



SEGURIDAD HOSPITALARIA, UNA VISIÓN DE SEGURIDAD MULTIDIMENSIONAL

HOSPITAL SECURITY. A VISION OF MULTIDIMENSIONAL SECURITY

Augusto Flavio Figueroa-Uribe^{1,a}, Julia Hernández-Ramírez^{2,b}

RESUMEN

Los riesgos durante el desempeño del trabajo es una situación inherente a cualquier actividad humana. La Seguridad Hospitalaria se define como: "la condición que garantiza que los trabajadores, pacientes, visitantes, infraestructura y equipos dentro de un centro de atención en salud, estén libres de riesgo o peligro de accidentes". La construcción de la cultura de prevención parte del conocimiento de los riesgos, la cultura de la seguridad se encuentra directamente relacionada con la calidad de atención del servicio que se otorga, por lo cual en las instituciones de salud estos términos son de especial interés. Hablar de gestión integral de riesgos implica determinar todos los riesgos que pudieran provocar un daño considerable a estos sistemas, dado por la interacción de tres factores, la presencia de una amenaza, la existencia de vulnerabilidades y el tiempo a exposición a estos. Así podemos distinguir que la seguridad hospitalaria debe ser una política interna de toda institución de salud y que se puede dividir en tres grandes ejes: 1. Seguridad del paciente, 2. Gestión integral de riesgos de emergencias mayores y desastres, 3. Seguridad interna y externa ante violencia.

Palabras clave: Seguridad; Riesgo; Desastres; Paciente; Violencia (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The risks during the performance of work is an inherent situation to any human activity. Hospital Safety is defined as: "the condition that guarantees that the workers, patients, visitors, infrastructure and equipment within a health care center are free of risk or danger of accidents". The construction of the prevention culture starts from the knowledge of the risks, the safety culture is directly related to the quality of care of the service provided, which is why these terms are of special interest in health institutions. Talking about comprehensive risk management, either, involves determining all the risks that could cause considerable damage to these systems, given by the interaction of three factors, the presence of a threat, the existence of vulnerabilities and the time they are exposed to. Thus we can distinguish that hospital safety must be an internal policy of every health institution and that it can be divided into three main axes: 1. Patient safety, 2. Comprehensive risk management for major emergencies and disasters, 3. Internal safety and external to violence.

Key words: Security; Risk; Disasters; Patient; Violence (source: MeSH NLM).

¹ Hospital Pediátrico Peralvillo SSCDMX. Ciudad de México, México.

^a Urgenciólogo Pediatra.

^b Enfermera Pediatra.

Citar como: Augusto Flavio Figueroa Uribe, Julia Hernández Ramírez. Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021; 21(1):154-163. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3490

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe



INTRODUCCIÓN

Los riesgos durante el desempeño del trabajo es una situación inherente a cualquier actividad humana. Las instituciones de salud de cualquiera de los tres niveles de atención en nuestro país, proveen más que cualquier actividad, los más altos índices de vulnerabilidad, puesto que funcionan las 24 horas día, los 365 días del año, atendiendo a grupos particularmente vulnerables⁽¹⁾. Las instituciones de salud poseen características estructurales y funcionales que no tienen otros lugares, ni otras actividades. Por estas características y la importancia de su actividad dentro de las labores del estado y con base a la ley de seguridad pública Artículo 146 "Para efectos de esta ley, se considera instalaciones estratégicas, a los espacios inmuebles, construcciones, equipos... destinados al funcionamiento, mantenimiento y operación de las actividades consideradas como estratégicas por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como aquellas que tiendan a mantener la integridad, estabilidad y permanencia del estado mexicano en término de la Ley de Seguridad Nacional"⁽²⁾, se deben considerar instalaciones estratégicas dentro de las instituciones de seguridad del estado. Por esta razón la gestión del riesgo en los hospitales es el pilar fundamental para salvaguardar la integridad de sus trabajadores y de sus clientes.

SEGURIDAD HOSPITALARIA

La Seguridad Hospitalaria se define como: "la condición que garantiza que los trabajadores, pacientes, visitantes, infraestructura y equipos dentro de un centro de atención en salud, estén libres de riesgo o peligro de accidentes". La construcción de la cultura de prevención parte del conocimiento de los riesgos, la cultura de la seguridad se encuentra directamente relacionada con la calidad de atención del servicio que se otorga, por lo cual en las instituciones de salud estos términos son de especial interés⁽³⁾.

Hablar de gestión integral de riesgos ya sea, empresarial, financiero, salud, desastres, implica determinar todos los riesgos que pudieran provocar un daño considerable a estos sistemas. El riesgo que es la probabilidad de que ocurra un daño está dado en su generalidad por la interacción de tres factores, la presencia de una amenaza o un peligro, una o varias vulnerabilidades que dependen directamente del individuo, del sistema, sociedad

u organización que puede ser de índole político, económico, social, organizacional, etc. y/o una mezcla de todos estos que es lo más común y el tiempo o exposición a estos, entre más tiempo se esté expuesto y no se atiendan a las vulnerabilidades para enfrentar la amenaza pues mayor es el riesgo que suceda un daño⁽⁴⁾.

Existen muchas formas de medir los riesgos de un sistema, pero en su generalidad se miden dos factores: la probabilidad de que ocurra y el impacto sobre el sistema de ocurrir. Por lo tanto, la intervención sobre las vulnerabilidades es la prevención, y aun muchas veces con la prevención puede haber daño, pero se reduce el grado de impacto, y si el impacto se presenta, las medidas realizadas para reducir los daños o pérdidas causadas por este, se llama mitigación. El análisis de riesgo sirve para eso, reducir el impacto ante escenarios prospectivos desde uno positivo hasta un catastrófico, generalmente se debe tomar este último, si se está preparado para este último para los demás también⁽⁵⁾.

Un "Hospital Seguro" se define según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando en su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural o antrópico⁽⁶⁾. En el tema de seguridad del paciente se encuentran dos elementos relevantes: primero, cómo la organización identifica que algo negativo pasó con el estado de salud del paciente o qué puede haberlo afectado; y segundo, identificar y comprender cuál o cuáles fueron las causas que originaron las anteriores situaciones.

Así podemos distinguir que la seguridad hospitalaria debe ser una política interna de toda la institución de salud y que se puede dividir en tres grandes ejes:

- Seguridad del paciente.
- Gestión integral de riesgos de emergencias mayores y desastres.
- Seguridad interna y externa ante violencia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las muertes inesperadas de pacientes ocurridas en hospitales de los EUA a mediados de la década de los noventa, llevó a que se creara un comité para investigar la calidad del cuidado médico, este comité a inicios del año 2000 publicó los resultados de una

investigación realizada sobre los errores médicos en la atención de pacientes atendidos en forma hospitalizados. El informe titulado *Errar es humano* concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito o SIDA. No debemos olvidar que, si bien, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, ellos erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos que son, sin duda, su segunda víctima⁽⁷⁾.

Los programas organizacionales de seguridad de pacientes deben enfocarse en la prevención del riesgo de los procesos de atención y no centrarse en esperar que el evento adverso ocurra para gestionarlo y hacer de este el centro de la atención de toda la organización. Dicho de otro modo, si bien es posible que nunca se eliminen los eventos adversos y que hay que seguirlos identificando y gestionando, la mirada de la organización debe ser la búsqueda incesante de las pequeñas, pero casi siempre numerosas causas, que terminan generando un evento adverso.

Hoy en día en la mayoría de las instituciones del país los programas se basan en las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP)⁽⁸⁾, que tienen que ver con:

1. Identificación del paciente. Utilizar por lo menos dos datos diferentes de identificación, por ejemplo, nombre completo del paciente y fecha de nacimiento; nunca el número de cama ni horario de atención. En instituciones de salud se deberá tener un procedimiento establecido para pacientes que ingresen como desconocidos. El personal de salud debe corroborar los datos de identificación del paciente previo a la realización de procedimientos⁽⁸⁾.
2. Comunicación efectiva. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, con el objetivo de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención, y así reducir errores relacionados en el proceso de escuchar-escribir-leer-transcribir-confirmar y verificar⁽⁸⁾.
3. Seguridad en el proceso de medicación. Fortalecer acciones relacionadas con el almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivado del proceso de medicación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud⁽⁸⁾.
4. Seguridad en los procedimientos. Reforzar las prácticas de seguridad y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del protocolo universal en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud⁽⁸⁾.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Reducir infecciones a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención y realizar lavado de manos durante los 5 momentos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁸⁾.
 - a. Antes de tocar al paciente
 - b. Antes de realizar una tarea aséptica
 - c. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
 - d. Después de tocar al paciente
 - e. Después del contacto con el entorno del paciente
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas para reducir el riesgo de daño y complicaciones⁽⁸⁾.
7. Registro de análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. Generar información sobre cualquier evento, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia, que a su vez a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los establecimientos de atención médica, considerando una prioridad del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita a las organizaciones aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia⁽⁸⁾.

8. Cultura de seguridad del paciente. Medir la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de manera continua del clima de seguridad en los hospitales. Por medio de la participación del personal médico y de enfermería de todos los turnos del hospital y que estén en contacto directo con el paciente, la participación en la medición de eventos será de manera anónima, con el objetivo de identificar áreas de oportunidad para la mejora⁽⁸⁾.

GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE EMERGENCIAS MAYORES Y DESASTRES

Los desastres son una mezcla compleja de amenazas naturales y acciones humanas. Tradicionalmente se ha tenido la creencia errónea que todos los desastres son diferentes, especialmente aquellos comprometidos con terrorismo y de origen sanitario. Hasta ahora, uno de los problemas más significativos en el manejo de las víctimas masivas es que no estamos preparados para enfrentar los desastres, solo respondemos a ellos⁽⁹⁾.

En realidad, todos los desastres, independientemente de la etiología tienen similares consecuencias tanto políticas, económicas, sociales y de salud pública. Los desastres difieren en el grado en que estas consecuencias ocurren y rompen la infraestructura (6,9). Partimos de la ecuación actual dada por la oficina de reducción de riesgos de la Organización de Naciones Unidas que dice que la sumatoria de todos los riesgos que superan la capacidad de respuesta del lugar, origina un desastre la cual su expresión matemática es $D = \sum (R_1 + R_2 + \dots + R_n)$ ⁽⁶⁾.

Las instalaciones de salud y los hospitales representan una enorme inversión para cualquier país, su destrucción, al igual que el costo de la reconstrucción y la recuperación, imponen una considerable carga económica. Aunque por lo general no se rinden cuentas de todos los costos indirectos de las estructuras de salud que resultan dañadas, éstos pueden ser más altos que los costos directos de reemplazo y reconstrucción. Los costos indirectos medidos en diversos estudios han incluido:

- Una pérdida de la eficiencia debido a la interrupción de los servicios de las redes hospitalarias, tales como los laboratorios o los bancos de sangre⁽¹⁰⁾.
- Un incremento en los costos para brindar

servicios de salud de emergencia y de albergue.

- El costo a nivel individual en cuanto a la pérdida de oportunidades, ingresos, tiempo y productividad
- Otros tipos de costos indirectos que son más difíciles de medir. Sin embargo, producen un impacto significativo. Entre éstos se incluyen⁽¹⁰⁾.
 - » El daño a más largo plazo a la salud pública, al bienestar y a la productividad.
 - » Un revés al desarrollo económico nacional en general y a la confianza comercial.
 - » Un desincentivo a las inversiones externas en el futuro.

Los 168 países que adoptaron el Marco de Acción de Hyogo en el 2005 reconocen la importancia de lograr que los hospitales estén "a salvo de los desastres, velando por que los nuevos hospitales se construyan con un grado de resistencia que fortalezca su capacidad para seguir funcionando en situaciones de desastres y poner en práctica medidas de mitigación para reforzar las instalaciones sanitarias existentes, particularmente las que dispensan atención primaria de salud"⁽¹¹⁾. Pero a pesar de los importantes avances alcanzados para reconocer y corregir el problema, en algunas partes del mundo, una alarmante cantidad de instalaciones médicas (desde grandes y complejos hospitales en las ciudades grandes, hasta pequeñas clínicas rurales que podrían ser la única fuente de servicios de salud) se construyen en zonas altamente propensas a los desastres. En otras regiones, las emergencias y las crisis continúan dejando a las instalaciones de salud fuera de servicio, privando a las comunidades del cuidado que necesitan⁽⁶⁾.

Las instalaciones de salud y los hospitales deben continuar funcionando durante los desastres. El costo humano si un hospital falla durante un desastre es grande, ya que la atención inmediata se centra en las víctimas, en las actividades de búsqueda y rescate y en la necesidad de ocuparse de los heridos. Cuando los hospitales no pueden cumplir con su función de emergencia en el momento en que más se necesita, se comprometen los servicios más críticos y se pierden vidas innecesariamente⁽¹⁰⁾.

Las repercusiones sociales de las fallas de un hospital pueden conducir a inmensos riesgos. Los hospitales, las instalaciones de salud y los servicios médicos tienen un singular valor simbólico como puntos de referencia de la confianza pública en el gobierno y la sociedad. Éstos son santuarios para la gente más

vulnerable de la comunidad, lo que significa que existe una obligación moral de contar con hospitales e instalaciones de salud con una protección adecuada⁽⁶⁾. La muerte de los enfermos, los ancianos y los niños en los hospitales durante un desastre, al igual que las fallas en los servicios de emergencia cuando más se necesitan, pueden tener un efecto devastador en la moral pública y pueden representar el inicio de la insatisfacción política⁽¹⁰⁾.

Para esto la ONU en conjunto con la oficina de reducción de riesgo de desastres (UNISDR), elaboraron el Programa Hospital Seguro, el cual plantea tres ejes de intervención en los hospitales para poder identificar los riesgos y consecuentemente las vulnerabilidades⁽⁶⁾.

Componente estructural. En este componente trabaja la estructura del hospital y que cumpla con toda la normatividad de construcción del lugar, para poder responder adecuadamente a fenómenos perturbadores destructivos⁽⁶⁾.

Componente no estructural. Aquí se evalúa los componentes no estructurales, como líneas vitales de energía, gases medicinales, agua, muebles, cancelaría y aparatos vitales como computadoras sujetas⁽⁶⁾.

Componente funcional. En este rubro se evalúa la existencia de los comités de protección civil interno y el comité de respuesta médica en caso de emergencias y desastres. El primero se ocupará de la realización de protocolos para proteger la vida de los trabajadores y la infraestructura del lugar y el segundo se encargará de la de la realización de los protocolos de reconversión hospitalaria, continuidad de operaciones y procesos específicos de atención durante la fase de impacto del fenómeno perturbador de origen natural (terremotos, epidemias, etc.) y/o humano (sociales, inseguridad, químicos, etc.)⁽⁶⁾. Se recomienda tener estos protocolos alineados a los códigos de emergencia nacionales. (Tabla 1).

Tabla 1. Homologación de Códigos de Colores, Secretaria de Salud de Queretaro 2018, Sistema Nacional de Protección Civil.

Código	Significado
Amarillo	Derrame de material peligroso
Azul	Paro cardiorespiratorio
Café	Desastres naturales
Morado	Persona violenta no armada
Negro	Amenaza de Bomba
Plata	Violencia armada
Ambar	Robo de niño
Rosa	Emergencia obstétrica
Blanco	Asistencia de caída de pacientes
Naranja	Arribo masivo de pacientes
Oro	Paciente perdido
Rojo	Alerta de fuego
Verde	Evacuación de instalaciones

SEGURIDAD INTERNA Y EXTERNA ANTE VIOLENCIA

La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y ocupaciones. La Organización Internacional del Trabajo considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con las personas usuarias y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones. El Observatorio Europeo de Riesgos Laborales incluye la violencia en el trabajo en el listado de riesgos emergentes en la atención sanitaria en todos los países de nuestro entorno, ya que, a pesar de no tratarse de un riesgo nuevo, genera una gran preocupación en el sector salud⁽¹²⁾.

En la actualidad no existe una definición universalmente aceptada del término violencia laboral. La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el trabajo como todo aquel incidente en el que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, y que pongan en peligro, explícitamente o implícitamente, su seguridad, bienestar o salud⁽¹³⁾.

En la Unión Europea, el sector de la salud ocupa el primer lugar en la exposición a la violencia. En España, un 5% del personal que trabaja en el sector sanitario manifiesta haber sufrido una agresión física en el trabajo durante el último año. En los Estados Unidos, se ha estimado que la tasa de violencia con baja laboral es cuatro veces superior en el personal de los servicios de salud que la registrada en otras profesiones⁽¹²⁾. En México no se tienen estadísticas fiables de agresión al sector salud, pero se sabe que a diario hay agresiones en los servicios de salud.

Ante esto, en los protocolos de protección civil deberán existir siempre procesos para poder responder a situaciones de violencia tanto interna como externa, ya sea por personas no armadas o armadas (código morado y/o plateado). Por lo tanto, toda institución de salud debe elaborar un Plan Integral de Prevención de las Agresiones que deberá formar parte de los programas prioritarios del hospital y entrará dentro del programa interno de protección civil, el programa hospital seguro y la comisión de seguridad e higiene⁽¹⁴⁾.

El plan deberá estar regido por los siguientes principios rectores:

- Compromiso institucional para generar entornos de trabajo libres de violencia y tolerancia cero

frente a las agresiones.

- Incorporación de los principios de la prevención de riesgos laborales.
- Abordaje integral, combinando acciones preventivas con medidas de apoyo, asesoramiento y asistencia al personal agredido.
- Enfoque participativo, fomentando la implicación de toda la organización y la participación de los empleados y las empleadas.
- Sensible al género, incorporando de manera transversal la perspectiva de género.
- Basado en la evidencia científica, con el fin de proporcionar la máxima calidad en todas las acciones que desarrolla.
- Impulso de la intersectorialidad, promoviendo la actuación coordinada con otros sectores como las fuerzas y cuerpos de seguridad y con los servicios sociales.
- Respeto a los derechos de pacientes y del personal de salud (enfermería y médicos), conjugando en sus acciones la preservación de estos derechos con el derecho a la protección de la salud⁽¹⁵⁾.

Se deberá dividir en las siguientes líneas de acción:

Línea 1. Entornos de trabajo libres de violencia laboral⁽¹⁵⁾.

- Implantar medidas preventivas eficaces y adecuadas a cada entorno.
- Identificar servicios y situaciones de mayor riesgo, con el fin de priorizar y reforzar las actuaciones preventivas.
- Establecer canales de comunicación ágiles y mecanismos de coordinación eficaces con seguridad pública.
- Declaración y difusión del compromiso de tolerancia cero frente a las agresiones al personal de salud. Elaboración de una campaña informativa y de sensibilización sobre "Entornos de trabajo libres de violencia" dirigida a profesionales y personas usuarias. Esta campaña incluirá la elaboración de carteles para su colocación en puntos de mayor riesgo y folletos informativos para el personal.
- Valoración del nivel de riesgo de agresión en el hospital.
- Adopción de medidas preventivas adaptadas a cada entorno, desde una visión integral,

combinando medidas de seguridad con actuaciones sobre aquellos factores relacionados con la organización del trabajo, que pueden actuar como favorecedores o desencadenantes de la agresión.

- Inclusión de criterios preventivos de seguridad ambiental, en el diseño de las instalaciones y procesos de trabajo evitará riesgos en origen, con la consecuente disminución del número y gravedad de las agresiones derivadas de diseños inadecuados.
- Refuerzo de los procedimientos de comunicación e información a las personas usuarias en aspectos relacionados con los servicios de salud, procurando adecuar sus expectativas de oferta y acceso.
- Verificación periódica (simulacros) del correcto funcionamiento de la aplicación de los códigos morado y plateado.

Línea 2. Sensibilización, capacitación en código morado (violencia no armada) y código plateado (violencia armada) y desarrollo de habilidades (15).

El conflicto tiene una dinámica en parte previsible y sigue un proceso característico de tensión escalada o disparo), punto culminante (estancamiento o enlentecimiento) y distensión (desescalada o normalización), si no se puede afrontar la situación conflictiva, es importante solicitar ayuda y vocear código morado o plateado según sea el caso.

Código morado⁽¹⁵⁾

- El código morado se aplicara en aquellas situaciones en la cual un personal de salud o administrativo del hospital es agredido verbalmente por un usuario.
- Este código está conformado dentro de los diez códigos de seguridad hospitalarios nacionales homologados para situaciones de emergencia.
- El objetivo es tener un proceso o procedimiento, que en el momento se presente una persona violenta dentro de la unidad hospitalaria, se proceda con este para el manejo de la situación en apego a la protección personal y psicológica del personal de salud y de los demás usuarios y dar un término adecuado conforme a derecho.
- Proceso:
 1. Se presenta un usuario agrediendo verbalmente a uno o más personas del personal de la salud y/o usuarios.

2. El personal que detecta tal agresión vocea: "Código morado en....., Código morado en.... Código Morado en....."

3. Al escuchar el voceo de código morado, el subdirector médico y administrativo, jefes de servicio, el personal de seguridad acudirán al servicio donde se vocea el código.
 4. Del personal de apoyo uno se pondrá entre el agresor y el agredido, saludando al agresor y diciendo de forma amable: "Hola buenas tardes soy....., yo voy a solucionar su problema, pase conmigo". Al mismo tiempo otra persona retira a la persona agredida de la vista, quitando el objetivo de la agresión.
- En su generalidad este proceso ha funcionado por reportes de otros centros hospitalarios nacionales y es principalmente disuasivo, tratando de mitigar la agresión al ver más personal de la organización, tratando de dar solución al problema del inconforme por otra parte y quitando al agredido.
 - El proceso se informará al personal en base a pláticas de capacitación y trípticos impartidos por el comité de hospital seguro y de protección civil.
 - Se capacitará periódicamente al personal de seguridad para la intervención inmediata en estas situaciones.

Código plateado

- Los sucesos recientes de grupos armados que ingresaban a hospitales, ya no solo en países en conflicto si no en territorio nacional, como los hechos acaecidos en Monterrey (México) que es un hecho de tirador activo y de diferentes partes del mismo país, nos hacen pensar que debemos adaptarnos a una nueva amenaza creciente y global y, por lo tanto, a un nuevo cambio de paradigma asistencial.
- Para hacer frente a este tipo de incidentes a nivel asistencial y operativo, el 2 de Abril de 2013 representantes de un grupo selecto de instituciones de seguridad pública incluyendo policía, bomberos, profesionales de asistencia prehospitalaria, asistencia al trauma y militares, se reunieron en Hartford, Connecticut, para llevar a cabo un consenso en relación a las estrategias para mejorar la supervivencia en incidentes con armas de fuego con múltiples víctimas. Esta reunión dio como resultado un documento conocido como Consenso Hartford⁽¹⁶⁾.

- Este código está dirigido para preservar la integridad física del personal del hospital y de los usuarios.
- Se espera que las recomendaciones que se presentan a continuación sirvan de guía para todo aquél que se pueda ver involucrado en incidentes intencionados con múltiples víctimas y con tiradores activos, a la hora de enfrentarse al manejo de las principales causas de muerte evitable que se producen en este tipo de circunstancias.

Proceso PCT (Protégete, Comunícate y Trata)⁽¹⁴⁾

Al verse involucrado en un incidente con múltiples víctimas intencionadas con explosivos y/o con personas armadas con armas de fuego o de otro tipo, se debe intentar lo siguiente:

- Vocear código plata en.... Código plata en.... Código plata en.....
- P. Protegerse
 1. Protegerse y proteger a las víctimas, si es posible, localizar las rutas de evacuación y salir del edificio, dejando las pertenencias e invitando a otras personas para evacuar, si no quieren salir, seguir evacuando el lugar ("Correr, esconderse y en último caso luchar"). Al encontrarse fuera del edificio evitar que otras personas ingresen al lugar.

Si no da tiempo para evacuar, esconderse, cerrar puertas y colocar objetos pesados. Apagar luces, silenciar celulares y bajar la intensidad de pantalla al máximo y mandar tres mensajes a amigos y tres a familiares donde diga: "Estoy en el Hospital Hay personas armadas... desconocemos número.... Notica al 911 está situación..... cuando lo hagas mándame Ok"
 2. Si el agresor trata de ingresar al lugar donde está escondido tome objetos pesados y luche (última opción)
- C. Comunicate
 1. Marca 9-1-1. Sigue el protocolo para reportar lo sucedido proporcionando los siguientes datos:
 - a. Ubicación (calles principales con puntos de referencia para llegar al lugar)
 - b. ¿Qué fue lo que paso?
 2. Cuántas personas están involucradas

(mencione si hay personas lesionadas y la descripción de los agresores EN CASO DE QUE LOS HAYA OBSERVADO)

3. ¿Qué se está haciendo para contener lo sucedido?
 4. Identificarse
 5. Si se tiene oportunidad, compartir en redes sociales lo sucedido con familiares y amigos
- T. Tratar
 1. Si ya no existe amenaza y el grupo de intervención dice que es seguro o alguien de los que está con usted está herido ayudarlo, con el siguiente orden de prioridades MAC:
 2. M. Hemorragias masivas visibles: comprimir con un trapo o colocar torniquete para parar hemorragia.
 3. A. Aire. Si no respira abrir la vía aérea.
 4. C. Compresiones. Si el paciente no se mueve, no tose o esta cianótico, iniciar compresiones torácicas continuas a un ritmo de 100 a 120 por minuto. Se recomienda reanimación cardiopulmonar solo con las manos (only hands).
 5. En el caso de los niños se deberá considerar el control de la temperatura de forma temprana por su habilidad hacia la hipotermia.

Línea 3. Asesoramiento, apoyo y asistencia de la víctima

- Establecer pautas de actuaciones claras y eficaces ante los incidentes violentos y agresiones protegiendo a las posibles víctimas
- Asegurar la asistencia médica, psicológica y jurídica que precisen aquellos profesionales que fuesen objeto de agresión
- Intervención en crisis, con el fin de detectar posibles trastornos derivados de la agresión, como estrés, ansiedad o depresión

ANÁLISIS

La globalización actual ha generado cambios radicales que han impactado significativamente el orden internacional. Dichos impactos no solo se han manifestado en el área económica, comercial o productiva, sino que también han afectado a las relaciones sociales, la cultura, la política nacional, la salud y las relaciones internacionales, porque el

espacio transnacional se ha constituido en el marco de la globalización.

En el mundo moderno el concepto tradicional de seguridad ha cambiado al de seguridad multidimensional, por la diversidad de fenómenos que afectan la seguridad del individuo. En el hospital vemos que la seguridad hospitalaria es tan complicada que abarca varios ejes, desde el manejo médico, la atención en desastres, la seguridad del establecimiento y de los pacientes ante eventos de violencia social; la institución hospitalaria debe tomar decisiones luego de realizar un análisis de los riesgos locales, actualmente se ve la seguridad hospitalaria como un problema multidimensional abarcando los tres ejes planteados.

Es relevante el tema de la seguridad, tomando en cuenta que, hablamos de un diagnóstico de situación catastrófica en cuanto a la frecuencia de los errores producidos a los pacientes hospitalizados.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la inseguridad dentro de una institución hospitalaria sea debida a los errores en la asistencia, a la falta de preparación en situaciones de emergencia y desastres o la falta de protocolos de protección a acciones violentas arañadas o no armadas a personal de salud y/o usuarios, revela que dentro de la plantación estratégica de toda institución hospitalaria se tengan encuentra estos tres ejes,

buscando los riesgos, gestionándolos y haciendo un plan prospectivo del manejo de prevención y mitigación de la posibilidad de presentación o en su caso una adecuada mitigación de presentarse el impacto del riesgo.

Con estas acciones realizadas por la organización de la institución ofrecerá, tanto mayor calidad de atención, asertividad, eficiencia, eficacia y lo más importante confianza del trabajador hacia sus autoridades y confianza del paciente hacia la institución hospitalaria.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la concepción y diseño del trabajo, recolección, análisis e interpretación de la información, revisión crítica y redacción de la versión final.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este reporte de caso.

Recibido: 29 de octubre 2020

Aprobado: 13 de diciembre 2020

Correspondencia: Augusto Flavio Figueroa Uribe.

Dirección: Hospital Pediátrico Peralvillo SSCDMX, Calz San Simon 14, San Simón Tolnahuac, Cuauhtémoc, 06920 Tolnahuac, CDMX – México.

Teléfono: 555427275164

Correo: mandolarian1975@Gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beech B, Leather P. Workplace Violence In The Health Care Sector: A Review Of Staff Training And Integration Of Training Evaluation Models. *Aggression And Violent Behavior*. 2006; 11(1),27-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.004>
2. Cámara de diputados del H. Congreso de la Union. Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Publica. [Internet]; Diario Oficial de la Federacion; 2016 . [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/normateca/Leyes/LGSNSP.pdf>
3. Pardo G, Bartolome E, Palop A. Plan Integral de Prevención en el Entorno Sanitario 2018-2021. [Internet]. Generalitat Valenciana; 2010. [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_mex_sc_anex23.pdf
4. Uribe S. El Riesgo y su incidencia en la Responsabilidad Civil y del Estado. Colombia: Fondo Editorial UNAUULA;2017.
5. Renda E. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Manual para la Elaboración de mapas de Riesgo. [Internet]. Ministerio de Seguridad de la Nación, 2017. [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sinagir/institucional/mapas-de-riesgo/manual-elaboracion>
6. Organización Mundial de la Salud, El Banco Mundial. Hospitales Seguros Frente a los Desastres [Internet]. Naciones Unidas; 2009 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.unisdr.org/2009/campaign/pdf/wdrc-2008-2009-information-kit-spanish.pdf>
7. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: Building a safer health system [Internet]. Institute of Medicine; 2000. [consultado el 15 de octubre del 2020]. DOI: 10.17226/9728
8. Consejo de Salubridad General. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet]. Secretaria de Salud; 2017. [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/acciones_esenciales.pdf
9. Beck U. La sociedad del riesgo. Barcelona: Paidós;2002.
10. Cruz F, Castellanos J. Evacuación de Hospitales con Énfasis en Áreas Críticas. [Internet]. Berit FGV; 2018. [consultado el 15 de octubre del 2020].Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337089069_Evacuacion_de_unidades_medicas_del_Instituto_Mexicano_del_Seguro_Social_durante_el_2018_Evacuation_of_medical_units_of_the_Mexican_Social_Security_Institute_during_2018
11. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, [Internet]. UN/UNISDR: 2015. [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: https://eird.org/america/docs/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf
12. Jong T, Bos E. Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto [Internet]. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA); 2014 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/executive-summary-current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues>
13. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [Internet]. Ginebra; 2002 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
14. Figueroa A. Plan de Prevención de Violencia y Agresiones en Instituciones de Salud [Internet]. UDLAP; 2019 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/doc_interes/buenaspracticas/violencia_0005.pdf
15. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Guía para el diseño de espacios públicos seguros [Internet]. Serie relación Gobierno-sociedad: 2015 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: http://www.cca.org.mx/usaid_pcc/descargables/recursos/Modulo05/GUIA-CPTED.pdf
16. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Homeland Security, U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigation. Incorporating Active Shooter Incident Planning into Health Care Facility Emergency Operations Plans, [Internet]. Federal Emergency Management Agency; 2014 [consultado el 15 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.phe.gov/preparedness/planning/Documents/active-shooter-planning-eop2014.pdf>

Indexado en:



http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=2308-0531&lng=es&nrm=iso



<https://network.bepress.com/>



<https://doaj.org/>



<http://lilacs.bvsalud.org/es/2017/07/10/revistas-indizadas-en-lilacs/>

