

GOBIERNO DE CHILE
OFICINA NACIONAL DE EMERGENCIA

ANALISIS DESCRIPTIVO PARA LA FUNDAMENTACION DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

(Resumen Ejecutivo)

ONEMI-CHILE
1999-2001

AMP/MOA/VIE/CFG



GOBIERNO DE CHILE
OFICINA NACIONAL DE EMERGENCIA

Equipo de Gestión del Proyecto

Director del Proyecto	:	Dr. Alberto Maturana Palacios
Profesional Asistente	:	Dra. Marisol O'Ryan Alonso
Diseño y Estructuración Metodológica	:	Dr. Alberto Maturana Palacios Sr. Víctor Hugo Illanes Escanilla Sra. Carmen Fernández Gibbs

Abril 2001

INTRODUCCION

La Protección Civil en cuya definición se establece como un ámbito destinado a proveer protección y seguridad a las personas, sus bienes y el medio ambiente, se articula sobre una estructura en la cual el sistema de salud es fundamental, tanto por el rol que juega en situaciones de emergencia, como referido a sus objetivos primarios en los cuales también se contempla la protección a las personas por medio de proveer salud.

En este contexto y quizá pensando en el peor escenario posible, de los cuales Chile tiene basta experiencia, el poder establecer una buena coordinación para sustentar una plataforma sólida en la atención de heridos, por ejemplo, supone que las unidades de salud estén en pleno funcionamiento y no se hayan visto afectadas por el hecho ocurrido.

Frente a la temática se ha mantenido en el tiempo una fuerte tendencia a pensar que bastaría con el esfuerzo de invertir en infraestructura, equipamiento, etc., para enfrentar adecuadamente la situación y además al hacer una revisión de la información referente al tema, tanto en la literatura como en los foros internacionales, se hace evidente que los organismos que proporcionan los fondos o aquellos que los administran como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), concentran gran parte de sus esfuerzos en la estructura y por tanto, cuando se buscan programas sobre seguridad hospitalaria se encuentran orientados al reforzamiento de estructuras y a la compra de equipamiento.

Pero la experiencia mundial, nacional y de esta Institución en variados ámbitos del quehacer social y en particular de la gestión en Protección Civil, han demostrado que una fuerte inversión en las personas y en la forma metodológica en que se organizan y se disponen frente a un medio determinado, ha resultado desequilibrante al momento de evaluar los resultados de eficiencia, eficacia en la labor y el impacto propiamente tal del evento.

Los esfuerzos en esta línea han sido múltiples y en el contexto internacional, desde hace 20 años, Naciones Unidas ha llevado adelante varias ideas e iniciativas muy originales. Una de ellas fue la creación de la Década Internacional para la Reducción de Desastres Naturales (DIRDN), que realizó importantes logros y sumamente innovadores en algunas áreas, tales como sucedió con la evolución del concepto de administración de desastres, reemplazando la idea de administración de fracasos y escenarios carentes de control y gestión para promover el concepto de **Gestión del Riesgo en la perspectiva de un Desarrollo Sostenible**.

La importancia de este cambio paradigmático se sustenta en que **La Gestión del Riesgo** exige conocer, a partir de la realidad en la que se esta, los elementos que pueden manejarse para prevenir, mitigar, prepararse y alertar ante un escenario de crisis, lo que va más allá de la mera inversión en estructuras y equipamientos, apuntando al cómo se organiza un subsistema social "el hospital" para enfrentar un escenario de crisis. Al mismo tiempo, este enfoque pone el acento en una visión mucho más preventiva que las que se tenían anteriormente y que también corresponde a una visión propia del Sector Salud, que no podría concebir sus acciones sin un fuerte componente de este tipo.

Los esfuerzos en Chile no han sido menores, al menos en la investigación, que permita construir un diagnóstico acabado de la realidad de organización de las unidades de salud, es así como entre el año 1990 y 1992 se aplicó una encuesta a 11 hospitales de mayor complejidad de la Región Metropolitana, destinada a entender un poco qué era y cómo se entendía la seguridad en los hospitales y cuáles eran los factores no resueltos en ellos. Este esfuerzo dirigido por el Dr. Alberto Maturana, desde el Servicio de Salud Metropolitano Central, motivó un trabajo en la mayoría de los establecimientos mayores del Área, con el objeto de generar un diagnóstico que diera luz sobre las problemáticas

existentes y a fin de corregir los problemas allí detectados. En dicha encuesta destacaba por ejemplo, que en los 11 hospitales no había Comité de Emergencia, Plan de Emergencia y Encargado de Emergencia, entendido esto último como una persona destinada y preparada específicamente para el tema.

No es para nadie desconocido que la realidad en las unidades de salud, hoy en Chile y en cualquier parte del mundo, constituyen uno de los sitios de más alto riesgo. Por una parte, manejan sustancias peligrosas, reactivos, radioactivos, productos biológicos y contaminantes, en un ambiente de alta sofisticación en términos de su equipamiento, redes y gases, haciendo vulnerables a sus pacientes, visitantes y funcionarios, quienes viven en un ambiente de exposición al riesgo máximo, singularmente los enfermos y los que no son autovalentes; de esto se deduce que hablar de evacuación en algunos hospitales en donde mucha gente está inmovilizada, es casi una utopía. Por otra parte, hay que sumarle las características particulares de algunos hospitales como es el caso del Penitencionario o la Posta Central en donde por razones policiales u otras, se han colocado barrotes en las ventanas para evitar que los pacientes se fuguen o se accidenten, lo que complica aún más la realidad.

La pregunta o inquietud que nace apunta a delinear una salida complementaria, asumiendo que, la solución definitiva frente a esta realidad, no sólo pasa por presupuestos, los que además son escasos para abarcar la realidad nacional.

Por lo que y tal como se señalaba anteriormente, bajo el moderno concepto de gestión del riesgo, las apuestas están depositadas en la capacidad de las personas para coordinar, gestionar y enfrentar adecuadamente cualquier escenario posible, sea provocado por una amenaza externa o interna.

ALCANCES DEL ESTUDIO

PROPOSITO

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de seguridad en el ámbito de las Unidades de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Presentar a las autoridades de Salud un estudio descriptivo de la realidad de las condiciones de seguridad en 25 Hospitales del País, desde la perspectiva de la gestión y coordinación que se realiza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir con el diseño de un modulo específico de apoyo a la gestión de las Unidades de Salud del País.
- Reunir al Comité de Seguridad de las Unidades de Salud con las que se trabaje.
- Conocer cómo funcionan los Comités de Seguridad en distintas Unidades de Salud.
- Descubrir o redescubrir la realidad de seguridad en la que se vive.
- Conocer cuáles han sido las principales acciones realizadas en el marco de la gestión en seguridad.

OBJETIVOS METODOLOGICOS

- Generar la discusión al interior de los grupos de trabajo a fin de lograr una opinión, diagnóstico y medidas grupales frente a la temática.
- Capacitar y orientar a través de la misma discusión
- Integrar y cohesionar a los equipos de salud frente al concepto de seguridad Integral

BASES METODOLOGICAS

Para efectos de este estudio descriptivo y con el objeto de generar un valor agregado, inmediato y educativo, al proceso de investigación y descubrimiento de la realidad de los propios sujetos del estudio, se utilizó la modalidad de **micro-taller**, que con características similares al Work Group, permite reunir en una misma instancia a distintos actores relacionados, que desde distintos roles y funciones se vinculan a un tema en especial: la seguridad de la Unidad de Salud.

La ventaja de esta modalidad frente a otras metodologías, permite que los participantes a través del discurso y la discusión, analicen un tema en particular desde las distintas perspectivas y experiencias. Al mismo tiempo que se redescubren aspectos desconocidos u olvidados por el grupo, generando un discurso mediatizado y consensuado por todos. La importancia del consenso y la mediatización de los distintos discursos y opiniones permite que, en el ejercicio de describir y diagnosticar la realidad se configure y reconstruya esa realidad, la de seguridad, a partir de un discurso común, vale decir, se logra objetivar la temática.

Además y para el logro de efectos positivos en el análisis, y a través de la intervención de expertos, que conducen el taller, se capacita y orienta en aspectos equívocos o desconocidos.

A fin de conducir adecuadamente hacia el logro de los objetivos del estudio, cada Micro-Taller, se acompañó de un cuestionario referencial. Este contenía una amplia gama de preguntas y tópicos que relacionadamente, aportaran a una discusión integral del tema. Para cumplir con este objetivo el cuestionario se construyó sobre la base de cuatro grandes áreas: diagnóstico, organización –planes y programas- estructura y equipamiento, las cuales estuvieron orientadas a realizar una primera aproximación a un análisis de riesgo. Por ello, hay preguntas cuya finalidad fue analizar aspectos sobre las **amenazas** (ocurrencia de terremotos, remociones en masa, incendios, corte de suministros básicos, etc.), y otras sobre las **vulnerabilidades** (ubicación geográfica, existencia de comité de emergencia, planes de emergencia, inserción en el sistema de protección civil y otras).

Para el desarrollo integral de este estudio se contó con un equipo multidisciplinario dirigido personalmente por el Dr. Alberto Maturana P. Médico Cirujano y Director de ONEMI y compuesto por una Médico Veterinario, especialista en Salud Pública, una Periodista Magister en Comunicación Social especialista en Protección Civil y un Sociólogo especialista en Procesos de Participación Social en la Gestión de Riesgos.

Hospitales que participaron del Estudio

Con el objeto de generar una matriz que permitiese representar un imaginario de la realidad de las unidades de salud del país, en el ámbito de la gestión en seguridad, al momento de seleccionar los casos con los cuales se trabajaría, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

1. N° de camas de la unidad de salud
2. Impacto y recurrencia de emergencias y desastres
3. Complejidad en infraestructura y equipamiento
4. Orientación hacia públicos específicos

Hospital Naval de Talcahuano

Clínica Alemana

Hospital del Trabajador

Hospital Clínico Universidad Católica
Clínica Santa María
Asistencia Pública
Hospital Clínico San Borja Arriarán
Hospital Barros Luco Trudeau
Hospital Los Vilos
Hospital de Ovalle Antonio Tirado Lanas
Hospital San Pablo Coquimbo
Hospital San Juan de Dios de Illapel
Hospital Traumatológico
Hospital Dr. E. Torres Galdames
Hospital del Profesor
Hospital de Salamanca
Hospital San José
Hospital Doctor Juan Noé Crevani
Hospital Salvador
Hospital de Puerto Octay
Hospital Van Buren
Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales
Hospital Mercedes de Chimbarongo
Hospital Roberto del Río
Hospital Penitenciario

PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

1. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS

Con un fin metodológico que permitiese situar la discusión y la aplicación del cuestionario, con cada unidad de salud con la que se trabajó, se realizó un análisis de la historicidad de riesgos (amenazas y vulnerabilidades) a partir de la experiencia acumulada de emergencias vividas, tanto desde la perspectiva de amenazas externas como internas.

Este análisis permitió configurar escenarios de mayor frecuencia que por el hecho de haberlos vividos existe la probabilidad de que vuelvan a ocurrir.

Acción terrorista. 23 hospitales señaló que están expuestos a acciones terroristas, maliciosas, robos, etc., especialmente robo de equipamiento y colocación de explosivos, escenarios a los cuales ya se han visto enfrentados.

Explosión. 22 Hospitales indicaron que puede suceder una explosión por factores internos como calderas, estanques de oxígeno, estanque de petróleo mal ubicados, etc. que podría afectar el funcionamiento de la unidad hospitalaria.

Terremoto. 22 hospitales indicaron que de ocurrir un terremoto podría verse afectado el funcionamiento del hospital, a partir de las siguientes apreciaciones:

- El hospital San José, si bien es cierto es antisísmico, el equipo de trabajo reconoció que debido a la carencia de un trabajo de planificación en seguridad hospitalaria orientado a la gestión, la ocurrencia de un terremoto podría generar conflicto, debido al desconocimiento de roles y mando durante situaciones de emergencia.
- El Hospital Naval de Talcahuano, que es estructuralmente sismorresistente, sus funcionarios explicaron que para los elementos de la "Clínica" no está aplicado el concepto de "anclaje" de los equipos, altamente incorporado en la Institución.

Incendio. 20 de los establecimientos indicó que de ocurrir un incendio, su funcionamiento se vería alterado.

Contaminación por Sustancias Peligrosas. 19 hospitales señalaron que de ocurrir escenarios a los que ya se habían visto expuestos, como volcamiento de camiones, pacientes intoxicados, fumigaciones aéreas y posiblemente otros, su funcionamiento se vería alterado.

Infección Intrahospitalaria. En 11 hospitales se descartó la posibilidad que la ocurrencia de una infección intrahospitalaria afectara el funcionamiento de un hospital. El criterio aplicado fue contar con la acreditación del MINSAL, tener un sistema de vigilancia montado y activo o, que dicha tasa fuera menor a la exigida por el MINSAL.

Inundación. En 13 hospitales se indicó que está expuesto a este escenario y que de ocurrir, alteraría el funcionamiento del hospital.

Los menos probables fueron:

Ruptura de techos (11 hospitales), **Corte Prolongado de Energía Eléctrica** (10 hospitales) y **Aislamiento Geográfico** (9 hospitales). En este último se consideraron no aislados aquellos hospitales que tienen a lo menos 3 vías de acceso a la unidad hospitalaria, poseen helipuerto o dada su ubicación geográfica, la posibilidad de aislamiento en remota

El escenario menos probable de ocurrir y afectar el funcionamiento de los servicios lo constituyen las Remociones en Masa, indicado por 3 hospitales.

Ubicación de los Establecimientos de Salud

Con el objeto de analizar el concepto de percepción de riesgo en relación a la ubicación donde se emplaza la unidad hospitalaria, se formuló la pregunta: *¿En cuál de las siguientes áreas se encuentra la unidad hospitalaria?*

- a. **Alejada de Áreas Forestales**
4 de las unidades hospitalarias se encuentran cercanas a áreas forestales o poseen un parque interior con una alta carga de pasto, que tal como fue manifestado por ellos, en el momento de secarse constituye una alta carga de combustible.
- b. **Alejada de Bencineras**
17 de las unidades hospitalarias se encuentran a menos de tres cuadras a la redonda de una bencinera; haciendo la salvedad que del resto, muchas contaban antiguamente con su propio depósito de parafina, petróleo u otro material inflamable y que si bien es cierto no son utilizados, nunca han sido vaciados.
- c. **En un Territorio Seleccionado como Seguro**
La mayoría de los hospitales indicó que ninguno fue construido en un territorio seleccionado como seguro, porque no existía el concepto de estudio de riesgo cuando fueron construidos y tampoco se exigía hacer un estudio de suelo. Sólo el Hospital Naval de Talcahuano señaló haberse construido en un lugar previamente considerado seguro de acuerdo al Plan Regulador de la Base.

Otro tipo de amenazas asociadas

La alternativas contemplaron las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo y para diferenciar y poder identificar aquellos más importantes, se incorporaron separadamente el stress y las infecciones intrahospitalarias.

En 17 hospitales se señaló al stress como la primera causa de patología a la que está expuesta su personal y en 8 como la segunda causa.

Los accidentes de trabajo fueron mencionados por 10 de las unidades hospitalarias en el segundo lugar de frecuencia entre las 4 alternativas.

La enfermedad más mencionada en el tercer lugar fueron las enfermedades profesionales con afectando a 15 hospitales.

En el caso de infecciones intrahospitalarias 21 hospitales se perciben afectados. Es decir, en 21 casos se indicó que de las 4 alternativas, las infecciones hospitalarias serían a las que está menos expuesto el personal.

Emergencias en los Últimos 10 Años y sus Consecuencias

22 hospitales señalaron haber tenido al menos una emergencia en los últimos 10 años y un 16 al menos dos emergencias.

De acuerdo a la historicidad de los establecimientos del estudio se deduce claramente que la cantidad de escenarios críticos a que pueden verse expuestos son innumerables, algunos de los cuales son los que se mencionan a continuación:

- ✓ 10 unidades de salud: incendios y amago incendio,
- ✓ 5 unidades de salud: terremoto de 1997 y terremoto de 1985, inundaciones, ruptura de cañerías, acciones terroristas y cortes de luz,
- ✓ 2 unidades de salud: cortes de agua y accidentes de tránsito,
- ✓ 1 unidad de salud: temporal de 1997, mal manejo de estufa de aserrín, ruptura de techos, explosión por éter, derrame de combustible, intoxicaciones alimentarias, llenado de estanques de gas y humo por ductos (desde anatomía patológica),

Todos estos escenarios han significado algún tipo de readecuación al menos durante la emergencia. Pero, sólo han alterado el funcionamiento del hospital los terremotos, incendios y accidentes de tránsito.

Las emergencias, independientemente si han alterado el funcionamiento del establecimiento, provocaron cambios tales como:

- ✓ inversión en equipamiento en 13 unidades de salud
- ✓ cambios en procesos en 8 unidades de salud
- ✓ cambios en la estructura en 4 unidades de salud
- ✓ educación al personal en 4 unidades de salud
- ✓ elaboración de proyectos en 2
- ✓ aumento en la dotación de personal en 2 unidades de salud

La última pregunta formulada fue la siguiente: **¿Considera que este Microtaller es Pedagógico?**. Ante lo cual la totalidad de los establecimientos estimaron que el microtaller fue pedagógico debido a que:

- Hubo interacción y participación de los presentes. Cada persona aportó de acuerdo a sus vivencias y su función en la unidad hospitalaria, existiendo muchas veces diferentes puntos de vista que enriquecieron el trabajo en equipo.
- Fue posible aclarar y dar énfasis a conceptos desde el punto de vista de Protección Civil, como el de sismorresistencia, inundabilidad, incombustibilidad, Encargado de Emergencia, Comité y Plan de Emergencia, asignación de funciones específicas para el manejo de emergencias, coordinaciones internas y externas al hospital y otros.
- Se dieron a conocer metodologías desarrolladas en esta Oficina, incentivando y proporcionando material para facilitar el trabajo en esta materia (Plan Acceder).
- Se hicieron recomendaciones puntuales, de fácil solución, de acuerdo a cada realidad.
- Se dejó abierto el canal de comunicación entre cada establecimiento y la ONEMI.

Algunos de los comentarios ante esta pregunta fueron los siguientes:

- ✓ he aprendido sobre diversos aspectos en los cuales antes no me había interesado y me doy cuenta que son importantes
- ✓ he conocido parte de la historia del hospital
- ✓ me están dando ganas de aprender
- ✓ nos hemos puesto en la eventualidad de la ocurrencia de eventos
- ✓ se han revisado distintos aspectos de la funcionalidad
- ✓ han quedado tareas

2. GESTIÓN EN SEGURIDAD

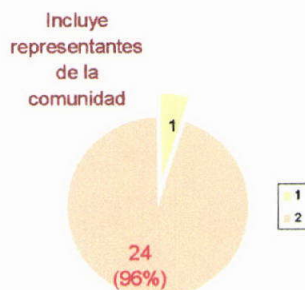
Tal y como se ha expresado este aspecto de la investigación apunta a descubrir cuál es el grado y nivel en la acción y gestión integral de seguridad que cada unidad de salud está llevando a cabo.

Encargado de Emergencia, Comité de Emergencia

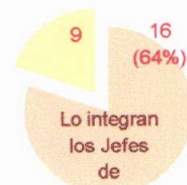
Ante la pregunta *¿Tiene Encargado de Emergencia?*, en 16 de los servicios de salud (64%) respondió afirmativamente, pero 15 de éstos (60%) reconoció que no se trata de alguien preparado en planes de emergencia de seguridad hospitalaria. Sin embargo, derivado de la necesidad de saber si cada Encargado está integrado a un Comité de Emergencia y si su función incorpora la realización de ejercicios periódicos, se realizaron las consultas complementarias, que revelan resultados francamente contradictorios: 19 dicen tener Comité (76%), pero se reúne periódicamente sólo en 8 (32%); 2 lo hace cada 15 días (8%), 4 mensualmente (16%) y 2 cada dos meses (8%). Ello permite establecer que en 17 casos (68%) carece de Comité que se reúna periódicamente.



24 comités (96%) están constituidos por profesionales y técnicos de la misma institución y solo un 1 incorpora además, a representantes de la comunidad. Estimamos indispensable que el concepto y los requerimientos funcionales de un Comité de Emergencia Hospitalario incorpore representantes especializados de la comunidad (bomberos, salud municipalizada, dirección comunal de emergencia, líderes comunitarios y otros).



9 de estos comités (36%) no están integrados por los jefes de los servicios fundamentales: urgencia, maternidad, pediatría, cirugía, hospitalización y otros, o por aquellos claves como los de mayor prevalencia de pacientes debido a su poder resolutivo.



Plan de Emergencia

La existencia de un Plan de Emergencia carece de efectividad si las personas a las que va dirigido y que tienen que aplicarlo no poseen una formación específica sobre éste y en el Plan de Emergencia no existe un programa de difusión que pusiera en conocimiento de las personas, que de una u otra forma están involucradas en la emergencia, cuáles son sus funciones y su forma de actuar en caso de que éstas se presenten. La preparación para enfrentar una emergencia necesita recursos, ya sea en horas hombre para realizar ejercitamientos, planificación u otro, o para infraestructura, situación que sólo fue vista en el hospital Dr. Ernesto Torres Galdámes.

20 de los establecimientos posee un Plan de Emergencia o un borrador de Plan, algunos para emergencias internas, otros para emergencias externas y otras para ambas. De éstos, algunos no han sido socializados o no se han practicado, por lo cual su efectividad no ha sido demostrada.



Hay que considerar además, que el Plan es necesario ir actualizándolo en forma periódica de acuerdo a los cambios que van ocurriendo en las unidades de salud (hospital Juan de Dios de Illapel reconoció que su plan necesita ser actualizado, pues es del año 1996), cambios que pueden ser internos tales como, de estructuras, de personal, o el número de población que atiende, y también cambios externos derivados del desarrollo de áreas industriales y construcción de carreteras, entre otros.

En 24 casos (96%) los planes de emergencia consideran a los pacientes, y en 22 casos (88%) consideran al personal que labora en el establecimiento de salud; y en 19 casos (76%) considera a las visitas. Sin embargo, la mayoría de los planes, si bien es cierto incorporan a toda la población que puede estar en el hospital durante una emergencia, no todos explican la lógica y los criterios de evacuación, por ejemplo, de cada uno de ellos.

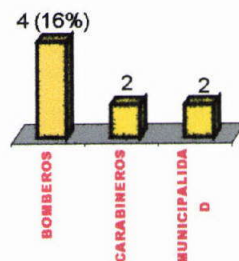
Es importante el cumplimiento de esta norma, pero debe estar fuertemente asociada a un conocimiento y participación de la propia comunidad en él, que como se desprende de las otras preguntas, la comunidad solamente esta expresada en un solo caso en los comités de emergencia y son quienes están destinados a aplicar esta planificación. Es interesante asociar este ítem, con la pregunta formulada que indaga sobre quiénes disponen de copia de este plan.

El estudio indica que carecen de los planes hospitalarios, en 21 casos (84%) los Bomberos, en 23 casos (92%) Carabineros y en 23 casos (92%) los Municipios. Esta información es relevante en

tanto si bien 20 hospitales (80%) cuentan con planes, su desconocimiento por parte de los actores fundamentales, ciertamente no garantiza una mayor seguridad de la Unidad Hospitalaria.

Es impresionante el desvinculo que tienen los servicios hospitalarios con su entorno. En 21 casos de los Bomberos, en 23 casos de Carabineros y en 23 casos los Municipios, carecen de copia de los Planes Hospitalarios.

INSTITUCIONES QUE ENTREGARON COPIA DEL PLAN DE EMERGENCIA



Ejercicios de Preparación

Si bien en 12 casos (48%) hacen ejercitamientos, sólo 4 (16%) realizó al menos un ejercicio durante el año 2000 y 7 entre los años 1999 y 1998. Lo que planteado en términos del universo significa que en 15 (60%) no han realizado ejercitamientos desde el año 1999, inclusive.

Casi la totalidad de los ejercitamientos han sido simulacros y la gran mayoría de éstos han orientado sus esfuerzos a combatir incendios. El Hospital Dr. E. Torres Galdámes de la I Región de Tarapacá es el único que se ha ampliado en este sentido y realizó a fines del año pasado un simulacro que contempló la ocurrencia de una explosión de caldera, emanaciones de gases tóxicos y fallas de equipos, viéndose enfrentados a un escenario más complejo que resolver.

Por ello y de acuerdo a lo expresado durante los micro-talleres, ante las preguntas *¿está el personal preparado y capacitado para enfrentar una emergencia, generar una alarma y utilizar eficientemente los recursos de emergencia?*, la reflexión apunta a la utilización de los recursos de emergencia, pero no a un entrenamiento puntual de utilización de extintores y no dentro de una política integral para el manejo de emergencias.

Recomendación

En el microtaller se analizaron las dificultades que tiene un ejercicio en un ambiente hospitalario. Sin embargo, la mayoría de los parámetros analizados en el microtaller, pueden ser puestos a prueba mediante simulaciones (ejercicios de escritorio), y su eficiencia cuando se refiera a equipos o sistemas (grupo electrógeno, redes húmedas y secas, entre otros), mediante ejercicios parciales que demuestren su funcionalidad.

Mecanismos de Coordinación

Si bien en 13 casos (52%) se manifiesta tener coordinación con otros **hospitales**, en 7 casos (28%) con el **Extrasistema**, en 19 casos (76%) con los **Niveles Superiores de Salud**, en 7 casos (28%) con el **Sistema de Protección Civil** y con la **Atención Primaria Municipalizada**, sólo en 11 casos (44%) se reconoce que no están basados en mecanismos formales ni en una

planificación previa, y la mayoría de las veces ocurre en situaciones muy específicas y en horarios laborales.

- ✓ Coordinación con **otros hospitales y con el extrasistema**.- Esta pregunta está orientada a la existencia de un sistema de derivación de pacientes y ayuda mutua, basado en un Plan de contingencia previamente acordado de acuerdo a la posibilidad de ocurrencia de diversos escenarios de crisis. Coordinación que algunos funcionarios consideraban innecesarias, difícil de realizar y a un costo mayor a los beneficios que podrían obtenerse

Para hacer más específica esta pregunta, se formuló la siguiente: ¿Es este Hospital parte de Planes Inter-hospitalarios para la Evacuación de Pacientes durante Emergencias Médicas Propias y Externas? En 7 casos (28%), los establecimientos señalaron tener planes interhospitalarios para la evacuación de pacientes durante emergencias médicas propias y en 8 casos (32%) para emergencias médicas externas.

Sólo excepcionalmente hospitales tales como la Asistencia Pública de Santiago, exhiben mecanismos concretos de derivación de pacientes debido a la situación de emergencia que la caracteriza y a su alta demanda de servicios provenientes de otras regiones y zonas de Santiago. No obstante, según lo señalado por su Director, Dr. Leonardo Ristori "El Plan de Emergencia de la Región Metropolitana, señala que éste es el centro y Comité Regional de Emergencia de Salud", en la percepción tanto de los directivos de dicha Unidad Hospitalaria como la percepción que detectamos en el microtaller, es que dicha condición no ha sido acompañada de acciones de difusión ni capacitación que permitan lograr un mejor rendimiento sistémico.

- ✓ Coordinación con **niveles Superiores de Salud**.- Esta coordinación está basada en los aspectos normativos que el MINSAL imparte, pero no alcanzan al extrasistema en situaciones de emergencias y catástrofes.
- ✓ Coordinación con el **Sistema de Protección Civil**.- Se entiende por sistema de Protección Civil aquellos organismos civiles, militares, públicos (Intendencia, Gobernación), privados (bomberos, ACHS, Mutua de Seguridad), de beneficencia (Cruz Roja y otras) y a la propia Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI). Por lo que una adecuada coordinación supone el trabajo conjunto y periódico, a fin de crear conciencia interna, que la apertura resulta necesaria para facilitar el trabajo frente a cualquier gestión, sobre todo en situaciones de emergencia y desastre.
- ✓ Coordinación con el **Municipio**.- Dos ejemplos de coordinación con el Municipio dignos de mencionar son los siguientes: al hospital el Salvador la municipalidad le ha facilitado buses municipales para la evacuación de pacientes (1985) y también, agua potable.

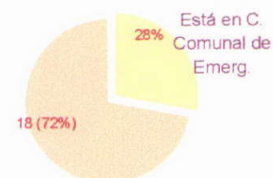
El hospital de Salamanca, tiene una comunicación con el municipio fluida y permanente, no obstante no existir un Plan para ello. Tal vez el escenario –ser una comunidad pequeña, relativamente aislada y mayoritariamente rural- conjuntamente con la voluntad del personal, a facilitado el vínculo entre este Hospital, la municipalidad y la Atención Primaria Municipalizada.

Representación en el Comité de Emergencia Comunal y Sistema Local de Protección Civil

La inexistencia de Comités Comunales de Emergencia y algunos que no funcionan eficientemente es una realidad que hay que considerar para el análisis de esta pregunta.

De acuerdo a las explicaciones de los hospitales Carlos Van Buren y Dr. E. Torres Galdames no se encuentran representados en el Comité Comunal de Emergencia respectivo, debido a que éste no existe o no funciona adecuadamente. El primero, debido a ello está representado en el Comité Regional de Emergencia.

Exceptuando lo anterior, en 18 casos (72%) los hospitales no está representado en el Comité de Emergencia Comunal de su área de jurisdicción y en 21 (84%) no se considera integrado al Sistema Local y Nacional de Protección Civil.



Distribución de Pacientes en la Unidad Hospitalaria

En 3 casos (12%) se dijo haber considerado los escenarios de emergencias y sus dificultades de evacuación, para distribuir a sus pacientes en el hospital. Dicho de otra manera los pacientes menos autovalentes o más difíciles de evacuar, no se encuentren más cerca de las vías de escape.

Además de este elemento, se constató en terreno que en muchos casos los catres no caben por las puertas, o las escalera tiene ángulos que no permiten la bajada de las camillas.



Preparación y Capacitación del Personal

Sólo en 10 casos (36%) se cuenta con personal capacitado y preparado para enfrentar una emergencia y generar una alarma (vale decir, tener un sistema lógico, conocido y que sea ensayado periódicamente para comunicar una situación de emergencia); y en 14 de los casos vistos (56%) se enfatiza la necesidad de capacitaciones orientadas a fortalecer un programa de esta índole en el sector salud.

En cuanto a la capacidad de utilizar eficientemente los recursos de emergencia, en 15 de los casos (60 %) respondió que su personal se encuentra capacitado para usar los extintores.

Monitores

Sólo en 7 de los casos vistos (28%), existen monitores, en tanto facilitadores, para el control de situaciones de emergencias. En el caso del hospital Clínico de la Universidad Católica la formación de monitores se encuentra en su primera fase.



Registro de Teléfonos y Elementos de Emergencia

En 23 casos (92%) se señaló tener un registro actualizado de teléfonos del personal y en un lugar de fácil acceso.

En 20 casos (80%) los establecimientos señalaron tener un registro actualizado de los elementos de emergencia.

Vías de Evacuación

9 de los hospitales vistos no tiene sus rutas de evacuación expeditas. Más allá que es un número bajo es importante señalar que se expresaron razones, tales como: la presencia de objetos que las obstruyen (cajas, ropa, camas, etc.), puertas con llave para evitar robos y fuga de pacientes y llaves no cercana a la puerta, reflejando conciencia y disposición frente a lo constatado.

Política que Prohíba Fumar

Esta consulta es interesante bajo la constatación que en 5 de los casos vistos (20%) lo hace con una perspectiva de salud y también de seguridad.

En términos globales en 22 de los casos vistos (88%) se prohíbe fumar, pero es consecuencia de la normativa existente.

Presencia de Madera, Cajas, Ropa u otro Material en Escaleras y Pasillos

Esta pregunta lleva implícita la idea de mantener aquellos elementos inflamables en lugares especialmente destinados y no encontrarlos acumulados en pasillos, escaleras u otro lugar.

17 establecimientos (68%) respondieron afirmativamente, no obstante, y como parte de la discusión en muchos de ellos se constató que los archivos, bodegas, lavandería, calderas, etc., no se encuentran en estructuras separadas del hospital y que existen hospitales donde los pisos son limpiados con productos como, la parafina.

Drenajes y Bajada de Aguas Lluvias

En 23 establecimientos (91%) se ha establecido una política de limpieza regular de drenajes y bajadas de aguas lluvias.

Funciones para el Manejo de Emergencias en Horarios No Hábiles

13 de los hospitales (52%) señaló tener asignadas a una persona que es la responsable de llevar a cabo las funciones para el manejo de emergencias durante horarios nocturnos, días festivos y fines de semana, pero sólo en 17 casos (69%) conoce los planes existentes. Esta distorsión, en que está dada la función pero no el conocimiento, se debe a que si bien existe un Plan, no necesariamente es conocido por todo el personal ni ha sido probado ni ejercitado, por lo que, se denota una falencia en su difusión y capacitación al personal para su aplicación.



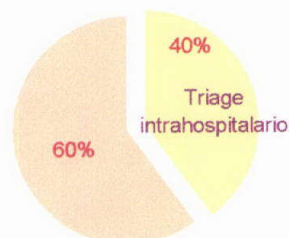
Listado Diario de Pacientes

Frente a la pregunta *¿existe un responsable de realizar un listado diario de pacientes según riesgo vital y por distribución de ubicación?*, sólo un caso, que es el Hospital Naval de Talcahuano que ha sufrido emergencias importantes y que ha requerido el auxilio de agentes externos, construye este listado, que le permite conocer con rapidez y de fuente confiable las zonas y servicios de la Unidad Hospitalaria que tienen a los pacientes:

- ✓ de mayor dificultad de evacuación, tales como (ubicación geográfica y rutas de evacuación),
- ✓ con riesgo vital (riesgos derivados de su movilización, por ejemplo, pacientes críticos en unidades especializadas que requieren maniobras o medios de transporte especiales como el gran quemado) y/o,
- ✓ y con dependencia de aparatos complejos (riñón artificial, respirador mecanismo, bombas e infusión, etc.)

Responsable de Triage Intra-hospitalario

En 15 casos (60%) las unidades hospitalarias no tienen un responsable de realizar *triage* intrahospitalario. Resulta relevante al comparar con la pregunta anterior, pues frente a un incidente de cualquier magnitud en 9 casos, no habría metodológicamente, una acción coherente para la evacuación de pacientes.



Revisiones Periódicas de Seguridad

Es altamente inquietante que sólo 13 de los casos vistos (52%) reconoció someterse a inspecciones de seguridad, tomando en consideración que se trata de ambientes de alta complejidad potencial frente a agentes biológicos, químicos, radioactivos, gases, etc.,. A lo cual hay que agregarle el hecho que el 62% de ellas son realizadas por un organismo indiscutiblemente

valioso, pero que es un organismo voluntario y de derecho privado -Bomberos-, sin que haya sido establecido como un programa oficial financiado y obligatorio. Después, le siguen las inspecciones realizadas por los Comités Paritarios (23%), de la misma Institución (15%, correspondiente a los casos de los hospitales Naval de Talcahuano y Penitenciario), y finalmente por Carabineros y la ACHS (8% cada uno). Estos porcentajes exceden el 100% porque 2 hospitales han recibido inspecciones de instituciones diferentes.

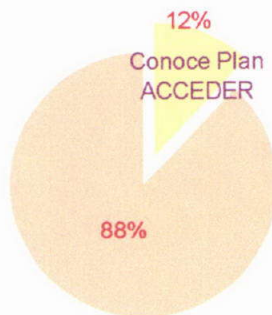
Seguro del Hospital y sus Equipos

De los casos vistos todos los hospitales y clínicas privadas y de las Fuerzas Armadas tienen asegurado todo el edificio.

De los hospitales públicos, el 10% tiene el seguro de los equipos en donación, el 10% tiene aseguradas las ambulancias, el 16% tiene seguros en los equipos en comodato y ninguno tiene asegurado el edificio.

Plan ACCEDER de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI)

El Plan Acceder, no obstante, haber nacido en el Servicio de Salud y ser ampliamente utilizado a escala nacional en Protección Civil, en el Plan Nacional de Formación Profesional en Protección Civil, y haber sido utilizado con la Academia Nacional de Bomberos para fortalecer la planificación de contingencias y de ser un plan sencillo y altamente pedagógico, solo 3 hospitales (12%) manifestó conocerlo, lo que da cuenta de la importante brecha y necesidad de capacitación que el Sector requiere a fin de mejorar los estándares de seguridad hospitalaria.



Entrenamiento del Personal sobre Seguridad en el Hogar

El alto porcentaje de accidentes de origen hogareño y el hogar como fuente importante de patologías, hace recomendable que el personal hospitalario fortalezca sus conocimientos y habilidades con relación a este tema. No obstante lo cual, sólo 6 de los servicios de salud vistos (20%) ha recibido entrenamiento de seguridad en el hogar. Al respecto cabe mencionar que el hospital de Los Vilos incluye en estas capacitaciones a la comunidad.

ANALISIS GLOBAL, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Al hablar de la seguridad en hospitales estamos hablando de una ficción, pues la realidad es que existen carencias fundamentales, que serán analizadas en el presente documento.

Dado que la mayoría de los casos de estudio manifestaron que el microtaller fue altamente pedagógico, se deduce que el cuestionario fue una importante herramienta para guiar este microtaller, que dio la modalidad de ser prácticamente un interrogatorio al Director y a su equipo de confianza, lo que hizo emerger acuerdos, desacuerdos y visiones encontradas, pero finalmente se fue logrando consenso, prácticamente con la misma dinámica que se puede dar en un conflicto, en el cual el Director tendrá que trabajar con esta misma población y de repente estar en acuerdo o en desacuerdo. Así planteado se acercó mucho más este modelo a uno interactivo, en el cual las bondades de haberlo hecho difiere notablemente de las metodologías que se estaban haciendo; como el encuestamiento por correo, en los cuales tienen un porcentaje de respuestas falsas que puede ser importante.

En todos los hospitales visitados uno de los hechos más llamativos fue el enorme interés con que fueron recibidos los microtalleres, lo que hace pensar, que hay una importante demanda y necesidad en capacitación no satisfecha de los programas que intenta o realiza el Ministerio respectivo (Ministerio de Salud). Precisamente, una las consecuencias y recomendaciones más expresas del presente trabajo es la clara necesidad de demanda de capacitación, reconociendo que ONEMI ha realizado un programa de diagnóstico, porque no puede acometer una capacitación sectorial que debe ser responsabilidad de cada Ministerio, en el área que sí debe acometerla es en el vínculo del Sector Salud con el Sistema de Protección Civil y particularmente con los Gobiernos Locales.

En los últimos años nos hemos encontrado con la sorpresa que casi todos los hospitales tienen un Plan de Emergencia; respondiendo en muchos casos a una solicitud. Porque les mandaron una encuesta por correo y la respondieron por correo, pero esos mismos hospitales carecen de estructura y de organización, entonces sus planes parecen letra muerta.

Al respecto, un importante capítulo es el desvínculo que exhiben los hospitales con el Sistema de Protección Civil, con su Gobierno Municipal y con su Comunidad, situación que es más acentuada en los hospitales más complejos, que son de mayor visibilidad y por ende, para una acción de Gobierno sería más estimulante resolver estas problemáticas, sobre todo porque tienen una gran cobertura de pacientes. Es decir, la percepción que la gente puede tener masivamente sobre la acción de salud y sobre el grado de seguridad que tienen en un hospital de estas características, son mayores, en donde el trabajo con tres hospitales podría tener una cobertura profesional muchísimo más grande, buscando los caminos, programas, metodologías y acciones conjuntas que puedan proporcionarse para mejorar el vínculo y la inserción plena del Sector Salud dentro del Sistema y especialmente en los trabajos que se realizan en el nivel local en el Municipio.

Es altamente posible que los temas de seguridad propios del hospital puedan ser enfrentados por la autoridad local de salud, por las Seremías, Directores de Servicio y por el Ministerio mismo, especialmente por lo que respecta a la asignación de presupuestos específicos para capacitar en un área que visiblemente está desprotegida, mal abordada y con poco impacto en términos de organización real de la unidad hospitalaria. Es fácil decir que se encuestaron 100 hospitales y que de éstos 98 tienen planes de emergencia hospitalaria; pero esta encuesta ha permitido evidenciar que el 24% de estos hospitales no tienen Comités de Emergencia y de aquellos que tienen, el 58% no funciona permanentemente, no los convocan regularmente, muchos de los establecimientos no tienen Encargados de Emergencia (36%), y lo que es peor no realizan ejercitamientos periódicos rutinarios (52%).

De estos problemas, aquellos que pueden resolverse dentro del ámbito de la capacitación y mejoramiento de los planes y programas de seguridad, en su unidad hospitalaria son los que se indican a continuación:

Línea telefónica directa con bomberos

Existen de un Plan general del cual se derivan los planes de acuerdo a la especificidad y requerimiento de cada servicio que conforman la Unidad Hospitalaria

Trabajo en telecomunicaciones

Trabajo con bomberos

A modo informativo se mencionan aquellos problemas de más costosa solución para que se tomen las medidas pertinentes.

Algunos conceptos propios de salud como el de "es mejor prevenir que curar", son aplicables a la Protección Civil.

Acciones como combatir incendios que está muy desarrolladas en algunos hospitales podría ampliarse para otros escenarios sin mayores costos de implementación.

Sirvió para reactivar algunas iniciativas, ideas y proyectos que estaban "durmiendo" por diversas razones sin haberse materializado

La ejecución de este trabajo motivó acciones tales como: a aquellos hospitales que no se habían preocupado del tema, lo hicieron, algunos buscaron la información pertinente y se dieron cuenta que contaban con un Plan de Emergencia, otros asignaron funciones para esta temática y otras medidas.

En la mayoría de las unidades hospitalarias el Y2K les permitió revisar diferentes aspectos de seguridad tales como su autosuficiencia en servicios básicos, actualizar su registro de teléfonos, etc.

Otro tema de interés en materia de seguridad es el concepto de sistema a nivel local, provincial, regional y nacional de protección civil.

RESULTADOS ANEXOS: ESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO

Analisis Descriptivo Para
 La Fundamentación
 de un Programa Nacional
 de Seguridad Hospitalaria
 ONEMI-1999-2001

DATE	ISSUED TO

Analisis Descriptivo Para
 La Fundamentación de
 un Programa Nacional
 de Seguridad Hospitalaria

ONEMI
 1999-2001