lo mencionado, servirá de base para la sustentación ante la superioridad acerca de la necesidad de una innovación de procesos en la cultura organizacional, que permita a la organización aprender del error, mejorar el trabajo en equipo y sin generar una respuesta punitiva.

1.5.2. Contribución teórica

La presente investigación estará basada en enfoques teóricos y normativas oficiales relacionadas a la seguridad del paciente que respalden las estrategias o líneas de acción planteadas en esta investigación y que sirvan de base para otras investigaciones en un contexto semejante como el castrense, y ser incorporado a la literatura de la gestión de servicios de salud. Asimismo, las conclusiones del estudio de la presente investigación permitirán conocer la cultura de seguridad del paciente del personal de salud y de apoyo que labora en el Departamento de Emergencia, información importante para una institución pública, policial y jerarquizada, con una alta influencia de la cultura organizacional de tipo castrense. Se espera que las estrategias o líneas de acción planteadas sean institucionalizadas y socializadas, con la finalidad de mejorar la gestión de calidad enfocada en la seguridad del paciente.

CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente es uno de los aspectos claves y uno de los principios fundamentales de la gestión de atención sanitaria con calidad, y está considerado una prioridad prever la posibilidad de eventos adversos en la asistencia sanitaria, así como la actuación a tiempo, la corrección de los errores y el aprendizaje de los mismo, siendo fundamental para establecer un clima de seguridad que conlleve al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).

Asimismo, en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuya finalidad es realizar acciones que optimicen la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, enfocados principalmente en la reducción de los eventos adversos de la atención, así como evitar el sufrimiento innecesario y reducir las muertes que se pueden evitar. A su vez, la OMS promueve y divulga la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura como una de las alternativas de solución prioritarias para reducir los eventos adversos relacionados a las intervenciones quirúrgicas (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decidió fomentar la Seguridad del Paciente, como un elemento esencial de la calidad en la atención sanitaria, aplicando estrategias o líneas de acción innovadoras que optimicen la calidad de la atención y la seguridad del paciente (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).

En nuestro país, está en proceso de implementación el Plan de Seguridad del Paciente, siendo su objetivo que los establecimientos de salud identifiquen la naturaleza de los eventos adversos, realizando un análisis y formulando propuestas de mejora, y posteriormente socializar sus intervenciones, así como el establecimiento de buenas prácticas para la seguridad del paciente tomando en cuenta como agente principal al paciente en el proceso de mejora (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).

La seguridad del paciente es una de las estrategias más efectivas para elevar el nivel de calidad de atención en los servicios de salud lo que implica el involucramiento de sus trabajadores tanto asistenciales y administrativos, y mediante la implementación de estrategias

que permitan el uso de herramientas para prever en forma sistemática y más organizada los eventos adversos, y así lograr que nuestros servicios sean más seguros.

2.1. Definiciones Operativas

- **Acreditación:** Consiste en el reconocimiento de la capacidad técnica e independencia a través de un organismo de evaluación, que otorgue la conformidad para desarrollar su labor, de acuerdo a requisitos que son reconocidos internacionalmente (Certing, 2015).
- **Atención segura:** Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud para aumentar la posibilidad de resultados deseados en salud, y que estén en concordancia con el conocimiento profesional actualizado (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Barrera de seguridad:** Son las restricciones o prohibiciones de tipo técnico o administrativo que pueden detener la falla activa y su posterior efecto, de tal manera de evitar el daño o que se produzca el error (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Complicación:** Es una consecuencia clínica que tiene posibilidad de aparecer, y propias de las condiciones del paciente y/o de su enfermedad (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Equipo quirúrgico:** Es el conjunto de personas de nivel asistencial que intervienen en un procedimiento quirúrgico, como cirujanos, personal de enfermería, anestesistas, técnicas y personal relacionado a la intervención (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Error de medicación:** Se entiende como cualquier incidente que puede ser prevenible pero que causaría daño al paciente por un uso inapropiado de los medicamentos, y donde interviene el personal sanitario que es el responsable de su control, y que es aplicado al paciente o consumidor (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Error:** Se entiende como la equivocación que se realiza como parte de una acción planteada o el uso de un plan con desaciertos para alcanzar un objetivo. Cabe señalar que no todos los errores generan lesión o daño (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Estrategia de anestesia segura:** Tiene en cuenta la presencia de un profesional en anestesiología totalmente capacitado, disponibilidad de pulsioxímetro, monitor de frecuencia cardíaca, temperatura y presión sanguínea (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Estrategia de cirugía limpia:** Tiene en cuenta, el lavado correcto de manos, cuidado de la herida, uso apropiado de antibióticos y preparación de la piel (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).

- **Estrategia de profesionales seguros:** Este consiste en contar con personal entrenado, para asegurar el paciente adecuado y la cirugía que le corresponde al paciente; así como controlar el dolor, aplicar el consentimiento informado, y la correspondiente evaluación de los pacientes piel (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Evento adverso en salud:** Se le denomina al incidente, lesión o resultado inesperado y no deseado en la salud del paciente, vinculado con la atención de salud (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Evento centinela:** Es el evento adverso que tiene como consecuencia la muerte o daño físico o psicológico de forma severa y permanente de una persona, y que no se había evidenciado anteriormente, y que necesita tratamiento continuo y cambio en el estilo de vida (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Evento con daño:** Este puede ser de tres tipos: leve, moderado y severo. Evento leve, es un evento adverso que no extiende la estancia, y que solo necesita una observación o tratamiento menor. Evento moderado, es un evento adverso que puede extender la estancia más allá de un día, produce daño, pero no es permanente. Evento severo, es el evento adverso que produce un daño permanente o la muerte (Hospital San Juan de Lurigancho, 2014).
- **Calidad:** Es la sensación de satisfacción que expresa una persona por un producto, bien o servicio. En el contexto institucional, son las características, funciones o comportamiento de un producto o servicio prestado capaz de satisfacer las necesidades de las personas. Es un concepto subjetivo que puede tener una persona a partir del juicio de valor acerca de un producto o servicio y que se hace objetivo analizando los indicadores (Comisión Oficial de Arbitraje Médico, 2018).
- **Satisfacción:** Es la acción de satisfacer, y se refiere a saciar un apetito, a pagar que lo que se debe, mitigar las pasiones del ánimo, recompensar exigencias, o el premio por algún merito o recomponer un agravio (Definición.de, 2021).
- **Calidad de atención:** Es la acción máxima y completa que pueda darse al usuario luego de valorar el análisis de las ganancias y pérdidas en un proceso o procedimientos determinado (Viviano, 2017).
- **Calidad de servicio:** Se entiende como la diferencia entre las percepciones y expectativas de los usuarios externos. La herramienta que se usa para conocer el nivel de satisfacción con calidad de servicio que se da al usuario es el SERVQUAL (Ministerio de salud, 2012b).

- **Gestión de la Calidad:** Es un elemento de la gestión institucional y que permite la aplicación de la política de calidad, así como sus objetivos y funciones en el contexto del sistema de gestión de calidad, haciéndose aplicable mediante la planificación, aseguramiento y mejoramiento de la calidad (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** El grupo de elementos vinculados que favorecen la conducción, regulación, asistencia técnica y evaluación de los establecimientos de salud, tanto del sector público como privado, en un contexto nacional, regional, local, referente a la calidad de atención y gestión (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Fiabilidad:** Es la capacidad de realizar con éxito el servicio ofrecido (Ministerio de salud, 2012b).
- **Seguridad:** Analiza la confianza de la actitud del colaborador por la prestación de salud, evaluando elementos como conocimiento, cortesía, privacidad, habilidad para la comunicación y la inspiración de confianza (Ministerio de salud, 2012b).
- **Usuario Externo:** Individuo que va a un establecimiento de salud para tener una atención de salud de forma continua y con calidad, en un contexto familiar y comunitario (Ministerio de salud, 2012b).
- **Modelo de gestión:** Se refiere a un marco o estructura para la administración de una organización. Los modelos de gestión pueden ser aplicados en la actividad privada como pública. En la actividad privada persiguen alcanzar ganancias económicas, entretanto en la actividad pública, busca el bienestar social (Definición.de, 2021).

2.2. Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

Mella et al. (2020) desarrolló una investigación “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario”, con la finalidad de conocer la percepción de seguridad de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el establecimiento de salud académico. Investigación descriptiva, transversal. La muestra estuvo compuesta por 100 casos. El grupo asistencial más participativo fue el médico (32.3%), y el servicio de mayor ocurrencia fue urgencias (9%). El 86.4% estuvo en contacto con el paciente. El 82.8% no reportó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales sanitarios con mayor cultura de seguridad fueron los del área de farmacia, y los de peor cultura, los celadores. No hubo ninguna fortaleza de forma global. Se identificaron dos dimensiones deficientes o débiles: dotación de personal y apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente. Se concluyó, la percepción sobre el tema de

seguridad del paciente es buena, pero mejorable. No se identificaron fortalezas, pero si debilidades dotación de personal y apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente.

Sawfina et al. (2019) en su trabajo denominado “Effect of Leadership Style on Team Work, Patient Safety Performance, and Patient Safety Culture”, cuyo propósito es analizar la influencia de los factores de la cultura de seguridad del paciente, el estilo de liderazgo y el trabajo en equipo en el desempeño de la seguridad del paciente en el Hospital Ulin Banjarmasin. El estudio es de tipo cuantitativo. Los resultados, identificaron que el tipo de liderazgo estaba relacionado significativamente con el trabajo en equipo; el tipo de liderazgo está relacionado significativamente con el rendimiento de seguridad y el tipo de liderazgo está relacionado significativamente con la cultura de seguridad del paciente. Se concluyó, que el tipo de liderazgo influye en el trabajo en equipo, el rendimiento de seguridad y la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ulin Banjarmasin.

Jung y Jeong (2018) realización una indagación “Influencia del profesionalismo y la comunicación en la cultura de seguridad del paciente de los enfermeros de hemodiálisis”. Cuya finalidad fue determinar la existencia de un vínculo significativo entre profesionalismo y la comunicación en la cultura de seguridad del paciente. El estudio fue de tipo descriptivo, y contó con la participación de 109 profesionales del área de enfermería de hemodiálisis de un establecimiento de salud en Seúl y Gyeonggi-do. Entre los hallazgos, se comprobó la relación significativa entre la comunicación y la profesionalidad con la cultura de seguridad del paciente. Además, los factores que los influencia son el historial ocupacional y carga de pacientes, y se observó que el 57.8% del personal de enfermería practicaba la cultura de seguridad del paciente. Se concluyó, que para mejorar la conciencia de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería, es necesario fortalecer el profesionalismo y la percepción positiva de la comunicación organizacional.

Wang, et al. (2018), en su trabajo denominado “Un modelo estructural de gestión de calidad total, valores laborales, satisfacción laboral y actitud de cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras”, con la finalidad de identificar el impacto de la gestión de la calidad en las actitudes de la cultura de seguridad del paciente. La indagación científica fue de tipo transversal, con una muestra final de 492, donde sus resultados mostraron que la gestión de calidad total influye en los valores laborales ($p < 0.001$) y a su vez influencia en la actitud que se tiene hacia la cultura de la seguridad del paciente ($p < 0.001$). Asimismo, la gestión de

calidad total influye en la satisfacción de los empleados ($p < 0.001$) y a su vez influencia en la actitud que se tiene hacia la cultura de la seguridad del paciente ($p < 0.001$). En base a ello, concluyeron que la gestión de calidad total produce un ambiente laboral adecuado y mejora la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería.

Ramírez y Gonzáles (2017) desarrolló una investigación “Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel”, con el propósito de conocer la percepción sobre clima y cultura de seguridad, así como la frecuencia de eventos adversos en profesionales de enfermería en el establecimiento de salud señalado. Es una indagación científica de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Contó con una muestra de 27 enfermeras. Entre los hallazgos, el 15% del personal de enfermería percibió un clima de seguridad del paciente entre muy bueno y excelente. Asimismo, el 66.7% del personal señaló no haber reportado ningún evento adverso. Se identificó a la dimensión comunicación y retroalimentación como fortaleza con 62% y como debilidad al número de personal y respuesta no punitiva a errores con 61.7%. Se concluyó, que un poco más de la mitad de profesionales de enfermería percibieron un clima de seguridad del paciente muy bueno a superior, además, la tercera parte no habían notificado ningún evento adverso en los últimos años.

Antecedentes nacionales

Rivera et al. (2020) realizaron una investigación “Seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud” para conocer el efecto de las estrategias o medidas de supervisión de eventos adversos en la seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud, en la ciudad de Trujillo (La Libertad). La indagación fue de tipo cuantitativa explicativa, tomaron una muestra de 47 enfermeras a las cuales se aplicó un cuestionario AHRQ modificado por las autoras y válido. Dando como resultado, que la seguridad del paciente fue percibida a un nivel medio (66%) y las estrategias de supervisión de los eventos adversos también fue percibido por las enfermeras a un nivel medio (87.2%). Por lo que se puede concluir que existe una correlación moderada positiva entre las estrategias de supervisión y la seguridad del paciente ($Rho = 0.525$; $P < 0.01$). Por lo que podemos decir que, si mejoran las estrategias de supervisión, se incrementa la seguridad del paciente hospitalizado.

Podestá y Maceda (2018) realizó un estudio de investigación “Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017”. La finalidad fue determinar la relación entre calidad percibida del servicio y la

cultura de seguridad en salud en el personal médico en el establecimiento de salud. La indagación tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental descriptivo, transversal, prospectivo. Participaron 124 médicos del Hospital II EsSalud Vitarte de la ciudad de Lima. Para evaluar la calidad se usó el cuestionario SERVQUAL, y para medir la cultura de seguridad se utilizó el instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*(MOSPS) elaborado por la Agencia de Investigación de Salud y Calidad de Estados Unidos y adaptado por Pérez en el año 2013. El análisis descriptivo consistió en distribución por frecuencias. Para el análisis bivariado, se utilizó el tau (τ) de Kendall, y se consideró $p < 0.01$ para diferencias significativas. Entre los resultados se encontró que existe una relación positiva entre la calidad percibida y la cultura de seguridad en salud en los médicos. Se concluyó, que la calidad de servicio está vinculada significativamente con la cultura de seguridad en salud en el personal asistencial médico del Hospital II EsSalud Vitarte.

Mundo (2018) realizó un estudio “Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada 2018” con la finalidad de realizar una comparación de la cultura de seguridad del paciente entre el personal de hospitalización y servicio de emergencia de una clínica. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo-comparativo, no experimental, transversal. La muestra fue conformada por 50 trabajadores asistenciales de ambas áreas. Se concluyó, que no hay diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre el personal de hospitalización y servicio de emergencia del establecimiento de salud privado.

Gutiérrez (2017) realizó un estudio “Propuesta de un modelo de gestión institucional para la mejora de la calidad de atención en la unidad productora de servicios de emergencia de adultos, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2013-2014” con la finalidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de emergencia del establecimiento de salud señalado, a través de un modelo de gestión institucional. Se trató de un estudio prospectivo, longitudinal y analítico. La población de estudio fueron los usuarios externos e internos del servicio de emergencia, y el personal médico y asistencial del mismo servicio de dicho hospital. La propuesta se basó en tres pilares principales: (a) el diagnóstico del sistema de gestión actual; (b) el desarrollo de la propuesta mejora de procesos, en la cual se identificaron procesos críticos, cuellos de botella y causas de restricción de dichos procesos entre otros, y finalmente se formularon los procesos mejorados; y (c) la formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos para lograr como producto final un tablero de gestión de mando.

2.3. Seguridad del paciente

Según el Ministerio de Salud (2006), la seguridad del paciente es la mitigación y reducción de los eventos inseguros que se producen en el sistema de salud mediante el fortalecimiento de las mejores prácticas, que garanticen alcanzar resultados óptimos para el paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019a), la seguridad del paciente es un aspecto de la atención de salud que apareció con el desarrollo de la complejidad de los sistemas de atención sanitario, y en consecuencia el aumento de los daños a los usuarios externos en los establecimientos de salud. Su finalidad es prevenir y mitigar los errores, riesgos y daños que pueden sufrir los pacientes en la ocurrencia de asistencia sanitaria. Es el pilar fundamental para la mejora continua fundamentada en el aprendizaje a partir de los eventos y/o errores adversos.

La OMS añade que la seguridad del paciente está en función de la reducción del riesgo de daños que no son necesarios y puede llevarse hasta un mínimo aceptable, siendo este mínimo en función de los conocimientos actuales, los recursos disponibles y el entorno donde se presta la atención, y equilibrados frente al riesgo de no dar tratamiento u otro tratamiento (Gobierno de España, 2016).

Para la Agencia para la Investigación en el Cuidado y Calidad en Salud (siglas en inglés AHQR), define la cultura de la seguridad del paciente como la reunión de actitudes, valores, aptitudes, percepciones y comportamientos de una persona o grupo de individuos dentro de una organización, sustentada en la comunicación efectiva, y confianza recíproca del sistema organizacional, así como el compromiso para otorgar salud con seguridad y así imposibilitar la aparición de incidentes adversos (Cieza, 2020).

Según la Real Academia Española (RAE), hay dos acepciones de seguridad en el diccionario cuando es usado el término en la práctica clínica: por un lado, vinculado a la cualidad de seguro y confianza, así como la obligación de no causar daño a alguien. En la primera acepción, no dirige al concepto de seguro, que está relacionado a la libertad y estar exento de todo peligro, riesgo o daño. Y en la segunda acepción, se vincula a la responsabilidad de cumplimiento en situación de daño, peligro o riesgo (Gobierno de España, 2016).

Rocco y Garrido (2017) definió la seguridad del paciente como la práctica consciente de no originar lesiones al paciente originadas por la asistencia, siendo un componente esencial de la calidad asistencial, y una condición anterior al desarrollo de cualquier actividad clínica.

En el ámbito de la salud, y la situación concreta de la seguridad clínica, no se puede ser tan concluyente, ya que no es posible en la práctica una experiencia sanitaria totalmente inocua, lo que conlleva a señalar para que la asistencia no produzca riesgos es no brindándola (Gobierno de España, 2016).

2.3.1. Dimensiones de la seguridad del paciente

Según la Agencia para la Investigación en el Cuidado y Calidad en Salud (AHQR), la cultura de seguridad está compuesta por 12 dimensiones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005):

- Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados.
- Dimensión 2: Percepción sobre la seguridad del paciente.
- Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad
- Dimensión 4: Aprendizaje organizacional/mejora continua
- Dimensión 5: Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
- Dimensión 6: Franqueza en la comunicación
- Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores
- Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores
- Dimensión 9: Dotación de personal
- Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades
- Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

2.3.2. Guía de seguridad del paciente

Morris (2021) sostiene que los manuales y herramientas desarrolladas para la seguridad de los pacientes, implica una participación activa de los pacientes, no obstante, esto no ocurría con frecuencia en la atención primaria. Estas herramientas han brindado un apoyo integral para la seguridad del paciente en la atención secundaria (incluye consejos de seguridad, secciones

de información personal, planes de tratamiento e información sobre higiene y prevención de caídas), pero no habría para la atención primaria.

El objetivo para ayudar a los pacientes y cuidadores que tengan una atención sanitaria de calidad es identificar problemas clave de seguridad del paciente e identificar puntos clave para hacer que la atención sea más segura en atención primaria, y que cuente con la participación de pacientes y cuidadores, así como de los profesionales de la salud para apoyar su participación en la seguridad del paciente de atención primaria y garantizar que el contenido de la guía sea aceptable y accesible (Morris, 2021).

Finalmente, Morris (2021), diseñó una guía de seguridad del paciente para la atención primaria, contando con la participación de los pacientes, cuidadores, médicos generales y farmacéuticos. Esta guía, sería de utilidad y ayudaría a los pacientes y cuidadores a asociarse con profesionales de la salud para mejorar la seguridad del paciente abordando las prioridades internacionales y nacionales para mejorar continuamente la seguridad del paciente.

2.4. Calidad en atención médica

Según Organización Mundial de Salud (2020a), la calidad de la atención se entiende como la capacidad que tienen los servicios de salud para incrementar la posibilidad de lograr resultados sanitarios deseados y están en concordancia con los conocimientos profesionales sustentando en información probatoria en beneficio a los individuos y grupos poblacionales. Esta definición, incluye la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y paliación, que implica que la calidad de atención sea medible y mejorada continuamente mediante la prestación del servicio basados en información comprobada tomando en cuenta las preferencias y necesidades de los usuarios o clientes externos como pacientes, familia y comunidad.

Según Allen-Duck et al. (2017), la definición de calidad de la atención médica es la evaluación y prestación de una atención eficaz y segura, reflejada en una cultura de excelencia, y en consecuencia obtener una salud óptima o deseada. Este análisis propone una conceptualización de la calidad de la atención médica que define sus componentes fundamentales implícitos y tiene potencial para mejorar la prestación de una atención de calidad.

Los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron en el 2019 la Estrategia y Plan de Acción para Mejorar la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud 2020-2025, siendo la primera línea estratégica de acción; implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud. En ese sentido, mejorar la calidad, que incluye la seguridad en la atención de los individuos, requiere de un enfoque holístico, con la finalidad de prestar servicios individuales y poblacionales en el contexto de la comunidad, por nivel y en cada punto de atención. Además, esta forma de abordaje holístico e integral para optimizar la calidad de la atención exige la optimización de la capacidad resolutoria del primer nivel atención, que están incluidas en redes integradas de salud. Por ello, necesita de una red de servicios de salud que este bien gestionadas, organizada, que cuente con recursos, con establecimientos de salud como hospitales, y otros dispositivos asistenciales de tipo ambulatorio e intervenciones de salud pública, para fomentar la salud y dar respuesta integral a las necesidades y los problemas de la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

2.4.1. Elementos de la calidad

OMS (2020a) mencionó en los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. En la actualidad hay un acuerdo evidente respecto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- Eficaces: dan servicios de salud en base a datos comprobados a quienes lo soliciten.
- Seguros: ayudaran a que los usuarios no tengan lesiones cuando requieran atención.
- Centrados en la persona: brindaran atención oportuna de acuerdo a las necesidades, preferencias y valores de las personas, basado en servicios sanitarios organizados entorno a las necesidades de las personas.
- Oportunos: Disminuir las demoras y tiempo de espera, que perjudican en ocasiones tanto para los prestadores del servicio de atención como los que la reciben.
- Equitativos: brindaran atención con calidad sin distinguir, sexo, edad, género, etnia, raza, religión, lugar geográfico, situación socioeconómica, filiación política o idioma.
- Integrados: brindaran atención coordinada con todos los niveles y los diferentes proveedores que faciliten toda la serie de servicios sanitarios durante el curso de la vida
- Eficientes: optimizar los beneficios de los recursos que se tienen a disposición y evitar su derroche.

Según Allen-Duck et al. (2017), la calidad de atención esta caracterizado por cuatro elementos o temas categóricos, identificando 4 atributos definitorios como que sea efectivo, seguro, cultura de excelencia y que logre los resultados deseados.

Para Academy of Medical Royal Colleges (2016), los elementos de la mejora de la calidad en establecimiento de salud, se representaría por cuatro elementos: la comprensión del complejo entorno de atención médica; la aplicación de un enfoque sistemático; el diseño, prueba e implementación de cambios usando tiempo real para la medición de la mejora, y marcar la diferencia para los pacientes al mejorar la eficacia y la experiencia de atención.

2.4.2. El ciclo de Deming

MacGillivray (2020) consideró que Deming es el pionero de la mejora de la calidad en la industria con muchas aplicaciones valiosas para los sistemas de atención médica. Además de las aplicaciones institucionales que proporcionan los modelos de gestión, existen instrumentos cuyo fin es analizar sistemáticamente los procesos de la atención a la salud e instaurar planes de mejora. Uno de los de mayor utilidad es el llamado ciclo de Deming de mejora de la calidad, también conocido como PDCA, por sus iniciales en inglés (Plan, Do, Check, Act) y promovido como estrategia de mejora continua por el Institute of Health Improvement (IHI). Las fases Ciclo “Plan-Do-Check- Act” (PDCA)

- Planificar (plan): reconoce una oportunidad o una necesidad de realizar un cambio. Analiza los datos disponibles y formulación de objetivos de mejora, actividades encaminadas a su logro y sistema de información preciso para su evaluación.
- Hacer (do): implementar o poner en práctica las actividades planificadas, preferentemente requiere la capacidad de probar el cambio propuesto a través de un estudio piloto a pequeña escala.
- Comprobar (check): Realizar un análisis preliminar de los resultados de la acción de mejor entonces requiere la capacidad de recopilar, organizar y analizar datos.
- Actuar (act): En función de los resultados de la fase de comprobación, las acciones planificadas deberían hacerse permanentes y documentarlas. Si el cambio tuvo éxito, la práctica se puede implementar a mayor escala. Si el cambio no funcionó, el ciclo comienza de nuevo formulando un plan diferente, analizando las causas y realizando los ajustes necesarios. El ciclo PDCA es el motor que mueve perpetuamente la mejora del rendimiento.

2.4.3. Objetivos de la atención en salud

Según el Instituto de Medicina de Estados Unidos, la atención en salud tiene seis objetivos (MacGillivray, 2020):

- Primero, la atención médica debe ser segura. “Primum non nocere” (primero no hacer daño), los hospitales deben ser responsables de mantener sistemas de atención que garanticen la seguridad del paciente.
- En segundo lugar, la atención médica debe ser eficaz. Los proveedores de atención médica deben utilizar la medicina basada en la evidencia y la práctica basada en la evidencia. Dado que las mejores prácticas científicas y clínicas en la medicina continúan evolucionando, se debe esperar que cada médico participe en el aprendizaje permanente a través de la educación médica continua para mantenerse actualizado.
- En tercer lugar, la atención debe centrarse en el paciente. El cuidado de alta calidad debe ser respetuoso de los valores del paciente y receptivo a sus comentarios. Todas las decisiones de atención y planes terapéuticos, incluidos los fundamentos, los riesgos, los costos y los beneficios, deben explicarse de manera proactiva al paciente.
- Cuarto, la atención debe ser oportuna. Los retrasos innecesarios y los tiempos de espera prolongados pueden ser frustrantes y peligrosos para los pacientes.
- Quinto, la atención debe ser eficiente. Además, de la preocupación por el bienestar de sus pacientes, todos los proveedores de salud deben ser buenos gestores de los valiosos recursos de atención médica.
- Sexta, la atención debe ser equitativa. La calidad de la atención no debe ser diferente según los rasgos personales, el género, la raza, la religión, la geografía o el nivel socioeconómico del paciente.

Además, los sistemas de salud se enfrentan a barreras más que técnicas son de corte político, y para alcanzar el éxito, son los líderes políticos los llamados a vincularse a empleadores, sistema de atención médica, proveedores y pacientes, y para alinear los incentivos y desincentivos con estilos de vida saludable, y atención médica asequible y de calidad.

2.4.4. Auditoría y mejora continua

La definición de “auditoría clínica” y “mejora de la calidad” son usadas que han generado ambigüedad o generan debate ya que estos dos términos parecen competir entre sí. Auditoría genera respuestas a “estamos haciendo lo correcto” y “qué tan bien lo estamos haciendo” nos proporciona una posición de referencia para averiguar si se cumplió el objetivo,

un estándar o una mejor práctica, y dónde se necesitan mejoras (Academy of Medical Royal Colleges, 2016).

Arvidsson, et al. (2021), identificaron dos aspectos importantes en la mejora de la calidad en la atención de los sistemas de salud, como son la auditoría y la retroalimentación, a pesar que su práctica no es generalizada en la atención primaria sueca. No obstante, desde una perspectiva profesional, auditoría y la retroalimentación con enfoque en la atención médica, son necesarias para generar motivación y espacio para el trabajo de mejora de la calidad. Estas iniciativas deben ser respaldadas por esfuerzos de mejora de la calidad a nivel del sistema, que favorecerán finalmente la transformación hacia un sistema basado en la atención primaria.

Academy of Medical Royal Colleges (2016) mencionó que la auditoría y la mejora de la calidad se encuentran en el mismo camino. Sin embargo, existen muchos desafíos para esta premisa como:

- La auditoría clínica muchas veces es muy estática y se enfoca en la recopilación de datos, la auditoría clínica debe ser más dinámica haciendo uso activo de los datos recolectados en una primera etapa para así impulsar la mejora de la calidad.
- Cuando se realiza una auditoría por lo general, y se analiza su impacto luego de seis meses, esto puede significar que pueda perder riqueza de aprendizaje; sin embargo, se debe lograr medidas inmediatas para lograr el cambio que se desea obtener, así como comprobar si el efecto, logra dominar y luego avanzar hacia los otros objetivos que se plantearon en la auditoría inicial.
- Los cambios pueden generar cambios negativos como resentimiento, pero se requiere del contexto, adaptación, el compromiso y la sostenibilidad, aspecto que necesitan de atención y que implican muchos pasos diferentes. Es necesario revisar repetidamente cómo se implementa los cambios y la confiabilidad de cualquier nueva forma de trabajo y su impacto.

2.4.5. Beneficio de la mejora de la calidad

Zarkali, et al. (2016) señalaron que los médicos en formación deben capacitarse en ciencia de la mejora de la calidad, sin desarrollar esta experiencia, es probable que los médicos jóvenes no produzcan proyectos que marquen la diferencia o, lo que es peor, se les impida iniciar proyectos. La capacitación formal en mejora continua y liderazgo debe incorporarse, no como una consideración simbólica, sino como un aspecto central y formal de la educación médica de pregrado y posgrado. Sin proporcionar a los médicos principiantes las herramientas

y el tiempo para liderar el cambio, es probable que se desmoralicen, nunca se involucren por completo con la agenda de mejora continua, y no desarrollaremos este recurso vital, sin explotar.

Asimismo, Zarkali, et al. (2016) identificó una serie de beneficios por la incorporación de la mejora de la calidad en los establecimientos sanitarios, que incluye:

- Sentido de empoderamiento; la capacidad de tener un impacto y marcar la diferencia para los pacientes.
- Un mayor nivel de motivación en el trabajo.
- La oportunidad para el desarrollo de habilidades, como habilidades de liderazgo, habilidades de gestión del tiempo y habilidades de presentación.
- La oportunidad de comprender mejor los sistemas hospitalarios y su estructura.
- La oportunidad de ampliar su propia experiencia laboral formal.
- Mejor compromiso con colegas asistenciales, los más jóvenes se ven comprometidos con sus mayores y sus puntos de vista sean valorados.
- Sentimiento de satisfacción, tanto personal como de los pacientes y colegas.
- Creando un sentido de comunidad.

2.4.6. Plan de estudios de mejora de la calidad

Gleason et al. (2019) mencionaron que estos programas pueden fortalecer la educación de los profesionales de la salud al ofrecer un modelo académico y un plan de estudios innovador para desarrollar competencias en calidad y seguridad que se pueden adaptar en otras instituciones.

Asimismo, educar a los profesionales de la salud sobre los fundamentos de la seguridad del paciente y la mejora de la calidad es esencial para promover una cultura de seguridad dentro de un sistema de atención de la salud cada vez más complejo y dinámico (Gleason et al., 2019).

El programa aborda la necesidad de esta educación a través de:

- Clases didácticas a lo largo del programa dedicadas a la seguridad del paciente y los conceptos de mejora de la calidad.
- Una asociación académico-clínica que brinda a la oportunidad de trabajar en un entorno clínico con un equipo de mejora de la calidad.
- Un curso interprofesional (Gleason et al., 2019).

Según Gleason et al. (2019), las competencias de seguridad del paciente percibidas por lo estudiantes y pensamiento sistémico aumentaron significativamente después de participar en un programa de mejora de la calidad, y este aumento fue mayor que el de los estudiantes que no participaron. Este programa sirve como modelo para incluir de manera significativa contenido de seguridad del paciente en la educación de los profesionales de la salud.

2.4.7. Cultura organizacional y mejora de la calidad

En su análisis, Mannion y Davies (2018) reconocen que la cultura es una construcción compleja, prestar mayor atención a la complejidad multifacética y de múltiples capas que subyace al término, y reconoce que muchos y variados subgrupos culturales componen nuestras organizaciones de atención médica, abre nuevas vías para comprender la naturaleza profundamente social y discursiva de las organizaciones complejas. La forma en que se utilizan estos conocimientos en la mejora de la calidad depende del aspecto de la calidad del servicio o el rendimiento que se va a mejorar, como de la naturaleza de los métodos de mejora de la calidad que se van a usar. La necesidad de reorientación cultural es parte del desafío, para la organización la cultura a veces culpable, a veces remedio, y siempre parte del aspecto al cual se dirige el cambio, la forma en que se utilizan estos conocimientos en la mejora de la calidad depende de la cultura organizacional, del entorno sanitario, el aspecto de la calidad o el desempeño del servicio que se debe mejorar y de la naturaleza precisa de los métodos de mejora de la calidad que se utilizarán. La reforma cultural en el cuidado de la salud no sustituye a la dotación de recursos adecuados.

2.4.8. COVID y atención con calidad

Ante los acontecimientos mundiales con respecto de la Pandemia por COVID-19 se han generado una variedad de investigaciones, publicaciones científicas protocolos de investigación con la finalidad de contribuir en la difusión de información y ser útil en la toma de decisiones de las autoridades, profesionales de salud y la población. Staines et al. (2021) aseveraron que hacer frente a una pandemia requiere principalmente habilidades en virología, serología y cuidados intensivos, y otras disciplinas relacionadas con las infecciones. Sin embargo, en paralelo con la gestión de infecciones, los servicios de salud de todo el mundo están inmersos en un proceso masivo y rápido de cambio organizativo, al que las personas de mejora continua y seguridad del paciente pueden aportar una considerable experiencia, conocimientos y saber por qué pueden ayudar a evaluar y desarrollar la preparación, recopilar evidencia y experiencia, asesorar y apoyar al liderazgo, recordar a todos que no hay seguridad

del paciente sin seguridad del personal, aprovechar el aprendizaje organizacional y conectarse con expertos. Manejar el impacto en otros pacientes, haciendo uso de la seguridad del paciente y mejora de la calidad será bien valorado para cuando el tratamiento se retrasa, interrumpe o cancela, en términos tanto de la interrupción inmediata como del proceso subsiguiente de cambio organizacional adicional para reparar nuestros servicios de salud dañados y los muchos pacientes y familias afectados, con y sin COVID-19.

Además, Staines et al. (2021) sugirieron estrategias y acciones de cinco pasos a través de las cuales el personal de seguridad del paciente y mejora de la calidad puede contribuir de manera significativa durante una pandemia al emplear sus habilidades básicas para apoyar a los pacientes, el personal y las organizaciones, que a continuación se mencionan:

- Fortalecer el sistema mediante la evaluación de la preparación, la recopilación de pruebas, la organización de capacitaciones, la promoción de la seguridad del personal y el refuerzo del apoyo entre pares.
- Comprometerse con los ciudadanos, los pacientes y sus familias para que las soluciones se logren conjuntamente y sean propiedad tanto de los proveedores de atención médica como de las personas que reciben atención, y en particular de los ciudadanos que deben realizar intervenciones preventivas.
- Trabajar para mejorar la atención, a través de acciones como la separación de flujos, talleres flash sobre trabajo en equipo y el desarrollo de apoyo a la decisión clínica.
- Reducir el daño gestionando de forma proactiva el riesgo tanto para los pacientes con COVID-19 como para los que no lo son.
- Impulsar y expandir el sistema de aprendizaje, para capturar oportunidades de mejora, adaptarse muy rápidamente y desarrollar resiliencia. Esto es crucial, ya que se sabe poco sobre COVID-19 y sus impactos en los pacientes, el personal y las instituciones.

En síntesis, se necesita una preparación mediante la información para lograr una atención de calidad dando seguridad del paciente que incluso con la pandemia COVID-19, esto ha quedado evidenciado que debemos prepararnos en todos los ámbitos de la atención de los pacientes.

2.4.9. Errores en la atención médica

En el entorno de la seguridad del paciente, los errores pueden definirse como la frustración de completar una acción o actividad como estaba previsto (error de ejecución) o la

aplicación de un programa equivocado para alcanzar un objetivo (error de planificación). Además, los errores pueden darse por realizar lo incorrecto (comisión) o dejar de hacer lo correcto (omisión), ya sea en la etapa de planificación o ejecución. Los errores y las lesiones son habituales, y muchas veces graves, en la prestación de la asistencia médica (Roque, Guerra & Torres, 2018).

Roque et al. (2018), hicieron referencia que los establecimientos de salud como los hospitales, han elaborado estructuras organizativas y comités para la administración de la calidad del servicio y seguridad del paciente. No obstante, en muchas organizaciones de salud, estos esquemas organizativos se desarrollan de manera independiente y sin comprender que la seguridad es solo uno de los elementos o dimensiones de la calidad de la atención médica, así como la oportunidad, acceso, eficiencia, eficacia, aceptabilidad y adecuación al paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019a), sobre los daños a los pacientes debidos a acontecimientos adversos estos se encuentran entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad. En los países con ingresos bajos y medios se reporta aproximadamente 134 millones de acontecimientos adversos a causa de una atención poco segura que conllevan a la muerte en un promedio de 2,6 millones de fallecimientos. Aproximadamente dos terceras partes de los acontecimientos adversos son causados por una atención poco segura, y de la pérdida de años de vida en función de la discapacidad y muerte, corresponde a países de ingresos bajos y medios. Por otro lado, en cuanto a los países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes han sufrido daño al recibir atención hospitalaria.

Según la OMS (2019a), estos serían los principales errores:

- Los errores de medicación, a pesar de ser evitable es la principal causa de lesiones y daños en a la atención del paciente y que aproximadamente genera US\$ 42 000 millones anuales.
- La prevalencia de infecciones hospitalarias en poblaciones heterogéneas de pacientes es aproximadamente del 7% en los países de ingresos altos y del 10% en los países de ingresos bajos y medios. La infección tiene consecuencias mortales según el microorganismo siendo algunos mortales.
- Los procedimientos quirúrgicos poco seguros generan aproximadamente 25% de complicaciones en pacientes intervenidos quirúrgicamente con estancia prologada de hospitalización; anualmente, alrededor de casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren

complicaciones importantes, siendo un millón que fallece durante la intervención o en la recuperación post anestésica.

- Las prácticas de inyección poco seguras con altas posibilidades transmitiendo VIH, virus de Hepatitis B y C cuando son atendido en hospitales siendo un peligro que pone en riesgo su salud y su vida, anualmente suponen la pérdida de 9.2 millones de años de vida ajustados en función incapacidad generada.
- Los errores diagnósticos siendo aproximadamente el 5% de pacientes ambulatorios y más del 50% causa daños graves; la mayoría de las personas ha tenido algún error de diagnóstico durante su vida
- Las prácticas de transfusión poco seguras, los pacientes se exponen al riesgo de reacciones adversas a la transfusión, así como de infecciones. Se tiene como datos que grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8.7 reacciones graves por cada 100 mil unidades de componentes sanguíneos.
- Los errores de irradiación, es por la sobreexposición a la radiación o porque se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada. Se estima que la incidencia general de errores es de 1500 por cada millón de ciclos de tratamiento
- A menudo, la septicemia no se diagnostica dentro de un plazo para salvar la vida del paciente; como muchas de las infecciones que la causan o provocan son resistentes a los antibióticos, pueden generar un rápido deterioro del estado clínico. Se ha estimado que por año se afectan 31 millones de personas, con más de 5 millones de fallecimientos.
- Las tromboembolias venosas siendo unos de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización; se ha estimado que por año se dan 3.9 millones de casos en los países con ingresos altos, y 6 millones de casos en los países con ingresos bajos y medios.
- La atención poco segura en salud mental, la particularidad de estos pacientes los hace proclives en materia de daños evitables que se relacionan sobre todo al aislamiento y el uso de restricciones físicas, a las conductas autolesivas y el suicidio; además, a las fugas y a la merma en la capacidad de los pacientes para defender sus derechos.

La Asamblea Mundial de la Salud se desarrolla como principal ente deliberador de la OMS, el cual actualiza, formula recomendaciones o propone modos de proceder que cada gobierno o institución puede adoptar a su contexto y necesidades, acordándose en la asamblea realizada en el 2019, que se prestará mayor atención de la que ya tenía a la seguridad del paciente con argumentos de base científica con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente

y la calidad de atención, objetivos que son inherentes a todas las sociedades, entonces reconoce que la seguridad de los pacientes es un elemento fundamental y la base de la prestación de una atención de la salud de calidad; y acogiendo con beneplácito la inclusión de la necesidad de promover la seguridad del paciente en el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023; en WHA72.6 (2019), cada 17 de setiembre se celebra el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, esto sirve para recalcar, crear mayor concienciación y participación de la sociedad, mediante políticas de estados, reglamentos, inversión, capacitación del personal, mejora de infraestructura así como equipamientos de las instituciones, esto evidencia entonces la ardua labor que aún nos falta trabajar.

2.4.10. Daño, incidente, riesgo y evento adverso en la atención médica

Lo contrario a la seguridad lo constituyen la presencia de riesgos, peligros y daños relacionados con la atención que se presta. Los daños vinculados a la atención sanitaria son aquellos que se producen a partir de planes o medidas implementadas durante la prestación del servicio de salud, o asociados a ellos, no son aquellos que se hayan producido por complicaciones de una enfermedad o lesión (Organización Mundial de Salud, 2009).

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que puede causar o causó un daño innecesario en una persona o individuo. Estos se clasifican en tres categorías:

- Cuasi incidente: si este no alcanza al paciente.
- Incidente sin daño: si este alcanza al paciente, sin embargo, no produce daño apreciable.
- Evento adverso: incidente que si ha producido daño en el paciente (Organización Mundial de Salud, 2009).

En el Diccionario de la Asociación Internacional de Epidemiología, se define el riesgo como la posibilidad que ocurra un suceso o evento en una población. En la práctica clínica, se refiere a la posibilidad de un evento por lo general desfavorable como fallecimiento o complicación (Echemendía, 2011).

CAPITULO III: MARCO CONTEXTUAL

3.1. Contexto global

El trabajo de la OMS en tema de seguridad del paciente empezó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2004 y ha continuado desarrollándose con el tiempo. La OMS ha posibilitado la mejora de la seguridad de la atención en los establecimientos de salud en los países miembros mediante la aplicación de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Para cada reto se ha identificado una serie de actividades para la seguridad del paciente que plantea un riesgo significativo. A continuación, se presenta algunos de estos retos:

- Una atención sin incidentes es una atención más segura (2005), cuyo propósito es mitigar las infecciones vinculadas con la atención sanitaria haciendo énfasis principalmente en la mejora del aseo de las manos.
- La cirugía o intervención quirúrgica segura salva vidas (2008), cuyo objetivo es aminorar los riesgos vinculados a la cirugía.
- Medicación sin producir daño (2017), cuyo fin es disminuir en un 50% los daños de grado graves evitables vinculados con los medicamentos en un lapso de cinco años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

La OMS también ha practicado liderazgo y brindado orientaciones estratégicas a los Estados a través de las Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente, con la finalidad de promover la agenda de seguridad del paciente en lo relacionado al liderazgo político con el respaldo de ministros de salud, expertos, delegados de alto nivel y representantes o funcionarios de organizaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

La OMS ha sido importante en la producción de disposiciones técnicas y recursos como la Guía de planes de estudio multiprofesionales sobre seguridad del paciente, la lista de verificación de la seguridad quirúrgica, la lista de verificación de la seguridad del parto, los Cinco Momentos para la Seguridad de los Medicamentos y las soluciones para la seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Para desarrollar la solidaridad mundial, la OMS también ha fomentado la creación de redes y las iniciativas de colaboración, como la Red Mundial de Seguridad del Paciente y la Colaboración Mundial sobre Seguridad del Paciente. Dando la importancia de la participación

viva de los pacientes en la gobernanza, la mejora del sistema de salud, las políticas y su propia atención; además, la OMS instauró el programa Pacientes en Defensa de su Seguridad para promover la participación de los pacientes y familiares (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

A nivel mundial, según *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care* del 2018, 4 de 10 pacientes sufrieron daños en la prestación sanitaria de nivel primario de tipo ambulatoria. Además, el 80% de los daños pudieron ser prevenidos. Los errores que más perjudicaron la atención sanitaria están vinculados con la prescripción, el diagnóstico y el uso de medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud denominada “Acción mundial en pro de la seguridad del paciente” se establecieron algunos aspectos para el abordaje del problema de la seguridad del paciente y reconociendo su importancia y ser la base fundamental para la prestación de la atención en salud, entre algunos de los puntos acordados fueron:

- La seguridad del paciente no puede asegurarse sin acceso a tecnologías, infraestructura, dispositivos médicos seguros, sin hacer uso del seguro por parte de los pacientes, con buena información a los pacientes, sin contar con personal sanitario calificado y comprometido en un contexto seguro y propicio.
- Mencionando que la seguridad del paciente se sustenta en una educación y formación básica permanente de calidad del personal asistencial que asegura que posean las competencias y aptitudes profesionales apropiadas en sus respectivas funciones.
- El acceso a medicamentos, y varios productos básicos seguros, asequibles, eficaces, y de calidad, y su correcta gestión y utilización favorecen a la seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2019b).

Mc Isaac et al. (2017) nos dan a conocer que la demora de atención en los servicios de urgencias aumenta hasta 1,6 veces la probabilidad de morir, junto a una permanencia en el hospital más prolongada. Resultados parecidos también fueron reportados en otras investigaciones como el de Khathaami, et al. (2018). Por otro lado, Pincus et al. (2018) informaron que los tiempos de espera prolongados son capaces de aumentar significativamente los costos directos en US\$ 2.638 y elevar la estancia hospitalaria, motivo por el cual es importante mejorar los procesos de atención en los servicios de emergencias, ya que mediante ellos se podrá reducir costos hospitalarios, mejorar la salud del paciente y la calidad de vida

(Sing, Magrabi & Coiera, 2018).

La Unidad de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos de la Organización Mundial de la Salud (2019a) tiene un rol principal en relación a la promoción y configuración del plan de seguridad alrededor del mundo, focalizándose en promover las mejoras en algunos aspectos estratégicos como:

- La práctica de un liderazgo mundial y la promoción de la colaboración entre los Estados Miembros y los agentes interesados pertinentes.
- La instauración de las prioridades de acción mundial.
- La generación de directrices e instrumentos.
- El otorgamiento de apoyo técnico y la optimización de la capacidad de los Estados Miembros.
- La participación de los pacientes y sus familias para una prestación de atención sanitaria más segura.
- El seguimiento y/o monitoreo de las mejoras en la seguridad del paciente.
- Llevar a cabo investigaciones en la materia.

Al focalizarse en estos aspectos clave para facilitar mejoras sostenibles en la seguridad del paciente, la OMS desea optimizar la experiencia de los pacientes, mitigar los riesgos y los daños, alcanzar mejores resultados sanitarios y en consecuencia reducir los costos (Organización Mundial de la Salud, 2019a)

Por otro lado la OMS (2020b), señala mejorar y asegurar la seguridad de los trabajadores de la salud para resguardar la de los pacientes; dado que para lograr la seguridad de los pacientes es necesario tener la protección de los trabajadores de la salud, es un llamado que hace a los gobiernos y dirigentes del ámbito de la atención de la salud para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios y los pacientes, haciendo una publicación el 17 septiembre 2020 con motivo del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, y estableciendo cinco pasos para mejorar la seguridad de los trabajadores vinculado a la salud y la seguridad de los pacientes:

- Instaurar asociaciones entre las políticas y estrategias de seguridad de los colaboradores de la salud y de seguridad de los pacientes.
- Desarrollar y aplicar programas nacionales que promuevan la salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores de la salud:

- Salvar a los trabajadores de la salud para afrontar la violencia en el lugar de trabajo.
- Optimizar la salud mental y el bienestar psicológico.
- Resguardar a los trabajadores de la salud para afrontar los peligros físicos y biológicos.

3.2. Contexto regional

En América Latina y el Caribe, la medición de los eventos adversos no siempre se realiza a pesar que se reportan la frecuencia de estos, sin tomar en cuenta la proporción de casos que no realizan los registros. Se ha estimado que 10 de 100 pacientes hospitalizados han presentado eventos adversos alguna vez, tasa que aumenta a 20 si es que se duplica la cantidad de días. Según el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) del 2010, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia de eventos adversos alcanzó el 10.5%, además, más del 28% de estos eventos generaron discapacidad, y 6% provocaron la muerte (Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos, 2010)

Además, la frecuencia de eventos adversos por países, fue de la siguiente manera: Argentina (13.1%), Colombia (7.1%), Costa Rica (12.1%), México (8.5%) y Perú (11.6%) (Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos, 2010).

Según Corporación Turca de Radio y Televisión [TRT] (2018), el Perú cuenta con 12,8 médicos por cada 10 mil habitantes, cifra que estaría por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Los países de la OCDE, que han exigido a Perú una variedad de requisitos mínimos en gobernanza pública, luchan contra la corrupción, transparencia, capital humano, productividad y medioambiente para aprobar su entrada a la organización, tienen una media de 33 por cada 10 mil habitantes.

En ese sentido, reducir la brecha de médicos y su distribución es un reto pendiente en el Perú, donde hay sectores como de pobreza extrema y rurales que son atendidos por un escaso número de médicos. Además, si le añadimos a estas cifras la inadecuada distribución de médicos en el país, las cifras son muchos más inferiores en algunas zonas como Loreto, donde solo hay 6.2 médicos por cada 10 mil habitantes. Según cifras del Ministerio de Salud, solo un 11% de médicos brinda atención a los sectores de pobreza extrema, entretanto que el 40% médicos de nuestro país, atiende a las poblaciones con mayores recursos (TRT, 2018).

3.3. Contexto local

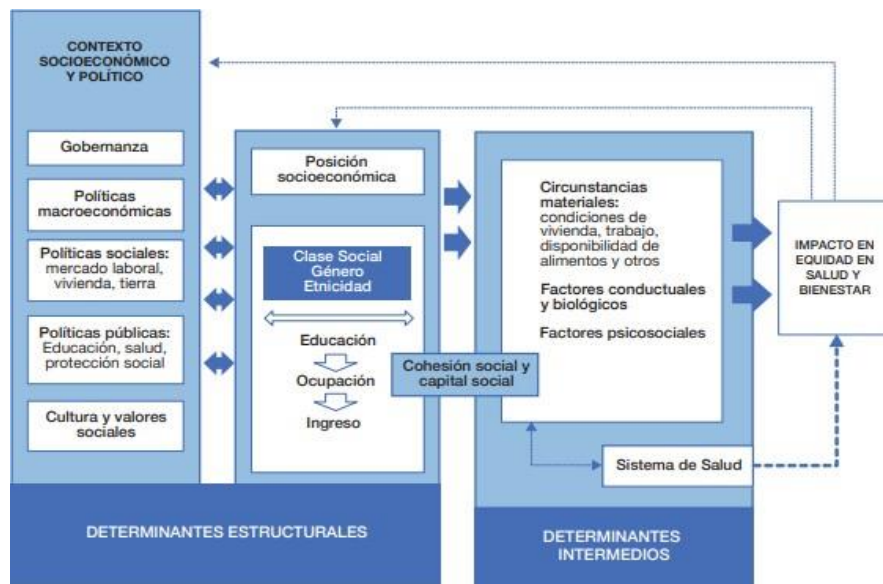
El sistema de salud peruano se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación con escasa integración horizontal, tanto en la definición de obligaciones como en la producción de servicios.

Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las fuerzas armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada (Ley N° 27813). Es coordinado a través del Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de salud, con el objetivo de lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia el aseguramiento universal en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció en el 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS), para que brindará asesoramiento respecto a la forma de reducir las inequidades sanitarias, y fomentar el movimiento internacional para lograr el objetivo. En su informe final, publicado en agosto de 2008, propuso tres sugerencias o recomendaciones: mejorar las condiciones de vida cotidianas; luchar con la distribución desigual del poder, la capacidad monetaria y los recursos; y medir, analizar y evaluar las desigualdades (Ministerio de Salud, 2019).

Igualmente, plantearon un modelo para detallar los DSS, mostrar cómo se vinculan entre ellos, especificar los mecanismos por los cuales se presentan inequidades y dar un marco conceptual para mostrar que los Determinantes Sociales de la Salud son los aspectos principales a intervenir con el propósito de reducir las inequidades (Ministerio de Salud, 2019).

Figura 3.1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



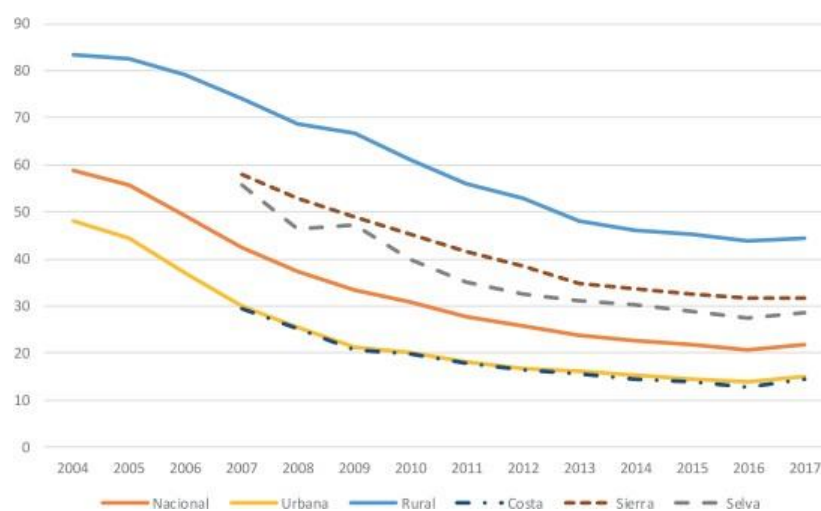
Fuente: Tomado del Ministerio de la Salud (2019). Análisis de Situación de Salud del Perú 2019.

Según la OMS, la desigualdad social se personifica en forma de estratos sociales o estructura jerárquica social, y las personas se ubican en diversas posiciones de esta estructura jerárquica en relación a su logro educativo, nivel de ingreso o pobreza y estado ocupacional, también denominada estatus socioeconómico (Ministerio de Salud, 2019).

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), el porcentaje de población en pobreza monetaria se redujo entre los años 2004 y 2017 de 58.7% a 21.7% en el país, con un predominio no tan notorio en el área rural con respecto a la urbana, y siendo la región Selva con mayor valor en relación a la Sierra y Costa (Ministerio de Salud, 2019).

Siendo los departamentos de Huancavelica y Huánuco los que han reducido más notoriamente su nivel de pobreza de 53.9% y 50.6%, entre los años 2004 y 2017. Asimismo, Tumbes y Madre de Dios, fueron los departamentos que tuvieron la menor reducción de pobreza con 24.2% y 24.5%, respectivamente, en el mismo lapso de tiempo. Cabe señalar, que la Provincia de Lima, la Región Lima y Callao, fueron las circunscripciones donde la pobreza se ha mantenido o con un aumento ligero entre los años 2013 y 2017, donde el acceso a la salud no cobertura a toda la población y los lugares que están más alejados (Ministerio de Salud, 2019).

Figura 3.2. Incidencia de la pobreza monetaria total, Perú 2004-2017



Fuente: Tomado del Ministerio de la Salud (2019). Análisis de Situación de Salud del Perú 2019.

Por lo que podemos decir que el acceso a la salud es un derecho y la seguridad del paciente es primordial para ofrecer servicios de salud esenciales de calidad. Es más, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y enfocarse en las personas. Además, para que los beneficios de una atención médica de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben darse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

En la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042-MINSA del 2007, nos señala que “Mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos públicos y privados del sector salud” (p. 9), lo que está lejos de la realidad actual ya que los hospitales reportan problemas cotidianos como el no contar con el abastecimiento oportuno de medicamentos, hacinamiento de pacientes y ausencia de recurso humano asistencial (Ministerio de Salud, 2007a).

El rol del sistema de salud es importante por la presencia o ausencia de barreras que se establecen para acceder a los servicios de salud individual, y por la capacidad o cobertura del sistema para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Cabe señalar, que los países miembros de la OPS aprobaron la Resolución CD53/5. R14, que comprometió a los estados miembros a implementar políticas inclusivas y asegurar la rendición de cuentas en el camino hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Ministerio de Salud, 2019).

Según Eraso et al. (2017), para medir el éxito en los establecimientos de salud este debe basarse en la evaluación del impacto en la comunidad, a través de indicadores. Asimismo, investigadores peruanos como Celis et al. (2017) señalaron que los servicios médicos ofrecidos en áreas de emergencias pueden verse fortalecidos si se realiza un adecuado estudio de su proceso de funcionamiento, englobando un análisis de resultados relevantes obtenidos a partir del uso de herramientas como son los indicadores. Además, la implementación de indicadores tendría un efecto favorable en la calidad del servicio dentro de la red privada de salud del país, no solo por el fortalecimiento de los procesos, sino fundamentalmente por los beneficios que otorgaría a las personas que son atendidas en las emergencias de la red.

Cabe destacar que no hay información en relación a indicadores de calidad en el área de emergencia en la realidad peruana, solo el MINSA en el 2013, publicó indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales, institutos y DIRESA como una guía de orientación para estas instituciones. No obstante, Celis et al. (2017) identificó una lista con 10 indicadores de calidad, los cuales son: Higiene en personal médico y asistenciales, Tasa de satisfacción por infraestructura y equipamiento, Tiempo medio de espera para primera atención facultativa, Tasa de satisfacción por accesibilidad por emergencias, Tasa de satisfacción por limpieza en sala de espera y baños, Presencia de protocolo médico y asistencial, Tasa de mortalidad en emergencias, Negligencias médicas, Tasa de retorno a emergencias (Tasa de reingresos), Ruptura de stock en farmacia, indicadores que serían un aporte para las organizaciones y/o personas que decidan medir la calidad del servicio médico brindado dentro del área de emergencias de un establecimiento de salud. Además, la metodología empleada es de utilidad para encontrar indicadores que permitan medir uniformemente la calidad, de acuerdo a cada situación o área médica que se desea investigar. También es importante señalar que los indicadores son clasificados en 5 dimensiones establecidas y priorizadas: Diagnóstico, Atención, Tiempo, Farmacia y Comodidad. Celis et al. (2017) reafirma que, mediante el monitoreo y control de indicadores de calidad, se fomenta una política de mejora continua para conocer la mejora de la satisfacción del paciente sobre la atención médica general. Siendo fundamental estos indicadores para analizar, identificar y resolver aspectos críticos dentro del flujo operativo médico.

En el Perú en 1968, se constata que las acciones enfocadas a la salud del país, no estaban alineadas a una política sanitaria definida, y solo se actuó de forma reactiva ante una situación de urgencia para solucionarlo prontamente, es decir no se consideró a la calidad de atención

como un problema importante, sin merecer mayor preocupación (Ministerio de Salud, 2009).

Esta situación, se mantuvo durante la década de los 70 y 80, recién en 1990 el Ministerio de Salud, realiza una síntesis diagnóstica de la situación del sector, y por primera vez determina la existencia de las diferencias o brechas en calidad, acceso, cobertura y oportunidad en la atención de salud; sin embargo, solo fue una descripción general de los hechos, sin traducirse en acciones, objetivos específicos u orientaciones en el área de la calidad (Ministerio de Salud, 2009).

Es a partir del periodo 1995-2000 que se establece una visión-objetivo, donde se incluye a la calidad en el sector salud, se define como un sector con equidad, calidad y eficiencia, y concretamente afirma a avanzar hacia un sector organizado en función al usuario, tomando en cuenta la ética, la cultura organizacional, cumpliendo la misión institucional, y practicando la excelencia en el desempeño laboral (Ministerio de Salud, 2009).

En el 1996, se materializa la incorporación de la calidad en la agenda del Ministerio de Salud, a través de la implementación del Sistema de Acreditación de Hospitales, con interés en el desarrollo de la calidad a través de una variedad de proyectos. No obstante, el desarrollo de la calidad fue limitado (Ministerio de Salud, 2009).

Año después, con los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012, se establece como uno de los principios de la política de salud la “calidad de la atención como derecho ciudadano”, no obstante, el análisis de este principio no fue muy amplio (Ministerio de Salud, 2009).

En el año 2001, se publica el documento técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM, siendo este documento la primera evidencia de formular la política de calidad en salud, un paso importante para la atención sanitaria con calidad (Ministerio de Salud, 2009).

En el 2007, se elaboró el Plan Nacional Concertado de Salud, para el desarrollo de la calidad, a través del lineamiento cinco que señala el mejoramiento continuo del acceso a los servicios de salud de calidad, con el objetivo de mejorar la calidad, ampliar la oferta, y la organización de los servicios de salud según las necesidades y demanda de los usuarios

(Ministerio de Salud, 2009).

La Política Nacional de Calidad -RM N° 727-2009/MINSA- establece en su 9na. política que las organizaciones que prestan atención de salud, tienen como compromiso que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su gestión salvaguarden los derechos de los usuarios, fomenten y velen por un trato digno, asimismo, promuevan las prácticas de atención apropiadas con enfoques de género e interculturalidad, además de brindar las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud, desarrollando las estrategias de: ejecución de instancias y mecanismos de amparo de los derechos de los usuarios; el fomento y prácticas de atención enfocadas a la interculturalidad y género, y así la implementación de mecanismos para el acceso a la información de atención brindada a los usuarios (Ministerio de Salud, 2009).

En la XI Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud en lo que respecta a los derechos del paciente desde la perspectiva del personal de salud señalan cuatro elementos claves a trabajar en relación a mejorar el trato al usuario: 1. Identificar los procesos críticos que afecten el buen trato al usuario, 2. Mejorar los procesos críticos priorizados en el sistema de atención que afecten el buen trato al usuario, 3. Promover la participación de los usuarios en la evaluación de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones, 4. Promover la cultura institucional del buen trato al usuario (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

3.3.1. Sanidad PNP

Actualmente la Sanidad PNP cuenta con 83 IPRESS PNP, 24 (29%) no cuentan con resolución de categorización vigente, contando con resolución de categorización vigente 59 (71%) IPRESS. Asimismo, 13 de las 24 IPRESS sin resolución de categorización vigente, iniciaron el proceso de categorización y, los 11 restantes no, por otro lado, el H. Policial Chiclayo, es la única IPRESS PNP que no está categorizada, por lo que requiere la atención de sus requerimientos para lograr su categorización.

La falta de categorización/recategorización, se debe a que los establecimientos no cumplen con los requisitos establecidos por la Norma Técnica de Categorización del MINSA, siendo las principales observaciones: su infraestructura, algunas observadas por defensa civil y declaradas inhabitables (POL.PNP Huaraz, POL.PNP Chimbote, POL.PNP Huánuco);

equipamiento, recurso humano. por otro lado, los trámites administrativos en las DIRIS, DIREAS y GERESAS del MINSA, están demorando debido al estado de emergencia sanitaria por la pandemia por el COVID-19.

En cuanto a las IPRESS PNP con resolución (RD) de categorización vigente al 31 de diciembre de 2020, veintinueve (29) de ellas vencen este año, no existe un área de categorización en la DIRSAPOL, que se encargue del proceso de seguimiento y ni apoyo al proceso de categorización y recategorización de las IPRESS PNP; la categorización de las IPRESS, es un trabajo prioritario y continuo, que en el caso de los hospitales de la sanidad policial: CH.PNP “Luis N. Sáenz”, HG.PNP “San José”, HR.PNP Arequipa y el HR.PNP Chiclayo, que por ser IPRESS de mayor complejidad y con múltiples necesidades, requieren de un seguimiento continuo y mayor apoyo.

Actualmente ninguna IPRESS PNP se encuentra acreditada. Asimismo, debido a la situación de emergencia sanitaria por la pandemia por el COVID-19, las IPRESS PNP priorizaron las prestaciones de salud a los usuarios, adecuándose los procesos para las prestaciones de salud por lo que las IPRESS PNP no realizaron la autoevaluación año 2020, falta de observación a la NTS.050-MINSA/DGSP-V.02 aprobada con RM. N°456-2007/MINSA por varios años, lo cual ha condicionado a la falta de normas, planes, directivas y otros documentos que regulen los diferentes procesos para la atención en salud en la DIRSAPOL.

Debido a la falta de equipamiento e infraestructura en los establecimientos de salud, la falta de medicamentos e insumos en las farmacias y la limitada empatía del profesional con el paciente, existe incremento de insatisfacción y reclamos por los usuarios externos.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú tiene como visión primordial a constituirse en la actualidad en la Institución líder de atención integral de salud, con autonomía administrativa y financiera, basada en una gestión estratégica y participativa, en un marco de valores éticos; respetando la vida, dignidad y derechos de la persona, contribuyendo de esta manera al desarrollo de la nación.

La Dirección de Sanidad PNP, tiene como misión promover estilos de vida saludables, disminuir los riesgos inherentes al trabajo policial, ofrecer atención recuperativa con recursos

humanos calificados y comprometidos con la Institución, utilizando tecnología moderna y especializada, que garanticen servicios de salud integrales con calidad, equidad y calidez que satisfagan las necesidades y requerimientos del personal policial, familiares con derecho y con participación activa en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Los objetivos según Decreto Legislativo N° 1175 “Ley de Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú”:

- a) Establecer estándares de gestión y de calidad de los servicios de salud, en concordancia con la Política Nacional de Salud.
- b) Establecer indicadores para evaluar los servicios de salud.

Según RM. N°586-2019-IN “Manual para brindar una atención de calidad a la ciudadanía en dependencias policiales, con énfasis en comisarías y DEPINCRIIS”. El hospital policial está ubicado en el distrito de Jesús María, el cual presenta varios ingresos: un ingreso peatonal por la avenida Brasil, para vehículos en la avenida de la Policía y pacientes de emergencia por el jirón Gerónimo de Aliaga, a sus alrededores, se encuentran algunos establecimientos importantes, El Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber está ubicado a una cuadra, entre las avenidas Brasil y De la Policía. Además, una institución de educación superior cercana a menos de tres minutos del nosocomio, entre la avenida De la Policía y el pasaje Páez. Asimismo, entre el jirón Gerónimo de Aliaga y la avenida Arnaldo Márquez, se encuentra el Colegio Parroquial San Antonio de Padua.

Los usuarios del recinto son los pacientes y el cuerpo médico. Por un lado, los pacientes son oficiales y suboficiales de la PNP, y sus familiares en primer grado, es decir, sus padres, cónyuges e hijos. Para poder ser atendidos, no es necesario pertenecer a Lima: cualquier oficial/suboficial de la Policía o su familia que provenga de las provincias del país puede recibir tratamiento en el hospital. Por otro lado, el cuerpo de trabajadores del nosocomio está conformado por civiles y oficiales/suboficiales. Estos desarrollan actividades administrativas o son médicos con diferentes especialidades.

El ingreso a este nosocomio tiene horarios fijos, tanto por la mañana como por la noche. No obstante, cuando hay emergencias las 24 horas, se puede permitir el acceso a familiares directos de los pacientes, pero sólo en el área en que estos estén. Durante su permanencia, los pacientes y los visitantes esperan en el área “sala de espera”. Cuando se requiere, cabe la

posibilidad de ser dirigido directamente a un consultorio mediante cita de emergencia.

El Dpto. de Emergencia como parte de los servicios esenciales que brinda el HN “LNS” PNP, tiene la puerta de acceso en Jr. Gerónimo de Aliaga S/N.

1. El Departamento de Emergencia se ubica en el pabellón lateral izquierdo, el acceso de vehículos de ambulancias se realiza por la puerta de entrada N° 2 que colinda con la estrecha calle Jerónimo de Aliaga y que también sirve para acceder a la playa principal; dificultando la maniobrabilidad de los vehículos con pacientes graves.
2. La actual infraestructura ha sido ampliada y remodelada en el año 2010, pero no cuenta con una adecuada distribución arquitectónica en cuanto a espacio y funcionabilidad lo cual imposibilita adecuados flujos de circulación.
3. En el primer piso se ubica Admisión de Emergencia y Triage el cual funciona en un ambiente pequeño, frente a un pasadizo que comunica con Clasificación I, Pediatría, Traumatología y Laboratorio. Hay otro pasadizo para ingresar a Cirugía y las salas de Observación e Intermedios. La Jefatura de Enfermería y Farmacia funcionan en espacios muy reducidos. El ambiente para Psicología funciona frente al radio-operador de ambulancias.
4. La sala de espera se ubica frente al Dpto. de Emergencia, posee grandes ventanales y con servicios higiénicos.
5. En el segundo piso se ubica la residencia médica con 14 habitaciones (38 camas) y un auditorio para el cual se ha gestionado ante SALUPOL la compra de cortinas Black-out que permitirían controlar la luminosidad para el uso del equipo multimedia como parte de desarrollo de las actividades de capacitación y coordinación además de proteger de los rayos UV al personal y bienes que allí se encuentran.
6. Hay dos puertas de libre acceso en el frontis, una posterior por la zona que colinda con rayos X que también comunica con el pabellón central donde se hallan Cuidados intensivos, Centro quirúrgico y Hospitalización y finalmente existe otra puerta de libre acceso a la residencia médica y auditorio ubicada en el segundo piso; es por esto que la seguridad en la Emergencia es un problema debido a que requiere vigilancia extra. En el primer piso existe un sistema de puertas eléctricas con 3 intercomunicadores que comunican con todos los Servicios de la Emergencia, pero lamentablemente la falta de personal para vigilancia y la falta de colaboración de los pacientes y de nuestro propio personal no permiten su buen uso y mantenerlas cerradas.
7. En el corredor paralelo por fuera y aislado de la emergencia se ubica el tóxico de

Gineco-obstetricia.

8. Los Consultorios para atención de pacientes con Patología aguda común (Prioridad IV) funcionan junto al consultorio de Nefrología y están ubicados cerca de la Cafetería del Hospital.
9. El área administrativa y el Almacén funcionan en el segundo piso en la rampa de acceso al consultorio de Cirugía Plástica.
10. El proyecto de inversión pública financiado por SALUPOL llamado “Mejora de la infraestructura del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz” que propone la construcción de infraestructura física totalmente nueva moderna, funcional y equipada en terreno disponible con acceso directo a la avenida De la Policía, la cual se viene realizando desde el año 2018, hasta la fecha no ha sido entregado para su funcionamiento a la Sanidad de la Policía.

La Oficina General de Defensa Nacional del MININTER realizó en marzo 2012 una inspección técnica de seguridad, recomendando que se implementen con carácter de muy urgentes medidas de mitigación del riesgo estructural, no estructural y funcional-organizacional, Se cumplió con lo solicitado por la inspección técnica de seguridad del MININTER, la implementación de las medidas de mitigación del riesgo estructural, no estructural y funcional-organizacional.

SALUPOL realizó la colocación de láminas de seguridad en las ventanas y mamparas de todos los ambientes de Emergencia.

En la actualidad el servicio de Emergencia cuenta con luces de emergencia y señales fotoluminiscentes para las rutas de evacuación con el apoyo del Fondo de pago en efectivo se compró. Se dispone de 15 extintores de polvo químico seco (PQS) distribuidos en las distintas áreas de la Emergencia, de los cuales 11 cuentan faltan los elementos de anclaje para asegurar los extintores, faltan gabinetes, estantes, cilindros de oxígeno y equipos que podrían caerse ante la ocurrencia de un sismo. Asimismo, se hizo el requerimiento reiterado a Mantenimiento para que retire el techo de vidrio crudo tipo vitral que se encuentra sobre el pasadizo del segundo piso frente al área administrativa.

En el año 2012 se solicitó al Comando de DIEZ (10) extintores de gas carbónico (CO₂), recientemente el Comando Institucional ha entregado al servicio de emergencia SEIS (06) extintores de gas carbónico (CO₂) para proteger los equipos electrónicos médicos y de

cómputo.

La población total de la Policía Nacional del Perú está conformada por 727,462 efectivos entre Titulares en actividad y en retiro y una carga familiar que comprenden conyugues, hijos y padres, los cuales el Dpto. de Emergencia del Hospital Nacional “Luís N. Sáenz” PNP, atiende aproximadamente al 10% los usuarios de la ciudad de Lima, así como también a los procedentes de las diferentes regiones del país (Policía Nacional del Perú, 2021a).

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es mixto (cuali-cuantitativo), descriptivo y transversal. Esta propuesta está dirigida a todos los profesionales involucrados en la gestión del Servicio Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, que comprende a cada uno de los profesionales asistenciales de salud de la unidad productora de servicios de salud, los proveedores de servicios de apoyo, y también a las áreas de coordinación y/o jefaturas.

4.1 Diseño de investigación

El diseño metodológico correspondió al tipo mixto, esto representa un grupo o conjunto de procedimientos empíricos, sistemáticos y críticos de indagación científica que implican el recojo y análisis de datos mediante técnicas de tipo cualitativo y cuantitativo, así como su adaptación y discusión integral, y a partir de ello realizar inferencias e interpretaciones de toda la información recolectada, de esta manera lograr un mejor entendimiento del fenómeno estudiado. Es descriptivo, porque permitirá describir el grado de cultura de seguridad del paciente tal como se presenta en la entidad nosocomial escenario de la investigación. Así mismo, el estudio es de corte transversal, porque el recojo de datos se dará en un momento y tiempo único, con la finalidad de describir las variables, y evaluar su incidencia en un momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

4.2 Población y muestra

4.2.1. Población

La población es la agregación de elementos de estudio (individuos, objetos, etc.) que tienen rasgos parecidos, y en donde serán extrapoladas las conclusiones que se identifiquen (Gallardo, 2017).

Población 1: Se constituyó el presente estudio por los 220 profesionales de la salud; médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo que vienen laborando en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

Población 2: Todos los funcionarios internos del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.

Población 3: Todos los funcionarios vinculados al servicio de emergencia de otros establecimientos de salud.

4.2.2. Muestra

La muestra es la suma de un subconjunto de individuos de una población, elegidos por algún método estadístico para participar en una indagación científica (Sánchez et al., 2018).

Muestra 1: Se trabajó con el personal de salud y apoyo vinculado en la atención del paciente, la muestra fue por conveniencia, ya que, por motivos de disponibilidad y accesibilidad, solo se contó con la participación de 129 profesionales de la salud.

Muestra 2: Tres funcionarios internos del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.

Muestra 3: Cinco funcionarios vinculados al servicio de emergencia de otros establecimientos de salud.

4.2.3. Muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. El muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniencia, accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Sánchez et al., 2018).

4.2.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personal de salud y apoyo que se encontraron laborando por un tiempo no menor de seis meses en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.
- Personal de salud y apoyo de cualquier modalidad contractual en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.
- Personal de salud que se encuentran en aislamiento por factor de riesgo y han laborado por más de 2 años en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.

Criterios de exclusión:

- Personal de salud y apoyo que se encontraron realizando pasantías o que tan solo estén rotando por el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”
- Personal de salud y apoyo que se encontraron de vacaciones o en licencia por enfermedad en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz” (periodo de pandemia por COVID-19, los que se encuentran en aislamiento por factor de riesgo)

Criterios de eliminación:

- Personal de salud y apoyo del Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz” que no hayan contestado 2 a más preguntas del test.

4.3 Instrumentos de medición

Los instrumentos de medición utilizados en esta investigación son de dos tipos: un cuestionario y guía de entrevista. En esta investigación, se utilizará el cuestionario, que es un instrumento que se utiliza para el registro de datos de diversos hechos o contexto que se está estudiando. Y la guía de entrevista, son preguntas que plantean para un estudio, pero no necesariamente tiene un orden determinado, depende mucho de la naturaleza del objeto de investigación (Vara, 2012).

Por un lado, se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), y mide el grado de cultura de de seguridad del paciente, y consta de instrucciones, datos generales y específicos con preguntas cerradas y abiertas (42 preguntas + 10 preguntas complementarias + 9 preguntas como anexo), tipo escala de Likert, elaboradas de forma clara y sencilla; para que el encuestado responda a la brevedad y en forma anónima en base a los indicadores de las variables de estudio y tuvieron una duración de aproximadamente entre 15 a 20 minutos.

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, respetando la terminología de la versión original. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

Entre las dimensiones a tratar tenemos, que están agrupados en 3 aspectos:

- a) Resultados de la cultura de seguridad: la cual evalúa Frecuencia de eventos notificados y Percepción de seguridad.
- b) Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio: entre las que tenemos expectativas y acciones de la dirección/supervisión del servicio que favorecen a la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo, franqueza de la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.
- c) Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital: entre las que tenemos trabajo en equipo entre las unidades y problemas en cambios de turno/transiciones entre servicios.

Por otro lado, se elaboraron dos guías de entrevista, una guía dirigida a funcionarios (Médicos o no Médicos) vinculados al Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, y otra guía de entrevista dirigida a funcionarios (Médicos o no Médicos) vinculados al Servicio de Emergencia de otros establecimientos de salud. Está compuesto por datos generales y 7 preguntas, en ambas versiones.

4.3.1. Validación de instrumentos

Este instrumento Cuestionario sobre Seguridad del Paciente fue elaborado por la Agencia para la Investigación en el Cuidado y Calidad en Salud, conocido por sus siglas en inglés (AHRQ) y adaptado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en conjunto con la Universidad de Murcia, España en el 2005. Este instrumento tiene una validez por juicio de expertos¹ y una confiabilidad utilizando la prueba de Alfa de Cronbach a nivel de dimensiones que varían entre 0.65 a 0.88 calificando la confiabilidad de aceptable a excelente para el instrumento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

Este instrumento ha tenido una aplicación amplia en diversos hospitales del país, así como en el estudio realizado por el Ministerio de Salud “Proyecto Infecciones Zero” del 2010 (Ministerio de Salud, 2010). Uno de los autores que midió la confiabilidad de este instrumento fue Bernal (2020), obteniendo una confiabilidad para el instrumento de 0.7, considerándose aceptable.

La confiabilidad significa determinar el grado de capacidad del instrumento cuando será aplicado varias veces a un conjunto poblacional (Hernández et al., 2014). En este sentido, se realizó la confiabilidad del instrumento “Cuestionario de Seguridad del Paciente”, a través de la prueba de Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.7, lo que significa que el nivel de confiabilidad es aceptable² para el instrumento (Ver Anexo I)

4.4 Técnicas y procedimientos

La técnica de recolección fue la encuesta, la entrevista y el análisis documental. La encuesta, es una técnica para obtener ciertas características de una población que es objeto de

¹ La validez consiste en describir la capacidad de un instrumento para reflejar lo que se desea medir (Hernández et al., 2014).

² Se considera una confiabilidad de instrumento de al menos aceptable valores iguales o mayores de 0.70 para la prueba de Alfa de Cronbach (Chaves & Rodríguez, 2018).

estudio. La entrevista, es una técnica para recolectar información de forma individual, donde se exprese de forma libre las opiniones sobre algún objeto de estudio. El análisis documental, es una técnica, que se realiza para estudios exploratorios (históricos, bibliográficos, etc.), con esta técnica se examina varios documentos (libros, guías, informes, memorias, etc.) (Vara, 2012).

Para la realización del estudio se llevó a cabo los trámites administrativos a fin de obtener la autorización respectiva mediante una carta dirigida al Director del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” y a la oficina de Capacitación y Docencia del nosocomio. Luego de la autorización se llevó a cabo las coordinaciones con el Jefe del Servicio de Emergencia y la Jefa de enfermeras del Servicio de Emergencia, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos.

4.5 Análisis de datos

a) Análisis de las encuestas

Tras la respuesta de la encuesta sobre seguridad de los pacientes por parte de los profesionales de salud, la presentación de estos mismos fue utilizando estadística descriptiva como frecuencias relativas y absolutas, y que permitieron el diseño de gráficos que reflejen el comportamiento de los datos.

Para clasificar una pregunta o ítem, o también una dimensión como *fortaleza* se utilizaron los siguientes criterios alternos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar una pregunta o ítem, o también una dimensión como *oportunidad de mejora* se emplearon los siguientes criterios alternos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Calificación del clima de seguridad

La pregunta 43 que está medida en una escala de cero a diez, representa la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Para el procesamiento y análisis de los datos recolectados de la encuesta se utilizó el programa estadístico SPSS v.25.

b) Análisis de las entrevistas

En base a la técnica del análisis de contenido se analizaron las entrevistas, previamente se transcribió las grabaciones. Luego, se procedió a identificar las ideas principales e importantes (unidades de análisis), para posteriormente clasificar la información en categorías y códigos, y finalmente hacer una síntesis final de la información.

c) Análisis de los documentos

Básicamente, consistió en revisar documentos vinculados al ámbito de la seguridad del paciente, así documentos de gestión del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, que incluye Análisis situacional del complejo hospitalario, diagnóstico situacional del Departamento de Emergencia, Manual de Organización y Funciones, Estadísticas del establecimiento de salud, planes funcionales, entre otros.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Resultados Cualitativos

5.1.1. Análisis de la entrevista

a) Entrevistas a funcionarios internos del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Los funcionarios del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” entrevistados fueron:

- Entrevistado 1 – Dr. Lulio Capcha Serna - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP “Luis N. Sáenz”
- Entrevistado 2 – General Jorge Alberto Villacorta Ruiz - Director del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”
- Entrevistado 3 – Lic. Eglia Badajoz Trinidad - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad

**Tabla 5.1. Matriz de análisis de contenido de las entrevistas a funcionarios internos
Hospital PNP “Luis N. Sáenz”**

Categoría (Pregunta)	Entrevistado / Cargo	Comentario
1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	Actualmente no se tiene un registro de los eventos adversos, a pesar que existe un comité de seguridad, sin embargo, el personal médico, personal de enfermería y técnico no está concientizado sobre reconocer cuales son los eventos adversos. No es porque no exista eventos adversos sino porque no se registra, no se reporta, no se identifica (respuesta punitiva o sanción). Solo de forma no oficial se han registrado el año pasado 12 eventos adversos relacionado a caídas de pacientes.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	Caída de pacientes, desmayo de pacientes por la demora en atención, demora en colocar la sangre a paciente anémico.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Solo hubo un reporte de evento adverso durante el último año, y fue porque el usuario se vino a quejar
2.- ¿Qué causas o factores influenciarían que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	Falta de personal, falta de comunicación entre el personal
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	Demasiada demanda de pacientes, pudiéndose atender en el primer nivel de atención, poca infraestructura generando hacinamiento de pacientes, lo que conlleva al desorden, y en consecuencia una atención no adecuada.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Inadecuada información al paciente, no se respetan los horarios de atención, se cambian sin aviso y causa confusión, al paciente y familiar (no se enteró del estado del paciente, o de la receta).
3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP “Luis N. Sáenz”	Capacitaciones continuas al personal médico, personal de enfermería, que incluya al comité de seguridad del paciente, unidad de calidad y gestión hospitalaria. Realizar una mesa de trabajo con el comité de seguridad

adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?		del paciente para mejorar este problema y mitigar los eventos adversos.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Optimizar el flujo de atención en el servicio de emergencia para realizar una atención oportuna. Poner en práctica las guías de procedimientos o guías de prácticas clínicas. Mejorar la relación paciente – médico/enfermera para que sea cordial.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Capacitación continua, monitorización de las acciones de mejora, supervisión y evaluación de las acciones de mejora, y que tengan el apoyo del director y/o subdirector de la IPRESS y DIRSAPOL
4.- ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	El impacto en costos, sería por alguna queja que puede representar una demanda judicial, en consecuencia, la aplicación de una multa por Susalud. En años anteriores como 2018-2019, hubo casos de muerte y la multa fue alta. El costo también sería el impacto negativo en la reputación del hospital.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Los costos están relacionados con lidiar con las quejas, quejas que se pueden volver denuncias, y eso es lo que debemos evitar. Esto podría influenciar negativamente en la reputación de la institución sanitaria.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	El daño producido a los pacientes por causas ajenas por la que ingreso a la atención en salud. Prolongación de los días de hospitalización por reintervención, por discapacidad o hasta por causar la muerte del paciente (evento centinela). Los costos son también la reputación institucional, costo del paciente por discapacidad, los gastos para la familia del paciente
5.- ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Los beneficios serán para el paciente, y para el hospital, ya que el servicio de emergencia, involucra a varias áreas.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Es la satisfacción del paciente por la atención oportuna, y el agradecimiento sincero de parte de los familiares. Además, de reducir la estancia hospitalaria, de esta manera reducir costos y mejorar la reputación del hospital.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Beneficios para el paciente, para la institución
6.- ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora no sea viable? Detalle su respuesta.	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Las limitaciones serían de dos tipos: por un lado, el desconocimiento de la gerencia o personal administrativo sobre la realidad de la seguridad del paciente, y por otro lado, la voluntad del personal asistencial y no asistencial involucrado en la seguridad del paciente, podría haber resistencia a implementar estos cambios.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	La principal limitación es la económica, y es la causa por la cual también hay otras deficiencias, como la falta de medicamentos, falta de insumos biomédicos, falta de camas, falta de personal, la falta de no tener una historia clínica electrónica.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Es importante el apoyo del directivo, para la implementación de un proyecto de mejora, es decir llevar a cabo las estrategias o líneas de acción.
7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional?	Entrevistado 1 - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Para tener un resultado favorable sobre el proyecto de mejora, sería ideal que se involucre al comité de seguridad del paciente con el comité del hospital, ya que hay varios profesionales que conocen el tema y si es necesario recibir el apoyo de otros profesionales, de esta manera realizar un plan de trabajo para la mejora a nivel del hospital.
	Entrevistado 2 - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"	Los exhortó a actuar siempre con honestidad a poner primero al paciente antes que los intereses propios, y sigan capacitándose, de esta manera nuestra institución se ira modernizando.
	Entrevistado 3 - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad	Es importante crear una cultura organizacional, una cultura sobre seguridad del paciente, esto permitirá implementar una capacitación continua sobre el tema, y el monitoreo y/o supervisión continua hasta sensibilizar al personal asistencial, y que se establezca para las próximas generaciones.

Elaboración: Autores de esta tesis.

Síntesis

Eventos adversos

Entre los eventos adversos identificados en relación a la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, se han mencionado que actualmente no hay registro de los eventos adversos, y la causa sería por la respuesta punitiva o sanción al personal que cometió el error, esto contribuiría a que el personal médico y de enfermería no este concientizado en reconocer cuales son los eventos adversos. Solo de forma no oficial se han registrado el año pasado 12 eventos adversos relacionado a caídas de pacientes. En otras ocasiones se han observado desmayo de pacientes por la demora en atención, demora en colocar la sangre a paciente anémico, pero no se han registrado. Según la Unidad de Gestión de Calidad, solo se reportó un evento adverso durante el último año, pero fue porque se quejó el usuario.

Causas o factores que influyen en los eventos adversos

Entre las causas o factores que influenciarían en los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, se han mencionado: la falta de personal, la falta de comunicación entre el personal asistencial, demasiada demanda de pacientes, siendo muchos de ellos ser atendidos en el primer nivel de atención, así como la poca infraestructura generando hacinamiento de pacientes, lo que conlleva al desorden, y en consecuencia una atención no adecuada. Inadecuada información al paciente, no se respetan los horarios de atención, se cambian sin aviso y causa confusión, al paciente y familiar.

Estrategias o líneas de acción para mitigar eventos adversos

Entre las estrategias o líneas de acción para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, se han mencionado: capacitaciones continuas al personal médico, personal de enfermería, comité de seguridad del paciente, unidad de calidad y gestión hospitalaria. Realizar una mesa de trabajo con los distintos profesionales involucrados y el comité de seguridad del paciente para mejorar este problema y reducir los eventos adversos. Optimizar el flujo de atención en el servicio de emergencia para realizar una atención oportuna. Poner en práctica las guías de procedimientos o guías de prácticas clínicas. Mejorar la relación paciente – médico/enfermera para que sea cordial. Supervisión y evaluación de las acciones de mejora, y que tengan el apoyo de los directivos del hospital.

Costos cuantitativos o cualitativos por ausencia de buenas prácticas

Entre los costos que consideran importantes ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente, se han mencionado: entre los costos cualitativos, estarían vinculados a alguna denuncia o demanda judicial que podría tener un impacto negativo en la reputación del hospital. Asimismo, el daño producido a los pacientes. Entre los costos cuantitativos, serían relacionados a las quejas de los pacientes, quejas que se pueden volver denuncias, o alguna demanda judicial, y en consecuencia la aplicación de una multa por Susalud, que en años anteriores ha ocurrido; además, la prolongación por los días de hospitalización por reintervención, discapacidad o hasta por causar la muerte del paciente. Los gastos para la familia del paciente.

Beneficios cuantitativos o cualitativos por implementación de buenas prácticas

Entre los beneficios que consideran importantes ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente, se han mencionado: entre los beneficios cualitativos: la satisfacción del paciente por la atención oportuna y el agradecimiento de los familiares, y mejorar la reputación del hospital. Entre los beneficios cuantitativos, la reducción de la estancia hospitalaria, de esta manera reducir costos.

Limitaciones que evitaría que la propuesta de mejora sea viable

Entre las limitaciones que evitaría que la propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente sea viable, se han mencionado: la principal limitación es la económica, y la causa que exista deficiencias en diversos aspectos (falta de medicamentos, falta de insumos biomédicos, falta de camas, falta de personal, falta de historia clínica electrónica), el desconocimiento de la gerencia o personal administrativo sobre la realidad de la seguridad del paciente, y por otro lado, la voluntad del personal asistencial y no asistencial involucrado en la seguridad del paciente, podría haber resistencia a implementar estos cambios. Es importante el apoyo del directivo, para la implementación de un proyecto de mejora.

Comentarios o sugerencias adicionales

Entre los comentarios o sugerencias adicionales se destacan las siguientes: involucramiento del comité de seguridad del paciente con el comité del hospital, ya que hay varios profesionales que conocen el tema y si es necesario recibir el apoyo de otros profesionales, de esta manera realizar un plan de trabajo para la mejora a nivel del hospital. Crear una cultura organizacional, una cultura sobre seguridad del paciente, esto permitirá implementar una capacitación continua

sobre el tema, y el monitoreo y/o supervisión continua hasta sensibilizar al personal asistencial, y que se establezca para las próximas generaciones.

b) Entrevistas a funcionarios vinculados al servicio de emergencia de otros establecimientos de salud

A continuación, se presenta el análisis de las entrevistas realizados a funcionarios vinculados al servicio de emergencia de otros establecimientos de salud. Los funcionarios entrevistados fueron:

- Entrevistado 1 – Dr. Cmdte. FAP Félix Daniel Lau Chu Fon – Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP
- Entrevistado 2 – Dr. Cap. Aníbal Marquina Gálvez - Jefe del Servicio de Emergencia – Hospital Naval
- Entrevistado 3 – Dra. Giesela Schweizer Hernández - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de Mutual de la Seguridad de Chile
- Entrevistado 4 – Dra. Carmen Huerta Torres - Gerente General Clínica Jesús del Norte
- Entrevistado 5 – Dr. Augusto Cruz Chereque – Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Critico – Hospital Nacional Hipólito Unanue

Tabla 5.2. Matriz de análisis de contenido de las entrevistas a funcionarios de otros establecimientos de salud

Categoría (Pregunta)	Entrevistado / Cargo	Comentario (Síntesis)
1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	Errores en la administración de algún medicamento (colocación de enema se hipotenso y falleció, administración de medicamento vía periférica, hizo flebitis y la pierna se volvió eritematosa).
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	Errores en la administración de medicamentos, que no trajo mayores complicaciones.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	Entre los eventos centinelas: Errores en diagnóstico, errores de procedimientos como una falsa vía urinaria, o mala instalación de una sonda Foley, error en la medicación. Y entre los eventos adversos: error en la dispensación de medicamentos al entregarle al paciente, la salida accidental de un dispositivo invasivo y una caída.
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	Entre los eventos adversos más importantes identificados fueron los riesgos de caídas, los errores de medicación, errores en el diagnóstico por confundir los exámenes de laboratorio.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Critico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	Errores relacionados con la administración de medicamentos, caídas, reacciones adversas por no consultarle si tenía antecedentes de alergias, infecciones intrahospitalarias. Existe un subregistro de eventos adversos por miedo a la sanción.

2.- ¿Qué causas o factores influenciarían que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	La alta demanda de pacientes, la exposición a situaciones de stress del personal asistencial por pacientes graves.
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	La falta de personal, personal que no es suficiente, en consecuencia, hay reclamos de los usuarios, siendo la mayoría pacientes de prioridad 3 y 4 que no son emergencias como tal pero que exigen ser atendidos. La falta de supervisión del personal médico en formación (autosuficientes), o enfermeras técnicas, se les exige a los asistentes que realicen seguimiento o monitoreo de sus labores.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	La alta demanda asistencial en el 2021 por la gran cantidad de pacientes COVID-19, ya que hubo muchas licencias por consecuencia la falta de personal asistencial.
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	La demanda masiva de pacientes, por esta ubicado entre dos avenidas principales del cono norte (Panamericana Norte y Av. Tupac Amaru), no tener una organización adecuada en el flujo de atención de pacientes, puede generar descuidos en las barandas de las camas que no estén levantadas o que un paciente necesite asistencia para movilizarse de una unidad a otra.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	La sobre demanda de pacientes, que sobrepasa las capacidades del personal médico, enfermería y técnico, ya que la oferta asistencial es pobre.
3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	Contar con mayor cantidad de personal para atender la alta demanda de pacientes, charlas o talleres de capacitación para el manejo del stress a situaciones críticas.
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	Identificar a los pacientes adecuadamente para que no haya errores de administración de medicamentos o procedimientos equivocados. Supervisión y control del personal médico en formación (interno y residente), que no sean autosuficientes.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	Implementar un sistema activo de vigilancia de evento adverso, donde un profesional busque la ocurrencia y no espere la notificación en forma pasiva. Aumento de personal asistencial (profesional y técnico) en los periodos de alta demanda, reforzar la capacitación del personal staff en gestión de riesgo clínico y la implementación de buenas prácticas clínicas. Contar con un familiar que acompañe al paciente, esto nos ayuda a prevenir evento adverso.
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	Contar con un comité de seguridad del paciente multidisciplinario donde participe médico, jefe de emergencia, jefe de enfermeros, personal de laboratorio, personal de radiología, y algún personal de las especialidades más frecuentes como traumatología, ginecología, pediatría, entre otros, además de un representante de la parte administrativa y la coordinadora de admisión, representante de seguridad o servicios generales y personal de farmacia, y analizar juntos con el personal de epidemiología los eventos que han generado más daño o más frecuentes.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	Crear una ronda de seguridad del paciente, para determinar si está ocurriendo un buen proceso de atención, y que se utilice observadores externos o terceros que determinen los errores o las acciones que no mejoran la calidad de atención del paciente.
4.- ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	El costo por reparar el daño por un procedimiento incorrecto que causo una lesión grave (por ejemplo, una flebitis necrosada, implica cirugía plástica y materiales, otros).
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	La aplicación de una sanción económica fuerte por presuntos maltratos o negligencias médicas. Además, sanciones por las entidades reguladoras o posibles demandas judiciales por mala práctica o negligencia.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	Entre los costos se pueden nombrar los siguientes: la vida de los pacientes, aumento de costos hospitalarios por días de hospitalización y por eventos adversos (mayor gasto en cirugías, fármacos e insumos), la angustia, stress y desprestigio de los profesionales involucrados en algún evento adverso, el desprestigio de la institución.

	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	Entre los costos, podemos mencionar daño al paciente, perjuicio para la familia, reputación de la institución; así como sanciones económicas como multas que pueden alcanzar las 10 UIT, o el cierre temporal del servicio
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	Son más cualitativos, como la estancia hospitalaria prolongada, en consecuencia, se eleva el número de incidencias de infecciones intrahospitalaria, eleva la morbimortalidad, el hacinamiento de pacientes, el hacinamiento elevaría el número de equivocaciones o errores en atención. En relación a los costos económicos, estos deben ser altos el problema que no están debidamente calculados.
5.- ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	Beneficio para los pacientes al no tener futuras lesiones, además, mediante el mecanismo del feedback corregir los errores para no cometerlos en el futuro, es decir mejor conocimiento y precaución para evitar daños.
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	La aplicación adecuada de las guías de práctica clínica, por los diferentes médicos especialistas, lo que mejorará la atención del paciente, y reducirá el riesgo de complicación.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	Mejora la seguridad de la atención del paciente evitando muertes y secuelas funcionales graves; disminución costos de no calidad, días cama de hospitalización, gastos por cirugías, fármacos e insumos; mejora del clima laboral y la prestación en la atención por los profesionales, se revalora la reputación de la institución.
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	Entre los beneficiados, será el personal asistencial, ya que la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente, hará que trabaje más tranquilo y motivado. El siguiente beneficiado será el paciente, porque la implementación de las herramientas y estrategias para tratar bien a las personas harán que la atención sea realizada de manera oportuna. Y el beneficio para el establecimiento de salud, y la mejora de su reputación por la atención adecuada de los pacientes, lo que generará mayor demanda de pacientes y mayores ingresos económicos, y que tenga menos exposición a multas o sanciones.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	Disminución de la morbimortalidad, reducción de los tiempos de hospitalización, reducción de la tasa de infección intrahospitalarias o tasa de complicaciones relaciones a la atención médica.
6.- ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora no sea viable? Detalle su respuesta.	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	No haber predisposición de los jefes o directivos para implementar un mecanismo de mejora, por falta de presupuesto, porque lo ven como gasto y no como una inversión, que ahorrará en el futuro.
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	En general, es difícil conseguir fondos para implementar algún cambio o proyecto de mejora, y mayormente es por desconocimiento de la parte administrativa sobre las actividades médicas, y no le dan la importancia necesaria.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	La principal limitación está relacionada con el convencimiento de la gerencia de la institución, que por ejemplo, el aumento de personal para cubrir los periodos de alta demanda no significa un gasto sino una inversión para prevenir los eventos adversos.
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	La principal limitación es la económica, ya que se piensa que invertir en seguridad del paciente es un gasto más que una inversión. Las organizaciones en salud deben realizar un análisis más exhaustivo sobre cómo les ha ido a las organizaciones que si han invertido en seguridad del paciente. Una segunda limitación, sería la cultura de la organización, ya que el personal está habituado al sistema actual.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	La falta de informatización de varios procesos vinculados a la atención sanitaria, como: llenado de documentos, firmas recetas, la compra de medicamentos, etc., así como la falta de tiempo para ponerlo en práctica, la falta de presupuesto, no contar con el personal adecuado para realización de la supervisión, la falta de concientización o conocimiento del personal de salud sobre los eventos adversos.

7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional?	Entrevistado 1 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP	Es importante que la implementación de un proyecto de mejora de seguridad del paciente sea en el corto plazo, además de concientizar al personal que no habrá represalias, sino la mejora de los pacientes.
	Entrevistado 2 - Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital Naval	Aplicar las guías de prácticas clínicas y reforzar la seguridad del paciente, para mejorar la atención, reducir el riesgo de demandas por negligencia o imprudencias. Se ha evidenciado a nivel internacional, que la aplicación de medidas de seguridad del paciente, reducen los costos hospitalarios. Capacitar o sensibilizar a los funcionarios administrativos sobre la importancia de cambios o mejora en la parte médica, como la reducción de la estancia hospitalaria, mejorar la formación en gestión hospitalaria.
	Entrevistado 3 - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de la Mutual de la Seguridad de Chile	Reitero, que se debe contar con un sistema de vigilancia de eventos adversos, que permita el recojo de los eventos ocurridos en la atención sanitaria y a partir de ellos mejorar la seguridad del paciente. Este sistema sería parte de la cultura de seguridad, y que debe ser un proceso continuo que involucre a todos los profesionales de la unidad de calidad, donde se elabore un informe que será utilizado como herramienta para contribuir a la mejora continua en los procesos, brindando así una atención segura y de calidad a nuestros pacientes
	Entrevistado 4 - Gerente General Clínica Jesús del Norte	El Ministerio de Salud, así como las organizaciones de salud de nuestro país deben enfocarse en la posibilidad de invertir realmente en seguridad del paciente. Se debe concientizar al personal asistencial en una cultura de seguridad del paciente, así lograr una asistencia médica más segura.
	Entrevistado 5 - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue	Reconoce la importancia de la seguridad del paciente, y le gustaría que se institucionalizará e implementará medidas para mejorar la seguridad del paciente en el Hospital Hipólito Unanue

Elaboración: Autores de esta tesis.

Síntesis

Eventos adversos

Entre los eventos adversos identificados en relación a la seguridad del paciente en los servicios de emergencia de otros establecimientos de salud, se han mencionado: los errores en la administración de medicamentos, errores de diagnóstico, errores de procedimientos, error en la dispensación de medicamento al entregar al paciente, la salida accidental de un dispositivo invasivo, la caída de pacientes, reacciones adversas por no consultarle si tenía antecedentes de alergias, infecciones intrahospitalarias.

Causas o factores que influyen en los eventos adversos

Entre las causas o factores que influenciarían en los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia de otros establecimientos de salud, se han mencionado: la alta demanda de pacientes, la exposición a situaciones de stress del personal asistencial por pacientes graves, la falta de personal (oferta asistencial insuficiente o pobre, lo que genera reclamos de los usuarios), la falta de supervisión del personal médico en formación (autosuficientes) así como del personal de enfermería técnico. En el contexto de pandemia hubo alta demanda asistencial por la gran cantidad de pacientes COVID-19, ya que hubo muchas

licencias por consecuencia la falta de personal asistencial. No hubo una organización adecuada en el flujo de atención de pacientes (puede generar descuidos en las barandas de las camas o que el paciente necesite asistencia para moverse)

Estrategias o líneas de acción para mitigar eventos adversos

Entre las estrategias o líneas de acción para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio, se han mencionado: contar con mayor cantidad de personal para atender la alta demanda de pacientes, realizar charlas o talleres de capacitación para el manejo del stress en situaciones críticas, identificar a los pacientes de forma adecuada para evitar errores en la administración de medicamentos o procedimientos equivocados. Supervisión y control del personal médico en formación (interno y residente), que no sean autosuficientes, implementar un sistema de vigilancia de eventos adversos, reforzar la capacitación del personal staff en gestión de riesgo clínico e implementación de buenas prácticas clínicas, contar con un familiar que acompañe al paciente. Contar con un comité de seguridad del paciente multidisciplinario para analizar juntos con el personal de epidemiología los eventos que han causado más daño o los más frecuentes. Crear rondas de seguridad del paciente, con observadores externos o terceros que determinen los errores o acciones que influyen en la calidad de atención.

Costos cuantitativos o cualitativos por ausencia de buenas prácticas

Entre los costos que consideran importantes ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente, se han mencionado: entre los costos cuantitativos, el costo por reparar el daño por un procedimiento incorrecto que causó una lesión grave, la aplicación de una sanción económica fuerte por presuntos maltratos o negligencias médicas, además de sanciones por entidades reguladoras o posibles demandas judiciales, aumento de costos hospitalarios por días de hospitalización y por eventos adversos (mayor gasto en cirugías, fármacos e insumos), por malas prácticas o negligencias, el cierre temporal del servicio. Asimismo, estancia hospitalaria prolongada, en consecuencia, se eleva el número de incidencias de infecciones intrahospitalaria, eleva la morbimortalidad, el hacinamiento de pacientes. Los costos económicos deben ser altos, el problema que no están debidamente calculados. Entre los costos cualitativos, se han señalado: la vida de los pacientes, la angustia, stress y desprestigio de los profesionales involucrados en algún evento adverso, el desprestigio de la institución, el daño al paciente, perjuicio para la familia.

Beneficios cuantitativos o cualitativos por implementación de buenas prácticas

Entre los beneficios que consideran importantes ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente, se han mencionado: beneficios cualitativos para los pacientes al no tener futuras lesiones, además, mediante el mecanismo del feedback corregir los errores para no cometerlos en el futuro, aplicación adecuada de las guías de práctica clínica, por los diferentes médicos especialistas, lo que mejorará la atención del paciente, y reducirá el riesgo de complicación, mejora del clima laboral y la prestación en la atención por los profesionales, se revalora la reputación de la institución. Entre otros beneficios, también se considera al personal asistencial, ya que la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente, hará que trabaje más tranquilo y motivado; por otro lado, la atención oportuna para los pacientes. Disminución de la morbimortalidad, reducción de los tiempos de hospitalización, reducción de la tasa de infección intrahospitalarias o tasa de complicaciones relacionadas a la atención médica. Entre los beneficios económicos, mayores ingresos económicos para el establecimiento de salud, disminución de costos de no calidad, días cama de hospitalización, gastos por cirugías, fármacos e insumos.

Limitaciones que evitaría que la propuesta de mejora sea viable

Entre las limitaciones que presentaría la propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente, se han mencionado: no haber predisposición de los jefes o directivos para implementar un mecanismo de mejora, por falta de presupuesto, porque lo ven como gasto y no como una inversión, que ahorrará en el futuro; desconocimiento de la parte administrativa sobre las actividades médicas y no le dan la importancia necesaria, no lograr el convencimiento de la gerencia de la institución sobre el aumento de personal para cubrir la alta demanda. Reiterar que la principal limitación es la económica, las organizaciones en salud deben realizar un análisis más exhaustivo sobre cómo les ha ido a las organizaciones que si han invertido en seguridad del paciente; asimismo, otra limitación estaría vinculada a la cultura de la organización, ya que el personal está habituado al sistema actual. Otras limitaciones, serían la falta de informatización de varios procesos vinculados a la atención sanitaria, la falta de tiempo para ponerlo en práctica, no contar con el personal adecuado para realización de la supervisión, la falta de concientización o conocimiento del personal de salud sobre los eventos adversos.

Comentarios o sugerencias adicionales

Entre los comentarios o sugerencias adicionales se destacan las siguientes: la implementación de un proyecto de mejora de seguridad del paciente debe ser en el corto plazo, además de

concientizar al personal que no habrá penalidades o represalias, sino la mejora de los pacientes. Asimismo, se debe aplicar guías de prácticas clínicas y reforzar la seguridad del paciente, para mejorar la atención, reducir el riesgo de demandas por negligencia o imprudencias. Capacitar o sensibilizar a los funcionarios administrativos sobre la importancia de cambios o mejora en la parte médica, como la reducción de la estancia hospitalaria, mejorar la formación en gestión hospitalaria. Se reitera contar con un sistema de vigilancia de eventos adversos que permita el recojo de los eventos ocurridos en la atención sanitaria y a partir de ellos mejorar la seguridad del paciente, este sistema sería parte de la cultura de seguridad. El Ministerio de Salud, así como las organizaciones de salud de nuestro país deben enfocarse en la posibilidad de invertir realmente en seguridad del paciente. Se debe concientizar al personal asistencial en una cultura de seguridad del paciente, así lograr una asistencia médica más segura. Reconoce la importancia de la seguridad del paciente y debe ser institucionalizada.

5.1.2. Análisis documental

5.1.2.1. Diagnóstico situacional del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”

Según el Análisis Situacional del Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” 2018, el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, está categorizado como hospital nivel III-1, aprobada mediante R.M. N° 546-2011/MINSA del 13 julio 2011, es el establecimiento de salud de la Policía Nacional del Perú de referencia a nivel nacional, y tiene como actividad principal satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial (oficiales y suboficiales de la PNP, y sus familiares en primer grado), brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la prevención, sanación, recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad (Policía Nacional del Perú, 2019).

El Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, está ubicado en el distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima; en la cuadra 26 de la Av. Brasil, teniendo en la parte lateral izquierda a la Av. de la Policía, en la parte lateral derecha a la Calle Jerónimo de Aliaga y en la parte posterior colinda con la Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional Federico Villarreal (Policía Nacional del Perú, 2019).

a) Accesibilidad:

El Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, es accesible por vía terrestre y vía aérea, sin embargo, actualmente por vía aérea está restringido por ese ocupado para la

construcción de nuevas instalaciones hospitalarias. Por vía terrestre, se tiene acceso por la Av. Brasil, donde hay circulación vehicular que provienen de las diferentes zonas de Lima (Policía Nacional del Perú, 2019).

b) Personal PNP

A continuación, se presenta en la tabla 5.3 la relación de personal PNP según su situación policial al 2018. Siendo el personal en actividad el 47.2% del total de efectivos, 0.3% en situación de disponibilidad, 38.8% en situación de retiro y 13.6% fallecidos.

Tabla 5.3. Personal PNP según situación policial 2018

Categoría	Situación				Total
	Actividad	Disponibilidad	Retiro	Fallecido	
Oficiales de Armas	6 904	36	11 370	3 989	22 299
Oficiales Servicio	2 624	30	4 997	1 011	8 662
Status de Oficial	20	0	212	95	327
Sub Oficiales de Armas	114 920	756	69 682	28 071	213 430
Sub Oficiales de Servicios	3 204	87	11 832	3 341	18 464
Personal Civil	2 152	2	8 534	897	11 616
Total	129 824	911	106 627	37 404	274 798

Fuente: Base de Datos DIREJEPER PNP.

Elaboración: Autores de esta tesis.

c) Demanda de pacientes

Según el Análisis Situacional del Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” 2018, la mayor demanda de pacientes por consultorio externo procede del departamento de Lima, representando el 54.95%, seguido de la Provincia Constitucional del Callao con 7.68%, Junín con 4.16%, Loreto con 3.89% y Lambayeque con 3.49%. Los departamentos de menor demanda fueron Ucayali con 0.57%, Huancavelica con 0.44%, Pasco con 0.34%, Moquegua con 0.21%, Madre de Dios con 0.17%. En cuanto, a los distritos de Lima Metropolitana, el de mayor demanda es Jesús María con 25.88%, San Martín de Porres con 7.49%, San Juan Lurigancho con 6%, Comas con 3.75% y Lima Cercado con 3.25% (Policía Nacional del Perú, 2019).

Respecto a la demanda de pacientes por servicio de hospitalización, el 71% no registró ubigeo. En cuanto, al 15.5% que reportó ubigeo, el 3.43% procedía de Lima Cercado, 3% de San Martín de Porres, 2.51% de San Juan de Lurigancho, 1.88% de Comas, 1.45% del Callao, 1.14% de Ate Vitarte, 1.10% de los Olivos y 1.0% de Puente Piedra. Y en relación a cifras a

nivel departamental, Lima es el que concentra la mayor demanda de hospitalizados (27.56%), seguido de Arequipa (0.25%), Loreto (0.24%), Cajamarca y Lambayeque con 0.23%, respectivamente.

Departamento de Emergencia

Atenciones

Según el Diagnóstico Situacional del Departamento de Emergencia, a junio 2021, se muestra el avance de atenciones y procedimientos según la meta programada anual del 2021, donde se observa que muchas de estas actividades superaron el 100%. Donde la atención médica de emergencia COVID y no COVID alcanzó un avance de 12.38%, la atención médica de urgencia COVID y no COVID alcanzó un avance de 79.92%, la ejecución de hospitalización COVID y no COVID alcanzó un avance de 63.15%, la asistencia y manejo de ventilación alcanzó un avance de 76.22%, el avance en la atención de enfermería en II, III nivel de atención alcanzó un avance de 530.95%, la atención en tópico alcanzó un avance de 1173.05%, la atención en unidad de cuidados intensivos de 76.22%, la evaluación médica alcanzó un avance de 123.85%, la interconsulta de hospitalización de 82.27% y la oxigenoterapia alcanzó un avance de 174.93% (Policía Nacional del Perú, 2021b). Lo que significa que hay una alta demanda de pacientes en el servicio de enfermería, en tópico, en la evaluación médica y oxigenoterapia, demanda que se explicaría por la recurrencia de pacientes COVID.

Infraestructura

El Departamento de Emergencia cuenta con Unidad de Shock Trauma, cuatro salas de observación, cinco tópicos de atención, una sala de aislado, un triaje, un ambiente de admisión, una sala de espera, dos almacenes, una residencia médica y cuatro ambientes administrativos, todos estarían en una situación regular de estado de conservación. Se proyecta implementar una sala de Unidad de Shock Trauma COVID-19 (2 camas) ubicados al costado del Tópico de Medicina, y también, habría requerimientos de reconstrucción o refacción de otras áreas.

Mantenimiento

El Departamento de Emergencia si cuenta con un plan de mantenimiento de equipos, la mayoría de ellos se encontrarían en estado bueno (62), y solo 15 equipos en estado regular. Además, los tipos de mantenimiento que se dan a los equipos son de tipo preventivo y correctivo, a cargo de una empresa proveedora.

Personal asistencial

Según el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) del 2021, actualmente se cuenta con 20 médicos asistentes emergenciólogos y afines, pero que no cubrirían la oferta asistencial de médicos para el Departamento de Emergencia, requiriéndose 10 médicos. Además, se contaría con 89 enfermeras técnicas, requiriéndose de un personal adicional para cubrir la oferta asistencial. Y solo un personal obstetra, requiriéndose 5 profesionales más para cubrir la oferta profesional. Por otro lado, si existiría una oferta óptima de médicos asistentes de otras especialidades (5), médicos generales (9), enfermeras especialistas (10), enfermeras generales (51). Además, se habría observado personal administrativo deficiente debido a que se encuentran en aislamiento por población vulnerable.

Aspectos educativos

Hay una programación mensual de capacitación al personal de emergencia sobre temas de atención de pacientes en emergencia, discusión de casos clínicos, uso adecuado de normas técnicas relacionados al manejo de cadáveres; sin embargo, estos cursos no han estado orientados a tratar temas como seguridad del paciente o cultura organizacional.

Logros obtenidos

Entre los aspectos positivos en el Departamento de Emergencia, se encuentran los siguientes logros obtenidos en el año 2020, estos fueron: implementación de 38 puntos de oxígeno, implementación de triaje diferenciado con profesional médico exclusivo, dotación de equipo de protección especial completa, equipamiento de la Unidad de Shock Trauma con cuatro (04) unidades completas tipo cama UCI, atención priorizando a los pacientes de emergencias y urgencias referidos de las IPRESS PNP y no PNP, implementación de una sala de observación IV para pacientes No COVID, aumento hasta el 50% del CAP de médicos especialistas, mejora en el flujo y proceso de la gestión documentaria, reduciendo la carga administrativa y quejas del usuario, implementación del área médica de seguimiento al paciente de emergencia e informe al familiar.

Propuestas de mejora

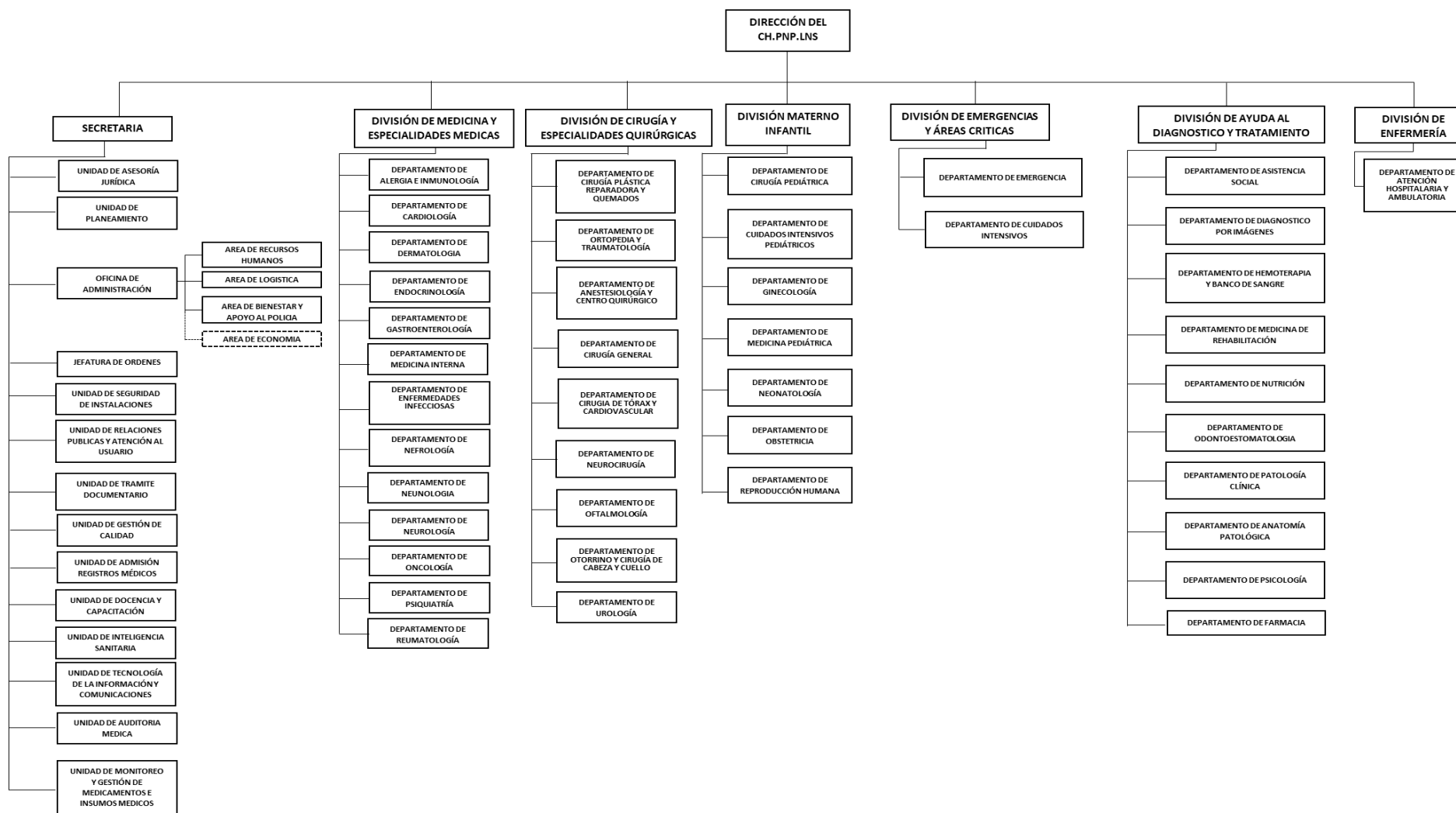
Según el Diagnóstico Situacional del Departamento de Emergencia (Policía Nacional del Perú, 2021b), entre las propuestas de mejora que han identificado en el Departamento de Emergencia, son las relacionadas a la dotación de personal médico especialista en medicina de emergencias, enfermeras especialistas en emergencias y técnicos de enfermería especializado

en manejo de pacientes críticos, implementar oficina de referencia y contra referencia en las IPRESS PNP a nivel nacional, implementación de la unidad de gestión prestacional para mejorar los seguridad de salud, y la implementación unidad pre hospitalaria para coordinar con las unidades móviles (SAMU, Bomberos, Unidades policiales). Sin embargo, ninguna de las propuestas o medidas correctivas están orientadas a fortalecer la cultura de seguridad del paciente, ni mucho menos mejorar el registro de eventos adversos en el Departamento de Emergencia, lo que evidenciaría y respaldaría los resultados encontrados en las entrevistas a los funcionarios del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, quienes señalaron que existiría una desconexión del personal asistencial sobre el tema, sin estar concientizado en reconocer cuales son los eventos adversos, y mucho tendría que ver el carácter punitivo por los errores cometidos en la atención sanitaria.

5.1.2.2. Organigrama del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”

Según el la estructura orgánica del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, el Departamento de Emergencia es una unidad orgánica de la División de Emergencia y Áreas Críticas (Ver figura 5.1), y es una de las áreas asistenciales donde existiría mayor riesgo de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, que afectarían la seguridad del paciente. Es un área, donde los procesos asistenciales serían más complejos en muchos de los casos no habría consecuencias negativas para los pacientes, pero en otros casos si podrían presentarse daños graves e incluso la muerte del paciente. No obstante, habría una desconexión entre áreas asistenciales, y más aún con la Unidad de Gestión de Calidad, sumado a la no operatividad del Comité de Seguridad del Paciente, quienes son los responsables de hacer la gestión, control y seguimiento de los casos de eventos adversos en el hospital, y más aún en el servicio de emergencia, un área que concentra una alta demanda de pacientes, que somete a los profesionales de salud a una alta presión por los procedimientos que involucra la atención de los pacientes, y la exigencia de los mismos y sus familiares, por una atención segura y de calidad.

Figura 5.1. Organigrama Estructural del Complejo Hospitalario de la PNP “Luis N. Sáenz”

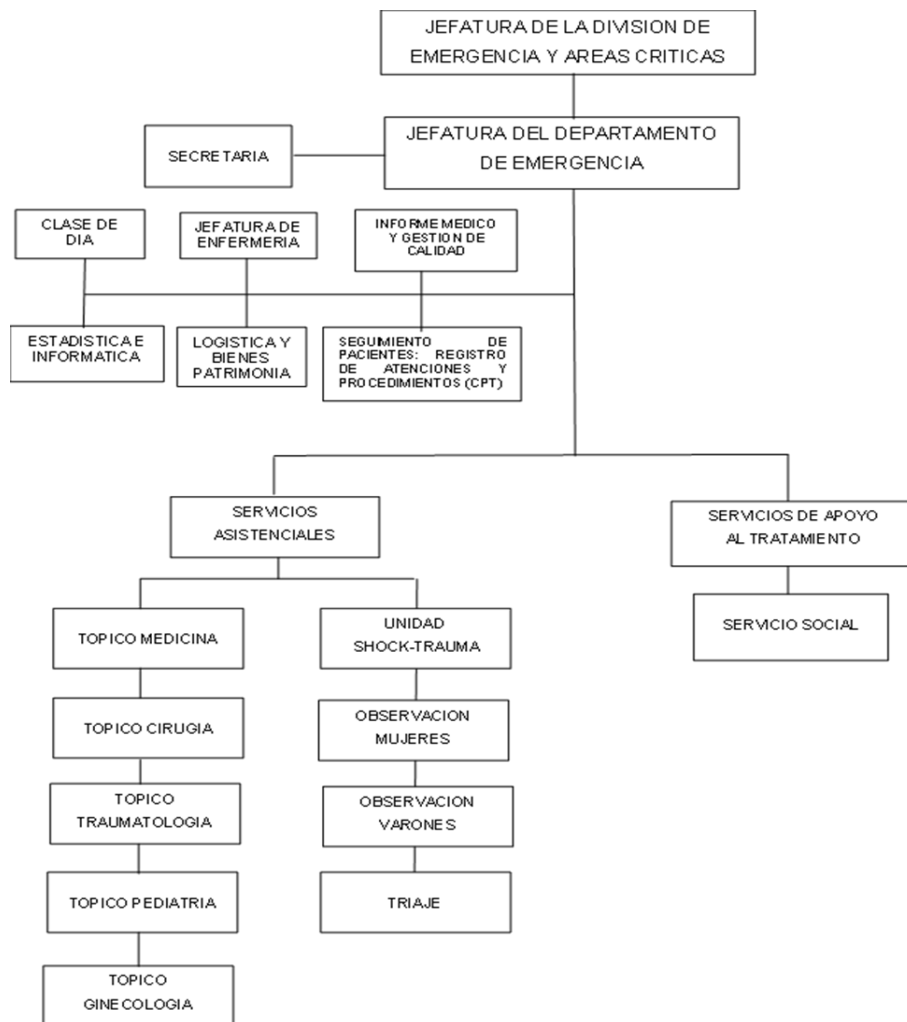


Fuente: Análisis de situación de salud del Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” 2018. Dirección de Salud Policial – Dirección de Operacionales de los Servicios de Salud. Policía Nacional del Perú. Policía Nacional del Perú (2019).

5.1.2.3. Organigrama del Departamento de Emergencia

Para desarrollar una propuesta de mejora sobre un área asistencial del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, como el Departamento de Emergencia es necesario conocer, de que áreas o unidades está conformada, una buena estructura garantizaría la satisfacción de los usuarios y dar un servicio de calidad, ya que el desempeño de los profesionales de la salud, depende de la organización ofrecida. En este caso, orgánicamente estaría bien estructurado el Departamento de Emergencia, sin embargo, no habría una comunicación tan buena entre el personal asistencial según la óptica cualitativa de los entrevistados (Ver figura 5.2).

Figura 5.2. Organigrama de la División de Emergencia y Áreas Críticas del Complejo Hospitalario de la PNP “Luis N. Sáenz”



Fuente: Diagnostico Situacional del Departamento de Emergencia, Julio 2021. Policía Nacional del Perú (2021b).

5.1.2.4. Flujograma de atención de pacientes

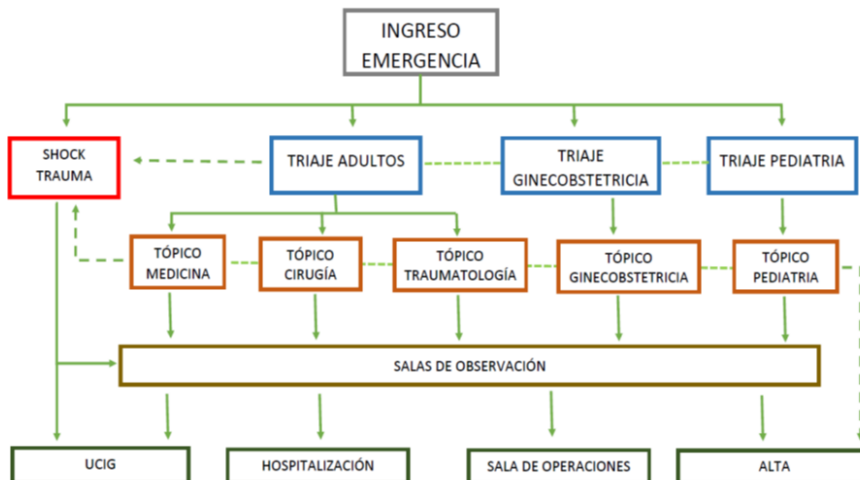
Es importante conocer que se han implementado flujos de atención según el tipo de pacientes, en este caso y de acuerdo a la emergencia sanitaria que vive el país, se han establecido un flujograma de atención para pacientes COVID-19 y No COVID-19 (Ver figura 5.3 y 5.4), ya que la atención sería de esta manera diferenciada, con un mejor orden, y una mejor atención al paciente. No obstante, la alta demanda de pacientes, tanto pacientes COVID-19 y No COVID-19, conllevaría a que los flujos de atención no se desarrollen de una forma adecuada. Una oportunidad de mejora que debe atenderse.

Figura 5.3. Diagrama de flujo de atención para pacientes COVID-19



Fuente: Policía Nacional del Perú (2019).

Figura 5.4. Diagrama de flujo de atención para pacientes No COVID-19



Fuente: Policía Nacional del Perú (2019).

5.2. Resultados Cuantitativos

5.2.1. Análisis de la encuesta: Nivel de percepción sobre la cultura de seguridad del paciente

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, donde participaron 129 profesionales de salud y apoyo.

Según la tabla 5.4, la edad promedio de los profesionales de salud y apoyo encuestados fue 38.5 años, la población femenina sería la predominante (66.7%), y la tercera parte sería población masculina (33.3%). La mayoría de profesionales de salud y apoyo sería personal nombrado, que laboran como oficial de servicios (49.6%), seguido de sub oficial de servicios (27.1%), solo el 23.3% labora como personal civil contratado.

Tabla 5.4. Características generales de los profesionales de salud y apoyo (I)

Características generales (I)	N	%
Edad*	38.5 ± 8.7	
Sexo		
Masculino	43	33.3%
Femenino	86	66.7%
Labora Ud. como		
Civil Contratado	30	23.3%
Oficial de Servicios	64	49.6%
Sub Oficial de Servicios	35	27.1%
Total	129	100%

Elaboración: Autores de esta tesis / * Promedio ± Desviación estándar

Según la tabla 5.5, el 95.3% de los profesionales de salud y apoyo mantiene contacto directo con los pacientes, esto significaría que se mantiene una relación estrecha entre personal asistencial-paciente. El 75.9% de los participantes tienen como principal servicio o unidad de trabajo, el servicio de emergencia, seguido del servicio de cirugía (3.1%) y servicio de obstetricia y ginecología (3.1%), entre los más frecuentes, esto aseguraría que la atención sea más oportuna, no obstante, la alta demanda de pacientes evitaría que se alcance este objetivo. Asimismo, la mayor parte de profesional es personal de enfermería entre profesionales y técnicos (55.9%), y el personal médico (nombrado y residente) alcanzaría (41.1%), aun así, existiría un déficit de profesionales médicos especialistas.

Tabla 5.5. Características generales de los profesionales de salud y apoyo (II)

Características generales (II)	N	%
¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? (p.49)		
Si	123	95.3%
No	6	4.7%
¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? (p.50)		
Servicio de emergencia	98	75.9%
Cirugía	4	3.1%
Obstetricia y Ginecología	4	3.1%
Anestesiología/Reanimación	3	2.3%
Traumatología	3	2.3%
Admisión	3	2.3%
UCI (cualquier tipo)	1	0.8%
Medicina Interna	1	0.8%
Otro	12	9.3%
¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad (p.51)		
Enfermero(a)	38	29.5%
Médico	27	20.9%
Auxiliar de enfermería	20	15.5%
Residente	14	10.9%
Técnico de enfermería	14	10.9%
Médico residente	12	9.3%
Administración	1	0.8%
Otro	3	2.3%
Total	129	100%

Elaboración: Autores de esta tesis.

Según la tabla 5.6, el 64.1% de Oficiales de Servicios a veces, casi nunca o nunca reporta los eventos adversos; entretanto, el 51.4% de los Suboficiales de Servicio tampoco o a veces reporta los eventos adversos, esto significaría que no hay una práctica por reportar los eventos adversos en el Departamento de Emergencia, siendo los Oficiales de Servicios, el grupo laboral que mayormente presentaría este comportamiento influyendo en la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 5.6. Notificación de eventos adversos según modalidad laboral

Modalidad laboral	Notificación de eventos adversos											
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oficial de Servicios	8	12.5%	16	25.0%	17	26.6%	14	21.9%	9	14.1%	64	100.0%
Sub Oficial de Servicios	1	2.9%	6	17.1%	11	31.4%	12	34.3%	5	14.3%	35	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

Según la tabla 5.7, el 62.3% de Médicos-Residentes a veces, casi nunca o nunca reporta los eventos adversos; entretanto, el 65.8% de los Enfermeros(as) tampoco o a veces reporta los eventos adversos, esto significaría que no hay una práctica por reportar los eventos adversos en el Departamento de Emergencia, siendo los Enfermeros(as), el grupo laboral que mayormente presentaría este hábito afectando la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 5.7. Notificación de eventos adversos según posición laboral

Posición laboral	Notificación de eventos adversos											
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médicos-Residentes	6	11.3%	14	26.4%	13	24.5%	15	28.3%	5	9.4%	53	100.0%
Enfermero(a)	4	10.5%	9	23.7%	12	31.6%	7	18.4%	6	15.8%	38	100.0%

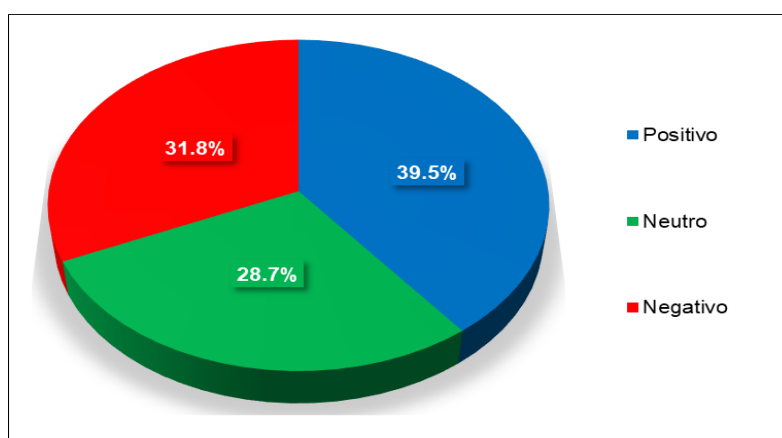
Elaboración: Autores de esta tesis.

A. Resultados de la Cultura de Seguridad

1. Frecuencia de eventos notificados

Se observa en la figura 5.5, que el porcentaje de respuestas negativas (nunca / casi nunca) respecto a la notificación de eventos adversos alcanza el 31.8% y si a ello añadimos el porcentaje neutro del personal que a veces registra los eventos adversos llega al 60.5%, por lo tanto, se puede inferir que hay una pobre cultura de registro de los eventos adversos.

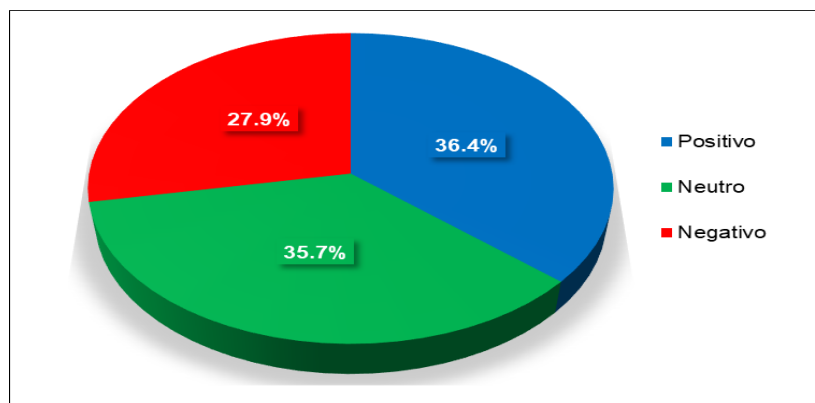
Figura 5.5. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (p.40)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.6, muestra que el 28.0% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) respecto a notificar los errores que quizás no dañen al paciente, y si le sumamos el porcentaje neutro del personal que a veces notifica los errores que quizás no dañen al paciente alcanza al 63.6%, es decir, que en general el personal no está concientizado sobre el registro de los eventos adversos.

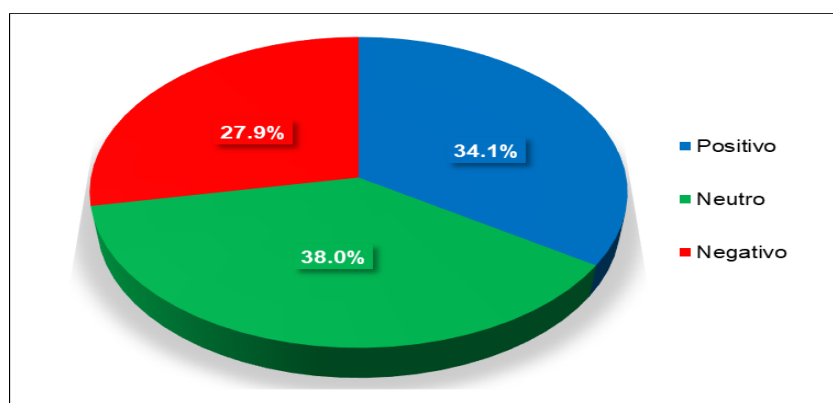
Figura 5.6. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (p.41)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.7, muestra que el 27.9% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) respecto a notificar los errores que quizás no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente, y si le sumamos el porcentaje neutro del personal que a veces notifica los errores alcanza al 65.9%, esto corroboraría, que el registro de los eventos adversos es un aspecto crítico.

Figura 5.7. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (p.42)

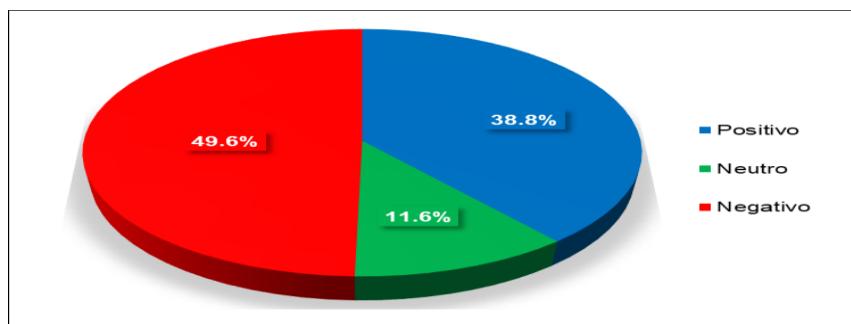


Elaboración: Autores de esta tesis.

2. Percepción de seguridad

En la figura 5.8, muestra que el 49.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (desacuerdo/muy en desacuerdo) respecto a que nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. No obstante, hay un 38.7% que está de acuerdo/muy de acuerdo que nunca se aumenta el ritmo de trabajo. Eso significa, que existe un riesgo en la atención sanitaria por el aumento de la carga laboral.

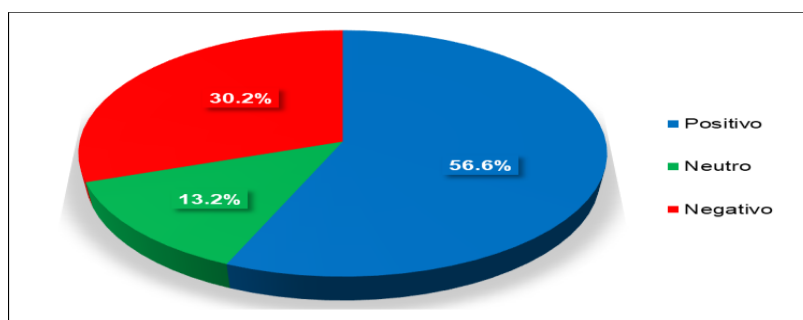
Figura 5.8. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (p.15)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.9, muestra que el 56.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a los procedimientos y medios de trabajo que son buenos para evitar errores en la asistencia. No obstante, hay un 30.2% que opinaron negativamente (en desacuerdo o muy en desacuerdo). Eso muestra, que la mayor parte del personal opina que los procedimientos de atención clínica serían los adecuados para evitar riesgos en la asistencia de salud.

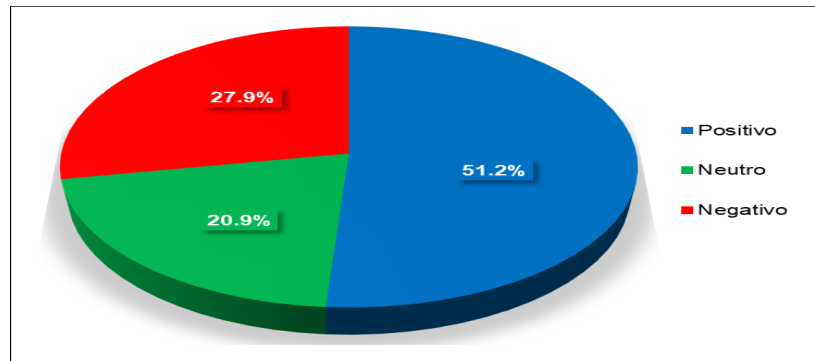
Figura 5.9. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (p.18)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.10, muestra que el 51.2% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a que no se producen más fallos por casualidad. Hay un 20.9% que se muestra indiferente (neutro) ante la pregunta. Y un 27.9% respondió negativamente (en desacuerdo o muy en desacuerdo). Eso significa, que la mayor parte del personal si sigue los procedimientos de las guías de atención clínica, evitando que ocurran errores por efecto del azar.

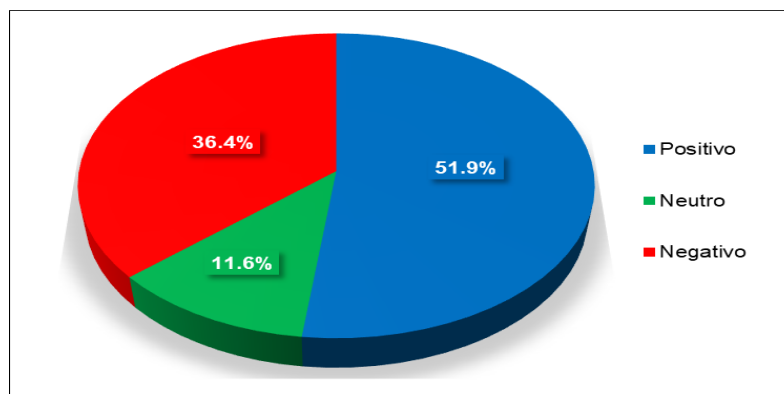
Figura 5.10. No se producen más fallos por casualidad (p.10)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.11, muestra que un 51.9% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a que en el Departamento de Emergencia hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”. Hay un 11.6% que se muestra indiferente (neutro) ante la pregunta; mientras que el 36.5% respondió negativamente (en desacuerdo o muy en desacuerdo) con esta afirmación. Por lo tanto, se puede inferir que no hay una cultura de seguridad del paciente instituida en el Departamento de Emergencia. Esto mostraría una oportunidad de mejora del servicio.

Figura 5.11. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente” (p.17)



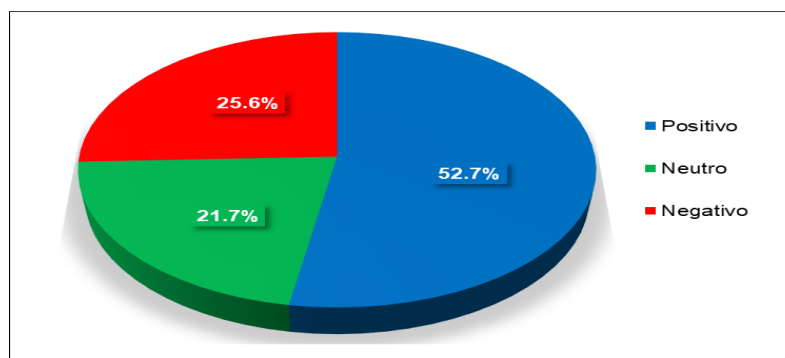
Elaboración: Autores de esta tesis.

B. Dimensiones de la Cultura de Seguridad a nivel de Unidad/Servicio

3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad

En la figura 5.12, muestra que el 52.7% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a que su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. El 21.7% se muestra indiferente (neutro) ante la pregunta, y 25.6% respondió negativamente (en desacuerdo o muy en desacuerdo). Eso significa, que la mayor parte del personal estaría realizando su labor de forma satisfactoria cuando se trata de evitar riesgos en la seguridad del paciente.

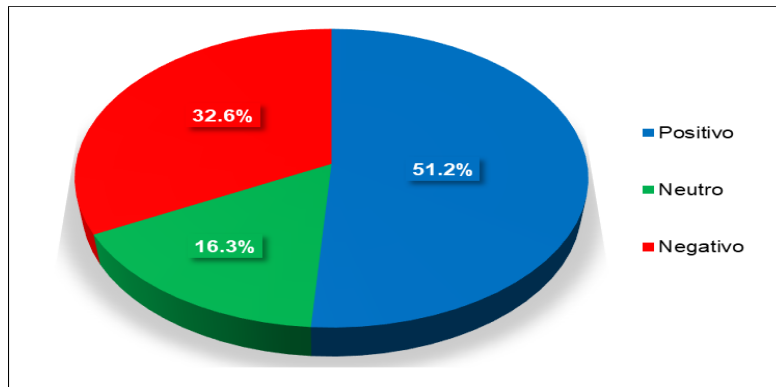
Figura 5.12. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (p.19)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.13, muestra que el 51.2% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que su superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. No obstante, hay un 32.6% que respondió negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta afirmación. Eso significa, que la mayor parte del personal sostiene que hay una buena comunicación con el jefe/superior y que está abierto a escuchar las sugerencias de ellos.

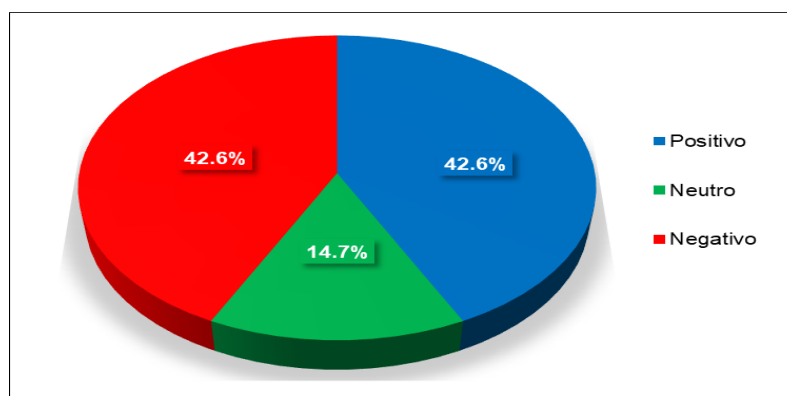
Figura 5.13. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (p.20)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.14, muestra que el 42.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) cuando aumenta la presión del trabajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. No obstante, hay un 42.6% que respondió positivamente (de acuerdo/muy en adecuado) con esta posición. Eso significa, que en el desarrollo de la atención sanitaria, en ocasiones se pone en riesgo la seguridad del paciente, por la carga o presión laboral, lo que podría originar algún incidente o evento adverso.

Figura 5.14. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (p.21)

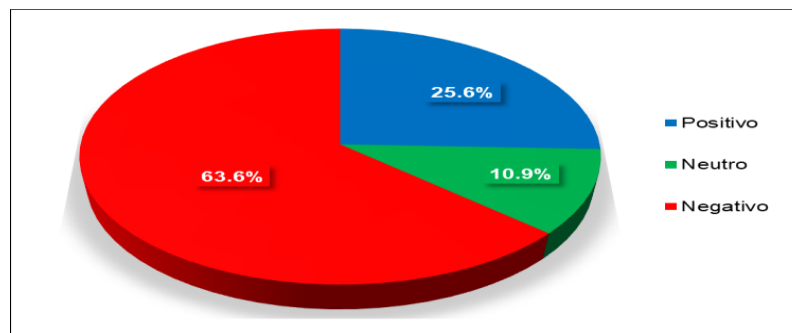


Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.15, muestra que el 63.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) que su superior/jefe pasa por

alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente. No obstante, hay un 25.6% que respondió positivamente que si sostiene que el superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente. Eso significa, que la mayor parte del personal sostiene que el jefe/superior toma las medidas correctivas necesarias para gestionar adecuadamente los problemas vinculados con la seguridad del paciente.

Figura 5.15. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (p.22)

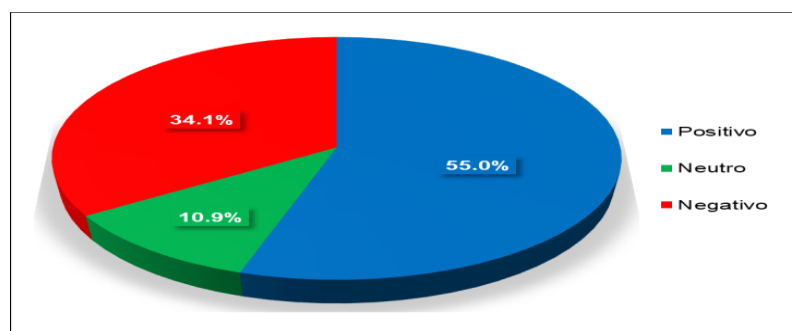


Elaboración: Autores de esta tesis.

4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

En la figura 5.16, muestra que el 55.0% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a que tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. No obstante, hay un 34.1% que respondieron negativamente (en desacuerdo/ muy en desacuerdo). Eso significa, que hay acciones que se realizan para mejorar la seguridad del paciente, sin embargo, no estaría todo el personal involucrado o tienen conocimiento de estas actividades, lo que exigiría una mejor gestión por parte del superior o jefe.

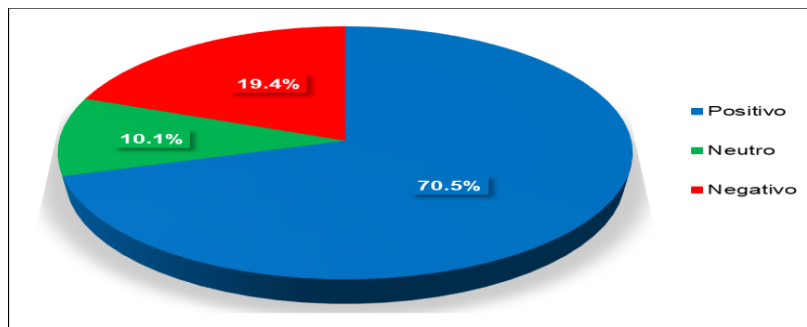
Figura 5.16. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (p.6)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.17, muestra que el 70.5% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. Eso significa, que en la mayor parte de incidentes o eventos adversos se realiza una evaluación de los hechos y se realizan las acciones correctivas necesarias para que no ocurra nuevamente.

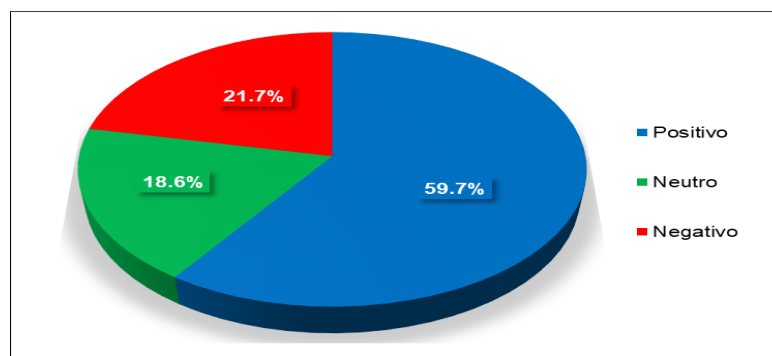
Figura 5.17. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (p.9)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.18, muestra que el 59.7% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con la evaluación de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente. No obstante, el 21.7% respondieron negativamente no está de acuerdo con esta afirmación. Eso significa, que la mayor parte del personal tiene la precaución de aplicar cambios que favorezcan la seguridad del paciente, haciendo un análisis y evaluación de la situación previamente.

Figura 5.18. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (p.13)

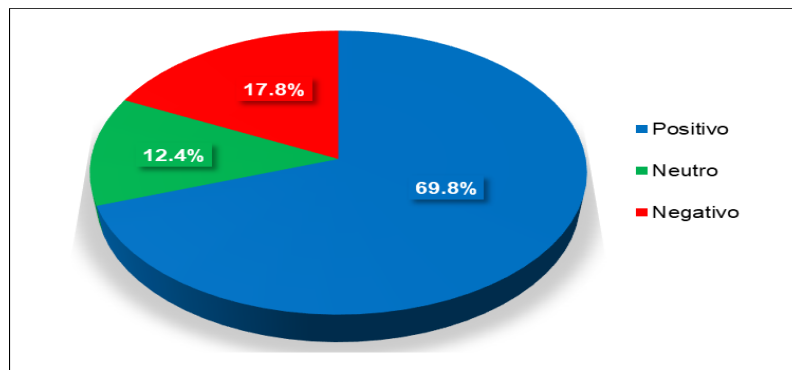


Elaboración: Autores de esta tesis.

5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio

En la figura 5.19, muestra que el 69.8% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con que el personal se apoya mutuamente. Eso significa, que la mayor parte del personal realiza sus actividades con trabajo en equipo y reciprocidad, para beneficio de ellos, y los pacientes.

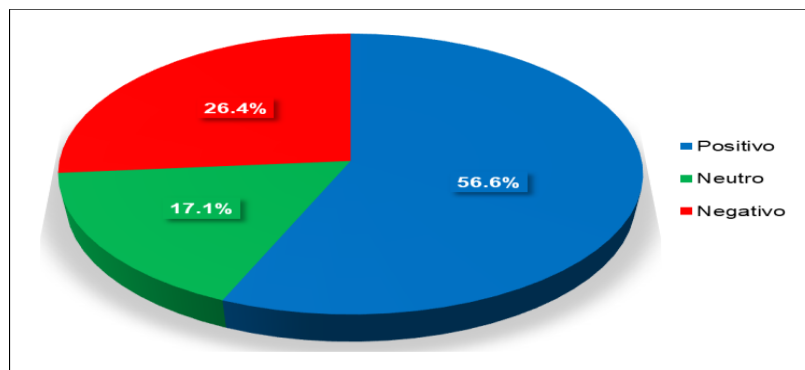
Figura 5.19. El personal se apoya mutuamente (p.1)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.20, muestra que el 56.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con la situación cuando hay mucho trabajo todos colaboran como un equipo para poder terminarlo. No obstante, hay un 26.4% que no está conforme con esta posición. Eso confirma, que la mayor parte del personal realiza sus actividades con trabajo en equipo y pensando en el bien común no solo de ellos sino sobre todo de los pacientes.

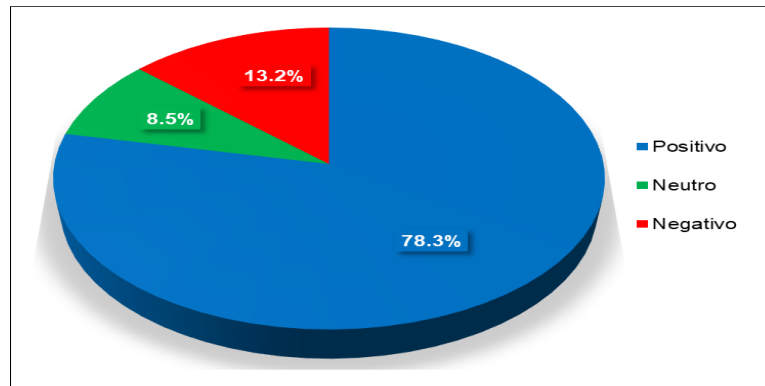
Figura 5.20. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (p.3)



Elaboración: Autores de esta tesis.

La figura 5.21, muestra que el 78.3% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con que en esta unidad todos se tratan con respeto. Solo un 13.2% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta situación. Eso significa, en general que hay un buen clima laboral y de convivencia. Esto evidenciaría una fortaleza del servicio.

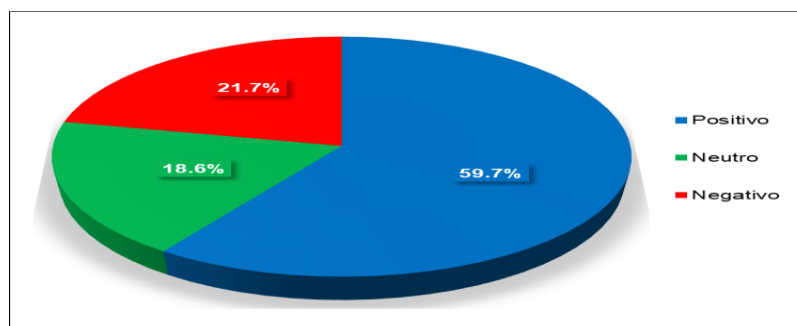
Figura 5.21. En esta unidad nos tratamos todos con respeto (p.4)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.22, muestra que el 59.7% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. No obstante, el 14.7% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta posición. Eso reafirma, que la mayor parte del personal trabaja en equipo y colabora mutuamente.

Figura 5.22. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (p.11)

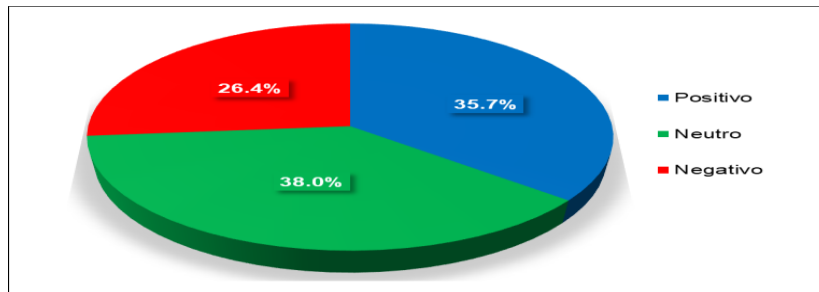


Elaboración: Autores de esta tesis.

6. Franqueza en la comunicación

En la figura 5.23, muestra que el 26.4% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) respecto a poder hablar con libertad cuando ven algo que afecte negativamente la atención del paciente, y si le sumamos el porcentaje del personal que a veces (neutro) se puede hablar con libertad alcanza al 64.4%, es decir, que la mayor parte del personal percibe una cierta restricción en la comunicación cuando ocurre eventos adversos.

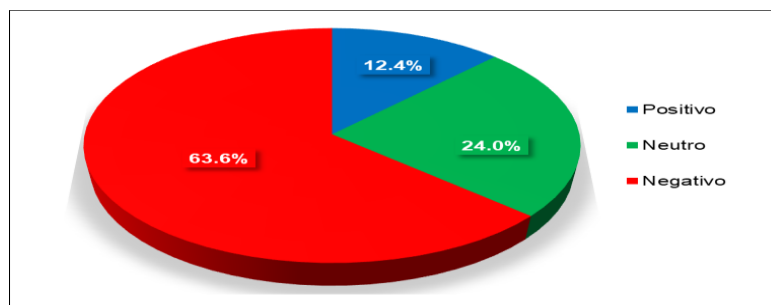
Figura 5.23. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (p.35)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.24, muestra que el 63.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) pueden cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, y si le sumamos el porcentaje del personal que a veces (neutro) se puede cuestionar con total libertad alcanza al 87.6%, es decir, que la mayor parte del personal percibe una cierta restricción en la comunicación cuando se piensa cuestionar las decisiones o acciones de los superiores. Esto mostraría una oportunidad de mejora.

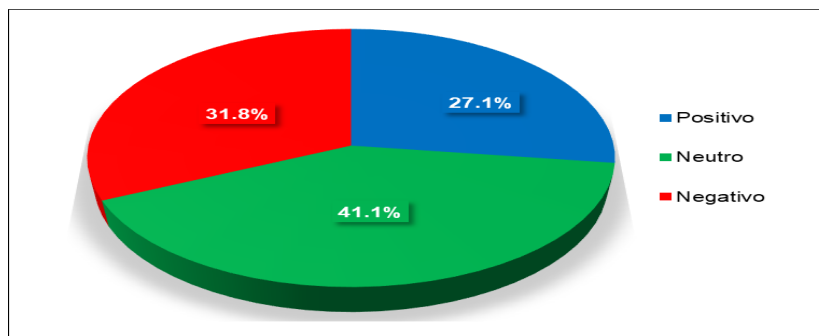
Figura 5.24. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (p.37)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.25, muestra que el 27.1% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (casi siempre/siempre) teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta, y si le sumamos el porcentaje del personal que a veces teme hacer preguntas alcanza al 68.2%, es decir, que la mayor parte del personal percibe que no hay la suficiente confianza para realizar preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

Figura 5.25. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (p.39)

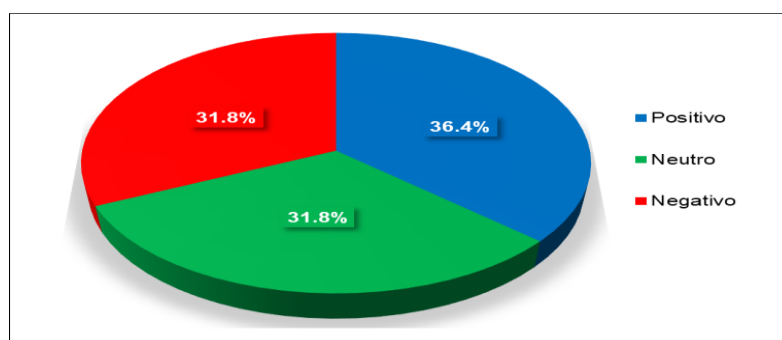


Elaboración: Autores de esta tesis.

7. Feed-back y comunicación sobre errores

En la figura 5.26, muestra que el 31.8% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) cuando notifican algún incidente, les informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, y si le sumamos el porcentaje del personal que a veces (neutro) le notifican algún incidente alcanza al 63.6%, es decir, que la mayor parte del personal percibe que no hay una comunicación horizontal y transparente en relación a las acciones tomadas por algún incidente notificado.

Figura 5.26. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (p.34)

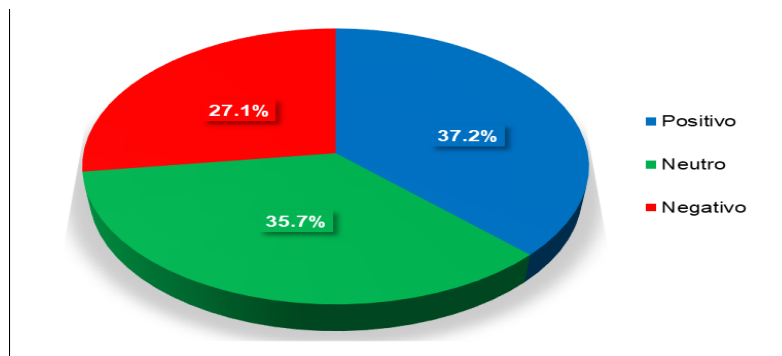


Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.27, muestra que el 27.1% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (casi nunca/nunca) se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad, y si le sumamos el porcentaje del personal que a veces (neutro) se les informa sobre los errores alcanza al 62.8%, es decir, que la mayor parte del personal percibe que no hay una comunicación horizontal y transparente en relación a errores o los eventos adversos ocurridos.

Figura 5.27. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad

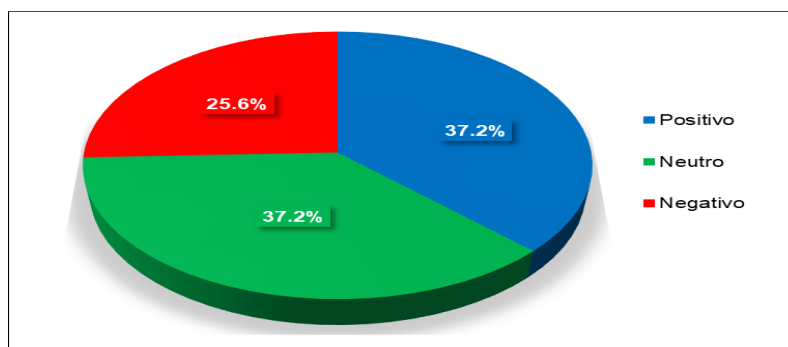
(p.36)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.28, muestra que el 37.2% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (casi siempre/siempre) respecto a discutir la manera como se puede evitar que un error vuelva a ocurrir; hay un 37.2% que a veces (neutro) realizan esta acción y un 25.8% que respondieron negativamente (casi nunca/nunca), es decir, que la mayor parte del personal si reflexiona sobre evitar los eventos adversos ocurridos; sin embargo, hay una parte del personal que falta tomar conciencia sobre este tipo de hechos.

Figura 5.28. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (p.38)

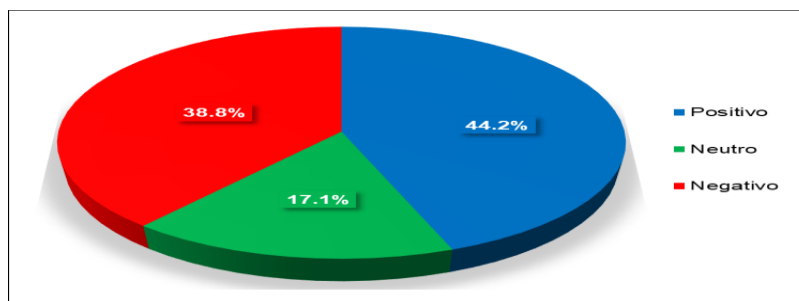


Elaboración: Autores de esta tesis.

8. Respuesta no punitiva a los errores

En la figura 5.29, muestra que un 44.2% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo), si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra; sin embargo, 38.8% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta afirmación. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que hay una cultura punitiva seguramente por la estructura organizativa castrense.

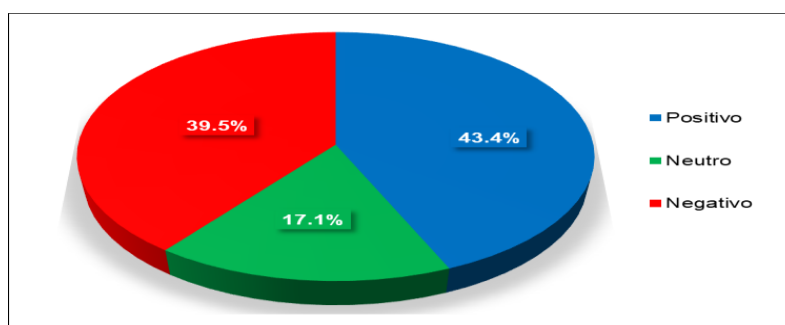
Figura 5.29. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (p.8)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.30, muestra que el 43.4% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con que cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”. Por el contrario, el 39.5% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta posición. Esto corroboraría, los resultados de la pregunta anterior, que hay una cultura punitiva en el establecimiento de salud policial.

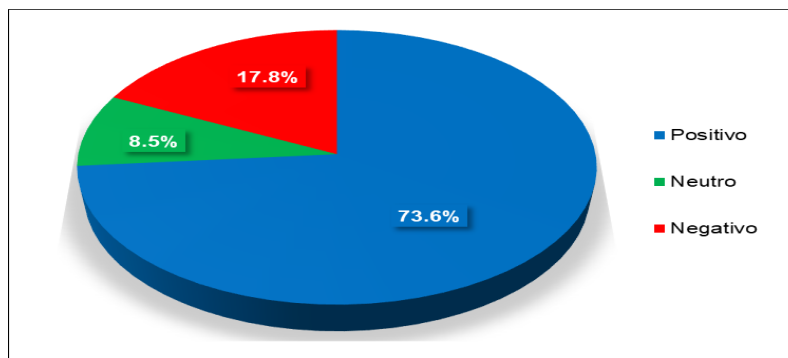
Figura 5.30. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (p.12)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.31, muestra que el 73.6% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente. Por el contrario, el 17.8% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta posición. Estos resultados ratifican los resultados anteriores, que en general hay una cultura punitiva en Departamento de Emergencia. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

Figura 5.31. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (p.16)

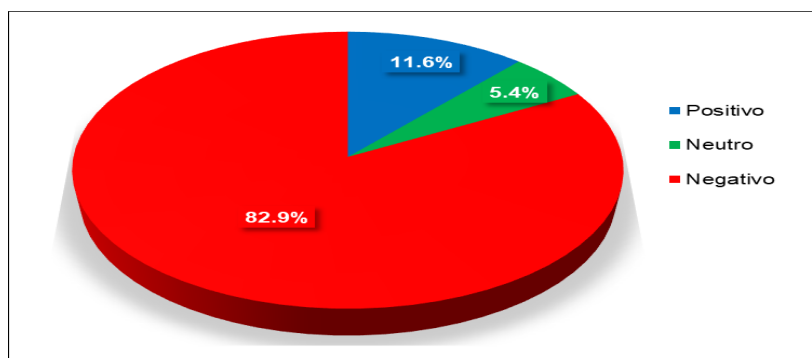


Elaboración: Autores de esta tesis.

9. Dotación de personal

En la figura 5.32, muestra que el 82.9% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. Solo un 11.6% respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con esta situación. Eso significa, en general que hay un déficit de personal asistencial. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

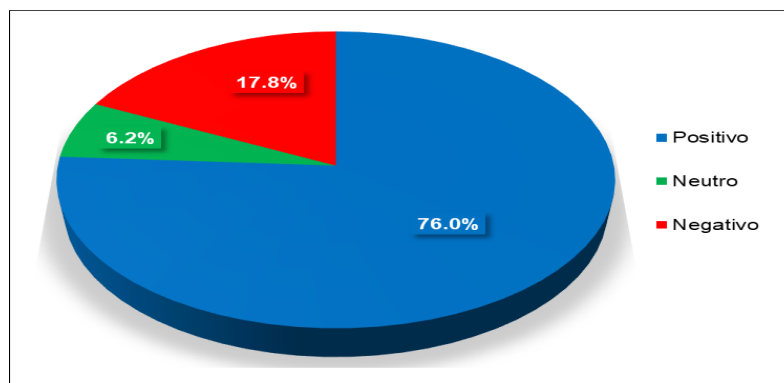
Figura 5.32. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (p.2)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.33, muestra que el 76.0% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. Solo un 17.8% señaló lo contrario. Eso significa, en general que hay un déficit de personal asistencial. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

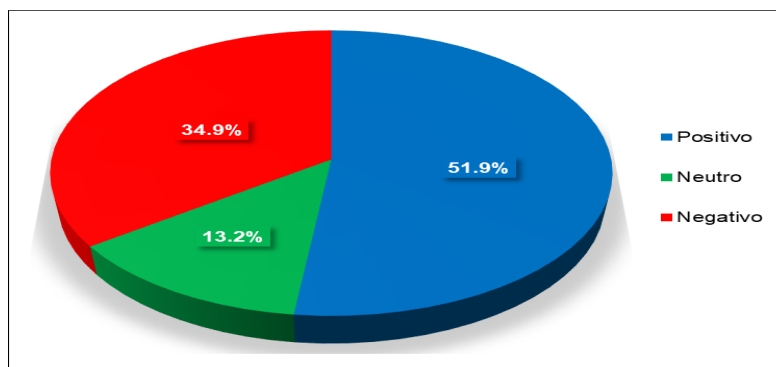
Figura 5.33. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (p.5)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.34, muestra que el 51.9% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. Sin embargo, un 34.9% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) en relación a esta pregunta. Eso significa, la mayor parte del personal percibe que hay un déficit de personal asistencial permanente y especializado. Esto muestra una oportunidad de mejora en el servicio.

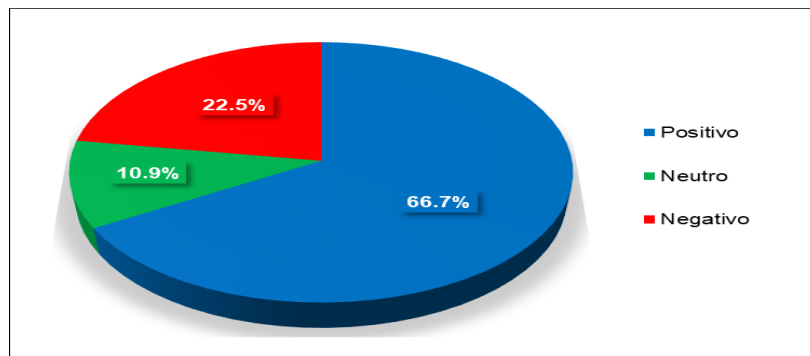
Figura 5.34. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (p.7)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.35, muestra que el 66.7% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. No obstante, el 22.5% señaló lo contrario. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que está expuesto a una gran carga emocional y que puede afectar su desempeño. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

Figura 5.35. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (p.14)

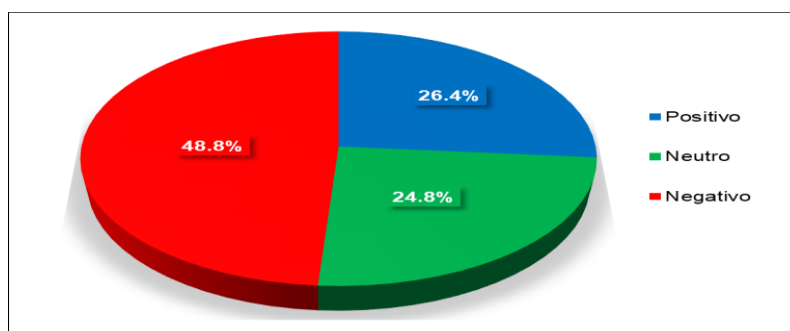


Elaboración: Autores de esta tesis.

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

En la figura 5.36, muestra que el 48.8% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) que la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. Por el contrario, 26.4% respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) en relación a esta interrogante. Eso significa, la falta de liderazgo de la dirección del hospital para fomentar la cultura de seguridad del paciente, que se reflejaría en las áreas asistenciales como emergencia.

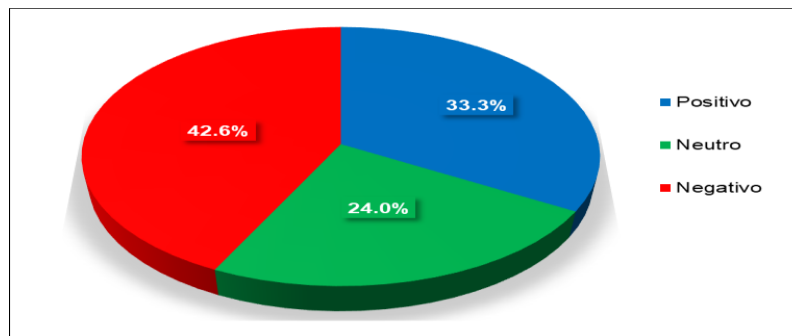
Figura 5.36. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (p.23)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.37, muestra que el 42.6% de los profesionales de la salud y apoyo están respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) que la gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. No obstante, el 33.3% señaló lo contrario. Eso significa, la falta de compromiso de la dirección del hospital, por instaurar una cultura de seguridad del paciente.

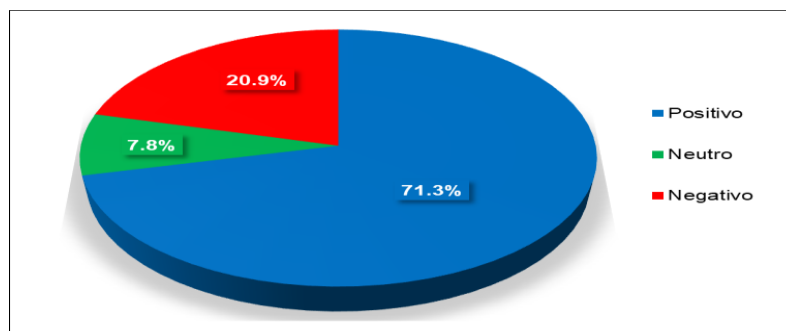
Figura 5.37. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (p.30)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.38, muestra que el 71.3% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que la gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. Un 20.9% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta situación. Eso significa, desde la dirección del hospital, solo existe medidas paliativas o atenuantes dado la ocurrencia de un evento adverso. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

Figura 5.38. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (p.31)



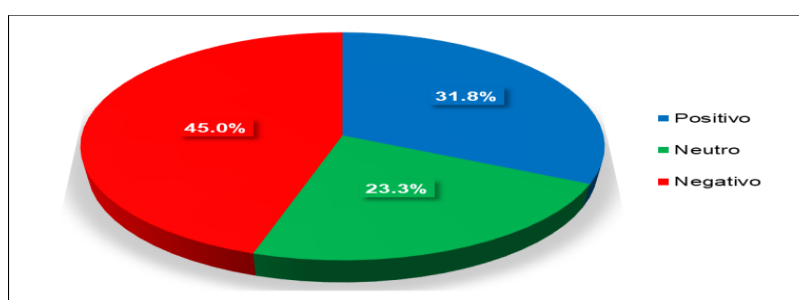
Elaboración: Autores de esta tesis.

C. Dimensiones de la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital

11. Trabajo en equipo entre unidades

En la figura 5.39, muestra que el 45.0% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) que hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente. No obstante, el 31.8% señaló lo contrario. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que no hay una comunicación eficaz entre áreas asistenciales, afectando la atención sanitaria.

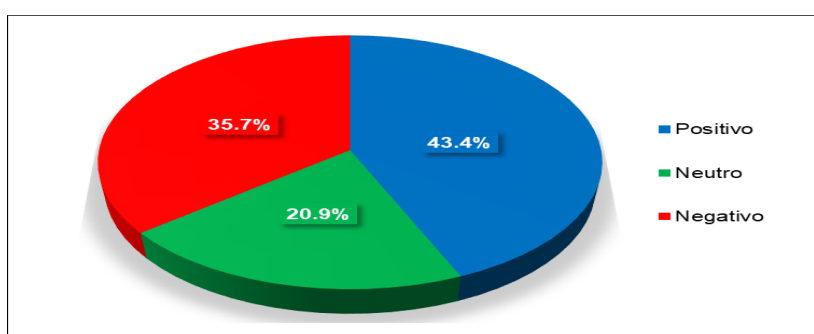
Figura 5.39. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (p.26)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.40, muestra que el 35.7% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) respecto a que los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes. Sumado, al porcentaje del personal que se muestra indiferente, alcanza 56.6%, corroborando el resultado de la pregunta anterior, que la comunicación o interrelación entre áreas asistenciales no es eficaz.

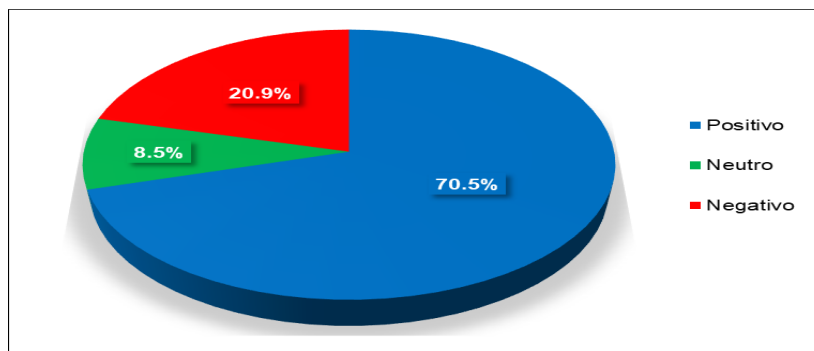
Figura 5.40. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes (p.32)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.41, muestra que el 70.5% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con que las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. El 21.0% respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) con esta posición. Corroborando, los resultados anteriores, que falta una comunicación efectiva entre áreas, afectando la atención de calidad en salud. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

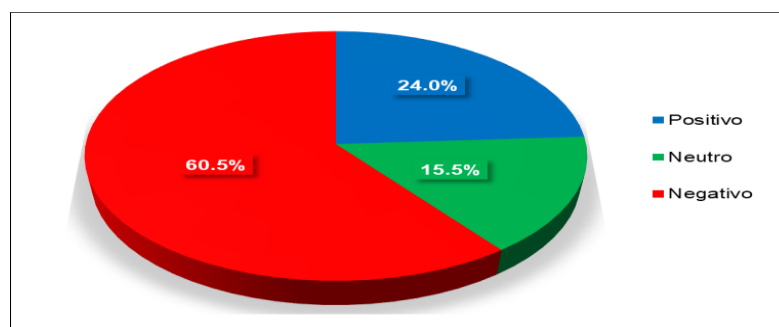
Figura 5.41. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (p.24)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.42, muestra que el 60.5% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) respecto a que suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades. Por el contrario, el 24.0% respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo), con la incomodidad de trabajar con personal de otras áreas. Eso significa, que la mayor parte del personal si está dispuesto al trabajo en equipo, a la cooperación entre áreas, y a establecer una comunicación efectiva con el personal asistencial de otras unidades asistenciales.

Figura 5.42. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (p.28)

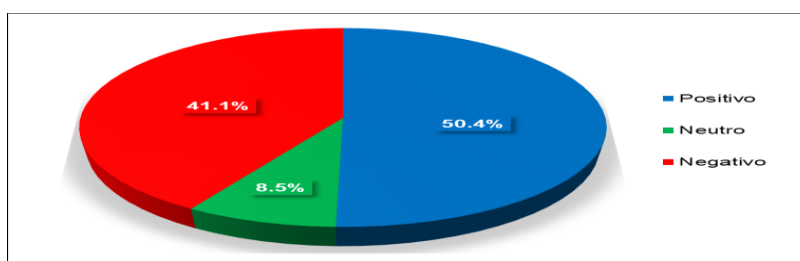


Elaboración: Autores de esta tesis.

12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

En la figura 5.43, muestra que el 50.4% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) respecto a que la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra. No obstante, el 41.1% señaló lo contrario. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe la falta de coordinación y comunicación efectiva entre áreas asistenciales, lo que da pie a establecer protocolos de comunicación. Esto mostraría una oportunidad de mejora en el servicio.

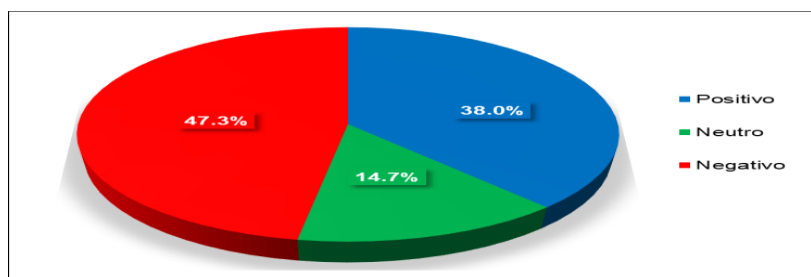
Figura 5.43. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra (p.25)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.44, muestra que el 47.3% de los profesionales de la salud respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) respecto a que en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. El 38.0% respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) que si se pierde información importante del paciente en los cambios de turnos. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que la gestión de la información en los cambios de turno es aceptable pero no óptima, se debe establecer estrategias que mejoren los canales de comunicación, de esta manera motive al personal y mejore su desempeño.

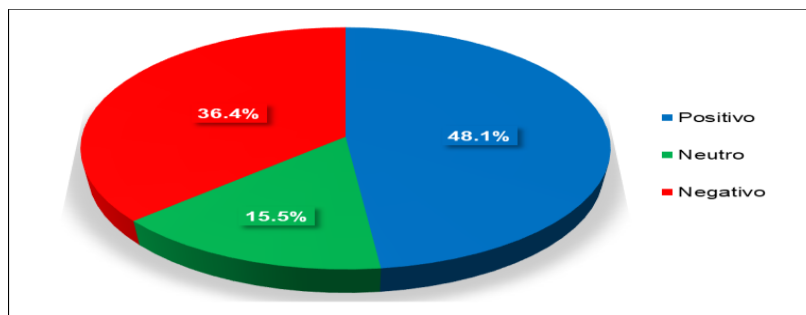
Figura 5.44. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (p.27)



Elaboración: Autores de esta tesis.

La figura 5.45, muestra que el 48.1% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con que el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. Por el contrario, el 36.4% se mostró en desacuerdo con esta posición. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que no hay una cooperación efectiva entre áreas respecto al intercambio de información, se debe mejorar los canales de comunicación y la interacción activa entre áreas.

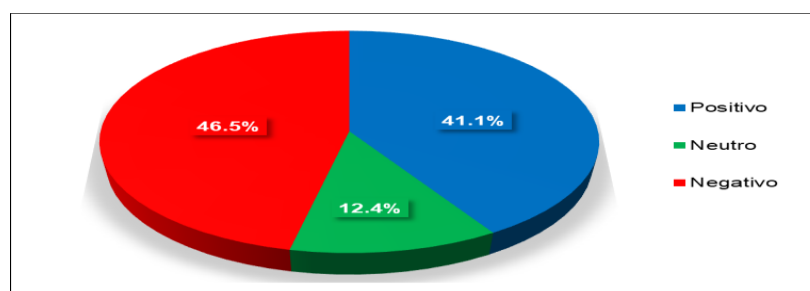
Figura 5.45. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (p.29)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.46, muestra que el 46.5% de los profesionales de la salud y apoyo respondieron negativamente (en desacuerdo/muy en desacuerdo) respecto a que surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno. Sin embargo, el 41.1% respondieron positivamente (de acuerdo/muy de acuerdo) con los problemas que surgen en la atención de los pacientes por los cambios de turno. Eso significa, que la mayor parte del personal percibe que no hay problemas en los cambios de turno, no obstante, hay otro porcentaje del personal algo similar que señala lo contrario, por lo tanto, es necesario implementar medidas correctivas para mejorar esta situación.

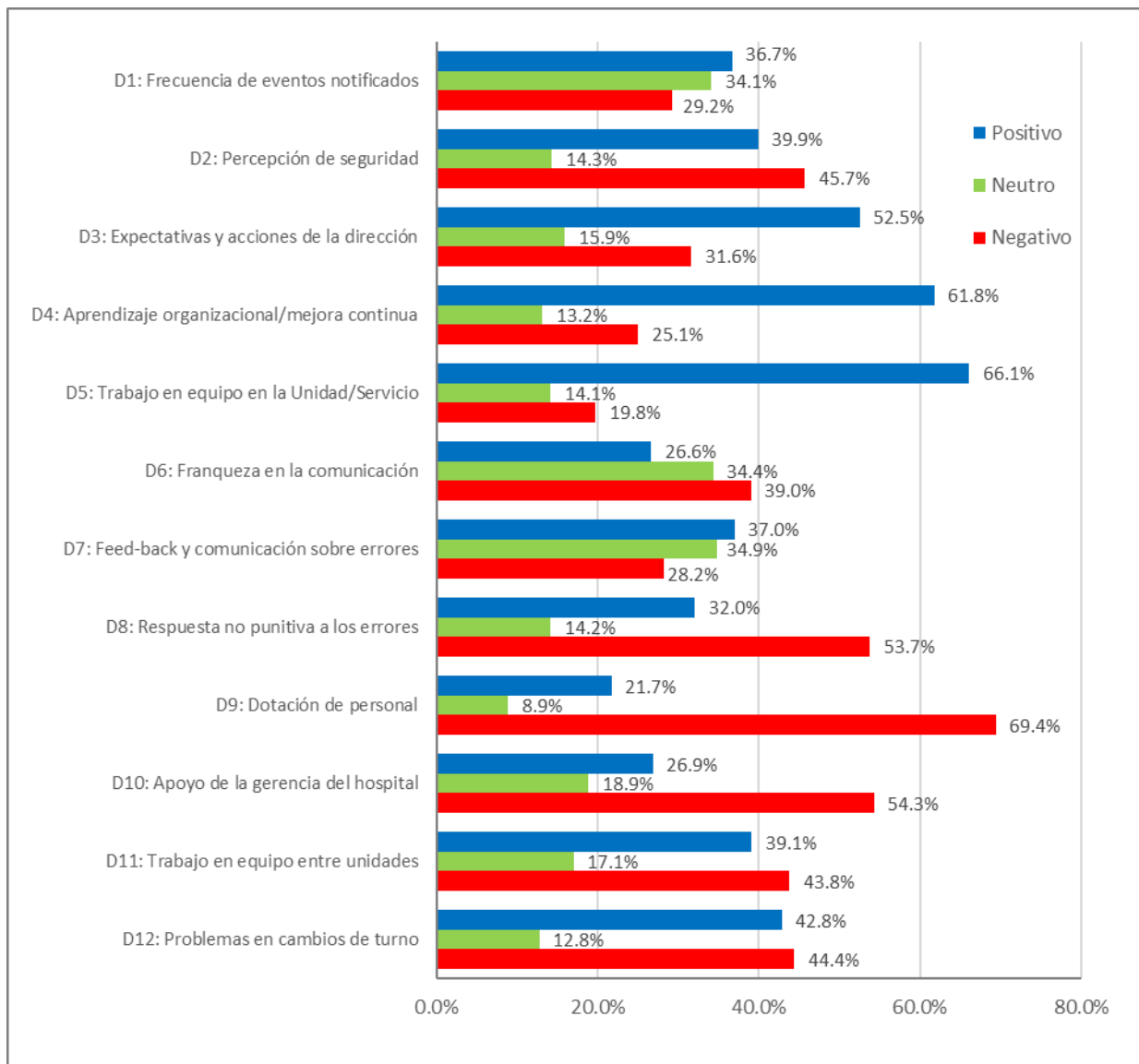
Figura 5.46. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (p.33)



Elaboración: Autores de esta tesis.

En síntesis, luego de la evaluación a nivel de preguntas o ítems del cuestionario de seguridad del paciente, siguiendo los criterios de clasificación se ha identificado solo como fortaleza el respeto que hay en el trato del personal. Respecto a las oportunidades de mejora se han identificado: los problemas relacionados con la “seguridad del paciente”, la restricción en la comunicación cuando se piensa cuestionar las decisiones o acciones de los superiores, la cultura punitiva por cometer un error en la atención en salud, el déficit de personal asistencial (permanente y especializado), el trabajo bajo presión por el exceso de actividades, la falta de liderazgo de la dirección del hospital para gestionar de forma eficiente la seguridad del paciente y la falta de comunicación efectiva entre áreas asistenciales.

Figura 5.47. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente



Elaboración: Autores de esta tesis.

En la figura 5.47, siguiendo los criterios de clasificación muestra que ninguna dimensión se comporta como fortaleza (mayor o igual al 75%), según el porcentaje de respuestas positivas, por el contrario, si se identificaron tres dimensiones como debilidades u oportunidades de mejora (mayor o igual al 50%), según el porcentaje de respuestas negativas: Dimensión 8: repuesta no punitiva a los errores con un 53.7% de respuestas negativas, Dimensión 9: dotación de personal con 69.4% de respuestas negativas, y Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital con un 54.3% de respuestas negativas. Esto corroboraría los resultados que se han obtenido a nivel de preguntas o ítems, como aspectos que deben atenderse para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia, como son: la cultura punitiva por cometer un error en la atención en salud, el déficit de personal asistencial (permanente y especializado), y la falta de liderazgo de la dirección del hospital para gestionar de forma eficiente la seguridad del paciente.

D. Calificación del Clima de Seguridad

Según la tabla 5.8, se observa que el grado de calificación global promedio del clima de seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” es 6.29, siendo la calificación más frecuente la 5 (23.3%), seguido de la calificación 6 (18.6%). Y la calificación menos frecuente fue la 1 (0.8%) y la 3 (1.6%). Esto significa, que el clima de seguridad del paciente es bueno, pero no óptima o mejorable, tal como lo señala el estudio de Mella (2020)³ (en un rango de calificación del 0 al 10), lo que conlleva a implementar medidas correctivas a fin de reducir los riesgos en la atención sanitaria.

Tabla 5.8. Calificación del Clima de Seguridad (p.43)

Calificación*	N	%
0	3	2.3%
1	1	0.8%
2	3	2.3%
3	2	1.6%
4	5	3.9%
5	30	23.3%
6	24	18.6%
7	23	17.8%
8	22	17.1%
9	12	9.3%
10	4	3.1%
Total	129	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis / (*) Promedio Calificación = 6.29

³ Mella et al. (2020) calificó de buena valores entre 6 y 8 para la calificación de clima de la seguridad del paciente.

E. Eventos adversos notificados

Según la tabla 5.9, se observa que del total de entrevistados, la mayoría (83.7%) señaló que no ha reportado o notificado algún incidente o evento adverso en el departamento de emergencia en el último año. Solo un 8.5% manifestó que había reportado un evento adverso en el último año, 3.1% reportó tres eventos adversos y 2.3% señaló que notificó dos eventos adversos. Además, solo un entrevistado, reportó 10 eventos adversos; otro entrevistado 12 eventos adversos, y por último otro entrevistado hasta 42 eventos adversos. Estos resultados, corroborarían, la óptica cualitativa, donde no se han reportado eventos adversos en el último año, y la causa principal sería la respuesta punitiva o el temor a quedar registrado el error en su expediente.

Tabla 5.9. Eventos adversos notificados en el último año (p.48)

Evento adverso	N	%
Ninguno	108	83.7%
1	11	8.5%
2	3	2.3%
3	4	3.1%
10	1	0.8%
12	1	0.8%
42	1	0.8%
Total	129	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

5.2.2. Estadística de los eventos adversos en el Departamento de Emergencia

Según información oficial del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, no hay reportes de eventos adversos, no es porque no exista eventos adversos sino porque no se registra, no se identifica, y la razón principal es la respuesta punitiva o sanción que podría recibir el personal que cometió el error, lo que coadyuvaría a que el personal médico, personal de enfermería y técnico no este concientizado sobre reconocer cuales son los eventos adversos.

5.2.3. Principales indicadores del Departamento de Emergencia

Según se observa en la tabla 5.10, el número de atenciones en el Departamento de Emergencia ha tenido un comportamiento creciente, siendo el mes de abril donde se reportó el menor número de atenciones (3059) y el mes de diciembre donde se reportó la mayor cifra (4680). El % de reingresos dentro de las 48 horas, ha variado durante el 2021, entre 4.56%

(marzo) a 5.78% (mayo), superando en todos los casos el umbral estándar de <1%. Asimismo, presentó la mayor tasa de mortalidad en el mes de febrero con 4.28%, y la menor tasa de mortalidad en el mes de julio 0.98%. El % hospitalizados tuvo un comportamiento decreciente con un pico en el mes de febrero (12.42%), y un descenso notorio en los últimos meses del año, noviembre (1.80%) y diciembre (3.71%). Además, se presentaron del total atenciones, un porcentaje de pacientes sin diagnóstico o no egresados, observando la mayor cifra porcentual en el mes de febrero 27.25% y la menor cifra en el mes de diciembre 12.99%.

Tabla 5.10. Indicadores del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” 2021

Indicador	Año 2021											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Total de atenciones	4205	2682	3393	3059	3404	3629	3983	3899	4367	4463	4322	4680
% Reingresos dentro de las 48 horas	5.27%	4.77%	4.56%	5.16%	5.78%	5.56%	4.78%	4.71%	4.44%	4.27%	4.25%	4.70%
Tasa bruta de mortalidad	1.60%	4.28%	3.59%	2.90%	1.46%	1.01%	0.98%	1.17%	1.00%	1.16%	1.06%	1.21%
Tasa neta de mortalidad	0.57%	0.78%	1.50%	1.27%	0.23%	0.35%	0.52%	0.35%	0.38%	0.42%	0.34%	0.57%
% Hospitalizados	6.27%	12.42%	11.97%	9.51%	7.90%	6.36%	4.59%	4.77%	4.19%	4.10%	1.80%	3.71%
% No se presentó	0.61%	0.29%	0.94%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% Historias sin egreso	-	-	-	-	1.65%	-	17.39%	-	-	13.21%	-	-
% Sin diagnóstico / No egresadas	-	27.25%	21.16%	20.66%	-	17.22%	-	21.28%	14.22%	-	13.92%	12.99%

Fuente: Oficina Telemática HN.LNS.PNP (Policía Nacional del Perú, 2021c).

Elaboración: Autores de esta tesis.

Según la tabla 5.11, que presenta el primer semestre de las atenciones por prioridad (ene-jun 2021), la mayor parte de pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia, son de prioridad III, es decir que presentaron una urgencia menor, y sin riesgo de muerte, con porcentajes que oscilaron entre 93.9% (abril) y 96.6% (junio), en segundo orden se presentaron pacientes con prioridad II, es decir que presentaron una urgencia mayor, con un cuadro súbito y riesgo de muerte, con porcentajes que oscilaron entre 3.2% (junio) y 5.9% (abril), y tercer orden los pacientes con prioridad I, es decir que presentaron emergencia, con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo de muerte y atención inmediata en sala de shock trauma, y con cifras que variaron entre 1 y 7 pacientes.

Tabla 5.11. Atenciones por prioridad del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre I – 2021

Prioridad	Año 2021											
	Ene		Feb		Mar		Abr		May		Jun	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prioridad I	1	0.0%	3	0.1%	5	0.1%	4	0.1%	1	0.0%	7	0.2%
Prioridad II	161	3.8%	126	4.7%	128	3.8%	182	5.9%	109	3.2%	115	3.2%
Prioridad III	4043	96.1%	2545	94.9%	3260	96.1%	2873	93.9%	3294	96.8%	3507	96.6%
Prioridad IV	0	0.0%	8	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	4205	100.0%	2682	100.0%	3393	100.0%	3059	100.0%	3404	100.0%	3629	100.0%

Fuente: Oficina Telemática HN.LNS.PNP (Policía Nacional del Perú, 2021c).

Elaboración: Autores de esta tesis.

En la tabla 5.12, se presenta el segundo semestre de las atenciones por prioridad (jul-dic 2021), donde las cifras tienen el mismo comportamiento del primer semestre 2021, es decir se presentaron mayor frecuencia de atenciones de prioridad III, con porcentajes que oscilaron entre 71.4% (noviembre) y 98.3% (julio), en segundo orden se presentaron pacientes con prioridad II, con porcentajes que oscilaron entre 1.5% (julio, agosto) y 28.0% (noviembre), y tercer orden los pacientes con prioridad I, con cifras que variaron entre 11 y 39 pacientes. En general, durante el año 2021, el 88.9% fueron pacientes de prioridad I, 10.7% pacientes de prioridad II, 0.3% pacientes de prioridad III y 0.02% pacientes de prioridad IV.

Tabla 5.12. Atenciones por prioridad del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre II – 2021

Prioridad	2021													
	Jul		Ago		Set		Oct		Nov		Dic		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prioridad I	11	0.3%	12	0.3%	21	0.5%	24	0.5%	27	0.6%	39	0.8%	155	0.3%
Prioridad II	58	1.5%	57	1.5%	484	11.1%	1060	23.8%	1211	28.0%	1253	26.8%	4944	10.7%
Prioridad III	3914	98.3%	3830	98.2%	3862	88.4%	3379	75.7%	3084	71.4%	3388	72.4%	40979	88.9%
Prioridad IV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	0.02%
Total	3983	100.0%	3899	100.0%	4367	100.0%	4463	100.0%	4322	100.0%	4680	100.0%	46086	100.0%

Fuente: Oficina Telemática HN.LNS.PNP (Policía Nacional del Perú, 2021c).

Elaboración: Autores de esta tesis.

En la tabla 5.13, se observa que en el mes de enero, el diagnóstico más frecuente fue COVID-19 virus no identificado (5.6%), seguido de COVID-19 virus identificado (5.0%) y dolor no especificado (4.9%), en el mes de febrero, el diagnóstico más frecuente fue COVID-19 virus no identificado (11.4%), seguido de la supervisión del embarazo normal (8.4%) e insuficiencia respiratoria aguda (4.8%). En el mes de marzo, el diagnóstico más frecuente fue

COVID-19 virus identificado (9.8%), seguido del dolor no especificado (5.9%). En el mes de abril, también el diagnóstico más frecuente fue COVID-19 virus identificado (6.2%), seguido de infección de vías urinarias, sitio no especificado (4.1%). En el mes de mayo, el diagnóstico más frecuente fue dolor no especificado (4.3%), seguido de otros dolores abdominales y los no especificados (3.6%), y en el mes de junio, el diagnóstico más frecuente fue otros dolores abdominales y los no especificados (4.3%), seguido de dolor no especificado (3.1%).

Tabla 5.13. Perfil epidemiológico del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre I – 2021

Diagnóstico	2021											
	Ene	%	Feb	%	Mar	%	Abr	%	May	%	Jun	%
COVID-19 virus identificado	209	5.0%	93	3.5%	332	9.8%	191	6.2%	111	3.3%	-	-
Dolor, no especificado	205	4.9%	118	4.4%	200	5.9%	80	2.6%	146	4.3%	112	3.1%
Supervisión de embarazo normal, no especificado	102	2.4%	224	8.4%	123	3.6%	72	2.4%	-	-	-	-
Insuficiencia respiratoria aguda	-	-	129	4.8%	122	3.6%	65	2.1%	-	-	-	-
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	178	4.2%	122	4.5%	121	3.6%	125	4.1%	105	3.1%	101	2.8%
Neumonía, no especificada	123	2.9%	69	2.6%	118	3.5%	93	3.0%	-	-	-	-
Otros dolores abdominales y los no especificados	160	3.8%	91	3.4%	115	3.4%	98	3.2%	122	3.6%	155	4.3%
COVID-19 virus no identificado	234	5.6%	306	11.4%	81	2.4%	66	2.2%	45	1.3%	-	-
Diarrea y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso	-	-	81	3.0%	81	2.4%	75	2.5%	-	-	73	2.0%
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	145	3.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lumbago, no especificado	82	2.0%	64	2.4%	73	2.2%	68	2.2%	86	2.5%	89	2.5%
Pulpitis	-	-	-	-	-	-	-	-	108	3.2%	101	2.8%
Hipertensión esencial (primaria)	-	-	-	-	-	-	-	-	72	2.1%	87	2.4%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	-	-	-	-	-	-	-	-	71	2.1%	77	2.1%
Fiebre, no especificada	-	-	-	-	-	-	-	-	56	1.6%	-	-
Otras consultas especificadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	2.1%
Faringitis aguda, no especificada	83	2.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	68	1.9%
Esguinces y torceduras del tobillo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Náuseas y vómitos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trastorno del sistema urinario, no especificado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros diagnósticos	2684	63.8%	1385	51.6%	2027	59.7%	2126	69.5%	2482	72.9%	2688	74.1%
Total	4205	100.0%	2682	100.0%	3393	100.0%	3059	100.0%	3404	100.0%	3629	100.0%

Fuente: Oficina Telemática HN.LNS.PNP (Policía Nacional del Perú, 2021c).

Elaboración: Autores de esta tesis.

En la tabla 5.14, se observa que en el mes de julio, el diagnóstico más frecuente fue dolor no especificado (4.8%), seguido de otros dolores abdominales y los no especificados (4.7%) e Infección de vías urinarias, sitio no especificado (4.6%), en el mes de agosto, el diagnóstico más frecuente fue infección de vías urinarias, sitio no especificado (4.9%), seguido

del dolor no especificado (4.7%) y otros dolores abdominales y los no especificados (4.5%). En el mes de setiembre, el diagnóstico más frecuente fue otros dolores abdominales y los no especificados (6.0%), seguido de la infección de vías urinarias, sitio no especificado (4.7%). En el mes de octubre, también el diagnóstico más frecuente fue otros dolores abdominales y los no especificados (5.2%), seguido de infección de vías urinarias, sitio no especificado (4.3%). En el mes de noviembre, el diagnóstico más frecuente fue infección de vías urinarias, sitio no especificado (5.5%), seguido de otros dolores abdominales y los no especificados (5.1%), y en el mes diciembre, el diagnóstico más frecuente fue infección de vías urinarias, sitio no especificado (5.7%), seguido de dolor no especificado (4.9%).

Tabla 5.14. Perfil epidemiológico del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” Semestre II – 2021

Diagnóstico	2021												Total	%
	Jul	%	Ago	%	Set	%	Oct	%	Nov	%	Dic	%		
COVID-19 virus identificado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	936	2.0%
Dolor, no especificado	191	4.8%	184	4.7%	189	4.3%	118	2.6%	188	4.3%	231	4.9%	1962	4.3%
Supervisión de embarazo normal, no especificado	-	-	69	1.8%	-	-	-	-	-	-	-	-	518	1.1%
Insuficiencia respiratoria aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316	0.7%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	182	4.6%	192	4.9%	206	4.7%	192	4.3%	239	5.5%	267	5.7%	1929	4.2%
Neumonía, no especificada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	403	0.9%
Otros dolores abdominales y los no especificados	187	4.7%	177	4.5%	260	6.0%	230	5.2%	220	5.1%	215	4.6%	2030	4.4%
COVID-19 virus no identificado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	732	1.6%
Diarrea y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso	97	2.4%	146	3.7%	121	2.8%	142	3.2%	131	3.0%	120	2.6%	994	2.2%
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	145	0.3%
Lumbago, no especificado	127	3.2%	111	2.8%	109	2.5%	126	2.8%	84	1.9%	102	2.2%	1032	2.3%
Pulpitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	209	0.5%
Hipertensión esencial (primaria)	120	3.0%	118	3.0%	141	3.2%	118	2.6%	112	2.6%	120	2.6%	888	1.9%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	115	2.9%	108	2.8%	131	3.0%	185	4.1%	211	4.9%	189	4.0%	1087	2.4%
Fiebre, no especificada	-	-	-	-	-	-	65	1.5%	74	1.7%	143	3.1%	338	0.7%
Otras consultas especificadas	74	1.9%	-	-	90	2.1%	131	2.9%	-	-	-	-	373	0.8%
Faringitis aguda, no especificada	92	2.3%	86	2.2%	81	1.9%	139	3.1%	105	2.4%	162	3.5%	816	1.8%
Esguinces y torceduras del tobillo	74	1.9%	82	2.1%	-	-	98	2.2%	93	2.2%	103	2.2%	450	1.0%
Náuseas y vómitos	-	-	-	-	83	1.9%	67	1.5%	-	-	-	-	150	0.3%
Trastorno del sistema urinario, no especificado	-	-	-	-	-	-	56	1.3%	-	-	-	-	56	0.1%
Otros diagnósticos	2724	68.4%	2626	67.4%	2956	67.7%	2796	62.6%	2865	66.3%	3028	64.7%	30387	66.4%
Total	3983	100.0%	3899	100.0%	4367	100.0%	4463	100.0%	4322	100.0%	4680	100.0%	45751	100.0%

Fuente: Oficina Telemática HN.LNS.PNP (Policía Nacional del Perú, 2021c).
Elaboración: Autores de esta tesis.

En general, durante el año 2021, el 4.4% fueron pacientes con diagnóstico de otros dolores abdominales y no especificados, 4.3% pacientes con dolor no especificado, 4.2% pacientes con infección de vías urinarias, sitio no especificado y 2.4% pacientes de rinofaringitis aguda (resfriado común).

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE MEJORA (APLICACIÓN)

6.1. Introducción

Hace más de dos décadas comienza el interés por el tema de la seguridad del paciente, en el informe del American Institute of Medicine, siendo un documento que concientizó a las autoridades sanitarias y captó la atención del público, de los proveedores de la atención sanitaria y las autoridades políticas, en relación a los errores en los procedimientos de atención de los pacientes, denominándose como incidentes, y cuando estos ocasionan algún daño son llamados eventos adversos (EA), que pueden ser graves y ocasionar hasta incluso la muerte (eventos centinelas).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente, se define como la ausencia de riesgo o daño en potencia vinculado con la atención sanitaria, y que se sustenta en un grupo de procesos, elementos, instrumentos y metodologías en base a hechos científicos comprobados con la finalidad de reducir el riesgo de sufrir algún evento adverso en el proceso de atención o reducir sus consecuencias (OMS, 2019a). En ese sentido, las atenciones médicas están sujetas a diversos riesgos (eventos adversos), y para evitarlos deben implementarse barreras de seguridad más aun en el servicio de emergencia, siendo un área muy sensible y de alta demanda de pacientes.

De acuerdo, a la segunda Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, señala que se debe asegurar el acceso a los servicios de salud de forma integral con calidad y oportunidad para la población, en ese sentido se han diseñado varias estrategias, siendo una de ellas el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, este debe responder a la necesidades de salud de los individuos, familia y comunidad, y que debe asegurar la atención en salud, de forma integral, continua y longitudinal a lo largo de la vida de los pacientes y familias, haciendo énfasis en la atención de las prioridades de salud del país. A su vez, otras de las estrategias es desarrollar las competencias de formación y de trabajo en equipos de los profesionales de salud (Ministerio de Salud, 2020).

Asimismo, la octava Política Nacional de Calidad en Salud, señala que los establecimientos de salud deben asumir la responsabilidad bajo su administración e implementar mecanismos para la gestión de riesgos para el proceso de atención en salud, por ello su importancia de implementarlos, a través de mecanismos de información sobre la

ocurrencia de eventos adversos, y planes de seguridad para mitigar los riesgos de atención en salud (Ministerio de Salud, 2009). Y según, el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008, los hospitales deben analizar la situación de la ocurrencia de eventos adversos y formular propuestas de mejora, de esta manera implementar buenas prácticas para la seguridad del paciente (Ministerios de Salud, 2007b).

En ese sentido, la presente propuesta de mejora tiene como finalidad reducir la ocurrencia de los eventos adversos y establecer las bases para una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” que coadyuve a las buenas prácticas para la seguridad del paciente, con una atención de calidad y que alcance la satisfacción del paciente.

6.2. Identificación de la oportunidad de mejora

Según la óptica cualitativa, se ha evidenciado varios problemas en el Departamento de Emergencia relacionados a la seguridad del paciente, y se destaca principalmente la falta de registro de los eventos adversos ocurridos en el servicio, a pesar que existe un comité de seguridad, sin embargo, el personal médico, personal de enfermería y técnico no está concientizado sobre reconocer cuales son los eventos adversos. No es porque no exista eventos adversos sino porque no se registra, no se reporta, no se identifica, y la razón principal es la respuesta punitiva o sanción que podría recibir el personal que cometió el error. Asimismo, se advierte deficiente comunicación entre los profesionales asistenciales (médicos y no médicos), esto incluye también al personal administrativo. Otros problemas observados, son los vinculados a la falta de personal que no sería suficiente para atender la alta demanda de pacientes, siendo muchos de ellos pacientes que no ameritan una atención de emergencia, esto generaría hacinamiento de pacientes y desorden, y en consecuencia una atención no adecuada. A esta situación, se sumaría la falta de una infraestructura adecuada.

Desde la óptica cuantitativa, hasta el 60.5% de los profesionales de salud no registran los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, hasta el 63.6% del personal asistencial no registran los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, y hasta el 65.9% no registran los errores que no ha tenido consecuencias adversas, aunque podrían haber dañado al paciente, lo que corroboraría la falta de cultura de registro de los eventos adversos. No obstante, el 70.5% de los profesionales de salud y apoyo, habrían señalado que cuando se detecta un fallo en la atención del paciente se realizan medidas

apropiadas para evitar que ocurra nuevamente.

Desde la percepción de los profesionales de salud y apoyo, se confirmaría la respuesta punitiva a los errores cometidos, ya que un 44.2% habría señalado que si sus colegas o superiores se enterasen de algún error cometido lo utilizarían en su contra. Otro 43.4% de los encuestados, que cuando se detecta un fallo, antes de buscar la causa buscan un culpable. Y el temor casi generalizado que cuando se comete un error, este hecho quede registrado en su expediente (73.6%). A nivel de dimensión, se corroboraría los resultados observados a nivel de pregunta o ítems, con 53.7% de respuestas negativas, y mostraría que sería una oportunidad de mejora, la respuesta punitiva a los errores.

Esta situación influenciaría en la existencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente (51.9%), y se ratificaría con la calificación sobre cultura de seguridad del paciente que es de 6.29, que sería un nivel bueno, pero no óptimo o mejorable, lo que conllevaría a implementar medidas correctivas a fin de reducir los riesgos en la atención sanitaria.

Por otro lado, se habría evidenciado que no habría una buena organización del trabajo conjunto o coordinación entre unidades/servicio, ya que el 45.0% de los profesionales de salud y apoyo habrían confirmado la falta de cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente, más aún un 70.5% de los encuestados habría señalado que no habría una buena coordinación entre las diferentes áreas del hospital. Esto significaría, que no hay una buena comunicación o interrelación entre las áreas asistenciales, en consecuencia, tendría un efecto no favorable en la atención de calidad en salud.

A su vez, el 82.9% de los profesionales de salud y apoyo, señalaron que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, 51.9% señalaron que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal, y al 76.0% afectaría en proporcionar una mejor atención al paciente porque la jornada es agotadora. Además, el 66.7% del personal asistencial trabaja bajo presión realizando demasiadas cosas de forma rápida. En general, hay un déficit de personal asistencial permanente y especializado, donde la mayoría de ellos está expuesto a una gran carga emocional y que puede afectar su desempeño. Estos resultados se corroborarían a nivel de dimensión, con 69.4% de respuestas negativas, y mostraría que sería una oportunidad de mejora, la dotación de personal.

Por su parte, el 48.8% de los profesionales de salud y apoyo, señalaron que la gerencia o la dirección del hospital no facilita un clima laboral u organizacional que favorezca la seguridad del paciente, el 42.6% del personal asistencial sostiene que la gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente no es una de sus prioridades, y el 71.3% del personal asistencial manifiesta que la gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. Estos resultados se corroborarían a nivel de dimensión, con 54.3% de respuestas negativas, y mostraría que sería una oportunidad de mejora, el cambio en la cultura organizacional del hospital enfocada en la seguridad del paciente.

Desde un contexto externo, los funcionarios vinculados al servicio de emergencia, evidenciarían la ocurrencia de eventos adversos, destacando: los errores en la administración de medicamentos, errores de diagnóstico, errores de procedimientos, error en la dispensación de medicamento al entregar al paciente, caída de pacientes entre los más frecuentes. Entre las causas de los eventos adversos, mencionaron: la alta demanda de pacientes, la exposición a situaciones de stress del personal asistencial por pacientes graves, la falta de personal, la falta de supervisión del personal y organización inadecuada en el flujo de atención de pacientes. Factores muy similares a los observados en el Departamento de Emergencia. Y entre las líneas de acción para mitigar los eventos adversos, los funcionarios externos entrevistados señalaron: contar con mayor cantidad de personal, realizar talleres de capacitación para el manejo del stress en situaciones críticas, identificar a los pacientes de forma adecuada para evitar errores en la administración de medicamentos o procedimientos equivocados, supervisión y control del personal médico en formación, contar con un comité de seguridad del paciente multidisciplinario, y crear rondas de seguridad del paciente.

Tomando en cuenta la óptica cualitativa y cuantitativa, que incluye la experiencia externa, se han identificado oportunidades de mejora que han determinado las siguientes estrategias o líneas de acción como: el diseño de un sistema de notificación de eventos adversos, la mejora de la comunicación entre el personal asistencial y administrativo, capacitar y sensibilizar al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente, operativizar el comité de seguridad del paciente, fortalecer el liderazgo directivo, y establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo.

Hay que señalar, que hay otras oportunidades de mejora, como aumentar el personal

asistencial especializado o mejorar la infraestructura, pero que en el corto plazo no serían viables, y que depende su implementación de muchas instancias públicas.

En síntesis, se destaca varias acciones de mejora, para el registro efectivo de los eventos adversos y fomentar las buenas prácticas sobre seguridad del paciente, acciones que tendría una repercusión en la mejora de la cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente del Complejo Hospitalario Policial, así como en el Departamento de Emergencia, con opciones de implementarse en el corto plazo, con un costo-beneficio favorable para el hospital, y sus pacientes, menor riesgo en la atención y que esta sea de calidad, asegurando la satisfacción del paciente.

6.3. Personal responsable

El equipo responsable de implementar o ejecutar la propuesta serán:

- Personas con capacidad de liderazgo del Departamento de Emergencia y de la Unidad de Gestión de Calidad del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

En general, la implementación de la propuesta de mejora implicará la participación de profesionales de las siguientes áreas:

- Departamento de Emergencia
- Departamento de Enfermería
- Departamento Diagnóstico por Imágenes
- Departamento de Farmacia
- Departamento Patología Clínica
- Área de Recursos Humanos
- Unidad de Gestión de Calidad.

6.4. Población objetivo

Usuarios internos:

Personal asistencial y administrativo del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

Usuarios externos:

Pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

6.5. Lugar de ejecución

El Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, que involucra a varios servicios asistenciales como áreas administrativas.

6.6. Duración

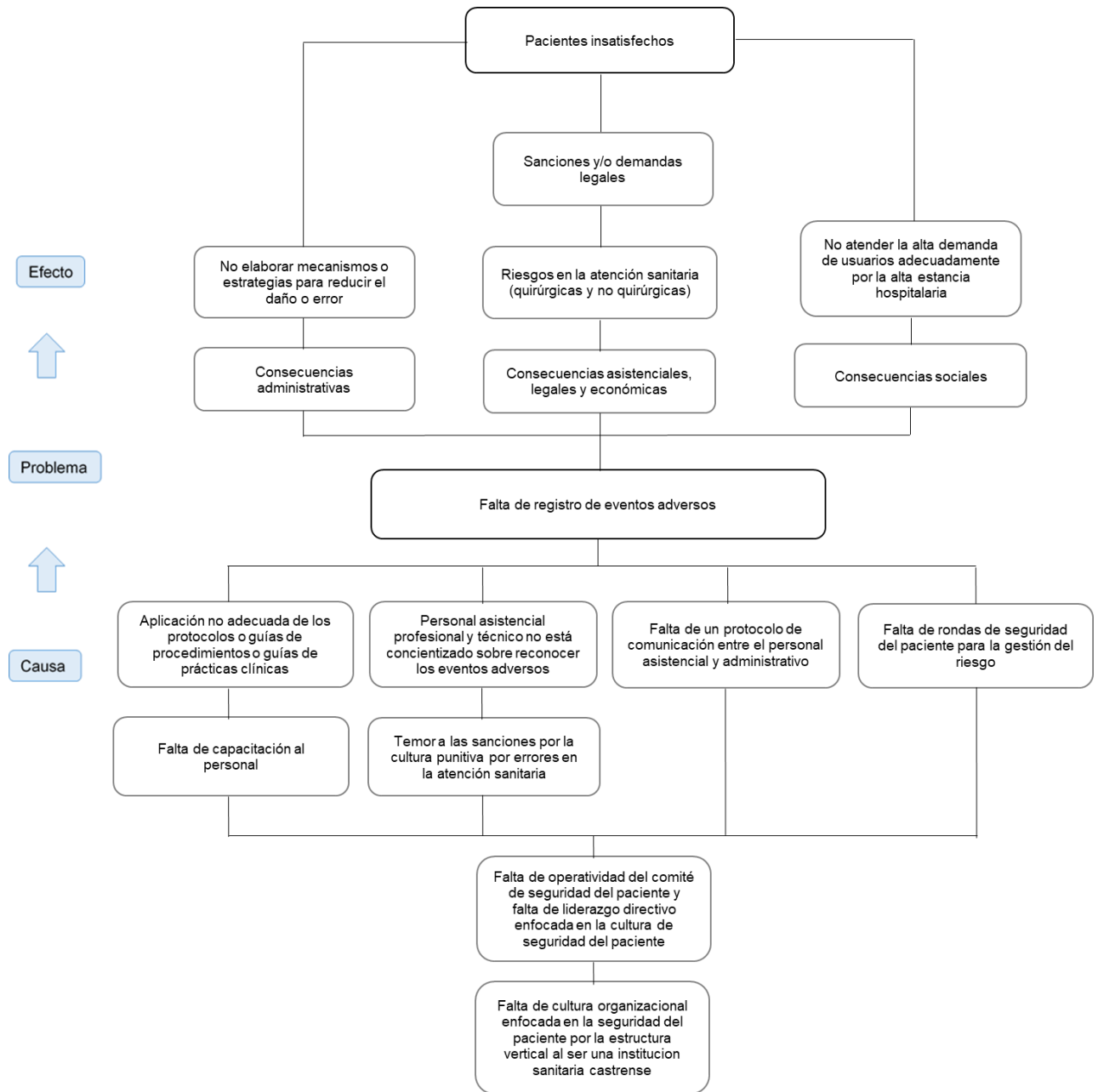
El proyecto de mejora para la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, tendrá una duración de un año, con proyección de duración permanente. También se establecerá un periodo de seguimiento y monitoreo de las actividades implementadas para asegurar la continuidad y sostenibilidad del proyecto de mejora.

6.7. Determinación de las causas y las alternativas de solución

a) Árbol de problemas y objetivos

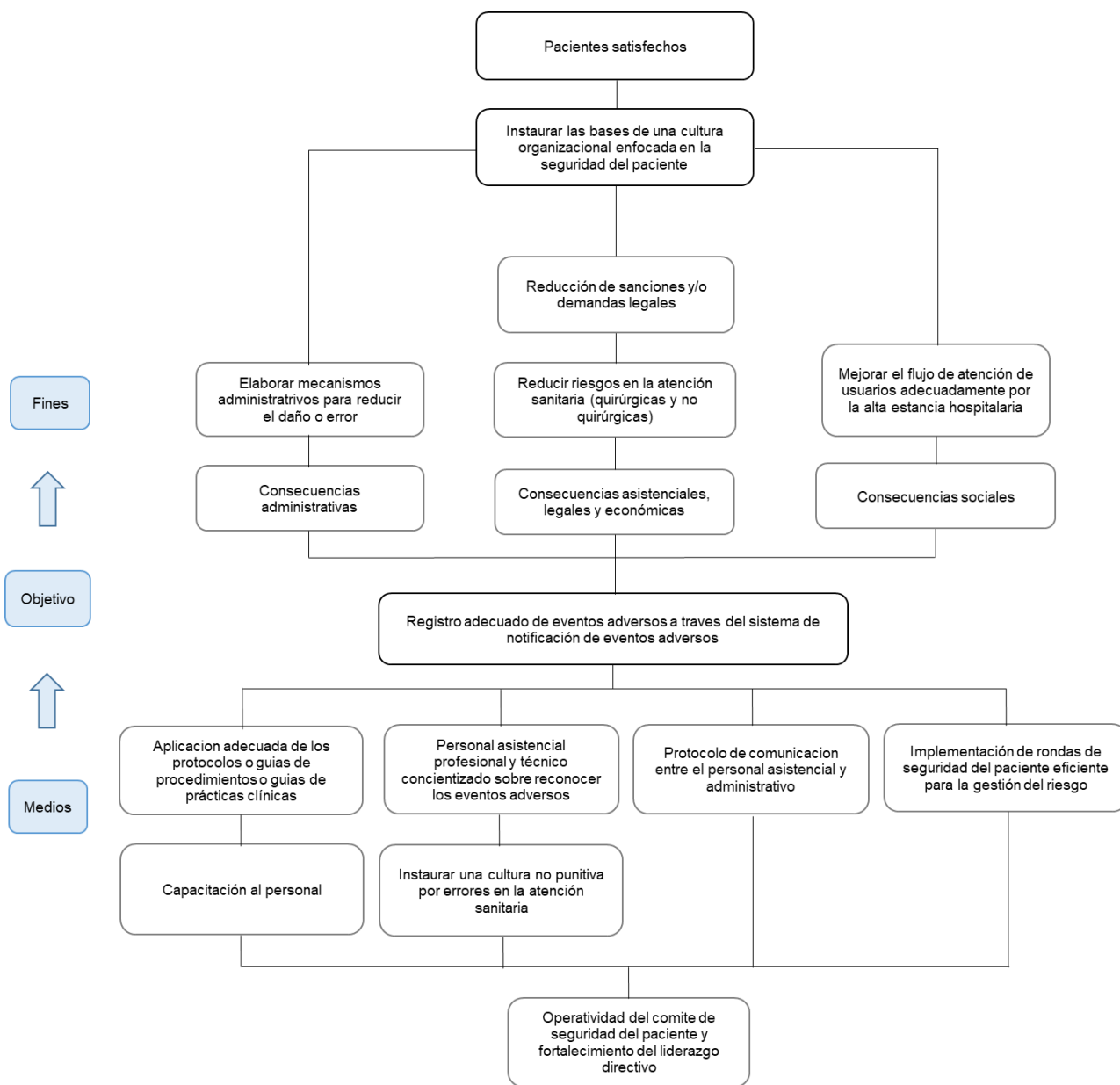
Una herramienta para determinar las causas y efectos del problema principal identificado es el árbol de problemas, herramienta que nos permitió identificar las posibles soluciones o líneas de acción que podemos incluir para el proyecto de mejora, a través del árbol de objetivos, donde a partir de una visión positiva de las situaciones negativas se va estableciendo las posibles estrategias paso a paso.

Figura 6.1. Árbol de problemas



Elaboración: Autores de esta tesis.

Figura 6.2. Árbol de objetivos



Elaboración: Autores de esta tesis.

6.8. Formular el plan de acción (Plan Principal)

A partir de la evaluación cualitativa y cuantitativa, y el conocimiento del diagnóstico situacional en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, se han planteado seis estrategias o líneas de acción para la propuesta de mejora principal:

6.8.1. Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos

El objetivo de esta estrategia es fortalecer la seguridad del paciente a partir de los errores cometidos en el Departamento de Emergencia, además, este reporte será seguro, sin generar una respuesta punitiva para el personal asistencial y administrativo. Su aplicación, debe tener una respuesta constructiva, es decir una retroalimentación a partir del análisis de los eventos adversos. Además, las lecciones o experiencias aprendidas deben ser difundidas para generar cambios.

El sistema de notificación de eventos adversos tendrá las siguientes características:

- Elección del equipo de trabajo: El responsable de elegir el equipo de trabajo será el comité de seguridad del paciente, este equipo será elegido en conjunto con la Unidad de Gestión de Calidad.
- Elaborar plan de trabajo: El plan de trabajo tendrá básicamente las acciones a realizar y sus tareas, así como el tiempo de ejecución de cada tarea, además incluirá los responsables de cada tarea, el cargo y firma, la dotación de recursos. Se ha elaborado un formato modelo (Ver anexo E).
- Elaboración del sistema de notificación de eventos adversos, que puede estar compuesto de los siguientes elementos: Información del paciente: nombre, edad y sexo; hora y fecha del evento adverso; lugar donde ocurre el evento; personal involucrado; tipo de evento adverso; consecuencia del evento adverso/resultado final; acciones tomadas; rol del notificador. Se ha elaborado un formato modelo (Ver anexo F). A su vez, se incluirá indicadores de resultados (Ver sección 6.9), y la elaboración de un informe de evaluación y recomendaciones. Además, se plantea un flujograma de notificación de eventos adversos, para conocer el proceso de las actividades a realizar y las unidades responsables (Ver anexo G).
- Evaluación del sistema de notificación de eventos adversos (piloto): Una vez terminado el formato de eventos adversos, se hará una implementación piloto para evaluar su aplicación y funcionalidad en el proceso de atención sanitaria.
- Incorporación del sistema de notificación de eventos adversos: Luego, de la evaluación del

plan piloto, se hará la retroalimentación y mejoras para obtener un formato final del sistema de notificación de eventos adversos, el cual se incorporará al proceso de notificación de eventos adversos.

- Realizar una capacitación y socialización del sistema de notificación de eventos adversos del Departamento de Emergencia: Se capacitará al personal asistencial y administrativo sobre el uso del formato de notificación de eventos adversos.

La unidad responsable de administrar el sistema de notificación de eventos adversos será la Unidad de Gestión de Calidad, reportando a la dirección del Departamento de Emergencia, y al Comité de Seguridad del Paciente.

6.8.2. Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo

El objetivo es optimizar la comunicación entre el personal asistencial de las diferentes especialidades involucradas en la atención en el servicio de emergencia, que incluye al personal administrativo. Esto favorecerá a mejorar las coordinaciones entre las áreas involucradas y una mejor colaboración/cooperación entre el personal asistencial/administrativo para reducir los riesgos de cometer algún error o evento adverso.

Para la puesta en marcha de esta estrategia se tiene planeado realizar las siguientes actividades:

- Elección del equipo de trabajo: El responsable de elegir el equipo de trabajo será el comité de seguridad del paciente, este equipo será elegido en conjunto con el Departamento de Emergencia.
- Elaborar plan de trabajo: El plan de trabajo tendrá básicamente las acciones a realizar y sus tareas, así como el tiempo de ejecución de cada tarea, además incluirá los responsables de cada tarea, el cargo y firma, la dotación de recursos (Ver anexo E).
- Elaboración de un protocolo de comunicación: que puede estar compuesto de los siguientes elementos: objetivos, población objetivos, procedimientos (modelo de comunicación SIER). Se ha elaborado un modelo de protocolo (Ver anexo H).
- Evaluación del protocolo de comunicación (piloto): Una vez terminado el protocolo de comunicación, se hará una implementación piloto para evaluar su aplicación y funcionalidad en el proceso de atención sanitaria.
- Incorporación del protocolo de comunicación al Departamento de Emergencia: Luego, de la evaluación del plan piloto, se hará la retroalimentación y mejoras para obtener un protocolo final de comunicación, el cual se incorporará al proceso de atención sanitaria.

- Realizar una capacitación y socialización del protocolo de comunicación al personal asistencial y administrativo vinculado al Departamento de Emergencia: Se capacitará al personal asistencial y administrativo sobre el uso del protocolo de comunicación y su socialización.

6.8.3. Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos

El objetivo es sensibilizar al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente para lograr que el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, sea un lugar seguro para la atención de los pacientes, reduciendo el riesgo en las atenciones sanitarias prestadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos, a su vez instruir en la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos. Todo cambio genera resistencias e incertidumbre en el personal, se tiene planeado realizar actividades de capacitación y sensibilización dirigidas al personal asistencial y administrativo involucrado en la seguridad del paciente del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”. Para la puesta en marcha de esta estrategia se tiene planeado realizar las siguientes actividades:

- Elaboración de un cronograma de capacitación: Tendrán una frecuencia bimestral, y continua que asegure el aprendizaje de los contenidos, y la disponibilidad del personal.
- Preparar el material de capacitación: Estará a cargo del capacitador o facilitador, que incluye bibliografía especializada, manuales, guías, diapositivas.
- Identificar el lugar de capacitación: Será el ambiente que cuente el hospital para realizar capacitaciones, este incluye, pizarra, proyectos, escritorio, equipo de cómputo, sillas y/o carpetas.
- Contratación del especialista: Se contratará un profesional especialista en seguridad del paciente, y guías de procedimientos clínicos.
- Ejecutar la capacitación: los temas prioritarios son: seguridad del paciente y cultura organizacional en el servicio de emergencia, aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos (incluye simulación de casos prácticos).
- Evaluación de la capacitación: Se realizará pruebas de conocimiento al final de cada sesión de capacitación, para evaluar los aprendizajes.

6.8.4. Operativizar el comité de seguridad del paciente

El objetivo es promover la operatividad del comité de seguridad del paciente del

Departamento de Emergencia que analicé, evalué e implemente medidas correctivas sobre la ocurrencia de los eventos adversos, además de liderar la promoción de la cultura de seguridad del paciente. Para la puesta en marcha de esta estrategia se tiene planeado realizar las siguientes actividades:

- Convocatoria de los profesionales vinculados a la seguridad del paciente: Se realizará la convocatoria del equipo que formará parte del comité de seguridad del paciente, donde participaran los profesionales de las áreas vinculadas a la seguridad del paciente del Departamento de Emergencia.
- Elección del jefe del comité de seguridad del paciente: Se elegirá a la persona que presidirá el comité de seguridad del paciente entre todos los miembros convocados de las áreas vinculadas a la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia.
- Elección de los miembros del comité de seguridad del paciente: Luego, de elegir al jefe del comité de seguridad del paciente, se procederá a elegir a los miembros del comité de seguridad del paciente: secretario, miembros titulares y suplentes
- Elaborar plan de trabajo: El plan de trabajo tendrá básicamente las acciones a realizar y sus tareas, así como el tiempo de ejecución de cada tarea, además incluirá los responsables de cada tarea, el cargo y firma, la dotación de recursos. Se ha elaborado un formato modelo (Ver anexo E).

6.8.5. Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente

El objetivo es promover el fortalecimiento del liderazgo directivo y los jefes de áreas involucradas en atención del Departamento de Emergencia a través del desarrollo habilidades gerenciales, liderazgo transformacional y cultura organizacional, que asegure en el corto plazo la implementación de una cultura de seguridad del paciente de forma efectiva, sin una repuesta punitiva, con personal motivado, una atención de calidad y la satisfacción de los pacientes. Para la puesta en marcha de esta estrategia se tiene planeado realizar las siguientes actividades:

- Elaboración de un cronograma de capacitación: Tendrán una frecuencia semestral y continua que asegure el aprendizaje de los contenidos, y la disponibilidad del personal.
- Preparar el material de capacitación: Estará cargo del capacitador o facilitador, que incluye bibliografía especializada, manuales, guías, diapositivas.
- Identificar el lugar de capacitación: Será el ambiente que cuente el hospital para realizar capacitaciones, este incluye, pizarra, proyectos, escritorio, equipo de cómputo, sillas y/o carpetas.

- Contratación del especialista: Se contratará un profesional especialista en seguridad del paciente, liderazgo y cultura organizacional.
- Ejecutar la capacitación: los temas prioritarios son: cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente, habilidades gerenciales, liderazgo transformacional.
- Evaluación de la capacitación: Se realizará pruebas de conocimiento al final de cada sesión de capacitación, para evaluar los aprendizajes.

6.8.6. Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia

La finalidad de esta estrategia es favorecer la mejora de la calidad de vida de los usuarios y/o pacientes del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, para reducir los riesgos en la atención. Para la puesta en marcha de esta estrategia se tiene planeado realizar las siguientes actividades:

- Conformación del equipo de ronda de seguridad del paciente: Estará conformado por el jefe del Departamento de Emergencia (que será el líder del equipo), responsable de la Unidad de Gestión de Calidad (que asumirá la secretaria técnica), representante de las especialidades médicas, responsable del servicio de enfermería, responsables del servicio de farmacia.
- Establecer las funciones del equipo de ronda de seguridad del paciente: i) el secretario técnico, elaborará el cronograma de rondas de seguridad del paciente, en coordinación con los demás miembros del equipo, ii) el líder convocará a los miembros del equipo según el cronograma aprobado, iii) el secretario técnico, se encargará del registro y custodia de la información vinculada a las rondas de seguridad del paciente, iv) todos los miembros firman la hoja de resultados de evaluación de cada ronda aplicada, v) el secretario técnico elaborará el informe de la ronda de seguridad del paciente, y lo deriva al jefe del Departamento de Emergencia, vi) el secretario técnico comunica las acciones inseguras o eventos adversos, así como las recomendaciones para el respectivo monitoreo e implementación de estas.
- Organizar y ejecutar las acciones o actividades de las rondas de seguridad del paciente: i) el líder del equipo de rondas de seguridad convoca al equipo para empezar según cronograma, ii) el secretario técnico determina el listado final de criterios a aplicar para la visita, iii) las rondas de seguridad se aplican mensualmente inicialmente, luego quincenalmente, según lo defina el líder del equipo, iv) las rondas de seguridad se aplican en horarios diferentes a las visitas médicas, v) la duración de la ronda de seguridad debe ser máximo dos horas, vi) la metodología se basa en la observación de forma directa, se revisa la documentación,

- entrevista con el personal de salud y a los pacientes, vi) las observaciones deben ser focalizadas en identificar las acciones inseguras durante la atención, vii) al terminar la ronda de seguridad, el secretario técnico ingresa los datos en la herramienta informática y presenta los resultados a todos los miembros del equipo para su firma en señal de conformidad, viii) el secretario técnico, elabora el informe de ronda de seguridad y adjunta la hoja de resultados, el informe se envía al jefe del Departamento de Emergencia, ix) el secretario técnico junto con los miembros del equipo de rondas de seguridad elabora el plan de acción
- Difusión y capacitación del equipo de ronda seguridad del paciente: i) se difunde la directiva sanitaria sobre las acciones a tomar ii) el jefe de Departamento de Emergencia elabora las estrategias o acciones de mejora, iii) se realizan módulos de capacitación, así como talleres, evaluación de la información.
 - Supervisión y evaluación de las rondas de seguridad del paciente: i) la Oficina de Gestión de Calidad realiza el proceso de supervisión, ii) la evaluación también estará a cargo de la misma oficina, quien lo realizara a través de ciertos indicadores elaborados.

6.9. Indicadores para medir los logros o impacto de la propuesta

Para medir el impacto o logros de la propuesta de mejora, se han elaborado algunos indicadores, que permitirán medir la eficacia de las estrategias o líneas de acción implementadas, y a partir de ello identificar las recomendaciones o acciones necesarias para su mejora. Su evaluación será con una periodicidad anual. A continuación, se presentan los indicadores:

a) Estrategia 1: Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos

Indicador 1: Porcentaje de notificaciones de eventos adversos:

$$\begin{aligned} & \% \text{ eventos adversos registrados} \\ & = \frac{N^{\circ} \text{ eventos adversos registrados}}{N^{\circ} \text{ atenciones en el Deparmanteo de Emergencia}} * 100 \end{aligned}$$

Indicador 2: Porcentaje de eventos adversos analizados:

$$\% \text{ eventos adversos analizados} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos adversos analizados}}{N^{\circ} \text{ eventos adversos registrados}} * 100$$

Indicador 3: Porcentaje de eventos adversos con mejoras correctivas:

$$\begin{aligned} & \% \text{ eventos adversos con mejoras correctivas} \\ & = \frac{N^{\circ} \text{ eventos adversos con mejoras correctivas}}{N^{\circ} \text{ eventos adversos registrados}} * 100 \end{aligned}$$

b) Estrategia 2: Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo

Indicador 4: Total de incidentes por incumplimiento del protocolo de comunicación

c) Estrategia 3 y 5: Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos / Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente

Indicador 5: Porcentaje de personal capacitado aprobado según curso

$$\begin{aligned} & \% \text{ personal capacitado aprobado según curso} \\ & = \frac{N^{\circ} \text{ personal capacitado aprobado según curso}}{N^{\circ} \text{ personal capacitado según curso}} * 100 \end{aligned}$$

d) Estrategia 4: Operativizar el comité de seguridad del paciente

Indicador 6: Porcentaje de acciones de mejora implementadas

$$\% \text{ acciones de mejora planteadas} = \frac{N^{\circ} \text{ acciones de mejora implementadas}}{N^{\circ} \text{ acciones de mejora planteadas}} * 100$$

e) Estrategia 6: Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia

Indicador 7: Porcentaje de rondas de seguridad realizadas

$$\% \text{ Rondas de seguridad realizadas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Rondas de seguridad del paciente realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Rondas de seguridad del paciente programadas}} * 100$$

6.10. Presupuesto

Es preciso mencionar que la presente propuesta de mejora en favor de la seguridad del paciente no incurrirá en ningún gasto extraordinario para el Departamento de Emergencia. Ello, en virtud de que se utilizarán recursos económicos que ya se encuentran asignados para dicha Unidad de acuerdo con el presupuesto anual establecido para los próximos periodos por parte del nosocomio. En el caso de las dos estrategias o líneas de acción (estrategias 3 y 5), serán incorporadas al Plan Anual de Capacitación del Departamento de Emergencia, y las estrategias 1, 2, 4 y 6, serán integradas a las acciones de mejora internas que realizan en el mismo servicio.

Tabla 6.1. Presupuesto de implementación de la propuesta de mejora del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”

Presupuesto (anual)	Actividad	Monto
Estrategia 1		
Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos	-	-
Estrategia 2		
Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo	-	-
Estrategia 3	Curso 1: Seguridad del paciente y cultura organizacional en el servicio de emergencia	Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación
Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos	Curso 2: Aplicación de las guías de procedimientos clínicos (incluye simulación de casos prácticos).	Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación
Estrategia 4		
Operativizar el comité de seguridad del paciente	-	-

Estrategia 5 Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente	Curso 1: Cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente	Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación
	Curso 2: Habilidades gerenciales	Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación
	Curso 3: Liderazgo transformacional	Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación
Estrategia 6		
Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia	-	-
Total		Presupuesto asignado al Plan Anual de Capacitación

Elaboración: Autores de esta tesis.

6.11. Costo – Beneficio de la propuesta de mejora

Antes de evaluar el costo-beneficio de la propuesta de mejora, hay que señalar que no se pudo realizar su evaluación cuantitativa (valorización de los efectos monetarios) por la falta de información de los eventos adversos ocurridos en el Departamento de Emergencia, y la poca accesibilidad a la información estadística en cuanto al presupuesto y su nivel de desagregación para los últimos años, en ese sentido, se realizó solamente la evaluación desde una perspectiva cualitativa, que es la que se presenta a continuación. Según el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) (2017), no siempre se cuenta o se tiene acceso a las valoraciones monetarias de los recursos de un proyecto. En estos casos, el Análisis Costo-Beneficio puede ayudar a al proceso de decisiones basado en comparaciones cualitativas y criterios ordinales enfocado en los impactos identificados.

Para determinar el costo-beneficio de la propuesta, se siguió la metodología de la Guía de Orientación del Análisis Costo-Beneficio Legislativo (ACBL) del Congreso de la República (2005), y el Manual de Aplicación ACB y ACE del CIES (2017), que busca identificar los impactos que involucran la aplicación de un proyecto público, está estructurado en seis pasos: el contexto de la iniciativa, el objetivo de la propuesta, el contenido de los cambios, identificación de los actores, análisis y presentación de resultados.

a) El contexto de la iniciativa

El Departamento de Emergencia cuenta con un sistema de notificación de eventos adversos precario, donde se realiza el registro de forma incompleta, generando un subregistro o incongruencia en el registro de eventos adversos. Se observa que el profesional de salud que realiza la notificación de eventos adversos es el personal de enfermería y se reportan eventos de enfermería principalmente, los procedimientos médicos rara vez son reportados o simplemente no se reportan. El subregistro puede tener una explicación, la cultura organizacional de un hospital policial es punitiva o de sanción, en la que los errores deben tener un culpable que debe ser sancionado, esto puede comprometer la carrera profesional o incluso generar la separación del personal a causa de ello, por lo tanto, suele ser mejor no informar el evento adverso.

b) El objetivo de la propuesta

El objetivo de esta propuesta es reducir la ocurrencia de los eventos adversos y establecer las bases para una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” que coadyuve a las buenas prácticas para la seguridad del paciente, con una atención de calidad y que alcance la satisfacción del paciente.

c) El contenido de los cambios

La propuesta de mejora ha establecido seis líneas estratégicas o medidas de acción:

- Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos.
- Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo.
- Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos.
- Operativizar el comité de seguridad del paciente.
- Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas.
- Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia.

d) Identificación de los actores

Las entidades o actores involucrados en la presente propuesta de mejora si se aprobará son:

- El Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

- Los profesionales de salud del Departamento de Emergencia.
- El personal administrativo del Departamento de Emergencia.
- Los pacientes del Departamento de Emergencia.

e) Análisis

La finalidad es identificar a partir de los hallazgos el efecto o impacto que producirían cada uno de las estrategias o medidas de acción, como consecuencia de la implementación de la propuesta de mejora. A continuación, se muestra los impactos no económicos de cada propuesta.

Tabla 6.2. Impacto de la propuesta de mejora en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Impacto positivo	Impacto negativo
E1: Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos	
Visualizar los eventos adversos observados en el Departamento de Emergencia, además, este reporte será seguro, sin generar una respuesta punitiva para el personal asistencial y administrativo.	No tener un reporte veraz de los eventos adversos, imposibilitará tomar las medidas correctivas correspondientes, lo que mitigaría la instauración de una cultura de seguridad del paciente.
E2: Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo	
Favorecerá a mejorar las coordinaciones entre las áreas involucradas y una mejor colaboración/cooperación entre el personal asistencial/administrativo para reducir los riesgos de cometer algún error o evento adverso.	La falta de una comunicación efectiva y clara aumentará el riesgo de darse algún error o evento adverso en la práctica asistencial lo que repercutiría en una baja calidad de atención y no asegurar la seguridad del paciente.
E3: Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos	
Sensibilizar al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente, de esta manera el servicio sea un lugar seguro para la atención de los pacientes, reduciendo el riesgo en las atenciones sanitarias prestadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.	La falta de capacitación influirá en la motivación y compromiso del personal asistencial como administrativo, en mejorar el cuidado del paciente, aumentando el riesgo de ocurrencia de eventos adversos.
E4: Operativizar el comité de seguridad del paciente	
Liderar la promoción de la cultura de seguridad del paciente, que favorecerá a instaurar una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente.	La falta de un comité de seguridad del paciente, es no asegurar tener procedimientos seguros que reduzca la ocurrencia de eventos adversos

E5: Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente

Asegurar en el corto plazo la implementación de una cultura de seguridad del paciente de forma efectiva, sin una repuesta punitiva, con personal motivado, una atención de calidad y la satisfacción de los pacientes.

Continuar con una cultura no enfocada en la seguridad del paciente, que implicaría tener personal asistencial y administrativo no motivado y concientizado sobre la importancia del cuidado con calidad del paciente.

E6: Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en el Departamento de Emergencia

Favorecer la mejora de la calidad de vida de los usuarios y/o pacientes del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, para reducir los riesgos en la atención.

Esto contribuiría a no tener un registro oportuno de los errores o eventos adversos en la asistencia en el servicio de emergencia, lo que favorecía a la ocurrencia de eventos adversos, y a instaurar o continuar la falta de cultura de seguridad del paciente.

f) Presentación de resultados

Finalmente, en la tabla 6.3, se presenta un balance que se aplicará por entidad, y personal involucrado, donde se indicará el costo-beneficio, de una manera no cuantitativa, que pueden ser positivos o negativos. De forma general, hay mayores beneficios encontrados que los respectivos costos asociados a dicha alternativa; por lo que, se toma la decisión de llevar a cabo la propuesta de mejora en favor del Departamento de Emergencia del hospital policial.

Tabla 6.3. Análisis costo-beneficio de la propuesta de mejora en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Complejo Hospitalario y Departamento de Emergencia	
Beneficios	Costos
<ul style="list-style-type: none">• El presupuesto para el Departamento de Emergencia sería más eficiente, dado que las buenas prácticas incidirían en un menor empleo de recursos sanitarios (camas hospitalarias, insumos biomédicos, medicamentos, entre otros).• El complejo policial percibiría menores multas a pagar ante alguna eventual infracción incurrida por la mala atención en el área en cuestión del nosocomio.• Mejora reputacional de la institución, ya que esta organización se encuentra brindando servicios con buena calidad dentro del Departamento de Emergencia.	<ul style="list-style-type: none">• Sin costos.

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer las bases para una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente. 	
Profesionales de salud	
Beneficios	Costos
<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de equipos de alto desempeño (médicos y no médicos) en el área del hospital, en vista de que se ofrecen capacitaciones, para mejorar la práctica enfocada en la seguridad del paciente y mejorar la comunicación entre personal asistencial y, en consecuencia, puedan resolver problemas de alta complejidad juntos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin costos extraordinarios, ya que se incorporarán al Plan Anual de Capacitación de la unidad.
Pacientes	
Beneficios	Costos
<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes a causa del fomento de buenas prácticas sobre la seguridad del paciente pues conllevaría a una mayor satisfacción en los servicios por parte de ellos (flujo adecuado de pacientes, relación óptima con el médico o la enfermera, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin costos.

Elaboración: Autores de esta tesis.

6.12. Caso de Paciente (Costos por problemas en la seguridad del paciente)

Con la finalidad de ejemplificar los costos que involucra un paciente que tuvo problemas en la seguridad de su atención, se describe a continuación el registro de los hechos que involucró su atención iniciando el año 2015 hasta el 2019, año que falleció, y posteriormente se describe los costos que implicó su atención.

El paciente fue un varón (HETF) de 52 años acudió al Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz” con la fecha 23 de junio de 2015. El motivo fue un dolor dental, en la que es evaluado por el Odontólogo de guardia y se realiza el diagnóstico de absceso periapical sin fistula por la pieza dentaria 3.8. En consecuencia, el paciente fue programado para drenaje del absceso el 24 de junio. Durante el procedimiento presentó paro cardiorrespiratorio y fue llevado a shock-trauma de Emergencia. Posteriormente al ser evaluado por la especialidad de Cirugía de Cabeza y Cuello, se diagnosticó presencia de absceso cervical profundo complicado de foco dentario. Para el 25 de junio se efectuó un

drenaje quirúrgico en sala de operaciones. Luego del acto quirúrgico, el paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos Generales el 25 junio, donde recibió terapia intensa para manejar el foco infeccioso, soporte ventilatorio y manejo general del postoperatorio. Ello, en forma conjunta con Cirugía de Cabeza y Cuello. El 23 de julio de este año, se le realizó Traqueostomía. Ante ello, el paciente presentó buena evolución desde el punto de vista infeccioso, pero quedó con encefalopatía hipóxica secuelar debido al paro cardiorrespiratorio sufrido el 24 junio, acorde también a los hallazgos de los estudios de RMN, EEG y SPECT cerebral realizados.

En tal sentido, el paciente permaneció estacionario desde el punto de vista neurológico y salió de su estado crítico; sin embargo, aun cuando ya no reunía criterios clínicos para continuar internado en una Unidad de Cuidados Intensivos, por orden de la Dirección del hospital permaneció hospitalizado en el Departamento de Cuidados Intensivos Generales durante 575 días (un año y seis meses); en otras palabras, hasta el 30 de enero 2017, fecha en que fue transferido a la Sala de Medicina Varones del hospital, en virtud a las recomendaciones de dos juntas médicas multidisciplinarias realizadas el 24 noviembre 2016 y el 04 enero 2017. Ambas juntas médicas, realizadas con la participación de Medicina Intensiva, Neurología y Medicina Física y Rehabilitación, llegaron a la conclusión de que el paciente de la referencia ya no tenía criterios clínicos para permanecer indefinidamente en una sala de cuidados intensivos; por lo que, ellos recomendaron que sea transferido a la Sala de Medicina Varones del hospital para continuar su manejo y rehabilitación. Así, el paciente permaneció hospitalizado en Sala de Medicina Varones hasta el día que falleció (30 junio 2019).

Bajo ese marco, en la tabla 6.4, se aprecia el gasto total incurrido por el Hospital PNP “Luis N. Sáenz” por la atención de este paciente, que ascendió, aproximadamente, a S/1,090,995.50. Cabe señalar, que se desconocía el costo de Dilatación de estenosis traqueal, que se practicó en dos ocasiones, y que aumentaría el costo total calculado.

Tabla 6.4. Costos de un caso por problemas en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Descripción	Días	Precio x día	Monto
Atención del paciente por 575 días en la Unidad de Cuidados Intensivos	575	S/ 1,664.44	S/ 957,053.00

Atención del paciente por 881 días en hospitalización continuada	881	S/	150.55	S/	132,634.55
Sub total (I)				S/	1,089,687.55
Intervenciones quirúrgicas	Cantidad	Precio x unidad		Monto	
Debridación de absceso cervical	1	S/	227.82	S/	227.82
Traqueostomía	1	S/	238.00	S/	238.00
Dilatación de estenosis traqueal	2	-	-	-	-
Curación de úlceras de decúbito II	3	S/	280.71	S/	842.13
Sub total (II)				S/	1,307.95
Total (I + II)				S/	1,090,995.50

Elaboración: Autores de esta tesis.

6.13. Cronograma

Tabla 6.5. Cronograma de actividades de la propuesta de mejora

Etapas	Actividad	Tareas	Resultado/Producto	Responsable	Año 1												
					Mes1	Mes2	Mes3	Mes4	Mes5	Mes6	Mes7	Mes8	Mes9	Mes10	Mes11	Mes12	
Etapa inicial	Elección del equipo de mejora	Convocatoria del equipo de mejora (equipo responsable)	Equipo de mejora	Departamento de Emergencia / Unidad de Gestión de Calidad	■												
		Elección del coordinador general (líder)															
		Capacitación sobre la propuesta de mejora															
Etapa ejecución	Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos	Elección de equipo de trabajo	Sistema de notificación de eventos adversos	Departamento de Emergencia / Unidad de Gestión de Calidad		■											
		Elaborar plan de trabajo				■											
		Elaboración del sistema de notificación de eventos adversos				■											
		Evaluación del sistema de notificación de eventos adversos (piloto)				■	■										
		Incorporación del sistema de notificación de eventos adversos					■										
		Realizar una capacitación y socialización del protocolo de comunicación					■										
	Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo	Elección del equipo de trabajo	Protocolo de comunicación	Departamento de Emergencia / Unidad de Gestión de Calidad					■								
		Elaborar plan de trabajo							■								
		Elaboración de un protocolo de comunicación							■	■							
		Evaluación del protocolo de comunicación (piloto)							■								
		Incorporación del protocolo de comunicación al Departamento de Emergencia							■								

	Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo	Conformación del equipo de ronda de seguridad del paciente	Rondas de seguridad del paciente	Departamento de Emergencia / Unidad de Gestión de Calidad	■																		
		Establecer las funciones del equipo de ronda de seguridad del paciente			■	■																	
		Organizar y ejecutar las acciones o actividades de las rondas de seguridad del paciente																					
		Difusión y capacitación del equipo de ronda seguridad del paciente						■															
		Supervisión y evaluación de las rondas de seguridad del paciente									■		■		■		■						■
Etapa de evaluación	Seguimiento y evaluación de la propuesta	Supervisión y evaluación de la implementación de la propuesta	Informe final	Departamento de Emergencia / Unidad de Gestión de Calidad																■			
		Informe y medidas correctivas																				■	

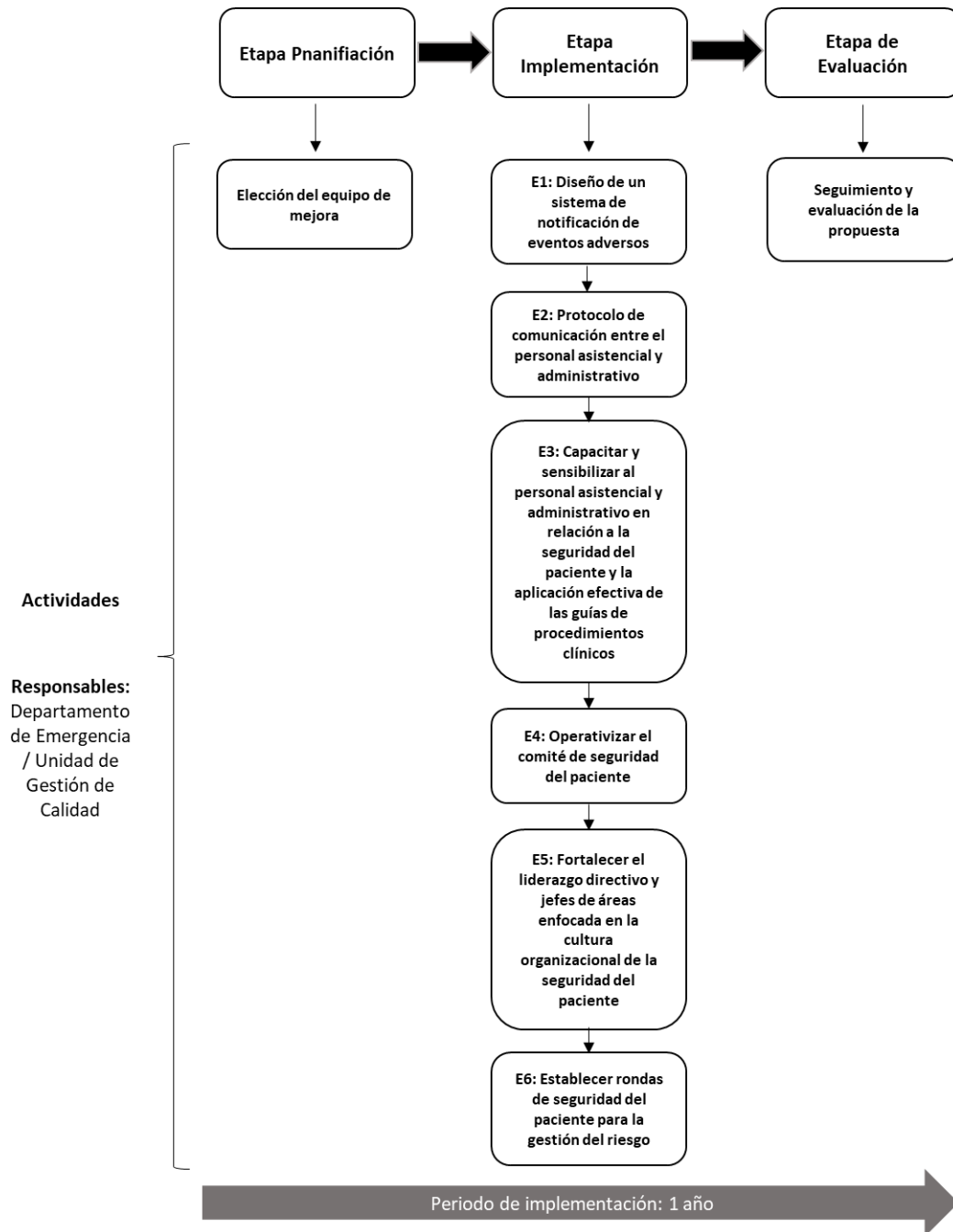
Elaboración: Autores de esta tesis.

6.14. Seguimiento

La Unidad de Gestión de Calidad y el Departamento de Emergencia se encargarán de la organización, ejecución y evaluación de la presente propuesta para lo cual reportará los resultados de los indicadores de logro y el número de beneficiarios, e identificar acciones correctivas si fuera necesario.

6.15. Flujograma de implementación

Figura 6.3. Flujograma de implementación de la propuesta de mejora



Elaboración: Autores de esta tesis.

6.16. Formular el plan de acción (Plan Alternativo-Piloto)

En el caso de no implementarse el plan de acción principal, debido a la disposición del comando o las autoridades castrense de la institución sanitaria policial, se presenta un plan alternativo piloto. Este plan estará basado en brindar dos medidas de acción prácticas y realizables, enfocado en reducir los eventos adversos más habituales según diagnóstico realizado, como son:

- Riesgo de caída de pacientes
- Mala administración de medicamentos

Con la ejecución de estas dos medidas de acción se espera reducir la ocurrencia de estos eventos adversos más frecuentes en el Departamento de Emergencia. La finalidad de este plan de acción piloto, es generar una cultura organizacional de prevención de eventos adversos, de esta manera mitigar su ocurrencia, lo que implica una reducción de costos para la institución sanitaria policial, y el beneficio y satisfacción para el paciente por tener una atención de calidad.

6.16.1. Equipo responsable

El equipo responsable de implementar o ejecutar este plan piloto serán los directivos del Departamento de Emergencia y de la Unidad de Gestión de Calidad del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”. Ellos también realizarán el seguimiento, monitoreo, evaluación y retroalimentación de las actividades a implementar de esta manera asegurar la sostenibilidad de este plan piloto.

Previa a la implementación de estas dos estrategias o medidas de acción se realizará una capacitación a los profesionales de salud (médicos y enfermeros(as)), siendo los responsables de ejecutarlo el Departamento de Emergencia con la Unidad de Gestión de Calidad.

6.16.2. Población objetivo

Usuarios internos:

Profesional de salud (médicos y enfermeros(as)) del Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

Usuarios externos:

Pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

6.16.3. Duración y evaluación

Tendrá una duración de un mes, donde será evaluado su ejecución. De acuerdo, al informe de evaluación, se evaluará su continuidad con los respectivos cambios que deben ser implementados para su realización de forma óptima.

6.16.4. Medidas de acción

A continuación, se detalla las actividades o prácticas que comprenderá la implementación de cada medida de acción:

a) Reducir el riesgo de caída de pacientes

Según los hallazgos del trabajo de campo, se ha observado que los pacientes del Departamento de Emergencia han experimentado caídas. El ambiente hospitalario y las condiciones propias del paciente pueden ser causas de aumentarlo. Con la finalidad de mitigar las caídas de los pacientes, y el daño ocasionado por el mismo, se plantea las siguientes medidas o prácticas:

- Atender un solo paciente a la vez.
- Evaluar el riesgo de caída del paciente.
- Revisar que la cama este en una posición baja y el dispositivo de freno puesto.
- Asegurar una buena iluminación tanto en turno diurno y nocturno.
- En el caso de un paciente que utilice ciertos implementos de ayuda este debe estar a su alcance (andador, bastones, lentes, audífonos, etc.).
- Mantener la habitación ordenada y limpia, retirando cualquier objeto que pueda causar caídas (cables, mobiliario, etc.).
- El paciente no debe deambular cuando el piso este mojado (respeto a la señalización).
- Verificar que los servicios higiénicos sean accesibles y tengan asideros.
- Asegurar que el paciente tenga acceso el timbre de llamada y/o el teléfono.
- Señalar al familiar la conveniencia de la situación de acompañamiento o no del paciente.
- Verificar y recomendar el uso de calzado antideslizante.
- Antes de levantar al paciente incorporarlo durante unos minutos en la cama, de esta

manera evitar sufrir hipotensión.

- Orientar al paciente sobre el ambiente físico del servicio en la que se encuentra.
- Comunicar al paciente y/o cuidador sobre las normativas del hospital, e informar sobre la importancia de la prevención de caídas.
- Los pacientes calificados de alto riesgo deben ser educados sobre el riesgo de caídas.

b) Administración segura de medicamentos

La mala administración de medicamentos es otro de los eventos adversos que se han observado con mucha frecuencia pero que no son reportados. La implementación de esta práctica reducirá los errores de medicación en el Departamento de Emergencia, lo que permitirá mejorar la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria. Se plantea las siguientes medidas o prácticas:

- Se debe asegurar que se sigan los procedimientos establecidos por el hospital para garantizar la seguridad de los procedimientos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos. Enfocándose principalmente en los medicamentos de alto riesgo que se gestionan en el Departamento de Emergencia.
- Se deben establecer directrices estandarizadas que aseguren la preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo (concentraciones de las soluciones, velocidades de administración, criterios para el uso de bombas de infusión, etc.).
- La administración de medicamentos debe incluir la verificación del medicamento con la receta u orden.
- Se debe verificar la dosificación del medicamento con la receta u orden.
- Verificar la vía de administración con la receta u orden.
- La administración de los medicamentos de forma puntual.
- La administración de los medicamentos es según la receta y debe anotarse en su historia clínica.
- Se debe verificar la identidad del paciente.
- Se debe monitorizar los efectos de la administración de medicamentos de los pacientes.

6.16.5. Presupuesto

La implementación de estas medidas de acción no ameritará un costo extraordinario al Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, ya que serán incorporadas como parte del Plan Anual de Capacitación.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

7.1. Implicancias

La realidad de la atención sanitaria cada día es más compleja convirtiendo a la seguridad del paciente en uno de los componentes de la calidad asistencial más valorada tanto por las instituciones sanitarias, profesionales de salud como pacientes. Además, es un componente importante en la calidad asistencial dado su complejidad tanto en su aplicación clínica como su organización (Villegas, Toledo & Cambil, 2015).

La seguridad de la paciente brindada en los establecimientos de salud es un aspecto fundamental debido a sus efectos que influyen directamente en el paciente y en los servicios sanitarios, y que está representada por la presencia o no de complicaciones, retraso de procesos, usuarios insatisfechos e incremento de los costos tanto para el paciente como para la institución, en ese sentido, el uso de prácticas seguras, y la aplicación de estrategias para fortalecer la seguridad del paciente y la atención de ellos, es fundamental para fomentar una atención de calidad (Cieza, 2020).

Esa complejidad en la gestión de la seguridad del paciente, no es ajena a los establecimientos de salud públicos, y que se evidenciaría más notoriamente en los servicios de emergencia, donde el flujo de atención y la alta demanda de pacientes afectaría muchas veces su desempeño, y serían muchos los factores o las causas que influenciarían para que no exista una cultura de seguridad del paciente en estos establecimientos de salud, como la falta de gestión y liderazgo de los directivos, el desconocimiento sobre la importancia del tema en los profesionales de salud y administrativos, el limitado presupuesto, entre otros.

Realidad similar se presentaría, en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, donde luego de la evaluación cuantitativa realizada, se observó que el 51.9% de los profesionales de salud y apoyo han señalado que hay problemas vinculados con la seguridad del paciente. Y corroborándose en la calificación global del clima de seguridad del paciente que alcanzó 6.29, siendo un nivel bueno, pero no óptimo o mejorable, lo que demostraría que hay muchas cosas por mejorar en cuanto a la seguridad del paciente en beneficio no solo de los pacientes sino del personal asistencial

como administrativo. Muchas veces se aumentaría el ritmo de trabajo a pesar de sacrificar la seguridad del paciente (49.6%). Esta situación, evidenciaría que se cometen errores en la emergencia sanitaria, pero que no se reportan más por un temor que se quede este hecho registrado en su expediente (73.6%), y que antes de buscar la causa, buscan un culpable (43.4%), hecho que podría ser usado en su contra si es que los compañeros o superiores se enteran (44.2%). Además, hasta el 60.5% no notificaría los errores descubiertos y los corregiría antes de afectar al paciente, por lo que se puede inferir que hay una pobre cultura de registro de los eventos adversos. Al respecto, los funcionarios entrevistados del hospital PNP señalaron, que no se registra, no se reporta o no se identifica, no es porque no exista eventos adversos sino por la respuesta punitiva o sanción al personal que comete el error, esto ha generado que el personal asistencial no este concientizado en notificar los eventos adversos, y que el único evento adverso identificado en el último año ha sido por la queja de un usuario, como la caída de pacientes (pero no fue registrado).

La situación de no reportar eventos adversos, también se presentaría en otras realidades como el mostrado por Mella et al. (2020), quien observó que el 82.8% de los profesionales sanitarios de un hospital universitario no reportaron evento adverso alguno en el último año. Asimismo, Ramírez y Gonzáles (2017), observaron que el 15.0% del personal enfermería percibieron que el clima de seguridad del paciente es entre bueno y excelente, y que las dos terceras partes del mismo personal no habían notificado ningún evento adverso en los últimos años. Por su parte, Rivera et al. (2020), observó que la seguridad del paciente en un hospital de EsSalud, fue percibida a un nivel medio, ósea, planteando estrategias de supervisión para mejorar la seguridad del paciente.

Cabe señalar, que los funcionarios entrevistados de otros establecimientos de salud de Lima y que están vinculados al servicio de emergencia, han identificado eventos adversos advirtiendo la ocurrencia de los mismos. Entre los eventos adversos reportados, estos fueron relacionados a la administración de medicamentos, errores de diagnóstico, errores de procedimientos, error en la dispensación de medicamentos, la salida accidental de un dispositivo invasivo, la caída de pacientes, las infecciones intrahospitalarias y las reacciones adversas por no consultar si tenía antecedentes de alergias el paciente.

Más allá de que no se registran los eventos adversos en el Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, se han identificado que las causas o

factores que influenciarían en la aparición de eventos adversos serían: la falta de personal, la falta de comunicación entre el personal asistencial, la poca infraestructura, y la alta demanda de pacientes, que estaría generando hacinamiento de pacientes, lo que conllevaría al desorden y en consecuencia una atención inadecuada. Además, la información brindada al paciente no sería oportuna, no se respetan los horarios de atención, se cambian sin aviso y causa confusión, al paciente y familiar. Muchas de estos factores también se presentarían en los servicios de emergencia de otros establecimientos de salud (alta demanda de pacientes, falta de personal, falta de organización en el flujo de atención).

En cuanto a las estrategia o líneas de acción para mitigar los eventos adversos, los funcionarios entrevistados del hospital PNP señalaron, capacitaciones continuas tanto para el personal asistencial como administrativo, formar una mesa de trabajo con los distintos profesionales involucrados y el comité de seguridad del paciente. Optimizar el flujo de atención en el servicio de emergencia para realizar una atención oportuna. Poner en práctica las guías de procedimientos o guías de prácticas clínicas. Mejorar la relación paciente – médico/enfermera para que sea cordial. Supervisión y evaluación de las acciones de mejora, y que tengan el apoyo de los directivos del hospital. En opinión de los funcionarios entrevistados de servicios de emergencia de otros establecimientos de salud, muchos de ellos coinciden con las alternativas de solución señaladas por los funcionarios del hospital policial, pero adicionalmente señalaron que se debe contar con mayor cantidad de personal, identificar a los pacientes de forma adecuada, supervisar al personal médico en formación (interno y residente), implementar un sistema de vigilancia de eventos adversos, crear rondas de seguridad del paciente con observadores externos o terceros que determinen los errores o acciones que influyen en la calidad de atención.

Jung y Jeong (2018), encontraron que para mejorar la conciencia de cultura de seguridad del paciente, es necesario fortalecer el profesionalismo y la percepción positiva de la comunicación organizacional en el personal asistencial. Y que la calidad de servicio o gestión de calidad sería un elemento fundamental para establecer un ambiente laboral adecuado y mejora de cultura de seguridad del paciente (Podestá y Maceda, 2018; Wang, et al., 2018)

Indagando sobre los costos cuantitativos o cualitativos por la ausencia de buenas

prácticas de seguridad del paciente, los funcionarios entrevistados del hospital PNP señalaron, que los costos cualitativos, estarían vinculados a alguna denuncia o demanda judicial que podría tener un impacto negativo en la reputación del hospital, además del daño producido al paciente. Entre los costos cuantitativos, estarían vinculados a las quejas de los pacientes que podrían volverse denuncias o alguna demanda judicial, y que podría tener como consecuencia la aplicación de una multa por algún organismo supervisor como Susalud; además, la prolongación por días de hospitalización (reintervención o discapacidad), o por causar la muerte del paciente, los gastos para la familia del paciente. En opinión de los funcionarios entrevistados de servicios de emergencia de otros establecimientos, además de coincidir con muchos de los costos cualitativos, señalaron también, la vida de los pacientes, la angustia, stress y desprestigio de los profesionales involucrados en algún evento adverso, perjuicio para la familia. Y entre los costos cuantitativos, el costo por reparar el daño por un procedimiento incorrecto que causó una lesión grave, el cierre temporal del servicio. Así como, la estancia hospitalaria prolongada que elevaría el número de incidencias de infección intrahospitalarias, eleva la morbimortalidad y el hacinamiento de pacientes. Hay que señalar que se describió un paciente caso (ocurrido hace siete años), que le implicó costos al hospital en este caso, el monto ascendió a S/ 1,090,995.50.

La instauración de buenas prácticas de seguridad del paciente, implicaría muchos beneficios para el hospital, el Departamento de Emergencia y la comunidad policial, entre los cuales, y desde una perspectiva cualitativa, estarían: la satisfacción del paciente por la atención oportuna y el agradecimiento de los familiares; la mejora de la reputación del hospital; reducir la ocurrencia de futuras lesiones en los pacientes; aplicación adecuada de las guías de práctica clínica por los diferentes médicos especialistas, lo que mejorará la atención del paciente, y reducir el riesgo de complicación; la mejora del clima laboral hará que el profesional de salud trabaje más tranquilo y motivado. Entre los beneficios cuantitativos, la reducción de la estancia hospitalaria, evitar gastos por cirugías, fármacos e insumos, evitar sanciones y demandas judiciales.

La seguridad del paciente de forma adecuada es el resultado de la cultura establecida en una organización sanitaria, en este caso los resultados muestran un comportamiento bueno, pero no óptimo o mejorable sobre la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, lo que

evidencia la necesidad de plantear y ejecutar acciones correctivas para su mejora.

La implementación de las acciones correctivas para la seguridad del paciente implica la participación activa y responsable de todo el personal asistencial y no asistencial involucrado en el Departamento de Emergencia, y donde será decisivo el apoyo y liderazgo del personal directivo. El éxito de la implementación del plan de mejora, será el éxito de todo el personal involucrado, y un paso fundamental para alcanzar una cultura organizacional cimentada en la seguridad del paciente, un espacio de trabajo adecuado, donde el profesional de salud y administrativo se sienta motivado y satisfecho, que se refleje en una mejora de la calidad de atención, reduciendo los riesgos de incidentes o eventos adversos.

7.2. Limitaciones

Entre las limitaciones que evitaría que la propuesta de mejora sobre la seguridad del paciente sea viable, la principal sería la económica, ya que el Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, no es una unidad ejecutora, por lo que no gestiona su presupuesto directamente dependiendo en este caso de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, otra de las limitaciones, sería la disposición del comando o las autoridades castrense de la institución sanitaria policial por instaurar una cultura organizacional de seguridad del paciente; sin embargo, se espera con la implementación de esta propuesta, sentar las bases para establecerla enfocado en la atención de calidad del paciente y su satisfacción. Por otro lado, el personal asistencial y no asistencial podría presentar resistencia a implementar estos cambios. Es importante el apoyo de los directivos, para la implementación del proyecto de mejora.

7.3. Agenda Futura

En esta investigación se han identificado varias oportunidades de mejora, pero por los procedimientos que implica, que incluye la aprobación de una asignación presupuestal considerable, no serían viables a corto plazo, no obstante, son aspectos que deben atenderse por ser factores que influenciarían en la ocurrencia de eventos adversos, afectando la seguridad del paciente. Estas alternativas de solución serían la mejora o ampliación de la infraestructura y la contratación de personal asistencial especializado.

Otra acción de mejora, y que puede atenderse a futuro en un corto plazo, es la optimización del flujo de atención en el Departamento de Emergencia, que sería una alternativa de solución más viable, que implica realizar un estudio para optimizar los procedimientos de atención. Y que alcanzaría diversos beneficios como la reducción de los tiempos de espera, optimizar la cooperación y coordinación entre áreas asistenciales, y colaborar en la mejora de la comunicación entre profesionales de salud.

Esta propuesta será presentada a la Dirección General del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, sosteniendo la finalidad, importancia, y el costo-beneficio para la institución, y que favorecerá a toda la familia policial, tanto usuario interno (personal asistencial, administrativo), como usuario externo (personal policial y familiares), con una atención oportuna, inmediata, eficaz y de calidad.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones

- La evaluación de cualitativa y cuantitativa, permitió identificar varias oportunidades de mejora, que permitieron delinear la propuesta de mejora de la calidad de atención enfocada en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, está comprendió seis estrategias o líneas de acción. Además, esta propuesta de mejora tiene un costo-beneficio favorable para el hospital y sus pacientes. Sin embargo, al no tener una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente, podría darse la no disposición del comando o las autoridades castrense de la institución sanitaria policial a viabilizar la presente propuesta, de darse ese caso, se planteó un plan de acción alternativo (piloto), que estará basado en brindar dos medidas de acción prácticas y realizables, enfocado en reducir los eventos adversos más habituales según diagnóstico realizado e incorporarse al plan anual de capacitación.
- No se han reportado eventos adversos en el último año Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, no es porque no exista eventos adversos sino porque no se registra, no se reporta o no se identifica, y la razón principal es la respuesta punitiva o sanción que podría recibir el personal que cometió el error, lo que coadyuvaría a que el personal médico, personal de enfermería y técnico no este concientizado sobre reconocer cuales son los eventos adversos.
- El nivel de percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” es 6.29, siendo una calificación buena pero no óptima o mejorable, para rangos entre 6 y 8⁴. Por lo que es necesario llevar a cabo planes de acción en el corto plazo.
- Esta comprenderá dos planes de acción, principal y alternativo (piloto). El plan de acción principal comprende, seis líneas de acción o estrategias para minimizar los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente, esto son: i) Diseño de un sistema de notificación de eventos adversos, que tiene como objetivo, fortalecer la seguridad del paciente a partir de errores cometidos, este reporte será seguro, sin generar una respuesta punitiva para el personal asistencial y administrativo. Su

⁴ Mella et al. (2020) calificó de buena valores entre 6 y 8 para la calificación de clima de la seguridad del paciente.

- aplicación, debe tener una respuesta constructiva, es decir una retroalimentación a partir del análisis de los eventos adversos; ii) Protocolo de comunicación entre el personal asistencial y administrativo, con el objetivo de optimizar la comunicación entre el personal asistencial de las diferentes especialidades involucradas, que incluye al personal administrativo. Esto favorecerá a mejorar las coordinaciones entre las áreas involucradas y una mejor colaboración/cooperación entre el personal asistencial/administrativo para reducir los riesgos de cometer algún error o evento adverso; iii) Capacitación al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente y la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos, el objetivo es sensibilizar al personal asistencial y administrativo en relación a la seguridad del paciente que prevenga la ocurrencia de eventos adversos, a su vez instruir en la aplicación efectiva de las guías de procedimientos clínicos; iv) Operativizar el comité de seguridad del paciente, el objetivo es promover la operatividad del comité de seguridad del paciente que analice, evalúe e implemente medidas correctivas sobre la ocurrencia de los eventos adversos, además de liderar la promoción de la cultura de seguridad del paciente; v) Fortalecer el liderazgo directivo y jefes de áreas enfocada en la cultura organizacional de la seguridad del paciente, el objetivo es promover el fortalecimiento del liderazgo directivo y los jefes de áreas involucradas en atención del Departamento de Emergencia a través del desarrollo habilidades gerenciales, liderazgo transformacional y cultura organizacional, y vi) Establecer rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo, con el objetivo de favorecer la mejora de la calidad de vida de los usuarios y/o pacientes, para reducir los riesgos en la atención. Asimismo, el plan de acción alternativo (piloto), comprendidos estrategias o líneas de acción: i) Reducir el riesgo de caída de pacientes, con la finalidad de mitigar las caídas de los pacientes, y el daño ocasionado por el mismo, y
- ii) Administración segura de medicamentos, con la finalidad de mitigar los errores de medicación en el Departamento de Emergencia, lo que permitirá mejorar la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria.
- De forma general, tanto para la propuesta de mejora principal como alternativa hay mayores beneficios encontrados que los respectivos costos asociados a dicha alternativa, por lo que, se toma la decisión de llevar a cabo la propuesta de mejora en favor del hospital.

8.2. Recomendaciones

- Se recomienda que la reactivación u operatividad del Comité de Seguridad del Paciente sea conformado por un equipo humano multidisciplinario, es decir, que incluya la participación de todos los profesionales que están involucrados en la seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, y en conjunto con la Unidad de Gestión de Calidad, sean los que lideren la instauración en un corto plazo de la cultura de seguridad del paciente, de esta manera sentar la bases para establecer una cultura organizacional en la institución sanitaria castrense.
- Es prioridad el diseño de un sistema de notificación de eventos adversos para fortalecer la seguridad del paciente, y aprender de los errores, sin tener una respuesta punitiva para el personal asistencial y administrativo, y socializar las experiencias aprendidas para generar un cambio de la cultura organizacional actual hacia una cultura de seguridad del paciente.
- Motivar, incentivar y sensibilizar al personal asistencial y no asistencial sobre la importancia y beneficios de instaurar una cultura de seguridad del paciente en el Departamento de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, de esta manera reducir las resistencias e incertidumbre en el personal involucrado, lo que conllevará a un buen clima organizacional, un mejor desempeño laboral y la satisfacción del personal. Siendo el personal de enfermería un factor clave para tener un ambiente de cultura de seguridad del paciente favorable, ya que son las encargadas mayormente de notificar los eventos adversos, función que debe ser incentivada y valorada por la importancia que significa para la institución sanitaria, por la reducción de costos y los beneficios para los pacientes.
- Es necesario que el proyecto de mejora tenga un carácter vinculante y de cumplimiento obligatorio a través de un documento oficial de Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.
- Realizar estudios de costo-beneficio complementarios para mejorar la toma de decisiones sobre nuevas líneas de acción o alternativas de solución a las planteadas en la propuesta de mejora, para ello es clave contar con mayor nivel de información para poder cuantificar los costos y beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

- Academy of Medical Royal Colleges (2016). *Quality Improvement – training for better outcomes*. <https://bit.ly/3MmKNoW>
- Aranaz, J., Aibar, C., Galán, A., Limón, R., Requena, J., Álvarez, E., & Gea, M. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 41-47. <https://bit.ly/35drWM9>
- Allen-Duck, A., Robinson, J., & Stewart, M. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*, 52(4), 377-386. <https://bit.ly/3vBBZ8M>
- Arpí, L., Panattieri, N., Godio, C., Sabio, V., & Dackiewicz, N. (2017). Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina: Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr*, 115(1), 82–8. <https://bit.ly/3JO117u>
- Arvidsson, E., Dahlin, S., & Anell, A. (2021). Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care. *BMC Fam Pract*, 22(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01462>
- Bernal, F. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un Hospital Nivel. *Revista Científica Curae*, 3(1), 43-52. <https://bit.ly/3KIa1x4>
- Celis, K., Farías, C., Girón, C., & Guerrero, D. (2017). Indicadores de calidad para evaluar el área de emergencias de una clínica. En E. Carrera (Dir.), *I Congreso Internacional de Ingeniería y Dirección de Proyectos III Congreso Regional IPMA–LATNET*. Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería.
- Cieza, M. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un hospital público, 2019* (Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo). Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3sBEoP1>
- Comisión Oficial de Arbitraje Médico – CONAMED (2018). *Boletín Oficial OPS*. Junio 2018.
- Congreso de la República (2005). *Guía de Orientación del Análisis Costo-Beneficio Legislativo – ACBL*. Servicio Parlamentario del Congreso de la República del Perú. <https://bit.ly/3NS16ub>
- Consortio de Investigación Económica y Social (CIES) (2017). *Manual de aplicación ACB y ACE para la presentación o evaluación de proyectos de ley*. Lima, Perú: CIES-KAS. <https://bit.ly/3x5bVC8>

- Chaves, E., & Rodríguez, L. (2018). Análisis de confiabilidad y validez de un cuestionario sobre entornos personales de aprendizaje (PLE). *Revista Ensayos Pedagógicos*, 13(1), 71-106. <https://bit.ly/3MkDiyn>
- Definición.de (2021). *Definición de satisfacción y modelo de gestión*. Portal web Definición.de. <https://bit.ly/35n1u2Y>
- Del Carmen, S. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 288-95. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.
- Echemendía, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 470-481. <https://bit.ly/3vwJj5M>
- Eraso, B., Chávez, M., Herrera, D., Torres, J., Gallo, J., & Armijos, L. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3), 1-8. <https://bit.ly/35wwYnl>
- Estado Peruano (2018). *937-2018-CG Contraloría identifica deficiencias en prestación del servicio farmacéutico del complejo hospitalario de la PNP "Luis N. Sáenz"*. Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://bit.ly/3t08B9o>
- Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos - IBEAS (2010). *Plan de acción para reducir los eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú*. <https://bit.ly/3t3FL86>
- Gallardo, E. (2017). *Metodología de la Investigación: Manual autoformativo interactivo*. Huancayo, Perú: Universidad Continental.
- García, L., & Doria, Y. (2010). *Error y estrategias de control del evento adverso en Quimioterapia Oncológica* (Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana). Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3sYVGo7>
- Gleason, K., VanGraafeiland, B., Commodore-Mensah, Y., Walrath, J., Immelt, S., Ray, E., & Dennison-Himmelfarb, C. (2019). The impact of an innovative curriculum to introduce patient safety and quality improvement content, *BMC Medical Education*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1604-0>
- Gobierno de España (2016). *Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Unidad 1: Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. <https://bit.ly/3hxYzqS>
- Golder, S., Loke, Y., Wright, K., & Norman, G. (2016). Reporting of Adverse Events in Published and Unpublished Studies of Health Care Interventions: A Systematic

- Review. *PLoS Med*, 13(9), 1-22. doi:10.1371/journal.pmed.1002127
- Gutiérrez, R. (2017). *Propuesta de un modelo de gestión institucional para la mejora de la calidad de atención en la unidad productora de servicios de emergencia de adultos, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2013-2014*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3HKqhv7>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México D.F.: Mc Graw Hill Educación.
- Hospital San Juan de Lurigancho (2014) – *Plan de Seguridad del Paciente 2014*. Unidad de Gestión de la Calidad-MINSA-Hospital San Juan de Lurigancho. <https://bit.ly/36RAiK7>
- Jung, S., & Jeong, J. (2018). Influencia del Profesionalismo y la Comunicación organizacional en la Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras en las unidades de hemodiálisis. *Journal Korean Clinical Nursing Research*, 25(1) 98-105. <https://doi.org/10.22650/JKCNR.2019.25.1.98>
- Khathaami, A., Mohammad, Y., Alibrahim, F., & Jradi, H. (2018). Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia. *SAGE Open Med*, 6. 1-7. <https://bit.ly/3HGbkdM>
- MacGillivray, T. (2020). Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 16(3), 192-198. <https://bit.ly/3IHWwfA>
- Mannion, R., & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- McIsaac, D., Abdulla, K., Yang, H., Sundaresan, S., Doering, P., Vaswami, S., & Forster, A. (2017). Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and use of health care resources: a propensity score-matched observational cohort study. *CMAJ*, 189(27). 905-912. <https://bit.ly/35OjPWt>
- Mella, M., Gea, M., Aranaz, J., Ramos, G., & Compañ, A. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Revista Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Salud (2007a). *Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia NT*

- N° 042-MINSA/DGSP-V.01. Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Servicios de Salud. Lima: MINSA. <https://bit.ly/3tw6la5>
- Ministerio de Salud (2007b). *Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008*.
RM N° 676-2006 / MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección
de Calidad en Salud. <https://bit.ly/34KdDyH>
- Ministerio de Salud (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud. Documento técnico*.
Dirección General de Salud de las Personas. MINSA. <https://bit.ly/3KeZA3I>
- Ministerio de Salud (2010). *Proyecto “Infecciones Zero”. Prevención de las infecciones
del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (CVC) en las unidades
de cuidados intensivos de 07 establecimientos de salud de Lima y Callao*. USAID-
Perú, MINSA. <https://bit.ly/38PdmMK>
- Ministerio de Salud (2012a). *Guía técnica para la elaboración de proyecto de mejora y
la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad*. Lima:
MINSA. <https://bit.ly/35jvnBx>
- Ministerio de Salud (2012b). *Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del
usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo*.
Lima: MINSA. <https://bit.ly/3HGbGAO>
- Ministerio de Salud (2015). *Ley N° 26842 políticas, estrategias, conceptos y herramientas
para una atención de salud en un entorno seguro (evitando eventos adversos)*.
Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2019*. Lima: MINSA.
<https://bit.ly/3HKExE6>
- Ministerio de Salud (2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú,
país saludable”*. Lima: MINSA.
- Morris, R., Ruddock, A., Gallacher, K., Rolfe, C., Giles, S., & Campbell, S. (2021)
Developing a patient safety guide for primary care: A co-design approach
involving patients, carers and clinicians. *Health Expectations*, 24(1), 42-52. doi:
10.1111/hex.13143
- Mundo, M. (2018). *Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del
servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada-Lima 2018*.
(Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo). Repositorio Institucional.
<https://bit.ly/3H7dsup>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Sesión 1 ¿Qué es seguridad del paciente?*
Curso virtual de introducción a la investigación en seguridad del paciente.

<https://bit.ly/3vyVS0f>

Organización Mundial de la Salud (2017). *La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años.*

<https://bit.ly/3v7GQyr>

Organización Mundial de la Salud (2019a). *Seguridad del paciente.*

<https://bit.ly/3BENOMt>

Organización Mundial de la Salud (2019b). *72.ª Asamblea Mundial de la Salud “Acción mundial en pro de la seguridad del paciente”.* OMS. <https://bit.ly/3pAcuBd>

Organización Mundial de la Salud (2020a). *Servicios sanitarios de calidad.*

<https://bit.ly/3szUXuM>

Organización Mundial de la Salud (2020b). *OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes.*

<https://bit.ly/3MwUT74>

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2015). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos.* Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.* 57º Consejo Directivo. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. OPS-OMS-Oficina Regional para las Américas. <https://bit.ly/3tm3Ya1>

Pincus, D., Wassertein, D., Ravi, B., Huang, A., Paterson, J., Jenkinson, R., & Wodchis, W. (2018). Medical Costs of Delayed Hip Fracture Surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 100(16), 1387-1396. <https://bit.ly/3MmmA2b>

Podestá, L., & Maceda, M. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(3), 48-56. <https://bit.ly/3BIHyDr>

Policía Nacional del Perú (2019). *Análisis de situación de salud del Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” 2018.* Dirección de Salud Policial – Dirección de Operacionales de los Servicios de Salud. Policía Nacional del Perú.

Policía Nacional del Perú (2021a). *Plan Funcional para puesta en Operación de la Ampliación del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.* Policía Nacional del Perú.

Policía Nacional del Perú (2021b). *Diagnóstico Situacional del Departamento de Emergencia,* Julio 2021. Complejo Hospitalario PNP “Luis Nicasio Sáenz”.

- Policía Nacional del Perú.
- Policía Nacional del Perú (2021c). *Indicadores del Departamento de Emergencia*. Oficina Telemática HN.LNS.PNP. Policía Nacional del Perú.
- Ramírez, M., & Gonzáles, A. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Revista Enfermería Universitaria*, 14(2), 111-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>
- Ramos, K., Podestá, L., & Ruiz, R. (2019). Calidad de servicio y satisfacción de pacientes sometidos a tratamientos estéticos faciales mínimamente invasivos de una clínica privada. Lima-Perú. 2019. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(3), 1-7. <https://bit.ly/3BHcrID>
- Rivera, H., Paredes, B., & Sánchez, S. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud. *Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(2), 85-92. <https://bit.ly/3sJpxSU>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 28(5) 785-795. <https://bit.ly/3HS8bHN>
- Roque, R., Guerra, R., & Torres, R. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2012>
- Santivañez, A. (2019). La notificación y análisis de los eventos adversos: experiencia en el HONADOMANI San Bartolomé. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 65(1):45-50. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2151>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.
- Sawfina, D., Setiawan, M., Irawanto, D., & Rahayu, M. (2019). Effect of Leadership Style on Team Work, Patient Safety Performance, and Patient Safety Culture. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(8), 924-929. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.02012.6>
- Sing, M., Magrabi, F., & Coiera, E. (2018). Delay in reviewing test results prolongs hospital length of stay: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*, 18(1). 1-8. <https://bit.ly/3sF8pxq>
- Staines, A., Amalberti, R., Berwick, D., Braithwaite, J., Lachman, P., & Vincent, C. (2021). COVID-19: Patient Safety and Quality Improvement Skills to Deploy during the Surge COVID-19. *Int J Qual Health Care*, 33(1), 1-9. <https://bit.ly/3HJATdA>
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD] (2016). *Protección de los derechos de*

- los usuarios de los servicios de salud*. SUSALUD. <https://bit.ly/3Cdbfgh>
- Corporación Turca de Radio y Televisión [TRT] (2018). *Perú tiene 12,8 médicos por cada 10.000 habitantes, muy abajo de países OCDE*. Portal Web Corporación Turca de Radio y Televisión [TRT] Español. <https://bit.ly/3pARwSN>
- Vara, A. (2012). *Desde La Idea hasta la sustentación: Siete pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales*. Lima: Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres.
- Villegas, M., Toledo, M., & Cambil, J. (2015). Plan de mejora de la seguridad del paciente en una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica. *Actualidad Médica*, 100(794), 10-14. <https://bit.ly/3i6SWQK>
- Viviano, S. (2017). *Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima - Perú 2017* (Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3HAUSv5>
- Wang, K., Chou, C., & Lai, J. (2019). A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient safety culture attitude among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 225–232. <https://doi.org/10.1111/jonm.12669>
- Zarkali, A., Acquaaah, F., Donaghy, G., Hutton, R., McLaughlin, L., Ngai, J., Parfitt, C., Pirkis, L., & Till, A. (2016). *Trainees Leading Quality Improvement. A trainee doctor's perspective on incorporating quality improvement in postgraduate medical training*. Faculty of Medical Leadership and Management. <https://bit.ly/3IMcxBl>

ANEXO

A. Ficha de recolección de datos

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

(versión española del Hospital Survey on Patient Safety)

Sección A: Su Servicio/Unidad

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

Sección B: Su Hospital

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

Sección B: Comunicación en su Servicio/Unidad

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año....
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año....
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 SI 2 NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 Anestesiología/Reanimación	12 Pediatría
2 Cirugía	13 Radiología
3 Diversas Unidades	14 Rehabilitación
4 Farmacia	15 Salud Mental/Psiquiatría
5 Laboratorio	16 Servicio de Urgencias
6 Medicina Interna	17 UCI (cualquier tipo)
7 Obstetricia y Ginecología	18 Neurología
8 Admisión	19 Traumatología
9 Nefrología	20 Hemodiálisis
10 Urología	21 Medicina nuclear
11 Oncología	22 Otro, por favor, especifique.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? Marque una sola respuesta.	
1 Gerencia/Dirección	7 Farmacéutico Residente
2 Administración	8 Fisioterapeuta
3 Auxiliar de Enfermería	9 Médico
4 Dietista	10 Médico Residente
5 Enfermero(a)	11 Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 Farmacéutico/a	12 Otro, por favor, especifique:.....
52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.					
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).					
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.					

56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.					
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.					
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.					
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.					
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).					
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).					

Guía de entrevista dirigida a Funcionarios (Médicos o no Médicos) vinculados al Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz

I. Objetivo:

Es conocer su opinión respecto al proceso de seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, con la finalidad de elaborar una propuesta de mejora para dicho proceso.

II. Datos generales:

Entrevistado: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

III. Preguntas:

1. ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz? Detalle su respuesta. (Ordenar los eventos adversos según frecuencia y gradualidad)

2. ¿Qué causas o factores influenciarían que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz? Detalle su respuesta.

3. ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz? Detalle su respuesta.

4. ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

5. ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

6. ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz no sea viable? Detalle su respuesta.

7. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional? Detalle su respuesta.

Gracias por su colaboración.

Guía de entrevista dirigida a Funcionarios (Médicos o no Médicos) vinculados al Servicio de Emergencia de otros establecimientos de salud

I. Objetivo:

Es conocer su opinión respecto al proceso de seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia de otros establecimientos de salud, con la finalidad de elaborar una propuesta de mejora para dicho proceso.

II. Datos generales:

Entrevistado: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

III. Preguntas:

1. ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora? Detalle su respuesta. (Ordenar los eventos adversos según frecuencia y gradualidad)

2. ¿Qué causas o factores influenciarían que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora? Detalle su respuesta.

3. ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora? Detalle su respuesta.

4. ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

5. ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

6. ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud donde labora no sea viable? Detalle su respuesta.

7. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional? Detalle su respuesta.

Gracias por su colaboración.

B. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Gestión de Procesos de Calidad en Base a la Seguridad del Paciente en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis Nicasio Sáenz”

La presente investigación está desarrollada por Christian Cachay Alor, Rosa Chacaltana Ayerve, Pamela Neyra Vera, Eva Torres Quispe y Lizbeth Wong Marzano, de la Escuela de Negocios ESAN Business para optar el título de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. El objetivo de esta investigación es desarrollar una propuesta de mejora de la calidad de atención, enfocada en la seguridad del paciente, en el Servicio de Emergencia del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

Si Usted accede a participar en esta investigación, se le solicitará responder una lista de preguntas de una guía de entrevista. El tiempo estimado es 30 minutos.

La participación en esta investigación es voluntaria. La información recolectada será confidencial y no será utilizada para otros fines fuera de esta investigación. Cuyas respuestas serán codificadas utilizando un número o etiqueta de identificación, asegurando su anonimato.

Si tiene alguna duda sobre la investigación podrá hacer la consulta en cualquier momento de su participación. Asimismo, cuando crea conveniente podrá retirarse del estudio sin que esto perjudique a su persona. Si alguna pregunta es incómoda para Usted, podrá comunicarlo a los investigadores.

Desde luego, se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, a cargo de Christian Cachay Alor, Rosa Chacaltana Ayerve, Pamela Neyra Vera, Eva Torres Quispe y Lizbeth Wong Marzano.

Reconozco que los datos brindados para este estudio son estrictamente confidenciales y no será usado para otros fines fuera de esta investigación sin mi consentimiento. He sido comunicado que puedo realizar consultas en cualquier momento del estudio, así como retirarme del mismo cuando lo decida, sin que esta acción tenga algún perjuicio hacia mi persona. Además, cualquier duda poder contactarme con los investigadores Christian Cachay Alor, Rosa Chacaltana Ayerve, Pamela Neyra Vera, Eva Torres Quispe y Lizbeth Wong Marzano.

Además, se me entregará una copia de esta ficha de consentimiento, y que puedo solicitar los resultados de esta investigación cuando termine.

Nombre y Firma del participante

Fecha: _____/_____/_____

C. Entrevistas realizadas

a) Entrevistas a funcionarios del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Entrevistado 1:

Dr. Lulio Capcha Serna - Jefe del Departamento de Emergencia y Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas - Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en la relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del hospital central PNP Luis N. Sáenz?

Bien doctora nosotros tenemos manejamos un registro que es una hoja netamente es de la parte normativa de la seguridad del paciente que lo maneja la unidad de calidad de atención al paciente y este al mismo tiempo tenemos un cuaderno en el que se consolida sobre los eventos adversos y otros durante el mes eso lo está viendo ahora a pesar de que hay un comité seguridad del paciente, en cuanto a los hallazgos en realidad tenemos varios lo que pasa que aún no sea este sensibilizado concientizado al personal médico personal de enfermería tanto como a la enfermería tenemos este profesional enfermera y también personal técnico eso es lo que todavía falta por trabajar debido a que no reconocen en realidad cuáles son eventos y los trámites en realidad los registros que tienen que hacer No los trámites. Entonces eso está en proceso todavía aún el detalle de que nosotros como área de emergencia lo hacemos, pero por parte del comité aún no se ha realizado Entonces por lo tanto no saben identificar los eventos adversos y por lo tanto no se puede registrar eso es lo que pasa doctora por eso durante si sacamos un consolidado reportan como que no hubiera ningún este evento adverso no es porque no haya sino es por no se registra y no se reporta y cómo le dije no se identifica. Porque si hay, el hecho de que hay una queja de parte del paciente o sea tanto del usuario interno como externo hasta el médico se puede quejar hasta la enfermería también se puede quejar Entonces ya eso es un evento no pero no se registra eso es lo que pasa doctora.

Entrevistador: A su criterio doctor o dentro de la estadística interna que uno puede realizar usted podría realizar una de repente una pequeña relación de los principales eventos adversos que se presenta en el servicio de emergencia

Dr. Claro las que nos están registrando

Entrevistador: Claro dentro de repente de las que nos están registrando que usted ha captado

Dr. Lo más frecuente es la queja del familiar por la no atención al paciente, esa es la queja Pero no es netamente la no atención del servicio de emergencia la no atención de otros servicios, pero qué engloba al hospital, pero como por estado de emergencia Solo está haciendo atención presencial al servicio de emergencia es que se genera la queja, pero la queja no es por el hospital ni por el servicio de otra especialidad sino es por el servicio de emergencia eso es en gran magnitud o gran escala digamos el otro es por la falta de algunos servicios complementarios que realmente son eventuales por decir actualmente tenemos el tomógrafo que está malogrado ahí una queja sobre el tomógrafo, pero eso No atañe al servicio de emergencia y si netamente hablaremos emergencia tendría que ser con el déficit de personal entonces al haber déficit de personal es no tampoco porque nosotros como emergencia si solamente cumpliéramos con las áreas correspondientes no habría problema lo que pasa es que emergencias hace la extensión de otras áreas más vale decir que los pacientes permanecen hospitalizados por más de 48 horas Inclusive llegan hasta un mes en algunos casos hasta 2 meses cosa que debe asumir el servicio de hospitalización eso sí sería correspondiente a emergencia pero se ha hecho la gestión correspondiente se ha creado una gestión hospitalaria se ha creado monitoreo de camas pero sin embargo no hay camas en hospitalización. Eso es en realidad lo más resaltante en cuanto los eventos de todos los días.

Entrevistador: Entonces en lo que se refiere a la seguridad del paciente y eventos adversos considera usted que la deficiencia del personal es un factor importante para que estos se presenten.

Dr. Así es y o sea el déficit del personal a nivel hospital

Entrevistador: Ajá, pero que principales efectos o temas relacionados con la seguridad del paciente se han evidenciado o de repente en algún momento habido algún tipo de registro porque me dice que no hay actualmente por falta de conocimiento y todo lo demás que me está explicando, pero de repente si en algún momento habido algún registro Qué evento o qué tipo de circunstancia la que sea adoptado por poner un ejemplo no

Dr. Claro por ejemplo en historias clínicas Sí están si están escritas en historias clínicas no lo han reportado en la hoja oficial que se reporta. Por ejemplo, hay caída de paciente.

Entrevistador: Ok

Dr. Y cuando uno hace el análisis del evento es que había un solo personal de enfermería un solo técnico para más de 12 pacientes que lo habitual es que una observación en emergencia albergue el máximo de 12 pacientes, entonces no se abastece para cuidar al paciente no porque no es otro tema es también lo que se ha dicho y resaltado por lo menos hemos tenido doce eventos el año pasado de caídas de pacientes.

Entrevistador: Doce eventos el año pasado de caídas de pacientes, perfecto. Entonces

2.- ¿Qué causas o factores influirían para que se presenten este tipo de situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia donde labora usted?

Entrevistador: Solamente el tema de la falta de personal o existe otros cofactores que de repente otras circunstancias que podrían influenciar para que este sucediera no. Algo muy importante que usted me dice, perdóneme.

Otros factores no me pueden afectar porque los flujos los procesos están adecuados tiene conocimiento de esto el personal tenemos las camas adecuadas son las camas tipo stryker Son con barandas tienen colchón ropa de cama adecuada manejo. También del paciente sí a veces hay pacientes con agitación está adecuado no es veces es por falta de personal porque los temas registrados. Existen dos eventos y si nos ponemos analizar se puede analizar eran eso el otro podría hacer la falta de comunicación como estamos en estado de pandemia aún de las áreas covid y no covid a veces no se comunican el personal, esto también puede ser otro factor ya el otro es que si hay alguna dependencia mayor del paciente tampoco está permitido el ingreso de familiar si hubiera un ingreso de familiar pudiera también colaborar para poder evitar todo este problema eso es lo que se ha podido identificar doctora otra más importante no caso.

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción se establecería para mitigar de repente algunos de los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente? Obviamente nuestro servicio

Una es capacitación continua, el año pasado realizamos dos capacitaciones al personal de enfermería netamente y al personal de salud médico es mensual casi, y el otro tendría que ser también involucrar a las áreas correspondientes Cómo es el comité de seguridad del paciente unidad de calidad y por supuesto gestión hospitalaria como hemos resaltado es el tema de personal y el área de recursos humanos. Hay un comité entonces eso creo que hacer una mesa de trabajo para ver cómo mejorar este problema que es de varios años en realidad y eso podría mitigar esto y cosa que el paciente hospitalizado con un proceso adecuado llevado de emergencia a hospitalización disminuiría eso disminuiría el proceso

4.- ¿De haber un estudio de costos ya sea cuantitativos o cualitativos considera usted importante el impacto que sucedería de tener una ausencia de buenas prácticas en relación a la seguridad del paciente? O sea, estamos hablando ya es un tema un poco de costos que tanto podríamos ahorrar o qué tanto podríamos gastar ya sea cuantitativo o cualitativamente si tuviéramos unas buenas prácticas en relación a la seguridad del paciente. ¿Cuál cree usted el que sería?

Si, Mejoraría si tendría un impacto, cómo le digo es involucrar a todo el hospital si es a nivel hospital mejoraría un montón lo que pasa es que el hospital lo vemos o tenemos una mirada hacia los pacientes parcializados sectorizados emergencia su paciente, cuidados intensivos con su paciente, hospitalización con su paciente, ambulatorio con su paciente cuando que en el mismo

día ese paciente puede ser usuario de todas las áreas entonces si causaría un impacto. Por decir si tengo un paciente que entra al consultorio por decir un paciente X entra el consultorio de cardiología porque tiene una cita llega cardiología, y de pronto identifica que el paciente está con la presión alta o de repente es una emergencia hipertensiva al mismo tiempo que ya es paciente de cardiología de consultorio se vuelve un paciente de emergencia porque ese paciente tiene problemas de emergencia y no controla la presión arterial al mismo tiempo el paciente ya pueden ser paciente de enfermedad coronaria, porque tendría que pasar a esa área entonces si nosotros trabajamos entrelazados entre todas las áreas correspondientes. Por supuesto, el impacto sería fértil si hablamos entre costos, pero si vamos a ver un solo servicio de repente no se va a magnificar o no va a tener mucho impacto, pero si hablamos por hospital por supuesto que sí doctora.

5.- Los beneficios que podríamos obtener serían importantes en la implementación de estas buenas prácticas

Así es. Porque a veces en un solo caso es difícil de catalogar o como una pérdida de repente de la oportunidad del paciente en cuanto a la atención y de pronto no solamente necesitaba el paciente estabilizarlo de repente, necesitaba otras cosas más Y por no dar esa atención completa correcta oportuna podemos tener esos eventos y de repente hasta con resultados funestos. Entonces en la vida no tiene precio doctora es prácticamente un solo paciente que tenga esto y en realidad el impacto sería enorme si es que se habla de costos por un solo paciente porque un solo paciente podría generar toda una problemática a un servicio de salud porque nosotros vamos a transpolar a que se genere ya en una queja a nivel su salud o a nivel judicial la multa es inalcanzable para poder prácticamente esa multa que genera susalud para poder resarcir ese daño que se le ha causado a la persona independientemente cual es el daño que se causa y si es con resultado de muerte sería altísimo, sí hemos tenido algunos casos de años anteriores me parece del año 2018-2019 habido casos de muerte y la multa es alta entonces sí uno aplica la seguridad del paciente en cuanto a costos pues el costo va a ser en cuanto al resarcimiento por una multa va a ser menos, pero el impacto hacer alto porque no vamos a tener estas cosas.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones cree usted que evitaría que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia se lleve a cabo Por lo cual de repente no podríamos implementar o no sería viable en nuestra institución?

Dos cosas, doctora, más relevantes y algunos de repente complementarios una de ellas es tener personal capacitado o sea personal cuando digo capacitado que tenga personal que son gestores no que sean personal de administración que sea un personal que conozcan de gerencia eso sería una limitación que en realidad adolecemos en el hospital. Y el otro es sencillamente la voluntad si nosotros queremos hacerlo no podemos hacer porque otro tipo de limitación mayor no hay. Y otra de las limitaciones es el compromiso de la persona como le digo las capacitaciones a pesar que se dé a veces no hay todavía una resistencia de personal eso no y una vez capacitado hay que llevar a cabo los procesos para cuidado del paciente y el proceso también como le digo es integral cómo tiene que ver en forma de equipo de trabajo ya sea de emergencia o a nivel del hospital también.

7.- Tiene usted algún comentario o sugerencia adicional que de repente sea proyecto de mejora o algo que usted porque ya me ha mencionado el o que si plantea profundizar o ha estado profundizando es el tema de capacitación para una interiorización entiendo yo por el servicio de enfermería sobre el tema de seguridad y de reacciones adversas que lo mencionó hacia un momento que había realizado algunas capacitaciones, pero algún comentario o sugerencia adicional que tuviera

Los comentarios serían por parte de nosotros como conocemos el comité de seguridad del paciente sería bueno que se involucre con el comité del hospital que se involucre sobre este tema porque en comité hay varios profesionales y de repente pedir también el apoyo a los profesionales que conocen de este tema y hacer un plan de trabajo para la mejora de esto a nivel del hospital y eso sería mi comentario doctora.

Entrevistado 2:

General Jorge Alberto Villacorta Ruiz - Director del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"

1.- Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz?

Bueno nuestros pacientes actualmente presentan una desinformación en cuanto lo que es el flujo de atención eso nos trae a nosotros una demora en la apertura de una historia clínica nuestros pacientes a veces este no son atendidos de manera inmediata demoran los especialistas en venir cuándo se pide una interconsulta tenemos falta de medicamentos falta de insumos de biomédicos pacientes que tienen que comprar cuando el seguro es el que tiene que darles estos insumos hay una desinformación hacia los familiares ellos se quejan porque reciben una información a destiempo todas estas cosas hacen que no tengamos una adecuada atención hacia nuestros usuarios entonces nuestros pacientes son nuestra razón de ser y todo esto lleva a que la relación del profesional de la salud con el paciente se rompa y no haya muchas veces empatía entre ambos componentes de esta relación profesional de salud- paciente, pero estamos a tiempo de mejorar estamos buscando las formas de mejorar.

Bueno en cuanto a qué efectos adversos he podido, he podido percibir por ejemplo la vez pasada tuvimos un paciente que lo trajeron, es un paciente de la tercera edad que sufrió una caída estando en observación de emergencia y terminó con una fractura de cadera, he visto pacientes que estando en una cola larga esperando su apertura de su historia clínica se han desmayado, y a veces hay demora en atención inmediata porque, porque no habido una silla de ruedas, no habido una camilla, tenemos este demora por ejemplo en poner la sangre paciente anémico que tiene que hacer una transfusión se demoran o también las reacciones anafilácticas que he visto que se han producido, relaciones medicamentosas esas cosas yo he podido percibir en emergencias y de verdad que yo creo que con un poquito más de orden estamos ya tratando de ordenar para poder mejorar esta situación.

2.- ¿Qué causas o factores influenciarían que se presente situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz?

Definitivamente la principal causa de que se presenten estos efectos adversos que van a alterar la seguridad del paciente es que existe demasiado paciente que viene o acude a la emergencia pudiéndose atender en el primer nivel de atención existe mucha demanda de pacientes y poca infraestructura o poco espacio para poder albergar a todos los pacientes que vienen por emergencia y eso pues definitivamente condiciona un hacinamiento en los sitios donde se encuentran los pacientes tanto los que están en observación como los que están en espera de atención, en triaje o los que están siendo evaluados por los médicos que están de turno realmente los pacientes que nosotros atendemos son muy demandantes. Y para ellos todos los que vienen todos son emergencia cuándo si nosotros hacemos un buen triaje tenemos pacientes tanto de emergencia, como pacientes de urgencia y pacientes que pueden ser vistos por consultorio, pero en emergencia eso está sucediendo entonces si nosotros tenemos hacinamiento de pacientes en primer lugar que no sabemos si puede haber pacientes con enfermedades infectocontagiosas uno, el hacinamiento de los pacientes conlleva a que al desorden, el desorden nos brinda una mala atención del personal de salud cómo lo dije anteriormente una demora en la aplicación de medicamentos pacientes pueden sufrir caídas y muchas veces llegan a ver agresiones tanto entre familiares como también entre los familiares y el personal de salud y esas cosas tenemos que evitar.

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción se establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Yo creo que para mitigar estos efectos adversos y qué pueden condicionar a alterar la seguridad de nuestro paciente debemos de primero establecer un flujo de atención en emergencia, un flujo desde el momento que llega el paciente hasta el momento de ser atendido cuándo y cómo y de una manera oportuna definitivamente, pero este es un tema que también tiene que ver la dirección

de salud porque no todo paciente debería llegar a nuestro establecimiento de emergencia, si nosotros reforzamos el nivel de atención yo creo que vamos a disminuir en mucho la cantidad de pacientes que vienen a la emergencia. Asimismo, nosotros tenemos que basarnos, nuestros colegas a las guías de procedimientos o guías de las prácticas clínicas, a los protocolos atención al usuario y eso está establecido, todos los servicios lo tienen, los protocolos de atención en emergencia, eso debemos de poner en práctica y con eso vamos a evitar también muchas veces denuncias que a veces nos hacen por mala práctica cuando nosotros hacemos este todo dentro de los protocolos establecidos que han sido aprobados. También nosotros este creemos que la buena relación que debe existir con los pacientes con el médico o con las enfermeras en el personal de salud siempre debe ser cordial, esa buena relación nunca debe perderse para evitar justamente esas quejas, esos altercados creo que son cosas que nosotros estamos poco a poco esté implantando dentro de nuestro hospital, pero nosotros tenemos que tomar conciencia de que ese señor que viene nuestra atención es porque viene por ayuda y nosotros debemos verlo como una hermano, como un padre porque son nuestra razón de ser.

4.- ¿Cuáles son los costos cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Definitivamente la queja y tenemos que lidiar contra las quejas cuando un paciente no se siente bien atendido, cuando un paciente se ve menguado en su salud, cuando un paciente tiene efectos adversos, qué es lo primero que hace se queja del profesional se queja de todo el personal de salud y luego presenta su queja presentan denuncias y eso es lo que nosotros tenemos que evitar no, eso es lo principal la queja el no estar conforme con la atención y muchas veces un profesional de salud es enemigo del otro profesional de la salud porque, porque los pacientes se van a otras instituciones y en dónde te han tratado de tal sitio, te han tratado mal, entiendes y eso conlleva a que, a que hayan denuncias que salgan en las publicaciones en las redes sociales, en los periódicos y las radios incluso hasta en programas televisivos cuando todo esto se puede evitar.

5.- ¿Cuáles son los beneficios cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto de la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Definitivamente creo que la satisfacción de haber hecho un buen trabajo, la satisfacción de recibir un agradecimiento sincero de parte del paciente o familiares porque han recibido una atención oportuna, cabal que ha disminuido la estancia hospitalaria que nos ayuda porque disminuimos los costos tanto para el paciente como para la institución eso es lo más importante, y así vamos a levantar la imagen de nuestra institución de nuestro hospital que tiene que ser, volver a tener el prestigio que tenía años atrás eso es lo más lindo y no se puede medir esa satisfacción de que sentimos los profesionales de la salud cuando salvamos una vida, cuando arrancamos de los brazos de la muerte a un paciente es una satisfacción enorme y eso es lo que más nos debe importar.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones evitaría que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz no sea viable?

Definitivamente la primera limitación es económica porque teniendo limitaciones económicas no podemos llevar a dar un servicio de salud adecuado por falta de medicamentos, falta de insumos biomédicos, falta de camas, falta de personal, un tema que también es importante en la cultura de nosotros la capacitación, ¿nuestro personal están capacitados realmente para atender a los pacientes o de repente le falta hacer un recordaris?, hay que capacitarlos constantemente, falta de capacitación de modernización tanto de los equipos médicos como de los propios profesionales de la salud mejorar la parte de informática en nuestro hospital, nosotros no tenemos una historia clínica electrónica donde deberíamos tener ya estamos en el siglo 21 son cosas que si no mejoramos definitivamente van a conllevar a que, a que el paciente no se sienta seguro pues o que podamos producir algún tipo de daño entiende entonces en eso trabajamos en eso tenemos que ir de la mano.

7.- Tiene algún comentario o sugerencia adicional.

Si claro que yo los felicito a todos y cada uno de los colegas que están terminando está maestría y los exhortó a actuar siempre con honestidad a poner primero al paciente antes que los intereses propios, recuerden que tienen como siempre lo he dicho tienen una familia atrás que es orgulloso de ustedes todo y cada acto que cometen o que hagan como profesionales de la salud primero Dios, luego la familia y sigan adelante capacitándose porque solo es la única manera de que nuestra institución se vaya modernizando día a día, los puestos van a pasar, pero los hombres van a quedar y los puestos quedan a ser ocupados por personas más jóvenes, más capaces porque llega un momento también los que somos mayores, sus hermanos mayores vamos a tener que descansar y vamos a pasar al retiro está maestría que es la primera vez que lo hacen para la sanidad, deja en usted es una luz de esperanza de la institución hacia ustedes les deseo todos los éxitos, y que yo sé que cada uno de ustedes para brillar con luz propia.

Entrevistado 3:

Lic. Eglia Badajoz Trinidad - Jefa de Unidad de Gestión de Calidad

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde labora? Detalle su respuesta. Ordenar los eventos, adversos según su frecuencia y gradualidad

Yo debo resaltar dos principales eventos adversos, una es el inadecuada información al paciente, sea desde el punto de vista de la necesidad de información médica, tanto como las necesidades del paciente de la parte de enfermería al familiar responsable, no se respetan los flujos, no se respetan horarios se cambia y no se avisa y eso crea confusión en el usuario, por lo tanto, empiezan no información no se enteró de los análisis, no se enteró del estado del paciente y no se enteró de la receta, etc., entonces, serían los dos principales.

2.- ¿Qué causas o factores influenciarían que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde labora?

Yo durante el año pasado que ha sido el aporte de cuatro a cinco servicios, notificación y reporte de eventos adversos en el servicio de emergencia, solamente tuve un solo reporte de evento adverso y fue porque el usuario se vino a quejar si no, no tengo el reporte no lo hacen, refieren siempre me reportan que no tienen ningún evento adverso durante el mes y que sumado es todo el año.

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde labora?

Yo tomaría con la experiencia de haber hecho la capacitación para sensibilizar o actualizar al personal de salud sobre la seguridad del paciente y notificación de eventos adversos al ver que solo hemos obtenido la colaboración y respuesta de cinco servicios de un total aproximado entre consulta externa y hospitalización y emergencia incluso de un total de aproximadamente treinta y un servicios con emergencia, sería la capacitación continua monitorización de las acciones, supervisión y evaluación a proyectos de mejora, acciones de mejora porque proyectos es grande en realidad proyecto es algo mucho más elaborado y más grande, pero acciones de mejora por cada evento que se presente y supervisado monitoreado, y apoyo principalmente del personal directivo hablamos del director, subdirector de la IPRESS y DIRSAPOL también.

4.- ¿Cuáles son los costos cuantitativos y cualitativos que considera importante en el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta

Todos tenemos estudios solamente referenciales a nivel internacional a nivel nacional en las unidades de cuidados intensivos, ahora últimamente post pandemia en las unidades de atención primaria, pero acá en el hospital no hay estudios de investigación sobre lo reporte, la incidencia

de eventos adversos no se podría tomar más que de cinco servicios y de estos cinco servicios que no está incluido emergencia porque no reporta se podría decir que es igual la falta de información, ya que por la post pandemia la información se hizo virtual se estableció se protocolizó que sea virtual, pero acá falta hacer un estándar de pautas que debe recibir de información que debe recibir de parte del médico el familiar del paciente. Los costos son altos porque las es como una cascada de errores, un pequeño error va creciendo y hasta colocarse incluso si es que no sé interviene alguien no se da cuenta o notifica el evento adverso para poder intervenir el evento adverso de un evento adverso leve puede convertirse en un evento adverso grave y este grave obviamente está considerado moderado grave está considerado por los días hospitalización graves por la reintervención, por la discapacidad y por último el evento centinela que es la muerte del paciente, entonces con los trabajos de investigación se estima que de cada diez pacientes cuatro sufren eventos adversos y de estos eventos adversos en 68% el 80% perdón son prevenibles a nivel internacional y en algunos estudios a nivel nacional que son pocos generalmente estos internacionales han sido los estudios metaanálisis que se hicieron a partir del 2005 por el y esto se originó a partir de un libro escrito el cual es muy conocido qué es el error, el error humano sobre y habla sobre las el daño producido el daño producido en los pacientes durante la atención sanitaria ajenos a la causa por la que ingreso el paciente atenderse.

5.- ¿Cuáles son los beneficios cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Los beneficios son muchos acá los costos no solamente son institucionales porque enfrentarse a un paciente que ha sufrido un daño moderado de un evento adverso moderado grave el costo institucional es institucional, pero también es del familiar porque hay costos indirectos el costo del paciente por discapacidad el paciente que deja de trabajar la familia que deja de percibir el ingreso del paciente el gasto que ocurre por la atención de la familia del paciente hospitalizado o que tiene una hospitalización prolongada y mucho más si le aumentas su discapacidad, por lo tanto, siempre hay una pérdida material de persona y de propiedad incluso por qué afecta, también afecta a la institución sanitaria.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde labora no sea viable?

En mi opinión acá mucho, mucho estando bajo el régimen en el que nosotros estamos trabajando laboral es jerarquizado esta disciplina nos lleva tan igual que cualquier efectivo policial yo creo que es importantísimo el apoyo la sensibilización a la dirección el apoyo de un directivo es básico para este tipo de actividades de prevención de riesgo para la seguridad del paciente prevención de riesgos y luego la capacitación esta capacitación podría ser ya sea externa e interna por especialistas, una supervisión continua porque esto además el hecho de que sucede un evento adverso no es culpa solamente del profesional o del usuario interno es también los eventos adversos las causas de raíz del evento adverso también es de estructura de organización y acá tenemos una grave falencia qué es la de falta de personal atendemos ni siquiera nos acercamos al estándar de atención por la que podríamos exigir también mayor aplicación de estándares, protocolos, flujos, etcétera. El hecho de que haya poco personal hace que uno mismo crea estrategias, pensando qué es la ideal, creamos estrategias para poder culminar con el trabajo de cada turno y a veces y esto conlleva a errores, a eventos adversos

7.- Con respecto a la séptima pregunta tiene algún comentario o sugerencia adicional, detalle su respuesta.

Sí lo ideal lo importante aquí es crear cultura y en base a eso se debe trabajar la cultura organizacional capacitación continúa, supervisión continúa, monitoreo continuo hasta crear cultura de seguridad del paciente que se agregue que se implante que se quede implantado en la mente de todos no y que a su vez esto sea pasado de generación en generación como algo establecido importante irremplazable así también al personal que tenemos al cual se incorpora por cas, por contrato, cualquier tipo de personal profesional o técnico que ingrese a la institución debe

ser inducido en base a este tema para crear la cultura organizacional, la cultura sobre seguridad del paciente, prevención de riesgo para la seguridad del paciente ese es el tema.

b) Entrevistas a funcionarios vinculados al servicio de emergencia de otros establecimientos de salud

Entrevistado 1:

Dr. Lau – Jefe del Servicio de Emergencia - Hospital FAP

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del establecimiento de salud donde labora?

Bueno hemos tenido a veces cuando hemos colocado un enema de un paciente al momento de defecar se hipotenso entro en paro y falleció eso fue uno de los casos, otro caso que también he visto que hemos tenido son cuando administramos algún medicamento por vía periférica en el apto cuando vamos a hacer flebitis se enconcha y toda la pierna se le vuelve eritematosa y de ahí quedan secuelados.

2.- ¿Qué causas o factores cree Ud. que influyen a que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia donde Ud. labora?

Bueno a veces como hay tantos pacientes, no puedo estar atrás de cada uno colocan el medicamento y van a ver a otro paciente uno puedo hacer eso y otro también las situaciones de stress estás viendo que estas manejando los pacientes más graves que te estresas el personal se estresa y van viendo más por prioridad las cosas leves como que no llaman mucho la atención, pero sin embargo producen el daño.

3.- ¿Qué acciones o estrategias cree Ud. que debe de ser consideradas para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia donde labora?

Mitigar tendrían, tener mayor cantidad de personal para abastecernos de la demanda que a veces puede ocasionar ya hacer también charlas o talleres para manejo del estrés para afrontar estas situaciones muchos se desensibilizan ya se le va a poner rojo por ejemplo en la flebitis ya se le va a pasar sin embargo a veces queda secuela o le queda doliendo como queda el paciente con trauma de ahí ya no va a querer ponerse medicamentos o en el peor de los casos van a necesitar correcciones quirúrgicas.

4.- ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Bueno el costo de la reparación en el caso de que hubiera una lesión grave, el paciente después va hacer un nuevo gasto para tratar por ejemplo en el caso de la flebitis tiene que venir para tratarse la flebitis y si le necroso cirugía plástica o esas cirugías materiales que se va a requerir entonces el costo se elevaría por una simple atención que podría repetir en múltiples hasta con secuelas.

5.- ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

Más que todo con el paciente de beneficiaria de no tener unas futuras lesiones el otro seria que al tener este mecanismo como feedback podemos corregir con nuestro personal y ellos van adquiriendo mejor conocimiento y precaución básicamente contra para evitar estos daños.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia no sea viable? Detalle su respuesta.

Bueno eso depende mucho de las cabezas de los jefes uno puede proponer mecanismo de mejora, pero si llega a los entes reguladores y no lo consideran simplemente se queda trunco a veces también por presupuesto también lo truncan porque no va a gastar tanto ahí nomás queda a pesar de que le decimos que van a mejorar van a ahorrar en un futuro ellos dicen no, no, ahorita yo no tengo plata así que no entonces muchos lo cortan.

7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional? Detalle su respuesta.

Bueno sería la implementación de esto un poco más rápido y concientizar al personal que no va a ver represalias sino mejora de los pacientes.

Entrevistado 2:

Dr. Cap. Aníbal Marquina Gálvez - Jefe del Servicio de Emergencia – Hospital Naval

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de donde usted labora?

Bueno básicamente tratamos de tener mucho cuidado y desde ahora lo último se ha implementado el sistema de los cintillos de identificación del paciente para evitar o minimizar el riesgo de errores no, que haya habido algún proceso así de seguridad del paciente alguna vez no ahora hace tiempo hubo por error una administración de un fármaco equivocado por ejemplo un paciente que felizmente no trajo mayores complicaciones no le pasaron el fármaco a un paciente que era para otro, pero algo pues que felizmente no era tan nocivo algo si tipo como un omeprazol una cosa así no, pero no para el paciente que le correspondía, pero si pues ese error no puede cometerse porque podía haber sido un antiarrítmico o alguna otra cosa que podía haber traído consecuencias no entonces tratamos de palear eso ahora con los cintillos identificadores de los pacientes no ya eso usted cree que es el evento con mayor frecuencia que ha ocurrido en el establecimiento de salud.

No es muy frecuente tampoco no, sino que es algo hemos tratado de que no se vuelva a presentar, que no se vuelva a dar caídas de pacientes no tengo generalmente en emergencias a pesar de que es un ambiente de bastante tránsito cosas que sí se ven en las salas de hospitalización sobre todo pacientes mayores bueno básicamente nuestro problema supongo que al igual que usted será radicada en lo que es la falta de personal no, no tenemos personal suficiente entonces eso nos trae más que nada reclamos de los usuarios no, no sé cómo será la emergencia de la del hospital de policías supongo qué bueno tiene más pacientes que nosotros, pero esto es una emergencia que si bien tiene una demanda de entre 120 y 150 pacientes al día nada más la gran mayoría son prioridades 3 y 4 o sea pacientes que digamos vienen por cosas que no son emergencias, pero qué bueno exigen ser atendidos y esa demora es la que hace por falta de personal que a veces se les atienden después de unas horas y genera malestar y disconforme más que nada no esa es el principal problema que tenemos acá quejas de los usuarios no.

2.- ¿Qué causas o factores influenciaría que se presentan situaciones o eventos adversos en relación de la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Bueno el hospital naval cómo creo que el de todas las fuerzas armadas y policiales son hospitales docentes no entonces siempre al ser hospitales docentes hay gente que esta formación sea médicos, enfermeras no técnicos y si es que no están adecuadamente supervisados es algo que se incide bastante ahí es donde se pueden dar los errores producto de la curva de aprendizaje no entonces le exigimos bastante a los asistentes que estén pendientes de la labor que realizan los residentes, por ejemplo para minimizar errores digamos, acá tenemos pues la consigna de que como le digo gran parte de las prioridades son pues un dolor faríngeo, un cuadro gripal qué no amerita mayor emergencia que puede ser visto por consultorio externo pero lo que si le hacemos hincapié a los residentes y a los internos es que ellos tienen que avisar y hacer que el asistente obligado vea todo dolor abdominal toda cefalea, definitivamente dolor torácico no se

nos vaya a pasar porque si ha pasado en otras ocasiones que mandan un dolor torácico a su casa, un infarto su casa o un este estrop a su casa y consecuencias que ya sabe entonces se trata de evitar eso incidiendo en la supervisión continúa del personal.

3.- ¿Qué estrategias líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Básicamente lo que ya te dije uno es identificar los pacientes adecuadamente para que no hayan errores de por ejemplo lo que se llama administración de fármacos equivocados o procedimientos no este errados y definitivamente la supervisión y control que eso es lo que se dificulta un poco a veces porque hay de repente muy poco personal para poder supervisar a todos los que están digamos rotando por acá no y se incide bastante en el personal si bien se le insiste a los coordinadores supervisores o tutores que estén encima también se les da bastante charlas y bastantes academias se llaman acá a los este mismos residentes e internos que no sean muy autosuficientes no, se van a encontrar con mucha que es muy proactiva y muy autosuficiente y a veces toma decisiones solo sin consultar a nadie, se incide bastante en tratar de mejorar esa parte no.

4.- ¿Cuáles son los costos cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Ah bueno definitivamente como usted sabe estamos acá supeditados ah sí bien somos ministerio de defensa al atender pacientes de salud y civiles, llámense los familiares de los derecho habientes de los titulares estamos sometidos a las constantes evaluaciones e inspectorías e inspecciones a su salud de los entes reguladores Susalud, la Diresa Callao que hacen hincapié en eso y reciben a veces los reclamos de los pacientes por presuntas maltratos negligencias y entonces si es que se logra demostrar una falencia por parte de nosotros definitivamente y una sanción económica de por medio que es bastante fuerte no como usted sabrá.

Entrevistador: Sí y en cuanto por ejemplo ha considerado el beneficio de tener un cómo le diría, guías de buenas prácticas a seguir por ejemplo para evitar los eventos adversos ¿Cuánto esto funcionaría a diferencia en no tener las buenas prácticas? ¿Cuánto a eventos adversos, cuál sería el impacto del costo de este?

Dr. Difícil cuantificarlo o sea acá en todos los servicios de áreas críticas tenemos las guías de práctica clínica las guías de manejo de las diferentes patologías pero como usted sabrá pues son las 10 patologías más frecuentes entonces éste le soy sincero acá en emergencia como supongo ahí también rotan médicos de todas las especialidades sobre todo los residentes que están en formación no solo tengo un emergencista de guardia pero el resto son residente de dermatología, de cardiología cada uno con sus diferentes competencias, entonces a veces les cuesta un poco tratar de manejar algo que no es habitual a su especialidad es parte de su formación cuándo son r1 o r2 pero este tenemos las guías para que las lean ahora, honestamente no sé cómo será usted es doctora o residente.

Entrevistador: No, soy médico de Rehabilitación.

Dr. Haya es médico de rehabilitación entonces este no sé cómo será en su servicio pero cuando son foráneos a veces tienen las guías ahí pero no las leen no están ahí son letras muertas no entonces difícil poder hacer de que lean esas guías sobre todo cuando no son de su especialidad el residente de cardio te va a saber perfecto la guía de manejo del infarto el manejo de las arritmias rcp probablemente no más no el dermatólogo o más no el psiquiatra no entonces eso es lo que digamos este no sé cómo se podría mejorar esa parte obviamente para esto todos ellos deben consultar al asistente para eso hay un asistente que los orienta en esa parte.

Entrevistador: Entonces usted consideraría importante el impacto en cuanto al costo en cuanto a tener eventos adversos

Dr. Yo creo que, si no, o sea si es que cuando alguien no domina el manejo de alguna patología es cuándo ocurren las complicaciones y eso trae pues un solo paciente te puede traer sanciones por parte de las mismas entidades reguladoras o posibles demandas de tipo judicial por mala praxis y negligencia, entonces definitivamente el impacto es fuerte hay que estar atrás de eso.

5.- ¿Cuáles son los beneficios que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

No definitivamente si hay buena implementación de estas guías definitivamente la atención del paciente va a mejorar, disminuye considerablemente el riesgo de cometer errores no como usted sabe estos errores son involuntarios nadie es malo para ir hacerle daño al paciente, pero no. La idea de uniformizar manejos protocolizar sobre todo no, acá tratamos de que todo al menos en área crítica yo soy médico intensivista entonces nosotros en nuestra área crítica todo lo tenemos protocolizado no todo se maneja de similar de la misma manera porque ya tenemos un esquema de manejo definitivamente pues no somos robots o sea en ciertas ocasiones interviene el razonamiento médico o cierta interpretación de la guía en un momento pero la guía lo que hace es ordenarte en esa parte y no saltarte pasos ni saltarte etapas que son los que son causa de demanda muchas veces porque los abogados no son médicos pero se dedican a demandar a los médicos entonces ellos siguen las guías para ellos si no seguiste un punto ya estás en falta, entonces igual hay que cumplir las guías que son una guía y orientación general ya después el médico explica su criterio y su razonamiento pero sí definitivamente es importante hacer las buenas prácticas clínicas es muy importante mejor disminuye el riesgo de complicación.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Qué limitante encontraría yo, básicamente. A no todo es viable no, pero muchas veces es el si es que esto trae un costo a veces este es difícil conseguir gestionar y conseguir fondos para implementar algo no es el problema que tienen los servicios de calidad, gestión de calidad al usuario a veces la parte ejecutiva la parte administrativa no le da la importancia necesaria cómo lo vemos en muchas áreas de la parte de medicina, tenemos que estar peleando por equipos por fármacos por medicamentos o contratación de profesionales para tratar de minimizar y tratar de optimizar las buenas prácticas clínicas y a veces no entienden ellos, ellos ven solamente de números costos cuánto me va a costar y a veces no hay el apoyo suficiente en la parte administrativa eso yo veo que es la principal limitación, lo que es la parte económica no lograr hacer a veces que entiendan los gestores o los administradores que no son del área médica que entiendan la importancia de algo así no que es una inversión pero que a la larga te va a ahorrar costos es difícil sobre todo cuando los administradores no tienen mucho conocimiento puede ser brillantes gerentes pero no saben mucho de lo que es el área médica esa parte es la que yo veo más con unas limitaciones es un trabajo titánico y de hormiga tratar de convencerlos de la importancia de aplicar tal o cual proyecto, de la seguridad ante todo.

7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional? En cuanto al tema de evitar estos eventos adversos en cuanto a la seguridad al paciente

No definitivamente en un mundo ideal en un sistema ideal no debería haber estos o deberían estar reducidos a su mínima expresión pero lamentablemente esto es algo que se ve en la práctica tratar, de tener guías de práctica de buena práctica clínica definitivamente y reforzar lo que es la seguridad al paciente definitivamente es un impacto tremendo en la buena atención de nuestros pacientes para disminuir riesgo a demandas disminuir el riesgo de negligencia, de posibles negligencias o impericias e imprudencias como quieren llamarlos los abogados a los eventos que ocurren pero sí definitivamente estoy totalmente de acuerdo con esto ahora poderlo implementar como te digo es difícil no imposible nada es imposible en este mundo pero esperamos pues que se logre algún día implementar esto y disminuir los riesgos eso definitivamente está haya estudiado a nivel mundial tú sabes a nivel internacional el hecho de aplicar en medidas de seguridad al paciente pues definitivamente disminuye tremendamente los costos no pero es algo que se ve en el tiempo no.

Entrevistador: A largo plazo

Dr. A largo plazo entonces y a veces los administradores quieren resultados inmediatos yo invierto para algo, pero quiero verlo ya

Entrevistador: ven los números

Dr. Así es números no te entiendes la importancia nos pasa muchas veces con lo que es comprar de antibióticos compra de nutrientes comprar algunos medicamentos que ellos no entienden es difícil, es difícil es parte, me ha tocado ser jefe de fuera de esto de lo que es la unidad de soporte nutricional y me costaba hacerles entender la importancia de la nutrición de una buena nutrición en el paciente crítico porque tienen pues ideas tan descabelladas cómo decir este pero no importa puedes adelgazara un poquito el paciente si no come bien o le digo pero señor si se le da el nutriente adecuado al paciente va a disminuir su estancia hospitalaria pero cuál es el problema que se quede más tiempo si tenemos camas a ese nivel imagínate

Entrevistador: A llegado no

Dr. Imagínate a ese nivel de batallar hay que llegar hay que tratar de explicarle porque no son del área médica son administradores pues ellos lo ven todo como una empresa digamos, pero usted sabe que la parte médica tiene cierto cariz especial por eso ahí la carrera de administración y gestión hospitalaria que creo que es la que están haciendo ustedes no

Entrevistador: Si

Dr. Ahí les toca batallar ojalá que salgan nuevas generaciones de médicos con las capacidades suficientes para podernos orientar a los que estamos en la

Entrevistador: En la parte administrativa es allí es un caballito de batalla que nos hemos subido y esperemos pues que vean la importancia de esto de la seguridad el paciente

Dr. Así es

Entrevistador: Y se reflejado en los números porque al final de cuentas al disminuir la estancia hospitalaria pues están ahorrando los días

Dr. Claro esa es la parte que cuesta hacerles entender no los médicos los que estamos en la parte de salud de medicina entendemos la importancia de la disminución de la estancia hospitalaria es más todos los trabajos de investigación apuntan a disminuir la estancia en uci, disminuir la estancia hospitalaria por las infecciones por diferentes razones pero si tú ves el hospital como un hotel como que tengo las camas libres y no hay problema ahí comienzan los problemas no entienden la importancia de que el paciente tiene que salir un día antes el impacto económico que hay pero eso no le entienden entonces esa parte es muy difícil

Entrevistador: Y eso nos toca ahora hacerles entender

Dr. Eso les toca a ustedes como nueva generación de gestores médicos

Entrevistado 3:

Dra. Giesela Schweizer Hernández - Jefe de Unidad de Calidad Nacional de Mutual de Seguridad

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del establecimiento donde se encuentra laborando?

Mira yo revise el informe de eventos adversos y centinela del año 2021 que ya me lo enviaron desde el hospital y en el Informe están descritos tres eventos centinelas que ocurrieron en la urgencia y tres eventos adversos dentro del año 2021 o sea serian 6 en total, los eventos centinelas descritos es error diagnóstico, una falsa vía urinaria, la instalación de una sonda Foley y un error de medicamento y dentro de los eventos adversos error de dispensación de medicamentos al entregarle al paciente, la salida accidental de un dispositivo invasivo y una caída.

2.- ¿Qué causas o factores cree Ud. que influyen a que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia donde Ud. labora?

Mira primero porque este es el Informe del año 2021 fue la alta demanda asistencial, nosotros tuvimos una gran cantidad de pacientes con COVID no es cierto, entonces fue una alta demanda también se nos agregó muchas licencias y falta de gente de personal una porque se contagiaron con COVID y otro porque se fueron con protocolo a su casa el hecho de que acá los mayores de

60 años los que tenían morbilidades tenían que irse a su casa entonces faltaba mucha gente y por eso también tuvimos menos gente pero también hubo un aumento de personal nuevo, reemplazo en este tiempo por la contingencia del COVID y demás agregamos la ausencia de familiares acompañando al paciente porque nosotros también ahora hemos aprendido que bueno que el paciente en urgencia ingrese con un familiar que también nos ayude no es cierto dentro aparte de la entrega de informaciones como para prevenir por ejemplo que se nos caiga un paciente y todo esto fue producto de la contingencia por pandemia no es cierto que influyeron estas causas

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia donde Ud. labora?

Yo puse en primer lugar creo que es: Implementar un sistema activo de vigilancia de evento adverso donde un profesional buque la ocurrencia de estos y no solo espere la notificación en forma pasiva porque también yo creo que al analizarlos que hubo 6 eventos dentro de un año creo que son pocos, creo que ahí hay una sub notificación, nosotros siempre tenemos una vigilancia activa que hay una enfermera a cargo que va a buscar los eventos, en la ficha se pregunta al personal entonces esto fueron solo los reportes pasivos, entonces yo siempre creo que esto es importante y por la pandemia también la persona que hacía vigilancia tuvo que pasar a turno entonces se dejó hacer la vigilancia activa entonces yo creo que bueno tener la incrementación de este sistema activo que ayuda a una persona que va a buscar los eventos, también el aumento de cobertura en los periodos de alta demanda, porque también habían periodo donde uno veía los pic donde no podías estar con la misma gente porque te hacía falta el personal tanto profesional como técnico y lo otro diría yo que hay que reforzar la capacitación al personal de staff en gestión de riesgo clínico también la orientación y la capacitación al personal de reemplazo tanto en gestión de riesgo clínico como la implementación de buenas prácticas clínica. Lo otro también diría que es el análisis de los eventos ocurrido con el personal involucrado y la difusión de estos a todo el servicio tomando en conjunto las medidas de mejora, porque muchas veces las medidas de mejora las toma como el equipo calidad y hay que tomarlo en conjunto con los equipos. Y finalmente también es contar con un familiar que acompañe al paciente en el servicio de urgencias, esto también nos ayuda no es cierto a prevenir evento adverso.

4.- ¿Cuáles son los costos (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Yo diría que bueno como en todo lo que está escrito en la bibliografía también uno lo ve en la práctica los que son los costos de la no calidad y que pueden ser en primer lugar:

- La vida de los pacientes no es cierta, que producto de ver todo el paciente puede fallecer o que queden con alguna secuela funcional grave
- Aumento costos hospitalarios por días de hospitalización que hay que agregarle por el evento adverso que son como las cirugías, mayor gasto en fármacos e insumos
- También algo súper importante es la angustia, stress y el desprestigio de los profesionales involucrados porque los profesionales cuando cometemos un evento en el que nos vemos involucrados o sea viene todo un tema complejo de ser la segunda víctima y de sentir que todo el mundo nos mira como que no somos buenos profesionales porque nos equivocamos.
- Y finalmente el desprestigio de la institución

Yo diría que esos son como lo que podría resumir que son los costos más importantes de la no calidad

5.- ¿Cuáles son los beneficios (cuantitativos o cualitativos) que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente? Sustente su respuesta.

- Mejora la seguridad de la atención del paciente evitando muertes y secuelas funcionales graves, que lo que al revés de lo que te decía en el punto anterior si hay buenas prácticas mejora la atención a los pacientes y prevenimos la muerte y la secuela.
- Disminución costos de no calidad, días cama de hospitalización, gastos por cirugías, fármacos e insumos
- Y también el tener buena mejora el clima laboral y la prestación de los profesionales porque se sienten que trabajan en un lugar clínico seguro y en la medida que tú sientes que trabajan en un lugar clínico seguro el ambiente laboral es mucho mejor, mejora enormemente y, por último
- Valor reputación de la Institución que uno identifica que esa institución es buena no es cierto porque no se les muere los pacientes producto de un evento grave
-

6.- ¿Qué tipo de limitaciones, evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia donde Ud. labora hace que no sea viable? Detalle su repuesta.

Yo diría que fundamentalmente el tema tiene que ver con la gerencia en términos de que, si la gerencia no entiende que el aumento de los costos de mayor cantidad de funcionario, o sea cuando colocábamos en los puntos anterior que cuando hay alta demanda sería importante poner más recurso de funcionario para cubrir los periodos de alta demanda que se piense que es un gasto y hay que cambiar y que entienda que en realidad es una inversión para prevenir los eventos graves

7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional? Detalle su repuesta.

Primero el contar con un sistema de vigilancia de eventos adversos es la estrategia que permite la recolección de datos sobre los eventos ocurridos dentro de la atención de salud, y a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Este sistema es una parte de la cultura de seguridad donde se entienden los eventos adversos y centinelas como una oportunidad para aprender y mejorar los procesos clínicos de las Instituciones de salud y debe ser un proceso continuo que involucra a todos los funcionarios, siendo la Unidad de Calidad de la Institución el área responsable de recopilar, procesar, informar y gestionar los eventos adversos, de manera que de acuerdo a los resultados obtenidos del periodo evaluado, se elabora un informe para ser utilizado como herramienta para contribuir a la mejora continua en los procesos, brindando así una atención segura y de calidad a nuestro pacientes, diría que es eso en términos generales lo podría decir. Importante la sugerencia muchas gracias Guisela ha sido muy agradable tener esta entrevista contigo y va hacer muy valiosa para la investigación que estamos llevando acabo
Muchas gracias

Entrevistado 4:

Dra. Carmen Huerta Torres - Gerente General Clínica Jesús del Norte

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos ha identificado en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde labora?

Dra. Bueno los eventos adversos más importantes identificados en emergencia tienen que ver en la clínica con el riesgo de caídas del servicio pues se maneja mucha rapidez todo tiene que ser

rápido y hay gran volumen de pacientes entonces suelen haber problemas con riesgo de caídas, los errores en la medicación también son frecuentes en los servicios de emergencia principalmente y por la ubicación de la clínica la llegada masiva de pacientes debido accidentes de tránsito o debido a que estamos cerca de dos avenidas muy importantes la llegada masiva de pacientes también nos expone a situaciones de riesgo que pueden conllevar a diferentes eventos adversos.

2.- ¿Qué causas o factores influenciaría en que se presenten situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Fíjate que un poco va amarrada a la primera pregunta el tema, el hecho de que la clínica está ubicada en el Cono Norte de la ciudad cerca de dos avenidas principales como son la Panamericana Norte y la avenida Túpac Amaru hace que tengamos accidentes de tránsito o también hay una zona industrial bastante fuerte por acá empresa de cemento, ladrilleras entonces hay accidentes estos pacientes que pueden llegar de forma masiva hacen de que si las organizaciones no están bien estructuradas rápidamente puedan ocurrir situaciones de riesgo o de eventos adversos que tienen que ver y que giran en torno a errores, errores en el diagnóstico confundir a los pacientes confundir los exámenes de laboratorio desde tomarle la placa del tórax le tomó del pie o errores de la medicación que son probablemente los más severos también si no hay una organización adecuada puede haber por decirlo de alguna manera se puede generar descuido tener tantas personas en un solo lugar puede llevar a que no estemos pendientes de que las barandas estén levantadas o a qué algún paciente necesita asistencia en el momento que tiene que movilizarse por ejemplo del tópicos a la sala de rayos x o de la sala de rayos x al baño esos son los factores más importantes que hemos identificado.

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción se establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia?

Es importantísimo tener un comité de seguridad del paciente, tener un comité de seguridad del paciente te va dar la de línea base con expertos que puedan reunirse dependiendo del establecimiento pues una vez cada 15 días o una vez al mes si está comenzando, nosotros comenzábamos estas reuniones una vez por semana cuando decidimos tomar el toro por las astas en tema de seguridad del paciente nos reuníamos una vez por semana entonces lo primero, la primera estrategia es tener un comité de seguridad del paciente multidisciplinario donde participe el médico, el jefe de emergencia, el jefe de enfermeros o el coordinador de enfermeros, alguien de laboratorio, alguien de radiología, las especialidades más frecuentes en el hospital que son básicamente traumatología, ginecología, pediatría, pero también el personal de administrativo es muy importante que esté en la jefa o la coordinadora de secretarías o de admisiones que estén las personas de vigilancia o servicios generales y por supuesto personal de farmacia entonces se conforma un equipo multidisciplinario que va revisando junto con el área de epidemiología cuáles son los eventos más importantes que han ocurrido en un periodo de tiempo determinado y luego a partir de eso comenzar a trabajarlos a través de un pareto comenzando por aquellos que me han generado mayor daño o aquellos que son más frecuentes y luego ir buscando las soluciones, creo que el comité de seguridad al paciente es el que nos da la línea de hacia dónde tenemos que ir.

4.- ¿Cuáles son los costos cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Mire doctora nosotros comenzamos a trabajar seguridad del paciente en Jesús del Norte hace 5-6 años fuertemente 5-6 años, justamente porque el tenerlo como simplemente una tarea adicional de la dirección médica porque por supuesto que se tiene todos los hospitales lo tienen, pero el tenerlo solo como uno de los trabajos que tiene la oficina de dirección médica nos ha costado muchísimo solamente como un ejemplo el que un paciente sufra un error en la medicación que pueda llevar a que su salud sea grave significa el daño para el paciente, el perjuicio para la familia, el costo reputacional que no tiene precio, el costo en la reputación es enorme además evidentemente todas las sanciones que puedas tener por parte de los órganos que son supervisores, pueden ir desde no sé pues 10 UIT hasta el cierre temporal de un servicio entonces no nos ha pasado, pero sí hemos tenido de repente alguna sanción este en el sentido de no viste esto, no cumpliste esto o aquello y a veces uno tiene la mejor intención del mundo, pero cuando tienes

gran cantidad de personas, muchos pacientes atendiéndose a la vez todos demandando por atención rápida si no nos organizamos el costo alto. Hacia el año 2015 o 2016 tuvimos un año sumamente difícil en la que los costos por recuperar a las personas que ya habían sufrido daño llegaron alrededor de dos millones de soles, en el año 2015. Entonces uno tiene que poner un alto y preguntarse oye si todos los años estoy gastando dos millones, dos millones y medio en tomar radiografías, en hacer exámenes de control porque mi paciente se cayó entonces mejor espérate un ratito trabaja para ver en cuánto te puedes no solamente ahorrar, sino mejorar no cuanto puedes mejorar, creo que ese es el foco.

5.- ¿Cuáles son los beneficios cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas a la seguridad del paciente?

Bueno, la lista es bien grande de beneficios no, y voy a comenzar por el personal, el personal que trabaja en una institución que practica, que tiene buenas prácticas de seguridad del paciente, trabaja más tranquilo, trabaja confiado, trabaja sabiendo que su compañero y su colega va a hacer lo correcto trabaja en el pleno conocimiento de que lo que ocurrirá en mi tópico de cirugía es exactamente lo que yo quisiera para mi familia entonces el personal trabaja mucho más tranquilo y motivado eso, número uno el personal. El siguiente beneficio obviamente los pacientes, si nosotros que somos los líderes, los gerentes, los directores médicos nos preocupemos por qué nuestra gente que está en el campo, a nivel operativo tenga las herramientas y las estrategias para tratar bien a las personas, creo que eso es nuestro principal, la gente operativa la gente que está en el campo el emergencista, la enfermera son formados para tratar personas y para salvar vidas es uno de los núcleos en la emergencia, él atiende rápido salva la vida, si uno le da las herramientas ya hiciste todo. Ellos cuidarán de los pacientes y se encargaran de que los pacientes estén atendidos de manera oportuna, un know how completo porque si para atender toda esta cantidad de pacientes tengo 3 enfermeras no funciona todas las herramientas se le tiene que dar al personal los pacientes lo notan lo sienten desde que me atienden de manera oportuna hasta me atienden de manera cálida, desde estoy elijo estar aquí y traer a mis hijos y traer a mi madre porque este en un lugar seguro, esos son beneficios cuantitativos (hay mayor ingresos económicos). Se expresa de lo cualitativo sí, también porque el hecho de tener una buena reputación hará de que te recomienden y esa recomendación generará un mayor flujo de pacientes con un mejor ticket por supuesto, entonces a nivel cuantitativo y cualitativo existen beneficios, de hecho todos queremos trabajar en ambientes que son seguros para nosotros, para los trabajadores que son seguros para las personas que son seguros para la familia, no hay un mejor trabajo o no hay una mejor clínica u hospital que aquel que uno como médico elige para su familia. Entonces en el momento que yo digo, yo traería a mi hijo y a mi familia acá a mi trabajo, así este a 40 kilómetros de distancia de mi casa, es porque realmente hiciste una buena labor. Además de descontar que evidentemente el tener todos los procesos de manera segura en una unidad, en un servicio hará que tengas menos exposición a multas o sanciones, particularmente en Jesús del Norte nosotros tenemos una acreditación de Joint Commission International que es la más importante en seguridad del paciente y cuándo llega un organismo como me avisan, ha venido Digemid o Susalud, feliz de la vida de recibirnos porque estamos absolutamente seguros que todos nuestros procesos son confiables que todo está en orden y eso es bueno, eso es muy bueno se respira esa tranquilidad no, en los pasillos de la institución.

6.- ¿Qué limitaciones evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente tenga éxito?

Creo que la principal limitación es siempre económica, no solamente hablo de la clínica, si no en general uno piensa que invertir en seguridad del paciente no es inversión es gasto y solemos decir cuánto me va a costar implementar el tener epidemiólogo, tener alguien que se encargue de los procesos y me va a costar no sé miles de soles, pero no se pone a pensar que cuando uno coloca en la balanza la inversión en seguridad del paciente versus lo que costo recuperar a pacientes con daño, esto es mucho mejor porque esto es sostenible en el tiempo, no se trata de gastar y gastar, no solamente económicamente, no solamente dinero eso es lo menos importante lo más importante es el daño, el hecho de que nos equivoquemos en un medicamento o que un paciente

se caiga o que no podamos atender porque tenemos una gran cantidad de pacientes con fractura o sangrando, y no tenemos protocolos para atención de llegada masiva de pacientes puede generar de que una persona fallezca o quedé con secuelas importantes para su vida entonces siempre estamos anteponiendo cuánto me va a costar invertir en seguridad del paciente versus mejor no hago nada y ese dinero lo uso para comprar tal o cual cosa, pero las organizaciones tienen que pensarlo dos veces y hacer un análisis mucho más exhaustivo de cómo le ha ido a las demás organizaciones que si han invertido en seguridad del paciente. La limitación del tema financiero no lo es tanto cuando uno compara inversión versus el gasto de todos los años anteriores, creo que es la principal. Una vez que eso ocurre y superado pues el cambio también de la perspectiva de las personas no es tan fácil llegar a un servicio y decir mira de hoy en adelante nosotros vamos a tener que hacer un check list cada vez que tú quieras colocarle un narcótico a un paciente ¿por qué? Porque toda la vida lo hemos colocado así y para qué voy a hacer el check list, no es fácil llegar al tópicus donde está trauma shock y decir espérate que nos vamos a demorar 5 segundos porque necesito que verifiques que el lugar donde le vas a colocar el catéter venoso central haya cumplido con 1, 2, 3 y 4 para evitar luego las infecciones intrahospitalarias o el neumotórax no es fácil entonces hay que trabajar de cerca una vez superado el tema económico hay que ir de a poquitos probablemente es un proceso que tome meses o incluso años pero que hay que hacerlo entonces la limitación económica sería una y segundo la limitación de la cultura de la organización el hecho de que ya nos acostumbramos a que siempre es así y querer cambiar el modelo es una barrera también, pero hay que tener paciencia para poder superarlo.

7.- ¿Qué comentario o sugerencia adicional podría brindarnos dentro de su experiencia?

Nada creo que mi comentario principal es que ojalá todas las organizaciones de salud de nuestro país pudieran pensar un poquito más en esto que usted me está preguntando el día de hoy ojalá que más que el Ministerio de salud que los hospitales pudieran tener un poquito más de cerca esta posibilidad de invertir realmente en seguridad del paciente y que todos los médicos, enfermeras y tecnólogos nos comemos el cuento, pero de verdad sin pretextos sin excusas de manera creativa sin necesidad de gastar tanto dinero con algo tan sencillo cómo hacer rondas de supervisión de barandas arriba varias veces al día hasta que nos acostumbremos que todas las barandas de las camillas tiene que estar arriba son cosas sencillas ojalá que más grupos y médicos nos interese por la seguridad de los pacientes porque es estar seguros todas nuestras familias, nuestros amigos están por toda la ciudad y el Perú y sería excelente que cuando lleguen a un hospital o necesiten asistencia médica lo hagan en un entorno que sea absolutamente seguro.

Entrevistado 5:

Dr. Augusto Cruz Chereque – Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico – Hospital Nacional Hipólito Unanue

1.- ¿Qué situaciones o eventos adversos a identificado en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento donde usted labora?

Bueno este hay muchísimos no sea si uno se apeg a la letra en lo que es seguridad del paciente y busca cumplir con los requisitos o los requerimientos que nos pide el Ministerio o que nos piden las guías, nos encontramos que existe una enorme cantidad de eventos adversos yo creo no los tengo dateado, pero yo creo que la principal este, principal por número o el mayor número está relacionado con los medicamentos ya sea fuera del horario de manera por ahí van los errores más frecuentes obviamente de ahí quizás están los errores relacionados con accidentes, caídas, reacciones medicamentosas adversas asociadas a que no se le preguntó o no se habló con el paciente si es que tenía antecedentes de alergias previas y este por último lugar están bueno yo creo que deberían estar ahí las infecciones intrahospitalarias porque toda infección intrahospitalaria al final termina siendo un evento centinela no.

2.- ¿Qué causas o factores influenciarían que se presente situaciones o eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento donde usted labora?

La sobre demanda de pacientes, tenemos una demanda enorme de pacientes que sobrepasan las capacidades tanto el médico como del personal de salud esa es la principal causa para mí, todos trabajamos en el servicio privado, todo el grupo trabaja generalmente en dos lugares y yo creo que la principal diferencia es la demanda, no es que la gente sea menos capacitada en una, en un lugar privado que en un lugar público, yo creo que es al revés la gente más capacitada la tenemos acá en emergencia en los hospitales nacionales el gran problema es la sobre demanda que tenemos de pacientes, en el cual una enfermera está atendiendo tres, cuatro, cinco pacientes en simultáneo que obviamente la calidad de atención, la calidad de servicio no es la misma que atender un solo paciente en una hora por ejemplo si le damos un ratio. Principalmente asociado al crecimiento poblacional, al crecimiento de la demanda de salud y una oferta de salud muy pobre con respecto al ministerio y también a Essalud yo creo que se aplica igual a Essalud.

3.- ¿Qué estrategias o líneas de acción establecería para mitigar los eventos adversos en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud de donde usted labora?

Bueno nosotros hemos empezado a tratar de que se reporten los eventos inminente no o perdón o que se reporte cualquier evento adverso relacionado con este con los pacientes, el inconveniente que tenemos es que no se reporta por qué reportarlo sería reconocer un error y bueno se intentó crear o el Ministerio nos ha pedido crear este una ronda de evaluación para determinar si está ocurriendo un buen proceso de atención médica en los pacientes lamentablemente no se ha podido implementar tengo entendido que la guía salía entre más o menos 2019 y 2020 la ley el proyecto de ley o lo perdón, el memorándum, la resolución del ministerio, pero que bueno por la coyuntura no se ha podido desarrollar más, por la coyuntura del covid, pero iríamos y iría un poquito más allá de que quizás esto es muy difícil de reportar porque sería reconocer tu propio error lamentablemente yo pienso que si es necesario la presencia de un segundo o un tercero observador que determine los errores o los o las acciones que no mejoran la calidad de atención al paciente.

4.- ¿Cuáles son los costos cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la ausencia de buenas prácticas relacionadas de la seguridad del paciente?

El yo hablaría más que nada cualitativos, los tiempos de estancia hospitalaria se prolonga más allá de lo debido, no entonces yo creería que eso sería la principal causa y obviamente en todo aumento de tiempo hospitalario también me eleva el número de incidencia de infecciones intrahospitalarias, eleva morbimortalidad, etcétera hacinamiento o sea lamentablemente caemos en el círculo vicioso, mala atención al paciente errores del tratamiento nos lleva a mayor estancia hospitalaria eso nos lleva a mayor hacinamiento porque los pacientes se terminan juntando todos en emergencia y eso el hacinamiento me aumenta el número de equivocaciones o de errores en atención médica, atención de salud digamos. Ahora los costos económicos, lamentablemente también deberían ser muy altos el gran problema es que no están debidamente costeados.

5.- ¿Cuáles son los beneficios cuantitativos o cualitativos que considera importante ante el impacto por la implementación de buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente?

Yo primero pensaría en disminución de la morbimortalidad de los pacientes que están en emergencia y también en hospitalización, principalmente disminuyendo los tiempos de estancia hospitalaria, morbimortalidad, tasa de infecciones intrahospitalarias o tasa de complicaciones relacionadas con el manejo médico principalmente igual lamentablemente me gustaría hablar de la parte de costos, pero los costeos son totalmente acá no se realizan de una manera adecuada o no sean están medidos.

6.- ¿Qué tipo de limitaciones evitarían que una propuesta de mejora en relación a la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del establecimiento de salud donde usted labora no sea viable?

Bueno hay muchos factores, no el principal ahorita que estamos observando que nos estamos dando cuenta es la falta de informatización, existen muchos procesos que son mecánicos que nos quitan personal, nos quitan tiempo y quizás si esto fuera automatizado de manera informática los tiempos podrían mejorar y tendríamos personal de salud más dedicado a la atención del paciente versus a lo que están haciendo ahorita de llenar documentos, firmar recetas, traer medicamentos, etcétera. Yo creo que está orientada, todavía no hemos dado el Ministerio, todavía no ha dado ese salto cualitativo con respecto a la medicina moderna, no en el cual todo esté informatizado, me permite el manejo de recursos y de medicamentos de una manera mucho más eficiente y permite que el personal de salud se dedique solamente a brindar atención de salud, cuando los tengo haciendo otras cosas que no tienen que ver para nada con la salud. Yo creo que por ahí va mi principal limitación o la que yo estoy viendo ahorita, yo estoy tratando ahorita de mejorar el sistema informático historia clínica electrónica, laboratorio electrónico, farmacia electrónica y bueno es lo que estamos tratando ahorita de implementar obviamente para eso nos va a faltar un poco de tiempo y sobre todo presupuesto porque tampoco muchas entidades no lo perciben como importante y es más no lo peor de todo es que ni siquiera el personal médico lo cómo se llama le parece importante no o sea ahí va lo otro ya está bien la parte informática tener más ofertas de salud, pero también el problema que cae también es en el médico el personal de salud está acostumbrado a trabajar de una manera que ya lo hemos venido haciendo porque nosotros aprendemos por copia, nuestro sistema de aprendizaje es copia de lo que vemos cuando somos internos, cuando somos residentes y eso se mantiene no, un sistema no orientado al bienestar del paciente sino orientado que sé yo a otros lados o sea no todavía la salud en el Perú no sea volcado hacia el paciente buscar la seguridad del paciente estamos trabajando cómo se trabajaba hace cincuenta o sesenta años y eso no puede ser no también hay que cambiar el chip al médico que también es un problema que me parece también un poquito más difícil de conseguir por ahora y no solamente el médico, sino en todos lados el personal de salud enfermería, técnicos no porque yo también te digo uno de los principales problemas de los reportes es que uno tendría de que reconocer su error y creo que eso es muy difícil no muy difícil además no tenemos suficiente gente que supervise no la adecuada hora de colocación de los medicamentos, el correcto uso de medicamentos, la adecuada evaluación del paciente no, nadie lo supervisa porque tenemos una alta demanda entonces quizás es también un problema no solamente de recursos materiales, sino también de recurso humano.

Entrevistador: Doctor, disculpe una consulta y hay un subregistro en cuanto a la información de los eventos adversos, no se informan.

Dr. No se informa

Entrevistador: No se informa y el personal tiene una idea de que si comete un error, por ejemplo este personal lo van a despedir, le van a descontar o va a tener alguna clase de amonestación o un proceso correctivo o algo como el tiempo porque no lo reportan.

Dr. En lo personal tiene que ver mucho con las cuestiones culturales porque obviamente estos errores no son a propósito, nadie actúa con dolo, pero los errores a veces este uno no son no siquiera percibidos por uno como errores me entiende ahí va la cosa de lo que hablaba de la cuestión cultural no, le aseguro que mucha gente no percibe que o no entiende o no ha entendido que quizás no colocarle un antibiótico a un paciente con neumonía en las primeras seis horas del diagnóstico reduce las posibilidades de muerte o de sepsis por ejemplo, no lo tiene concientizado entonces él no ve la importancia de que pasen tres, cuatro, cinco, seis, doce a catorce horas y recién colocarle su antibiótico o las famosas rondas de enfermería que lamentablemente me ha tocado vivir quizás en otras instituciones, en las cuales se arrancaba con la medicación de la mañana a las siete de la mañana y daban las ocho de la noche o siete de la noche, el cambio de turno y todavía no se había completado de administrar los medicamentos de la mañana me entiende, había un desfase de más o menos doce horas o veinticuatro horas con los medicamentos ese paciente recién iba a recibir su medicamento de noche probablemente en la mañana del día siguiente

O sea a eso voy entonces le aseguro que mucha gente ni siquiera lo percibe como un error como una mala, mal accionar como algo que está en contra del paciente no lo percibe porque es algo que se ve normalmente en los servicios de emergencia en los servicios de hospitalización, por eso también, por un lado humano, un lado del ser humano del personal que lo perciba como error al darse cuenta primero que es un error lo que está haciendo y después manifestarlo, son cosas un poquito complejas y por ahí creo que no pasa por ningún lado eso del miedo o del miedo a sanción ni nada porque en realidad si tú no te das cuenta de que es un error menos vas a pensar que te van a sancionar.

Entrevistador: no lo perciben como un error

Dr. Claro

7.- Algún comentario o sugerencia adicional

Sí de verdad me gustaría que se implementará por lo menos estas medidas de mejorar la atención del paciente si me gustaría que ocurriera que se institucionalizara en mi hospital, pero también a veces uno se encuentra con dos cosas uno de que me meten estas cosas todo, es todo o nada no, cuando quizás sea recomendable iniciar un proceso, metas o diagnóstico o perdón o sistemas de terapéutica escalonados que me permita avanzar de a pocos con mi personal no le puedo pedir que me vean todo porque en realidad el evento adverso con el paciente abarca bastantes cosas no solamente abarca las caídas y los golpes o los pinchazos o la mala toma de hematomas o escaras, va mucho más allá desde la administración de medicamentos, un diagnóstico correcto, registro adecuado historia clínica, CIE10 es bastante, bastante amplio y lamentablemente a veces querer implementar todo nos resulta bastante complicado, pero bueno yo sí reconozco la importancia de que eso suceda en algún momento y trataremos de implementarlo poco a poco no es lo único que me queda.

D. Información adicional de la encuesta sobre seguridad del paciente

	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	15	11.6%	26	20.2%	37	28.7%	32	24.8%	19	14.7%	129
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).	35	27.1%	36	27.9%	31	24.0%	18	14.0%	9	7.0%	129
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	7	5.4%	7	5.4%	29	22.5%	43	33.3%	43	33.3%	129
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	3	2.3%	8	6.2%	22	17.1%	45	34.9%	51	39.5%	129
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	3	2.3%	17	13.2%	22	17.1%	36	27.9%	51	39.5%	129
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	1	0.8%	8	6.2%	36	27.9%	42	32.6%	42	32.6%	129
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	8	6.2%	22	17.1%	27	20.9%	30	23.3%	42	32.6%	129
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	12	9.3%	21	16.3%	27	20.9%	38	29.5%	31	24.0%	129
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	63	52.9%	15	12.6%	21	17.6%	7	5.9%	13	10.9%	119

Elaboración: Autores de esta tesis.

E. Formato de plan de trabajo

Plan de trabajo (Formato)

1. Presentación

Descripción breve del plan de trabajo

2. Actividades

Se lista las actividades a realizar

3. Cronograma de las actividades

Actividades	Tiempo 1	Tiempo 2	Tiempo 3	Tiempo 4	Tiempo 5	Tiempo 6
Actividad 1						
Actividad 2						
...						
Actividad n						

4. Responsables

Actividades	Responsables	Cargo	Firma
Actividad 1			
Actividad 2			
...			
Actividad n			

5. Recursos

Se describe los recursos (humanos, económicos, herramientas, equipos, etc.) a utilizar para desarrollar el plan de trabajo.

F. Formato de notificación de eventos adversos

Registro de eventos adversos en el Departamento de Emergencia

Nombre del paciente:

Historia Clínica: Edad: Sexo: Masculino () Femenino ()

Turno: Mañana () Tarde () Noche ()

Diagnóstico del paciente:

Fecha del evento: Hora del evento:.....

Persona que registra: Médico () Enfermera () Técnico Enfermería ()

Tipo de evento adverso:

Descripción del evento adverso:.....

.....

Causas del eventos adverso:.....

.....

Consecuencia del eventos adverso/resultado final:

.....

Acciones tomadas:

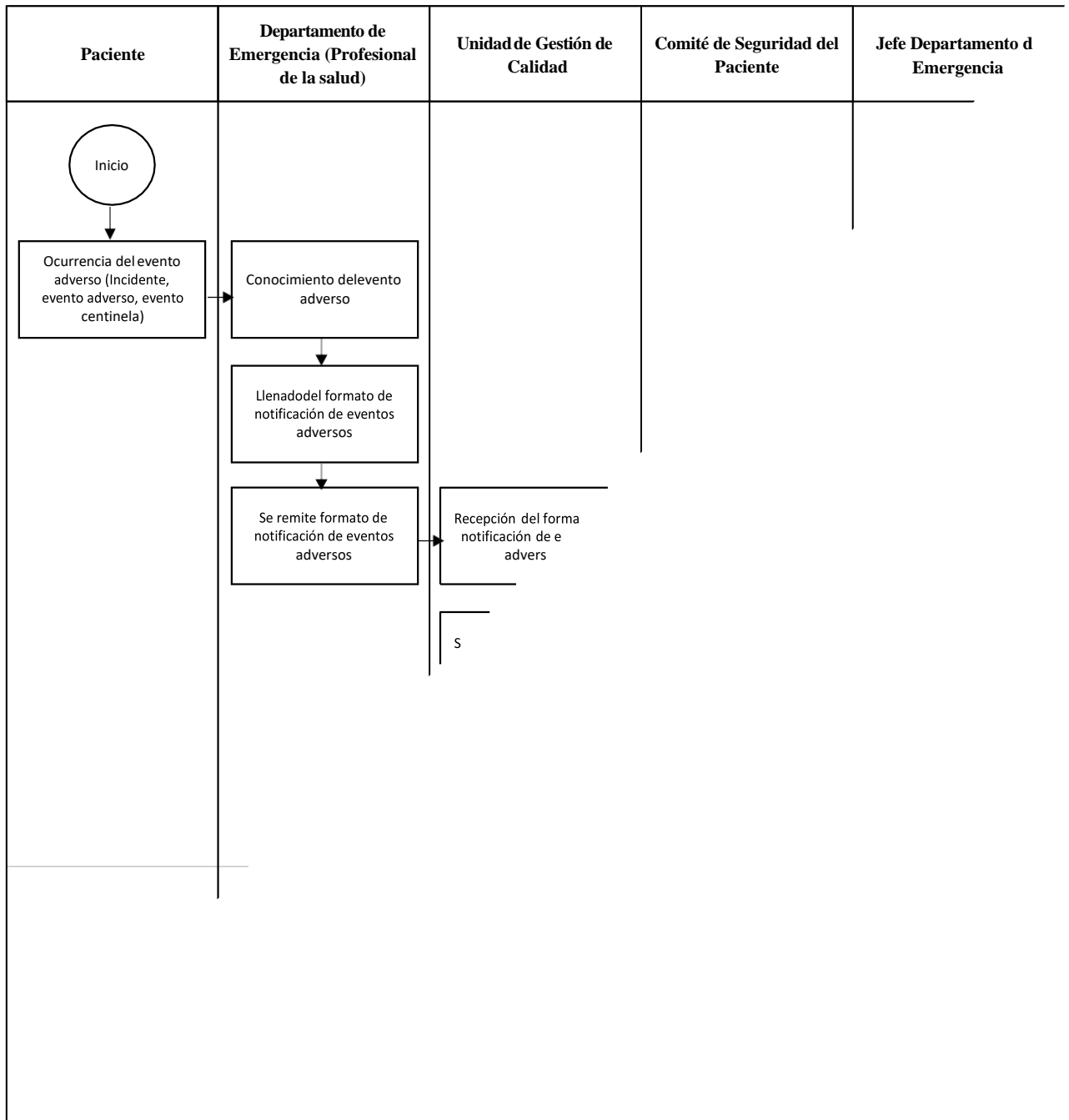
.....

.....

Personal involucrado: Médico () Enfermera () Técnico Enfermería ()

Nota: Comunicar el evento adverso a la Unidad de Gestión de Calidad / Comité de Seguridad del Paciente

G. Flujograma de notificación de eventos adversos



H. Protocolo de comunicación del personal asistencial y administrativo

1. Objetivos:

1.1. Objetivo general:

Estandarizar las formas de comunicación efectiva para asegurar una correcta comprensión de la información entre el equipo de salud, administrativo, que incluye paciente y familiar.

1.2. Objetivo específico:

- Comprender el lenguaje no verbal del personal asistencial para entender las necesidades expresadas.
- Asegurar una atención eficaz, y oportuna de los usuarios que acuden al Departamento de Emergencia.
- Reducir los incidentes o eventos adversos de la atención sanitaria.

2. Población objetivo:

Profesional de salud y administrativos del Departamento de Emergencia del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”.

3. Procedimiento:

- En la comunicación escrita solo se debe utilizar nomenclatura internacional y que sea entendida por todos.
- En caso de extrema necesidad, las ordenes deben ser verbales y repetidas en voz alta, verificando la correcta interpretación.
- Toda orden debe ser registrada por el emisor y quien la recibió en la historia clínica, para asegurar la veracidad de la información.
- Se debe realizar rondas médicas por las diferentes especialidades que forman parte de la atención.
- Asegurar una comunicación fluida y abierta entre el personal asistencial, el paciente, familiar y el personal administrativo.
- Implementar el modelo de comunicación SIER (o por sus siglas en ingles SBAR)
Esta es una técnica de comunicación para facilitar el intercambio de comunicación en situaciones donde se necesita atención inmediata. Esta comprende las siguientes etapas:
 - a) Situación (S): Detallar la situación inicial del paciente, tomando en cuenta los cambios del estado del mismo, cambios en el esquema de tratamiento.
 - b) Información (I): Dar información clínica específica, como datos generales, diagnóstico primario, y otros diagnósticos, fecha de ingreso, fecha de posible alta médica, tratamiento actual, los posibles riesgos, y el reporte de las evaluaciones de laboratorio e imágenes de apoyo.

- c) Evaluación (E): Analizar y describir el problema o los cambios realizados según los síntomas o signos del paciente vitales, cambios en el comportamiento, e información que sea relevante para el diseño del plan de tratamiento.
 - d) Recomendación (R): Realizar recomendaciones y/o sugerencias, y seguir las órdenes médicas, así como las acciones complementarias que transparenten las indicaciones médicas que se deben seguir.
- Informar al paciente y/o familiar de la condición clínica del mismo.
 - Verifique y mejore las características del entorno.
 - Identifique los factores o causas que favorezcan la ocurrencia de un problema en la comunicación entre las personas durante el proceso de atención.
 - Para asegurar las prácticas seguras y efectivas de comunicación, debe haber una educación continua entre el personal asistencial y administrativo, así como con los pacientes y sus familiares.

I. Validación de instrumentos

Estadística de fiabilidad del Cuestionario Seguridad del Paciente

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	129	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	129	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,70	42

Se procedió a evaluar la confiabilidad del Cuestionario de Seguridad del Paciente, luego de la recolección de los datos se procesó los datos mediante el programa SPSS v.25, utilizando la prueba de Alfa de Cronbach, estimando un valor de 0.70, lo que representa un nivel de confiabilidad aceptable para el instrumento evaluado.