

**FACULTAD DE INGENIERÍA**

Escuela Académico Profesional de Ingeniería Industrial

Trabajo de Investigación

**Propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar  
el nivel de calidad del proceso de atención al paciente en  
el área de emergencia de un hospital, Lima-2020**

Lizbeth Gómez Samaniego

Para optar el Grado Académico de  
Bachiller en Ingeniería Industrial

Huancayo, 2020

Repositorio Institucional Continental  
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

# **ASESOR**

Ing. Julio Efraín Postigo Zumarán

## **Agradecimiento**

Agradezco a la Universidad Continental, en especial al ingeniero Julio Efraín Postigo Zumarán por guiarme en la elaboración de esta investigación.

Agradezco a los colaboradores y personas que ayudaron en la recopilación de datos del hospital.

A las personas que siempre están de mi lado; a mi Mamá, Papá, hermanos, Mónica y Aldo que me motivan a no rendirme.

## **Dedicatoria**

A mis padres, por el apoyo constante.

A mis hermanos, por ser el soporte en momentos difíciles.

## INDICE

Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria .....	iv
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.1.1. Formulación del problema.....	2
1.1.1.1. Pregunta general.....	2
1.1.1.2. Preguntas específicas.....	2
1.2. Objetivo General.....	2
1.1.2. Objetivos específicos.....	2
1.3. Justificación.....	3
1.4. Importancia.....	3
1.5. Hipótesis.....	4
1.1.3. Variables.....	4
1.1.3.1. Variables Independiente.....	4
1.1.3.2. Variable dependiente.....	4
1.1.4. Operacionalización de Variables.....	4
CAPITULO II.....	6

MARCO TEÓRICO .....	6
2.1. Antecedentes del problema .....	6
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	6
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	7
2.1.3. Antecedentes locales .....	8
2.2. Bases Teóricas.....	9
2.2.1. Calidad de atención al paciente .....	9
2.2.2. SERVQUAL .....	10
2.2.3. Identificación y control de riesgos.....	11
2.2.3.1. Definiciones Operacionales .....	11
2.2.3.2. Riesgos negativos .....	12
2.2.4. Actividades críticas del proceso de atención al paciente .....	12
2.2.5. Desempeño laboral .....	13
2.2.5.1. Especialidad en gestión de calidad de salud .....	14
2.2.6. Cultura de calidad .....	14
2.3. Gestión de riesgos.....	15
2.2.2. Análisis de riesgo .....	16
2.2.3. La práctica de la gestión de riesgos .....	16
2.2.4. Clasificación de riesgos.....	16
2.3. ISO .....	17
2.3.1. ORGANIZACIÓN .....	17
2.3.1.1. Estándar internacional.....	18

2.3.1.2.	Trabajo de la ISO .....	18
2.3.2.	ISO 31000:2018.....	18
2.3.2.1.	Procesos .....	22
2.3.2.1.1.	Identificación de riesgos.....	23
2.3.2.1.2.	Análisis del riesgo .....	23
2.3.2.1.3.	Valoración de riesgo .....	23
2.4.	Tratamiento de riesgo.....	24
2.4.1.	Supresión del riesgo .....	24
2.4.2.	Transferencia del riesgo.....	24
2.4.3.	Mitigación del riesgo .....	24
2.5.	Modelo de gestión de riesgos .....	25
2.5.1.	Estándar de gestión de riesgos PMI.....	25
2.5.2.	Gestión ágil de riesgos.....	28
2.6.	Definición de términos básicos .....	30
CAPÍTULO III.....		32
METODOLOGÍA.....		32
3.1.	Métodos y alcance de la investigación.....	32
3.1.1.	Método de la investigación.....	32
3.1.2.	Alcance de la investigación .....	32
3.2.	Diseño de la investigación .....	32
3.3.	Población y muestra .....	33
	Población .....	33

Muestra.....	33
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5. Técnicas e instrumentos de análisis de datos.....	33
CAPÍTULO IV .....	34
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN .....	34
4.1. Datos de la organización .....	34
4.2. Reseña histórica.....	35
4.3. Organigrama.....	35
4.4. Departamento de Emergencia .....	36
4.5. Visión.....	38
4.6. Misión .....	38
4.7. Principios .....	38
4.8. Ubicación.....	39
4.9.1. Actividades primarias .....	40
4.9.2. Actividades secundarias.....	40
4.10. Mapa de procesos.....	41
4.11. Flujograma de procesos.....	42
4.12. Diagnóstico situacional del Hospital .....	43
4.12.1. Datos obtenidos por observación directa.....	43
4.12.2. Encuestas de calidad.....	46
CAPÍTULO V .....	53
DESARROLLO DE LA PROPUESTA .....	53

5.1.	Alcance.....	53
5.2.	Objetivo general de la propuesta .....	54
5.3.	Objetivos específicos de la propuesta.....	54
5.4.	Diseño de propuesta de modelo de gestión de riesgos.....	55
5.4.1.	Política de riesgo.....	56
5.4.2.	Planificación de gestión de riesgos .....	56
5.4.2.1.	Stakeholders.....	56
5.4.2.2.	Criterio para el análisis de riesgo.....	56
5.4.2.3.	Presupuesto .....	58
5.4.2.4.	Cronograma .....	61
5.4.3.	Análisis del WoW .....	63
5.4.3.1.	Realizar el diagnóstico cultural .....	63
5.4.3.2.	Revisión de artefactos y factores ambientales .....	63
5.4.3.3.	Mapeo operacional .....	63
5.4.4.	Integración Wow .....	64
5.4.5.	Identificación de riesgos.....	66
5.4.6.	Análisis cualitativo y cuantitativo de riesgos .....	69
5.4.6.1.	Análisis cualitativo .....	70
5.4.6.2.	Análisis cuantitativo .....	70
5.4.7.	Plan de respuesta de riesgo.....	71
5.4.7.1.	Respuesta preventiva propuestas.....	72
5.4.8.	Herramientas de monitoreo y/o seguimiento. ....	74

5.4.3. Evaluación de la propuesta .....	75
5.4.3.1. Indicadores de desempeño.....	75
5.4.4. Retroalimentación .....	75
CONCLUSIONES .....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	82
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CALIDAD.....	82
QUEJAS Y RECLAMOS ANUARIO 2015-2019 SUSALUD.....	86
CALIDAD Y SERVICIO ESSALUD.....	89

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Matriz de operacionalización de variables .....	4
<b>Tabla 2:</b> Información del Hospital .....	34
<b>Tabla 3.</b> Nivel de satisfacción .....	46
<b>Tabla 4.</b> Condición de la muestra encuestada .....	46
<b>Tabla 5.</b> Sexo de la muestra .....	47
<b>Tabla 6.</b> Tipo de seguro de la muestra encuestada .....	47
<b>Tabla 7.</b> Nivel de satisfacción según dimensiones.....	47
<b>Tabla 8.</b> Porcentaje de satisfacción por pregunta .....	48
<b>Tabla 9.</b> Matriz de análisis de riesgos operacionales.....	50
<b>Tabla 10.</b> Presupuesto de la propuesta .....	58
<b>Tabla 11.</b> Cronograma de la propuesta .....	61
<b>Tabla 12.</b> Matriz de desarrollo enfocada en la Gestión de Riesgos .....	66
<b>Tabla 13.</b> Identificación de riesgos .....	67
<b>Tabla 14.</b> Codificación de eventos adversos como riesgos .....	67
<b>Tabla 15.</b> Análisis de riesgos estratégicos.....	69
<b>Tabla 16.</b> Análisis cualitativo del riesgo .....	70
<b>Tabla 17.</b> Modelo de plan de respuesta de riesgos .....	71
<b>Tabla 18.</b> Modelo de plan de mantenimiento .....	74
<b>Tabla 19.</b> Modelo de monitoreo y control de riesgos .....	75

## Índice de figuras

Figura 1: Marco de referencia .....	12
Figura 2: Principios .....	20
Figura 3: Marco de referencia .....	21
Figura 4: Proceso .....	22
Figura 5: Esquema de priorización de procesos .....	24
Figura 6: Diagrama de flujo de gestión de riesgos de proyectos .....	28
Figura 7: DAD's Lean lifecycle .....	29
Figura 8: Risk - Value .....	30
Figura 9: Gerencia Clínica .....	35
Figura 10: Ubicación de Hospital Nacional Guillermo Almenara .....	39
Figura 11: Cadena de valor del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara.....	39
Figura 12: Mapa de procesos de prestaciones de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara .....	41
Figura 13: Flujograma de servicio de emergencia de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara.....	42
Figura 14: Eventos adversos .....	43
Figura 15: Indicadores de Calidad de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara ..	45
Figura 16: Atenciones de emergencia en miles.....	46
Figura 17: Satisfacción de pacientes por dimensiones.....	48
Figura 18: Proceso de mejora de la atención del paciente en emergencia.....	55

Figura 19: Criterios de análisis de riesgos .....	57
Figura 20: Nivel de riesgo. ....	57
Figura 21: Acercamiento experimental para desarrollar el WoW.....	64
Figura 22: Modelo de incertidumbre y Complejidad .....	65
Figura 23: Key áreas of focus for the Plan Risk Managment Process .....	65
Figura 24: Análisis en risk.....	71
Figura 25: Perfil de puesto.....	72
Figura 26: Ejemplo de control de desempeño.....	73
Figura 27: Tablero Kanban .....	73

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general diseñar un modelo de gestión de riesgos para mejorar la calidad de atención al cliente en el servicio de emergencia de un hospital.

La investigación planteó como hipótesis que la calidad del proceso de atención al paciente en el área de atención de emergencia es deficiente, por lo que se propone un modelo de gestión de riesgos que mejore este proceso.

La metodología utilizada fue hipotético-deductivo, ya que se contrasta la hipótesis general con los datos obtenidos de la empresa. El alcance de la investigación fue descriptivo con propuesta, porque se buscó recopilar toda la información necesaria que sea fiel a la realidad del hospital, con esto se analiza la hipótesis y se realiza una propuesta para poder mejorar los problemas encontrados.

La población en la investigación fue el hospital y las muestra el servicio de emergencia, considerando clientes internos, externos, así como el ambiente, los equipos, materiales y maquinarias. Debido al contexto de la pandemia se tomó una muestra por conveniencia y de forma aleatoria.

Durante el diagnóstico de la empresa, se realiza que la evaluación de la línea base de la gestión de riesgos era casi nula y más orientada a los procesos administrativos, así mismo se pudo identificar que los indicadores no están muy relacionados a lo que valora el paciente, que nos indica que es necesario poder implementar procesos y métodos que puedan gestionar los riesgos positivos y negativos enfocados el trabajo variable y de complejidad en el servicio de emergencia.

Se confirmó la hipótesis, viendo que la ocurrencia e impacto de riesgos y peligros es alta, existe omisión de participación del cliente interno y externo. Con esto se propone un modelo de gestión de riesgos con base de la norma estándar de riesgos del PMI y prácticas ágiles.

Palabras Clave: Calidad, gestión de riesgos, atención al paciente, emergencia, ISO: 31000: 2018, ágil.

## **ABSTRACT**

The general objective of this research is to design a risk management model to improve the quality of customer service in the emergency service of a hospital.

The research hypothesized that the quality of the patient care process in the emergency care area is deficient, which is why a risk management model is proposed to improve this process.

The methodology used was hypothetical-deductive, since the general hypothesis is contrasted with the data obtained from the company. The scope of the research was descriptive with a proposal, because it sought to collect all the necessary information that is faithful to the reality of the hospital, with this the hypothesis is analyzed and a proposal is made to be able to improve the problems encountered.

The population in the research was the hospital and the emergency service shows it, considering internal and external clients, as well as the environment, equipment, materials and machinery. Due to the context of the pandemic, a sample was taken for convenience and at random.

During the diagnosis of the company, it was realized that the evaluation of the risk management baseline was almost null and more oriented to administrative processes, likewise it was possible to identify that the indicators are not closely related to what the patient values, which indicates that it is necessary to be able to implement processes and methods that can manage positive and negative risks focused on variable and complex work in the emergency service.

The hypothesis was confirmed, seeing that the occurrence and impact of risks and dangers is high, there is an omission of participation from the internal and external client. With this, a risk management model is proposed based on the PMI standard risk standard and agile practices.

Key Words: Quality, risk management, patient care, emergency, ISO: 31000: 2018, agile.

## INTRODUCCIÓN

Para lograr el éxito del hospital se debe tener una satisfacción continua de las necesidades y expectativas de los pacientes, sobre todo en el área de emergencia, debido a la realidad compleja en que el paciente es sometido. Es por ello que, se plantean diversos estándares y sistemas para mejorar el proceso de atención. Las organizaciones tienen que enfrentar diferentes sucesos internos y externos que las colocan en una situación de incertidumbre, debido a ello es que se busca implementar un modelo de gestión de riesgos para poder mejorar el nivel de calidad de atención al paciente.

La presente investigación tiene como objetivo diseñar un modelo de gestión de riesgos para mejorar la calidad de atención en un Hospital.

En el primer capítulo se definió la problemática describiendo a nivel global hasta la situación actual de la empresa, planteando el problema general y los específicos, redactando también los objetivos, la justificación, importancia, la hipótesis y la operacionalización de la variable accidentes laborales y el modelo de gestión de riesgos.

En el segundo capítulo se desarrolló el marco teórico de la investigación, resaltando los antecedentes locales, nacionales e internacionales más importantes para esta investigación; también se describieron las bases teóricas necesarias para el desarrollo de la investigación y los términos básicos.

En el tercer capítulo se describió la metodología que se utiliza en la investigación, teniendo un alcance descriptivo con propuesta, listando las técnicas y herramientas que se utilizarán para la recolección de datos para el diagnóstico situacional, tomando a la empresa de manera integral como población y muestra para la investigación.

En el cuarto capítulo se realizó el diagnóstico de las actividades de la empresa, analizando la manera de trabajo de la empresa y los documentos que la empresa posee, obteniendo los problemas principales y sus causas raíz.

En el quinto capítulo se planteó la propuesta de un modelo de gestión de riesgos y las posibles herramientas y metodologías a usar.

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En la actualidad la mayoría de los centros de salud no cuentan con sistemas de atención eficientes que logren atender de manera adecuada a los pacientes que llegan al área de emergencia. Esto sucede ya que los procedimientos son variables, y muchas veces ocasionan la vulnerabilidad del paciente que afecta la propia seguridad debido a la alta incertidumbre a los que está sometida.

Las organizaciones tienen que enfrentar diferentes sucesos internos y externos que la colocan en una situación de incertidumbre, es por ello que se busca implementar un modelo de gestión de riesgos para poder mejorar las probabilidades de alcanzar la adecuada atención de un paciente.

La administración de riesgos es un término nacido en los 60, con la modernización y uso de técnicas en los procesos, se observó qué era necesario el control de ciertas actividades, además de ello la tecnología envolvía calidad y agilidad, es por ello que a partir de la mitad de los setenta; estos conceptos fueron introducidos a las empresas, debido a la aparición de normas y estándares; sin embargo ello tenía problemas en cuanto determinados sectores, reducción de impacto y diferentes resultados en su desarrollo. (IsoTools, 2018)

La gestión de riesgos es importante en las organizaciones para poder alcanzar objetivos estratégicos que tiene debido a la incertidumbre que esté presente.(Rodríguez Ocampo, 2014)

Un sistema de gestión de riesgo constituye procesos ordenados y funcionales que permite mejores decisiones y el desempeño de las organizaciones, alcanzar

objetivos, a través del análisis y respuesta de los riesgos. (Vanegas Rodríguez, 2016)

### **1.1.1. Formulación del problema**

#### **1.1.1.1. Pregunta general**

¿Cuál es el nivel de calidad de la atención al paciente en el área de emergencia de un Hospital, Lima- 2020 para proponer un modelo de gestión de riesgos que mejore el proceso?

#### **1.1.1.2. Preguntas específicas**

- ¿Cómo se realiza la identificación y control de riesgos del proceso de atención al cliente en el área de emergencia del Hospital Lima?
- ¿Cuál es el nivel de riesgo a los que está sometido la atención al paciente en el área de emergencia del Hospital Lima?
- ¿Cuáles son las actividades críticas del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital Lima?
- ¿Cómo se desenvuelve el personal del centro médico ante los riesgos del proceso atención al paciente en el área de emergencia del Hospital Lima?

## **1.2. Objetivo General**

Diseñar un modelo de gestión de riesgos para mejorar la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia de un Hospital, Lima - 2020

### **1.1.2. Objetivos específicos**

- Analizar la identificación y control de riesgos del proceso de atención al cliente en el área de emergencia de un Hospital Lima.
- Estimar el riesgo a los que está sometido al proceso de atención al cliente en el área de emergencia de un Hospital Lima.
- Determinar las actividades críticas del proceso de atención al paciente en el área de emergencia de un Hospital Lima.
- Delimitar el desempeño del personal del centro médico en la gestión de los riesgos del proceso atención al paciente en el área de emergencia de un Hospital Lima.

## **1.3. Justificación**

### **1.3.1. Justificación Técnica.**

- La presente investigación contribuirá con la planificación y mejora de respuesta ante los riesgos, así como la mejora de calidad de atención y seguridad del paciente en el servicio de emergencia

La aplicación de este modelo de gestión de riesgos permitirá mejorar la manera en cómo se realizan las actividades críticas y así como mejorar la eficacia de atención al paciente. Con este ajuste se logrará tratar el enfoque de riesgo y fortalecer el sistema de gestión actual.

### **1.3.2. Justificación Económica**

- Con el diseño de un modelo de gestión de riesgos del proceso de emergencia podrá reducir los costos de reinversión por una mala práctica en el ámbito legal, además que propondrá estrategias que considerarán la reducción de sobre costo por atención de riesgos de manera esporádica tanto al centro médico, así como la reducción de sobre tiempos.

### **1.3.3. Justificación Social.**

- La presente investigación pretende diseñar un modelo de gestión de riesgos de los procesos que pretende proteger la integridad de los pacientes y las personas que laboran en el centro médico para llegar a consolidar los objetivos estratégicos del área de emergencia.

Se debe de considerar qué debido a que la mayoría de riesgos pueden ser mitigados o reducidos, se deben de analizar, en estudios previos a este se ha destacado que casi la mitad de riesgos que aparecen pueden ser mitigados o reducidos.

## **1.4. Importancia**

Esta investigación parte de la observación de la poca sistematización de respuesta ante el riesgo de atención al paciente en el área de emergencia ante un disparador de riesgo, que finalmente reduce la eficacia de la misma.

Si bien el tema del riesgo y la gestión de riesgo no son del todo nuevo, la complejidad y retos lo son; es por ello que han surgido directrices y normativas por la necesidad de los negocios para incluirlos. (Arévalo Moscoso et al., 2017)

No saber manejar los riesgos positivos genera la pérdida pasiva de oportunidades, así como no tener respuesta alguna o control ante los negativos.

Esta investigación es de importancia debido a que sus resultados ayudarán a analizar la influencia de un modelo de gestión de riesgos ante dichos riesgos, de tal manera que podamos tener cierto control ante la incertidumbre.(Martínez Hernández & Blanco Dopico, 2018)

## 1.5. Hipótesis

La calidad del proceso de atención al paciente en el área de atención de emergencia es deficiente, por lo que se propone un modelo de gestión de riesgos que mejore este proceso.

### 1.1.3. Variables

#### 1.1.3.1. Variables Independiente

- Modelo gestión de riesgos

#### 1.1.3.2. Variable dependiente

- Calidad del proceso de atención al paciente

#### 1.1.4. Operacionalización de Variables

**Tabla 1:** *Matriz de operacionalización de variables*

Tipo de Variable	Variable	Dimensión	Indicador
Independiente	Modelo gestión de riesgos	Objetivos del modelo	Indicadores Metas Presupuesto
		Tratamiento del riesgo	Nivel de riesgo

		Metodologías incorporadas	Eficiencia de procesos de identificación y seguimiento de riesgo
		Diagnóstico de identificación y control de riesgo:	Objetivos del área de emergencia Planeamiento Evaluación normativa (Políticas y procedimientos)
<b>Dependiente</b>	Calidad del proceso de atención al paciente	Riesgos negativos	Tipos de riesgo Probabilidad de ocurrencia
		Actividades críticas del proceso	Delimitar actividades críticas
		Desempeño del personal	Porcentaje satisfactorio de personas que fueron atendidas

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del problema**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

- Flores (2016), en Universidad Técnica Federico Santa María de Chile con la tesis titulada “Diseño de un modelo de control de riesgos basado en la ISO 31000 y COSO ERM para su aplicación en Geolaquim LTDA”, cuyo objetivo fue reconocer riesgos y administrarlo para generar valor y fomentar la seguridad estratégico y operacional, la metodología fue ambas herramientas de gestión, el resultado fue la aplicación de estrategia de un control integral de riesgos, para llegar al cumplimiento de los aspectos críticos; se concluyó que, para mejorar debemos de evitar la consolidación de las debilidades ni amenazas, sino de aprovechamiento de oportunidades y mejora de fortalezas.

Esta investigación es importante ya que determina el alcance del híbrido de COSO y la ISO 31000 su valor estratégico en el marco estratégico y operacional de los procesos.

- Vásquez, Matheus & Chirinos (2015), con la investigación titulada “Gestión de riesgos en la empresa R.C. Agelvis, C.A”, cuyo objetivo fue analizar financieros, estratégicos, riesgos operacionales, tuvo un diseño de campo no experimental, aplicando estadística descriptiva; se obtuvo que se aplica el control de factores de riesgo en diferentes áreas; se

concluyó que son necesarias la integridad de respuesta en toda la organización. (Vásquez et al., 2015)

Esta investigación es importante ya que determina las aplicaciones estadísticas y el impacto de interaccional entre varias áreas, haciendo uso del análisis de riesgo en diferentes niveles.

- Vanegas (2016), con la investigación titulada “Integración de la gestión del riesgo para el cumplimiento de altos estándares de calidad en el sector de salud Colombia”, cuyo objetivo es proponer una herramienta con enfoque de riesgos que contribuya a la clasificación de riesgos para planificar la línea de respuestas y monitorizar la misma para cumplir con estándares de calidad, se utilizó las encuestas para probar la hipótesis, análisis de documentación, sus resultados fueron el diseño de la herramienta basado en ISO 31000, acciones para cumplir con funciones públicas; concluye qué es un enfoque para cumplir los requisitos, mas no los objetivos estratégicos, facilita la integración organizacional y establece una orientación de acreditación en salud.

Esta investigación es importante ya que determina la importancia de una gestión adecuada de riesgos para llegar a los estándares de calidad en la cual se busca una acreditación.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

- Fuentes & Zúñiga (2010), de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con la tesis titulada “Gestión integral de riesgos operativos en el proceso microfinancieros”, cuyo objetivo fue gestionar los riesgos originados de manera interna y externa en procesos críticos de IMF, usó la metodología COSO, cuyos resultaos fueron qué por cada agencia se recibía diferentes niveles de riesgo operativo; se concluyó qué, el aspecto estratégico tiene un impacto en la eficiencia financiera, sin embargo la metodología COSO no considera dicho aspecto, que es relevante en este caso.

Esta investigación es importante ya que evidencia la mejora en la parte económica con la empresa debido a que la gestión está involucrada al aspecto financiero.

- Sánchez (2016), de Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el artículo titulado “COSO ERM y la gestión de riesgos”, cuyo objetivo es identificar eventos críticos que afectasen a una entidad, para responder

a los riesgos que pueda ocasionar, se aplicó la metodología COSO ERM, cuyos resultados fueron la identificación de riesgos presentes, evaluando la efectividad de control orientados a los objetivos estratégicos. Las conclusiones fueron que se identificó y gestionó riesgos de tal manera que sean aceptables, mejoró la capacidad de respuesta, redujo pérdidas operativas y aprovechar oportunidades.

Esta investigación es importante ya que evidencia la mejora en la parte económica con la empresa debido a que la gestión está involucrada al aspecto financiero.

- Velezmoro (2010), de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con la tesis titulada “Modelo de Gestión de riesgo operacional de una institución Financiera Peruana dentro de un enfoque integrado de Gestión de riesgos”, el objetivo fue proponer un modelo de gestión de riesgo operacional con el enfoque COSO ERM, como prevención y reductor de pérdida, el resultado fue el cambio de cultura y la funcionalidad del riesgo operacional; se concluyó que, el modelo integrado de riesgo propuesto obtuvo ahorro en el presupuesto para regular riesgos operacionales, el desarrollo de un método basado en el contexto y el establecimiento de un modelo propio  
Esta investigación es importante ya que vincula la parte de recursos humanos, el presupuesto y su vinculación de respuesta ante riesgo haciendo uso de COSO ERM.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

No se encontraron

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Calidad de atención al paciente**

La calidad en el servicio, se puede entender como el cumplimiento y conformidad con las especificaciones de los clientes, esto pueden ser abarcados en diferentes dimensiones de acuerdo a la percepción de los usuarios. “La calidad es considerada como un antecedente de la satisfacción y muestra al desempeño en el servicio como el elemento determinante en la percepción de la calidad que puede ayudar a una organización a diferenciarse de otras organizaciones.”(Ibarra & Espinoza, 2014)

Algunas dimensiones específicas de la atención del cliente:

**Tangibilidad:** es visible ante el cliente. Influye en la percepción tanto en la naturaleza y calidad.

**Confiabilidad:** Se considera que es la promesa de realizar el servicio de manera segura y precisa.

**Tiempo de respuesta:** Eficiencia como muestra de aprecio a la preferencia y deseo de conservar ello.

**Seguridad:** Inspirar confianza al cliente, teniendo en cuenta las capacidades del personal y su ubicación adecuada.

**Empatía:** Es la capacidad de entender las necesidades exactas del cliente y encontrar la forma correcta de atenderlas.(Berry et al., 1989)

En el ámbito sanitario se puede considerar “al paciente-cliente, girando la organización en torno a sus necesidades. Así, aquella debe tener información objetiva y continua tanto de las necesidades de sus clientes como de sus resultados, con parámetros cuantitativos y cualitativos.”(Corral et al., 2010, p. 1), se puede considerar que no está aislado a la propia visión del paciente, va más allá de la eficiencia sanitaria o trato humano.

La calidad de atención del paciente se considera una parte esencial, “en la actualidad es un aspecto prioritario tanto de los gobiernos, así como de las instituciones generadas para responder las necesidades de los beneficiarios, pacientes o clientes de la sociedad en busca de mejoría en su salud.” (Haro-

Alvarado et al., 2018) todo ello ha implicado el involucramiento de mejoras en la calidad de servicio y el aseguramiento de la confianza del paciente.

El paciente desea recibir un servicio eficiente y que le brinde seguridad, para ellos es importante, que se garantice la preservación de su vida, se considera de gran importancia poder medir de acuerdo a la percepción de cada uno de ellos, ya que esto será equivalente a un servicio de calidad.

Se puede entender que la calidad es obtenida mediante esfuerzos en conjunto y eficiente, donde los colaboradores de la organización, cliente y la sociedad en general. La ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios con poca eficacia, limitado acceso a servicios, incremento de costos, reclamos, insatisfacción de usuarios y profesionales, ello afecta la credibilidad de los servicios e incluso la pérdida de la vida. (Ibarra & Espinoza, 2014) , también se debe considerar que en el marco del servicio y la importancia de poder ir implementando acciones y protocolos que logren disminuir las diferentes áreas que pueden ir perjudicando “La calidad del servicio de atención del paciente debe ir mejorando de forma continua, ya que presenta repercusión en los costos. Estos costos representan entre 20 a 40% del gasto total de gasto en el sistema de salud. Son evidentes cuando la efectividad de los servicios no es efectiva. Esta es una de las dimensiones clave de la calidad.” (Rodríguez Ocampo, 2014, p. 276), teniendo en consideración que la efectividad económica no es viable considerar sistemas tradicionales para poder evitar sucesos que representan riesgos o situaciones adversas y mitigar sus efectos, se necesita poner en práctica un modelo de gestión de riesgos para detectar, evaluar y generar un plan de respuesta ante dichos eventos.

Con el fin de evitar sucesos que representen riesgos o situaciones adversas y reducir sus efectos, la implementación práctica de un modelo de gestión riesgos para detectar, evaluar y generar un plan de respuesta ante ello.

### **2.2.2. SERVQUAL**

Uno de los instrumentos que reflejan “La encuesta SERVQUAL diseñada por Parasurama, por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios”.(Cabello & Chirinos, 2012, p.2)

Se puede encontrar brechas negativas de manera moderada para la calidad de servicio de atención médica, no obstante también existen prácticas que pueden ser replicadas en prácticas del sector salud. (Muhammad Butt Mohsin & Cyril de Run Ernest, 2010)

Por otro lado, en cuanto la aplicación de la encuesta se encuentran los siguientes resultados “Los estudio realizados con serviqual mostró un 46,8% de satisfacción global de los usuarios externos en consulta externa y 52,9% en emergencia. Las principales variables de insatisfacción en consulta externa fueron la deficiente disponibilidad y facilidad para obtener una cita (80,6%), demora en la atención en la farmacia (78,6 %), demora en la atención en la caja y módulo SIS (71,6 %), el trato inadecuado por parte del personal (63,8%) y la deficiente información sobre los pasos para ser atendidos (62%) y en emergencia fueron percepción de no mejora o resolución del problema de salud por el cual acudió (81,5%), la deficiente disponibilidad de medicamentos en la farmacia (79,5%), demora en la atención en farmacia (54,4%), demora en caja y admisión (53,9%) y que los ambientes no se encontraron limpios, no fueron cómodos ni acogedores (50,8%)”. (Cabello & Chirinos, 2012,p.9), se puede evidenciar la mezcla de factores ambientales que pueden mejorar la situación de los pacientes, estos pueden ser fácilmente gestionados mediante procesos que no requieren de gran inversión, sino de un reordenamiento de procesos y protocolos.

### **2.2.3. Identificación y control de riesgos**

#### **2.2.3.1. Definiciones Operacionales**

Para poder identificar y control de riesgos, son definidos para dar apoyo ante una situación o evento que no se ha previsto y que pueda atentar contra la salud del paciente “Actividad de atención directa y atención de soporte: Son las acciones que se desarrollan en un establecimiento de salud, relacionadas a los procesos operativos y procesos de apoyo, concerniente a atención directa de salud y atenciones de soporte.” (MINSa, 2020, p. 25)

Adecuación de los servicios de salud: “Es el proceso de acomodación, adaptación, rehabilitación o expansión de los servicios de salud en prestadores de salud públicos (de MINSa, Gobiernos Regionales, Seguro Social de Salud-EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Locales, otros públicos), privados, o mixtos, como respuesta

a las necesidades del cuidado integral de salud, frente a la Pandemia por COVID-19”(MINSA, 2020,p.24).

### 2.2.3.2. Riesgos negativos

Los riesgos negativos son todos aquellos a los que va presentar un evento adverso, se entiende por ello a todas las situaciones recurrentes como los de "incidente" "iatrogenia", "error médico", "evento centinela", "complicación", etc., que hacen referencia a un equivalente.(Chomalí Garib & Abogado. Miranda Suárez, 2003)

Causa	Total	%
Mala calidad	51	61,8 %
Error de fabricación/manufactura, acondicionamiento del empaque	192	26,9 %
No consignan	30	4,3 %
Error de diseño	21	2,9 %
Error de operación	18	2,6 %
Reacción al material de fabricación	6	0,8 %
Problemas de almacenamiento	3	0,4 %
Deterioro	2	0,3 %
<b>Total</b>	<b>712</b>	<b>100,0 %</b>

Figura 1: **Marco de referencia (capítulo 5)** Tomada de Boletín N°13 de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia-Ministerio de Salud 2017, en línea [[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Farmacovigilancia/B10\\_2017\\_13.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Farmacovigilancia/B10_2017_13.pdf)]

Cabe resaltar que mucho de esto riesgos se llegan a concretizar por errores en diferentes ámbitos desde la atención humana y la infraestructura inadecuada de las cuales muchas pueden ser evitadas.

“Promedio de permanencia de pacientes en shock trauma: tiempo medido en días que un paciente debe permanecer en la estación de shock trauma hasta lograr su estabilización para ser derivado a otra área”. (Urdanivia et al., 2019)

### 2.2.4. Actividades críticas del proceso de atención al paciente

Actividad 1: Llegada

La recepción del paciente en un determinado estado, este puede ser significar o no una emergencia es por ello que se afirma qué debe ser atendido “El paciente llega al centro de salud con signos de emergencia evidente, quemaduras, fracturas, sangrado”. (Ministerio de Salud, 2017, p.10)

#### Actividad 2: triaje

Para poder medir los signos vitales de la persona, ésta pasa a triaje ello “Implica la selección del tipo de atención que requiere el paciente, dicha atención debe ser clasificada de acuerdo a la necesidad del usuario. Si se trata de una condición de emergencia sin signos de alarma”. (Ministerio de Salud, 2017, p.12)

#### Actividad 3: Diagnóstico

“Se brinda al paciente la atención inmediata para aliviar las causas de la emergencia y brindar la estabilización al paciente. Se le indica al usuario si pasa internamiento, consultorio o si será derivado a otro centro de salud”. (Ministerio de Salud, 2017, p.14)

#### Actividad 4: Admisión

“De forma en que el paciente es atendido en el centro médico, se abre o ubica una historia clínica. Si el paciente no está en condiciones de brindar información, será realizado por sus familiares; en el caso de que se paciente nuevo, se apertura una historia clínica nueva”. (Ministerio de Salud, 2017, p.18)

#### Actividad 5: Hospitalización

“En caso la emergencia ocurrida requiera atención y monitoreo constante se quedará en el hospital hasta que se estabilice”. (Ministerio de Salud, 2017, p.22)

#### Actividad 6: Verificación de caja

“identifica los precios de atención, la capacidad de pago del usuario o en caso proceda la exoneración de la tarifa interpuesta2. (Ministerio de Salud, 2017, p.26)

### **2.2.5. Desempeño laboral**

Uno de los pilares de la calidad es el trato y gestión del talento humano, las competencias de cada miembro es de vital importancia para poder realizar los procedimientos correctos “La preocupación por la calidad en la atención de salud, entendida como la seguridad de los pacientes, se va convirtiendo poco a poco en un

punto más que relevante en las agendas de los responsables políticos, de las autoridades de salud y de los propios profesionales que intervienen en este proceso y en su administración.” (Chomalí Garib & Abogado. Miranda Suárez, 2003). Confiar en el desarrollo y administración que imparte cada persona para el tratamiento y el área en el que se desempeña es de gran importancia para mejorar la calidad impartida en su atención.

La asistencia en el ámbito sanitario de emergencia debes ser plasmada y llevada a cabo por profesionales con gran capacidad de asimilación, el actuar de cada uno de ellos tendrá repercusión en el paciente o intervinientes. “La rapidez, la gravedad, la presión del medio, las posibles consecuencias para la salud y la vida de los pacientes, ponen al servicio y a los profesionales ante un gran reto.”(Corral et al., 2010). Se puede considerar que las competencias del personal pueden marcar diferencia dentro de una situación caótica, asimismo estar alineado a indicadores de gestión del servicio.

En pocas palabras, “la calidad del servicio se relaciona significativamente con las dimensiones asistencial, de organización, de relaciones y de gestión de la cultura de seguridad en salud en el personal médico”(Podestá Gavilano & Maceda Kuljich, 2018), se puede entender la correlación entre la respuesta ante riesgos y la cultura de seguridad percibidas.

#### **2.2.5.1. Especialidad en gestión de calidad de salud**

La complejidad de la atención al paciente ha plasmado la necesidad de mejorar principios metodológicos en campos generales y especializados, así como el alineamiento del personal a necesidades específicas, las mismas que surgen con los avances de calidad y efectividad que se expande al marco de la seguridad clínica por áreas y de manera global. La tendencia actual en países es conseguir que en cada departamento asistencial especializado las actividades de mejora de la calidad estén lideradas por responsables del departamento, especialistas en la disciplina asistencial específica. Es una forma explícita de llegar a cada servicio de manera global. (Saturno-Hernández et al., 2015)

#### **2.2.6. Cultura de calidad**

Se considera que la calidad está estrechamente relacionada con los valores y virtudes de quienes conforman una organización, esto debido al comportamiento crea y desarrolla valores organizacionales que marcan la diferencia de los servicios y generan la cultura de una forma dependiente de la percepción del usuario.(Vargas & Aldana, 2014), para poder consolidar una cultura organizacional sólida, no solo basta

### **2.3. Gestión de riesgos**

El riesgo está vinculado a la existencia de factores externos que generen daño a la empresa, es la combinación de la probabilidad de llevarse a cabo y la consecuencia de un evento disparador, este ha ido evolucionando y ahora se puede centrar en la obtención de beneficios a partir de la evaluación y supervisión en toda la organización. El éxito de la gestión de riesgos está vinculado en la capacidad de adaptación de cambios y parte de su cultura organizacional, también requiere de la adaptación de tecnología, TICs y la planeación. Asimismo, se debe de monitorear la orientación de los colaboradores y su contribución a la misma, de esta manera poder reducir las mermas, desperdicios, actos ilícitos que representen ello. Por otro lado, se considera los canales de comunicación como un aliado para establecer mensajes entendibles y determinar un marco de responsabilidad entre los colaboradores, ello ayudará a cumplir con la planificación y llegar a la meta. (Vásquez et al., 2015)

La gestión de riesgos es un elemento clave de las actividades estratégicas de cualquier organización; A nivel mundial, este sistema se utiliza en todos los niveles de actividad económica y para lograr la máxima efectividad debe tener una sistemática integral. (Filyppova et al., 2019)

La gobernanza de la organización es recientemente el responsable de estructurar, confirmar y reforzar el apetito de riesgo, así como los principios de gestión de riesgos como parte de la gobernanza integral. La gobernanza organizacional también determina que proceso de gestión de riesgo es apropiado en términos de la estrategia organizacional, alcance, contexto y contenido.

La función del riesgo empresarial reside en la gerencia ejecutiva debido a la relación directa entre el éxito de alcanzar las estratégicas organizacionales y emplear un efectivo proceso de gestión de riesgos.

Cuando se evalúa la seriedad del riesgo o la combinación de los riesgos, la incertidumbre y el efecto del esfuerzo o los objetivos son considerados. La dimensión de incertidumbre es comúnmente descrita como probabilidad, y el efecto es referido como el impacto.

Se define que el riesgo incluye ambos: eventos distinguido como inciertos, pero pueden apena ser descritos y condiciones más generales que son menos específicas pero que también podrían llegar a ser inciertos.

Es importante distinguir entre riesgos y características relacionadas al riesgo. Los eventos o circunstancias que actualmente existen o son ciertos de existir en el futuro, que pueden convertirse en riesgos. Los efectos son eventos condicionales del futuro o que condicionan a uno o más objetivos si el riesgo asociado ocurre.

Un riesgo puede tener uno o varias causas y, si ocurre, puede tener uno a más efectos. Una vez ocasionado, éste deja de ser incierto. Las amenazas que ocurren son denominados problemas, y las oportunidades que ocurren son beneficios para la empresa.(Project Management Institute, 2019)

### **2.2.2. Análisis de riesgo**

En la medida que se identifica y se analiza los riesgos se podrá diseñar y mejorar control interno con la finalidad de reducir la incertidumbre y alcanzar los objetivos. No se puede desaparecer el riesgo sino reducirlo de manera aceptable. La evaluación de riesgo se da en un marco científico ante amenazas, por ello debe contar con diferentes técnicas y procedimientos que maximicen su reducción, se debe contar con un plan con diferentes proyectos hasta programas; implica la identificación de los factores internos y externos, así como también, las respuestas a la misma.(Vásquez et al., 2015)

### **2.2.3. La práctica de la gestión de riesgos**

La gestión de riesgos permita a las organizaciones y equipos para incrementar la predictibilidad de los resultados, tanto cualitativa como cuantitativamente. Este principio consiste en buscar el nivel apropiado de la madurez de los procesos organizacionales (la habilidad de la organización de aplicar un conjunto de procesos de manera consistente) y el óptimo nivel de performance. La excelencia en gestión de riesgos no es alcanzado por el estricta y exhaustiva aplicación de procesos relacionados. Si no, la excelencia puede ser alcanzada balanceando los beneficios para obtenerlo con los costos asociados y adaptando el proceso de gestión de riesgo a las características de la organización y sus portafolios, programas, y proyectos. El proceso de excelencia en la gestión de riesgo, es en sí mismo una estrategia de gestión de riesgos. (Project Management Institute, 2019)

### **2.2.4. Clasificación de riesgos**

Es posible clasificar los riesgos por la esfera de su ocurrencia, por ejemplo, distinguir los riesgos de producción, comerciales, financieros o de seguros, esta clasificación

determina los grupos generales de riesgos que surgen en un determinado campo de actividad de la organización:

- Riesgos de producción - asociado con el incumplimiento de los planes o indicadores para la producción de bienes o servidores, el uso inadecuado de las capacidades de producción, lo que conducirá a una depreciación excesiva o, por el contrario, insuficiente, etc.
- Riesgos comerciales: riesgos que surgen en el ámbito de las ventas de bienes y servicios; pueden ser causados por cambios en los precios de los bienes, tanto vendidos como comprados, aumento en los costos de distribución, cambios en las condiciones del mercado, etc.
- Riesgos financieros: la esfera de su ocurrencia, estas son obligaciones financieras de la organización o viceversa obligaciones financieras a la organización de sus contrapartes.
- Riesgos de seguros: como el nombre del sector implica, estos son riesgos derivados de la ocurrencia de eventos de seguros, que pueden ser causados por una póliza de seguro ineficaz de la compañía.

Otra opción aceptable para clasificar los riesgos puede ser la clasificación por la naturaleza de las consecuencias, aquí deberíamos destacar los llamados riesgos netos, que a menudo conllevan pérdidas para la actividad empresarial y riesgos comerciales, que pueden generar pérdidas y generar ganancias adicionales. Con un enfoque tan amplio, incluso para la cuestión misma de la clasificación de riesgos, la gestión de riesgos individuales o incluso grupos se vuelve muy difícil, es en este caso que se necesita un enfoque integrado para la gestión de riesgos mediante la sistematización de los mismos.(Filyppova et al., 2019)

Por el nivel de incidencia en los siguientes términos:

- “Riesgo sistemático: Presente en el sistema económico o un determinado mercado que repercute en sus diferentes elementos”.
- “Riesgo no sistemático: Son riesgos creados de manera interna ya sea por la parte administrativa o financiera”.

## **2.3.ISO**

### **2.3.1. ORGANIZACIÓN**

Son una red global de estándares con un miembro por organización. Su trabajo es realizar estándares internacionales. Coordinan con la secretaría central de Ginebra, Suiza. “ISO es una organización internacional independiente y no gubernamental internacional, con una membresía de 165 organismos nacionales de normalización”.(ISO - *About Us*, S. F.)

### **2.3.1.1. Estándar internacional**

A nivel mundial existen documentos de referencia de gran impacto en las organizaciones y validados por ISO, se entiende que “Un estándar internacional es un documento que contiene información práctica y las mejores prácticas.”(ISO - *About Us*, s. f.) Suele describirse como una forma de acuerdo para realizar o solucionar un problema global. Un estándar de ISO ayuda a:

Realizar productos compatibles que sean adecuadas y trabajen uno con otro.

Identificar cuestiones saludables de productos y servicios.

Compartir buenas ideas y soluciones, know-how tecnológico y las mejores prácticas de gestión.

### **2.3.1.2. Trabajo de la ISO**

Se desarrollan los estándares si hay un mercado que lo necesita.

Los estándares internacionales son creados por las personas que lo usaron y serán impactados por los mismos- Podemos llamarlos expertos y ellos provienen de la industria, gobierno, organizaciones de consumo, academia, organizaciones no gubernamentales y más.

Es el rol de los miembros es de identificar a los expertos y asegurar una voz activa para sus países.

La secretaría de la ISO- ISO/CS coordina el proceso de desarrollo y publicación de los estándares.

Cada uno debe estar validado por expertos, miembros y la organización en sí.

### **2.3.2. ISO 31000:2018**

Actualizaciones de nueva versión:

“Se revisan los principios de la gestión del riesgo, que son los criterios clave para su éxito” (ISO, s. f.);

“Se destaca el liderazgo de la alta dirección y la integración de la gestión del riesgo, comenzando con la gobernanza de la organización,

Se pone mayor énfasis en la naturaleza iterativa de la gestión del riesgo, señalando que las nuevas experiencias, el conocimiento y el análisis pueden llevar a una revisión de los elementos del proceso, las acciones y los controles en cada etapa de proceso; se simplifica el contenido con un mayor enfoque en mantener un modelo de sistemas abiertos para adaptarse a múltiples necesidades y contextos”.(INACAL, 2018, p.2)

#### Introducción

“Este documento está dirigido a las personas que crean y protegen el valor en las organizaciones gestionando riesgos, tomando decisiones, estableciendo y logrando objetivos y mejorando el desempeño”. (ISO, s. f.)

#### **a. Objetivos y campo de aplicación**

Esta norma técnica peruana brinda un enfoque de gestión de cualquier tipo de riesgo independientemente de una industria o un sector. Puede usarse a lo largo de la vida de la organización y puede aplicarse a la toma de decisiones a todos los niveles.

#### **b. Riesgo:** “efecto de incertidumbre sobre los objetos

Nota 1 a la entrada: Un efecto es una desviación respecto a lo previsto. Puede ser positivo, negativo o ambos, y puede abordar, crear o resultar en oportunidades y amenazas.

Nota 2 a la entrada: Los objetivos pueden tener diferentes aspectos y categorías, y se pueden aplicar a diferentes niveles.

Nota 3 a la entrada: Con frecuencia, el riesgo se expresa en términos de fuente de riesgo, eventos potenciales, sus consecuencias y sus probabilidades.” (INACAL, 2018, p.3)

#### **c. Parte interesada**

“Personas u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad”.(INACAL, 2018, p.6)

#### **d. Fuente del riesgo**

Elemento que, por sí solo o en combinación con otros, presenta el potencial de generar riesgo.

#### **e. Evento**

“Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias

Nota 1 a la entrada: Un evento puede tener uno o más ocurrencias, puede tener varias causas y varias consecuencias.

Nota 2 a la entrada: Un evento también puede ser algo previsto que no llega a ocurrir, o algo no previsto que ocurre.

Nota 3 a la entrada: Un evento puede ser una fuente de riesgo”.(INACAL, 2018,p.5)

**f. Probabilidad (likelihood)**

Posibilidad de que algo suceda

Nota 1 a la entrada: en la terminología de gestión de riesgo, la palabra “probabilidad” se “utiliza para indicar la posibilidad de que algo suceda, está definida, medida o determinada objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrita utilizando términos generales o matemáticos (como una probabilidad matemática o una frecuencia en un periodo de tiempo determinado)”.(INACAL, 2018, p.7).

**g. Control**

“Medida que mantiene y/o modifica un riesgo

Nota 1 a la entrada: los controles incluyen, pero no se limitan a cualquier proceso, política, dispositivo, práctica, u otras condiciones y/o acciones que mantengan y/o modifiquen un riesgo.

Nota 2 a la entrada: Los controles no siempre pueden producir el efecto de modificación previsto o asumido”. (INACAL, 2018, p.7)



Figura 2: **Principios (capítulo 4)** Tomada de “ISO 31000:2018”, por Del INACAL. 2018, p.5

En las pautas del ISO 31000:2018 se encuentra un marco de principios descritos en los principios de esta norma que engloban el compromiso a la creación y protección de valor, principalmente hay un vínculo con la mejora continua, la integración de procesos,

la estructuración y detalla, la adaptabilidad, como ejerce la dinámica dentro de la organización, así como un énfasis al factor humano y disposición de la información.

Se pueden entender los principios de esta norma “para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad” (Forrellat Barrios, 2014, p.1)

Por otro lado, se puede entender como principios complementarios de varias normas y estándares publicados por ISO debido a la gran demanda de adecuación de respuesta ante el riesgo por los cambios constantes que se realizan a nivel mundial y los nuevos retos a los que se debe enfrentar los organismos de salud nacional, tanto en el sector público y privado.



Figura 3: **Marco de referencia (capítulo 5)** Tomada de “ISO 31000:2018”, por Del INACAL. 2018, p.5

Dentro del marco de liderazgo y compromiso se lleva a cabo actividades iterativas de integración, diseño, implementación, valoración y mejora desarrollados con los diferentes colaboradores, para poder llegar a realizar el mantenimiento estable y cultura del marco de referencia, es por ello que debe de estar vinculado con los objetivos estratégicos y organizacionales, de tal forma que se priorice criterios que se adecuen a los problemas que surjan de manera pertinente y de forma objetiva.

Este ciclo nos permite continuar de manera iterativa los diferentes aspectos, ya que de esta manera podrá realizar las mejoras de una manera ordenada.

El compromiso de la alta dirección es esencial para implementar cambios y mejorar en diferentes niveles de organización. Partiendo de la aceptación de la necesidad de adaptación, prevención y efectividad en la puesta en marcha de servicios.

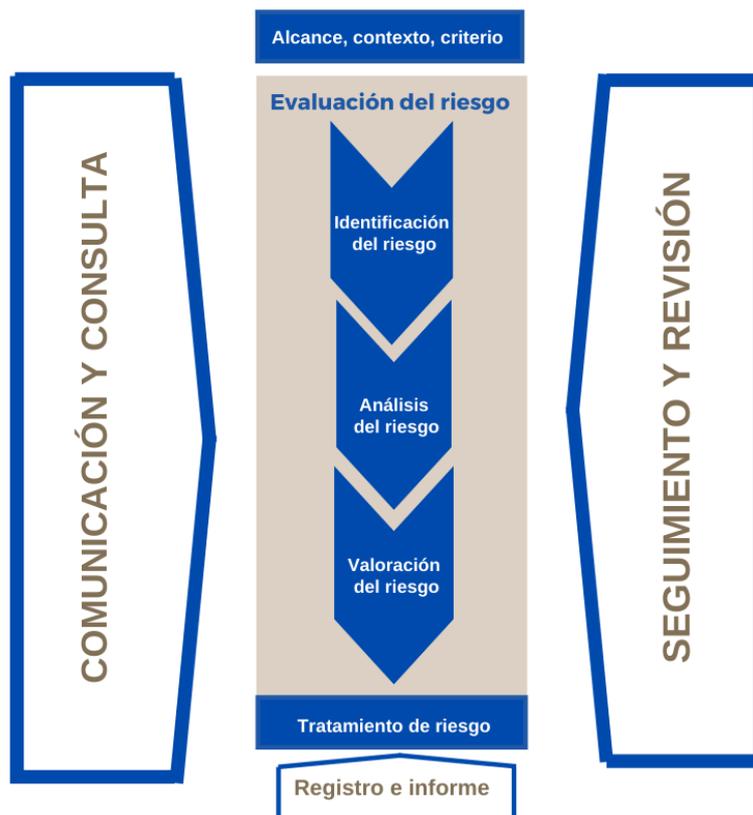


Figura 4: **Proceso (capítulo 6)** Tomada de “ISO 31000:2018”, por INACAL. 2018, p.5

### 2.3.2.1. Procesos

Lo primero que debe realizarse para la adaptación de esta norma esta referenciada a un contexto inicial, cabe resalta una definición del alcance y criterio. Debido a que cada organización posee activos de procesos diferentes y factores organizacionales tanto internos como externos que nos darán un marco de referencia de la organización.

Además de realizar el anuncio de implementación de este ISO a toda la organización y los objetivos del proceso gestión de riesgos, preciso recalcar el marco referencia para

poder apoyar en la buena difusión, presupuesto y destinar recursos para el plan de respuesta ante los riesgos.

También se considera la designación de responsables, tanto a un personal interno: donde un perfil adecuado es el de un colaborador con una visión global de los procesos; así mismo se puede considerar cuando la organización es de un tamaño pequeño.

Se debe definir en conjunto y con una visión clara de los objetivos que se desea alcanzar.

#### **2.3.2.1.1. Identificación de riesgos**

A través de reuniones entre las personas encargadas. Se debe de definir los factores que influyen en el proceso. De estos, priorizar aquellos que tengan un mayor impacto, no todas las actividades a realizar tienen el mismo grado de importancia. Se puede enfocar el impacto de acuerdo a la valoración de algunos aspectos.

#### **2.3.2.1.2. Análisis del riesgo**

Se debe de responder sobre el origen de los mismos, dependiendo la información que se tenga respecto al riesgo, se debe adecuar escalas cuantitativa o cualitativa.

#### **2.3.2.1.3. Valoración de riesgo**

Se debe establecer un valor de los riesgos de acuerdo a su probabilidad de ocurrencia, así como el impacto

### Esquema de priorización de riesgos



Figura 5: **Esquema de priorización de procesos** Tomada de “Norma ISO 31000: el valor de la gestión de riesgos en las organizaciones”, por ISO Tools. 2018, p.17

El orden de prioridad está dado por la letra A con máxima prioridad, C y D prioridad intermedia y B con baja prioridad.

Para colocar los riesgos encontrados es importante contar con especialistas de los procesos críticos, así como el juicio de expertos.

## 2.4. Tratamiento de riesgo

Influido por los procesos anteriores, debe proponer estrategias para cada uno de ellos.

### 2.4.1. Supresión del riesgo

Se consigue con un trabajo exitoso, obteniendo información adicional, con apoyo de expertos, gestionando recursos adicionales y modificando cuando sea necesario.

### 2.4.2. Transferencia del riesgo

Se transfiere a otra dependencia de la organización o a una empresa externa, se redirecciona de tal forma que se cuente con el aporte de recursos para afrontarlo.

### 2.4.3. Mitigación del riesgo

Reducir la probabilidad o impacto del riesgo, sus efectos serán menores que lo identificado sin realizar alguna acción, siendo esto clave de las actividades a realizar como respuesta, ya que se tratan los riesgos que son inevitables para la organización.

A pesar que esta norma no es certificable busca ser de apoyo a otras ante los riesgos y trasciende más allá del tipo de organización, la causa, el grado, etc. Es aplicable de forma continua, para beneficiar en diferentes procesos, operaciones, proyectos, servicios y activos que involucra la empresa.

## **2.5. Modelo de gestión de riesgos**

La perspectiva de gestión de riesgos se necesita entender la relación administrativa de algunos términos como la gestión del conocimiento (herramientas y técnicas que se deben desarrollar para la respuesta ante los riesgos), el “proceso de toma de decisiones, la gestión del talento humano (la gestión del riesgo exige el desarrollo de unas competencias específicas para la identificación, evaluación y respuesta a los eventos probables en el proyecto por parte de los colaboradores)” (Holguin, 2016, p.2); la gestión del portafolio (tomas de decisiones globales entre proyectos, programas y las relaciona a los objetivos directos de la organización ) y el plan estratégico de la organización (puede entenderse la misión, la visión y los valores corporativos; para establecer relaciones culturales de la práctica de gestión de riesgos).

Por otro lado, se puede entender en gran medida a la relación que poseen los miembros y la manera de trabajar dentro de la organización por cada área pueden ser una parte crítica.

### **2.5.1. Estándar de gestión de riesgos PMI**

Este estándar de práctica debe aplicarse de manera adecuada en función de las características específicas de un proyecto y el entorno organizacional. La Gestión de Riesgos del Proyecto brinda beneficios cuando se implementa de acuerdo con los principios de buenas prácticas y con el compromiso organizacional de tomar las decisiones y realizar acciones de manera abierta e imparcial, para el éxito de la misma es importante tener una comprensión clara de los umbrales que definen las opiniones de las partes interesadas clave sobre los niveles aceptables de riesgo, así como un marco de referencia. “La gestión de riesgos en el PMI® es definida como un proceso de identificación, análisis y respuesta a un riesgo, e incluye la maximización de las consecuencias de los eventos positivos y la minimización de la ocurrencia de un evento

negativo. Sigue los siguientes macroprocesos: gestión de riesgos y planificación (cómo abordar y planificar una gestión de riesgos para un proyecto), identificación de riesgos (determinar qué riesgos afectan el proyecto y documentar sus características), análisis cualitativo del riesgo (analizar de manera cualitativa los riesgos y condiciones para evaluar los efectos y las implicaciones en los proyectos), análisis cuantitativo (midiendo la probabilidad y las consecuencias en los objetivos del proyecto), planes de respuesta para riesgos (desarrollo de procedimientos y técnicas para reducir y/o potencializar los riesgos y alcanzar los objetivos del proyecto) y monitoreo y control de riesgos (monitoreo de riesgos residuales identificando la probabilidad de ocurrencia de nuevos riesgos y evaluando la efectividad de las acciones correctivas).” (HOLGUIN, David, 2016, p.54)

Los pasos de inicio deben garantizar un entendimiento común y un acuerdo entre las partes interesadas sobre el enfoque y parámetros que se aplicarán en la gestión de riesgos en este proyecto, así como el alcance y los objetivos del proceso de gestión, debe haber una distribución adecuada de las actividades, los recursos y la atención de riesgos adecuados y que lo justifiquen. Asimismo, se considera criterios de adaptación

- Definir objetivos de evaluación,
- Definir métodos de escala de la gestión, y
- Definir los umbrales de riesgo, las tolerancias y el marco de evaluación.

Asumido los primeros pasos se pasa a discernir los riesgos genuinos de los que no son riesgos (como causas, efectos, problemas, problemas, etc.). Para a la identificación de los riesgos se deben seleccionar técnicas según corresponda para satisfacer las necesidades específicas del proyecto. Para poder asimilar dichos riesgos se deben de exponer y documentar todos los riesgos cognoscibles, reconociendo que algunos riesgos serán inherentemente desconocidos y otros surgirán más adelante en el proyecto. Los riesgos son de naturaleza emergente por lo que este proceso será iterativo para ir identificando a lo largo de la vida del proyecto. Se debe buscar la opinión de una amplia gama de partes interesadas, ya que cada uno tendrá una perspectiva diferente sobre estos riesgos. Se debe revisar los activos de procesos y asimismo los documentos de proyecto deben revisarse para identificar los riesgos de este proyecto.

Una vez registrados son asignados un responsable que cumplirá con la gestión de cada uno a través de procesos posteriores y será responsable del mismo.

Después se evalúa la importancia de cada riesgo identificado, de tal forma que se priorice y se tienda de forma proporcional a la atención del mismo, evaluar el nivel de riesgo general del proyecto y determinar las respuestas adecuadas. Se puede realizar

usando técnicas cualitativas para abordar los riesgos individuales, o cuantitativas para considerar el efecto general del riesgo en el resultado del proyecto, o usando ambas en combinación. Cada uno de ello requiere de la recolección de datos que deben ir alineados al enfoque previamente planteados. (Project Management Institute, Inc., s. f.)

“Las técnicas cualitativas se utilizan para una mejor comprensión de los riesgos individuales, considerando una variedad de características. Comprender y priorizar los riesgos es un requisito previo esencial para gestionarlos, los resultados de las evaluaciones cualitativas deben documentarse y comunicarse a las partes interesadas clave del proyecto y formar una base para determinar las respuestas adecuadas.”(Project Management Institute, Inc., s. f. p.38)

“Las técnicas cuantitativas brindan información sobre el efecto combinado de los riesgos identificados en el resultado del proyecto. Estas técnicas tienen en cuenta los efectos probabilísticos o de todo el proyecto, el resultado es una indicación del grado de riesgo general que enfrenta el proyecto. Los resultados del análisis cuantitativo deben usarse para enfocar el desarrollo de respuestas apropiadas, particularmente el cálculo de los niveles de reserva de contingencia requeridos, y deben documentarse y comunicarse para informar las acciones posteriores. Es posible que no se requieran técnicas cuantitativas en todos los proyectos para garantizar una gestión eficaz del riesgo”.(HOLGUIN, David, 2016, p.27)

Priorizados los diferentes riesgos se debe adoptar diferentes posibilidades y planificar una respuesta. Existen una gran variedad de estrategias que pueden ayudar a poder resolver y plantearlas usando técnicas con diferentes enfoques. El propietario designado selecciona una estrategia adecuada para cada riesgo individual, en función de sus características y prioridad evaluada, asegurando que la estrategia sea adecuada en tiempo, factibilidad y costos. Si es posible, debe considerarse el uso de una única estrategia que aborde varios riesgos relacionados. “El propietario del riesgo es responsable de definir acciones para implementar la estrategia elegida. Estas acciones pueden delegarse a los propietarios de acciones según corresponda. El propietario del riesgo debe monitorear las acciones para determinar su efectividad, y también para identificar cualquier riesgo secundario que pueda surgir debido a la implementación de respuestas al riesgo. Además de las respuestas a los riesgos individuales, se pueden tomar acciones para responder al riesgo general del proyecto. Todas las estrategias y acciones de respuesta deben documentarse y comunicarse a las partes interesadas clave del proyecto e incorporarse en el plan del proyecto”.(Project Management Institute, Inc., s. f.)

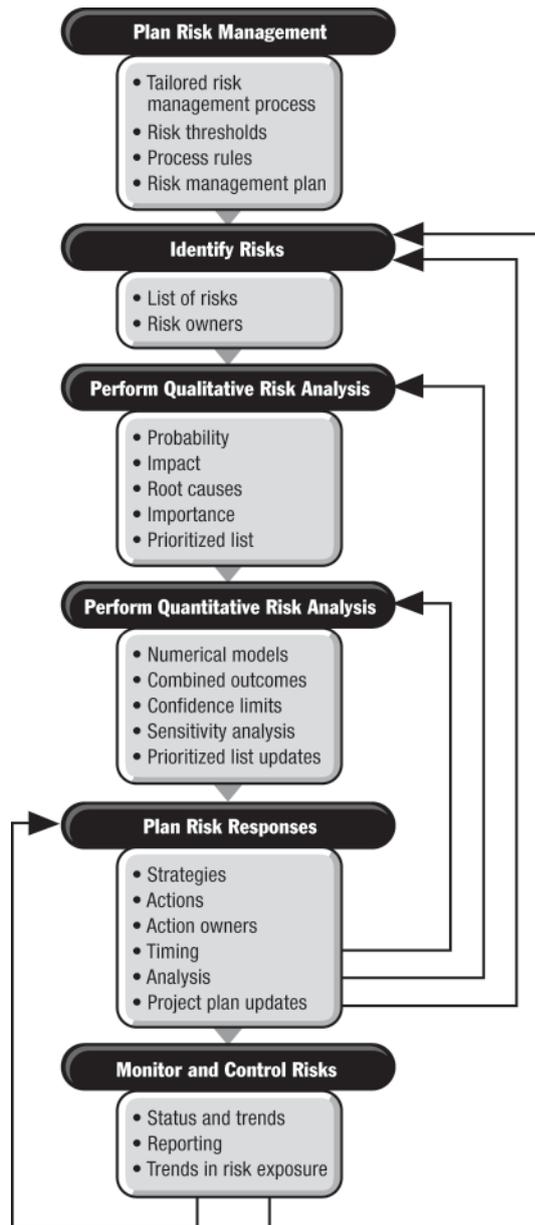


Figura 6: *Diagrama de flujo de gestión de riesgos de proyectos* Tomada de “Project Standard for Project Risk Management”, por Del Ángel. 2015, p.17

### 2.5.2. Gestión ágil de riesgos

La idea de un ciclo de vida de valor-riesgo no es nueva. Fue popularizado a mediados de la década de 1990 por el Proceso Unificado Racional (RUP) y ahora está siendo redescubierto por la comunidad ágil. DAD adoptó esta estrategia desde el principio porque proporciona mejores resultados que el ciclo de vida impulsado por el valor de Scrum. Una de las principales ventajas de un marco híbrido como Disciplined Agile es que no estamos limitados a las estrategias de un solo método, sino que podemos aprovechar las ideas de una amplia gama de fuentes. El ciclo de vida del valor-riesgo

es solo una de muchas de esas ideas. (*Risk Value Lifecycle – Disciplined Agile (DA)*, s. f.)

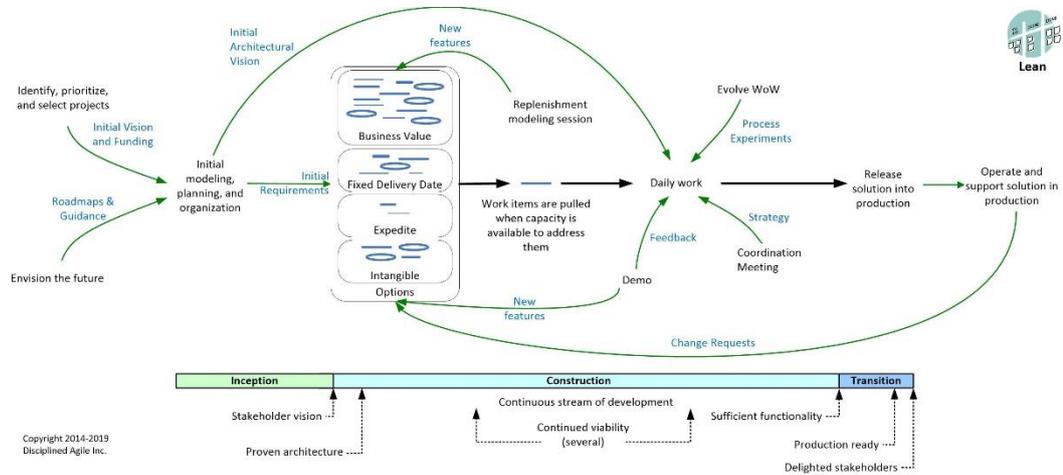


Figura 7: *DAD's Lean lifecycle* Tomada de "Agile Risk management", por Del Ángel. 2019, en línea

Fases explícitas y simplificadas. Los dos ciclos de vida del proyecto respaldados por el DAD señalan fases explícitas, en este caso Inicio, Construcción y Transición. Aunque hay debates furiosos sobre la necesidad de Inception, a veces llamado Sprint 0, la realidad es que alrededor del 95% de los equipos ágiles de hecho hacen algún tipo de planificación, modelado y configuración general del equipo y su entorno de trabajo por adelantado. Entonces, en DAD lo hacemos explícito y mostramos cómo optimizar Inception. De manera similar, los equipos deben realizar la transición o implementar su trabajo en producción en algún momento. También debe optimizar la transición tanto como sea posible y, a través de la automatización, debe evolucionar hacia una actividad en lugar de una fase (algo que se captura en Entrega continua de DAD: entrega ágil o continua: ciclos de vida ajustados, no se muestra aquí). Al tener fases explícitas y optimizadas, podemos reducir algunos de los riesgos comunes del desarrollo de software descritos anteriormente. Analizamos cómo sucede esto con mayor detalle en la siguiente tabla.

Priorización de trabajo más sofisticada. En DAD le sugerimos que adopte el rol de Product Owner (PO) de Scrum, al menos si es nuevo en ágil. El PO es responsable de priorizar el trabajo. También le sugerimos que adopte el rol de propietario de arquitectura (AO) de Agile Modeling, una persona que guía al equipo a través de la realización de problemas arquitectónicos y técnicos. El AO y el resto del equipo deben proporcionar al

PO información sobre los riesgos que enfrenta el equipo y señalar qué requisitos son riesgosos (y explicar por qué). Con un enfoque de valor-riesgo, la OP puede decidir aumentar la prioridad de los requisitos más riesgosos para que sean implementados primero por el equipo. Al implementar primero los requisitos más riesgosos, el equipo prueba eficazmente su arquitectura con código de trabajo. O tal vez descubren que su estrategia arquitectónica no funciona, es decir, fallan rápido, cuando aún tienen más tiempo y presupuesto disponible para hacer frente al problema (o en el peor de los casos pueden cancelar el proyecto y así minimizar sus pérdidas.). Dependiendo de los antecedentes de la OP, es posible que necesite educarlos sobre algunas de las realidades del desarrollo de software.

Hitos explícitos y ligeros. Esto es parte de la estrategia general de gobernanza de TI ajustada de DA, en particular la parte de gobernanza de la entrega. Puede ver que los hitos indicados en los ciclos de vida son fundamentales para reducir el riesgo general en su esfuerzo de entrega de soluciones. La siguiente sección explora por qué sucede esto con mayor detalle. (PMI, s. f.)

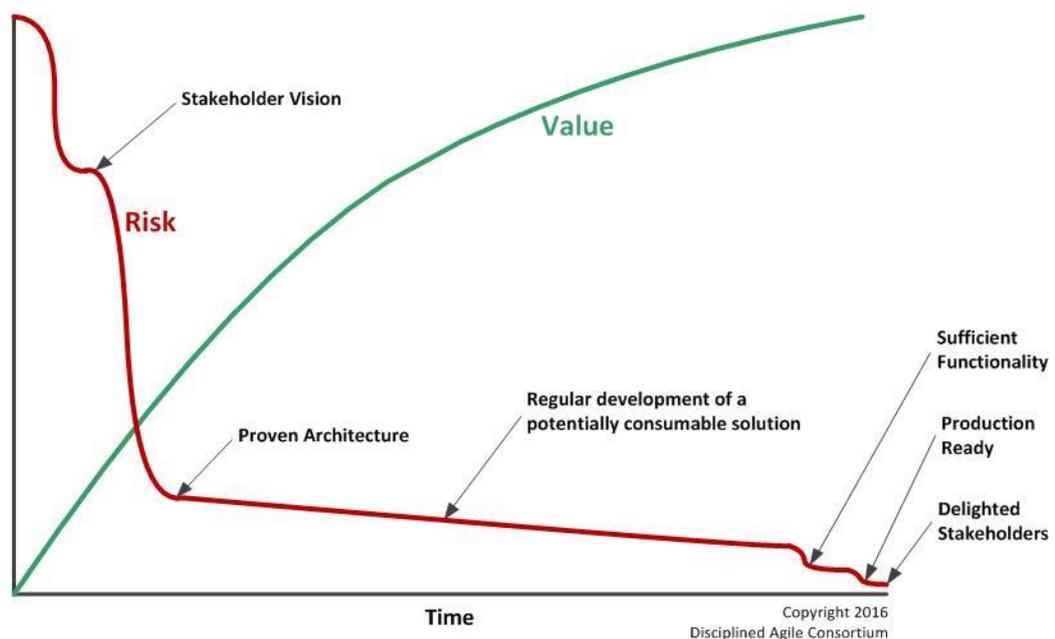


Figura 8: **Risk - Value** Tomada de “Agile Risk managment”, por Discipline Agile. 2019, en línea

## 2.6. Definición de términos básicos

- Adaptabilidad: Capacidad o habilidad de ajustarse ante los cambios.
- Amenaza: Son riesgos que tienen un efecto negativo en uno a más objetivos. La gestión de amenazas incluye algunos recursos de gestión de riesgos como: describirlos, analizar atributos, evaluar la probabilidad

que ocurra y el impacto; también la implementación de una respuesta planeada. Tiene un estructurado y cíclico marco de trabajo que asegura que el proceso es robusto y completo.

- “Análisis cualitativo de riesgos: Es el proceso en cual se prioriza los riesgos individuales para concentrar los esfuerzos.”(Urdanivia et al., 2019)
- “Análisis cuantitativo de riesgos: Es el proceso numérico en el cual se evalúa el impacto de los riesgos individuales combinados que afectan la estrategia”.(Urdanivia et al., 2019)
- **Apetito al riesgo:** Son umbrales que determinan el nivel de exposición a cuál los interesados están dispuestos a aceptar, se utilizan para evaluar y priorizar riesgos.
- **Evento:** Suceso o fenómeno temporal y en un espacio definido.
- **Oportunidad:** son riesgos que tienen un efecto positivo en uno o más objetivos. La gestión de la oportunidad ayuda a identificar y comprender posibles formas en que los objetivos pueden ser alcanzados de manera más exitosa.
- **Plan de contingencia:** Procedimientos operativos específicos y preestablecidos que permitir proporcionar una respuesta.
- **Pronóstico:** Determinación de la probabilidad de que un fenómeno se manifieste con base en: el estudio basado en la información probabilística definido en un periodo de tiempo.
- **Riesgo:** Es un evento incierto o que lo condiciona, si ocurre, puede tener un efecto positivo o negativo en uno o más objetivos. El riesgo en general es el efecto de la incertidumbre que afecta a los objetivos organizacionales en diferentes niveles y aspectos. El riesgo es incrementado por todos los recursos de incertidumbre. El riesgo proviene de la incertidumbre y genera incertidumbre.
- **Sistema integrado de información:** Base de conocimiento de riesgos, evento disparador, plan de respuesta y gestión para la toma de decisiones.
- **WoW:** Manera de trabajar, es un enfoque ágil de marco de trabajo.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Métodos y alcance de la investigación**

##### **3.1.1. Método de la investigación**

Se utilizó un Método hipotético – deductivo: Usa el soporte interpretativo de los resultados basándose en la recolección de datos y su análisis. (Vargas et al., 2019)

Una organización deductiva que conforma diferentes proposiciones, algunas serán el punto de partida de la estructura deductiva y las restantes por consecuencia lógica de la misma. Estas proposiciones hacen referencia al objeto de estudio. (El et al., 1971)

##### **3.1.2. Alcance de la investigación**

Es básica, ya que se recopiló la información de metodologías y estándares para adaptarlas según la forma de trabajo para el diseño del modelo de gestión de riesgos. Investigación descriptiva con propuesta, porque se buscó recopilar información a través del análisis de datos en tiempo real, con la información recopilada se buscó analizarla y compararla con las hipótesis para consolidar los resultados.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

La presente investigación cuenta con un diseño de la investigación fue transversal y no experimental porque el tiempo de realizado fue corto y no se manipulación de la variable dependiente, porque identificó los elementos que intervienen en la gestión de riesgos y analizar la información en un tiempo determinado.

### **3.3. Población y muestra**

#### **Población**

Áreas operativas del Hospital

#### **Muestra**

El área de emergencia del hospital para la muestra se tomó por conveniencia triaje, ya que se recopila datos de cada uno de las especialidades y la atención del paciente.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Las principales técnicas e instrumentos que se utilizaron para realizar el trabajo fueron:

De esta forma se obtendrá línea base para realizar un diagnóstico inicial.

- Observación directa, como formatos para la caracterización de riesgos, matriz IPER.
- Encuesta acompañado de la guía de entrevista dirigida a los jefes de área para evaluar los procesos gestión de riesgos y atención al cliente.

Los instrumentos fueron validados en anteriores investigaciones

### **3.5. Técnicas e instrumentos de análisis de datos**

Se usó el software Microsoft Excel, para los análisis de datos obtenidos sobre los riesgos identificados para el análisis de ocurrencia e impacto.

## CAPÍTULO IV

### DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. Datos de la organización

*Tabla 2: Información del Hospital*

#### Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen

<b>Provincia:</b>	Lima
<b>Distrito:</b>	La Victoria
<b>Dirección:</b>	Av. Grau 800
<b>Fundación</b>	10 de febrero 1941
<b>Teléfono:</b>	324-2983 / 324-2980
<b>Clasificación:</b>	Hospital Nivel IV
	Instituto especializado nivel III
<b>RUC:</b>	20131257750

## 4.2. Reseña histórica

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen nació debido al seguro social obligatorio en el Perú, fue en su momento uno de los primeros hospitales en su seguridad social en Latinoamérica; fue concretado en la promulgación de la Ley N° 8433 de 12 de agosto de 1936 con el fin de brindar servicios a los obreros de Lima y Callao. En su inauguración tuvo la capacidad de 542 camas y los servicios de medicina general, cirugía, tuberculosis, maternidad y emergencia.

Recibió el nombre debido a que, “El primer director del hospital fue Guillermo Almenara Irigoyen, médico especializado en bacteriología y enfermedades tropicales, así como experto en seguridad social y administración hospitalaria.”(Tauro del Pino, 2001, p. 100) El hospital es reconocido por liderar en el rubro de los trasplantes de órganos.

## 4.3. Organigrama

Tiene 3 áreas de Gerencia Clínica, Gerencia Quirúrgica y Gerencia de ayuda al diagnóstico y tratamiento. El servicio de emergencia se ubica en la Gerencia Clínica.

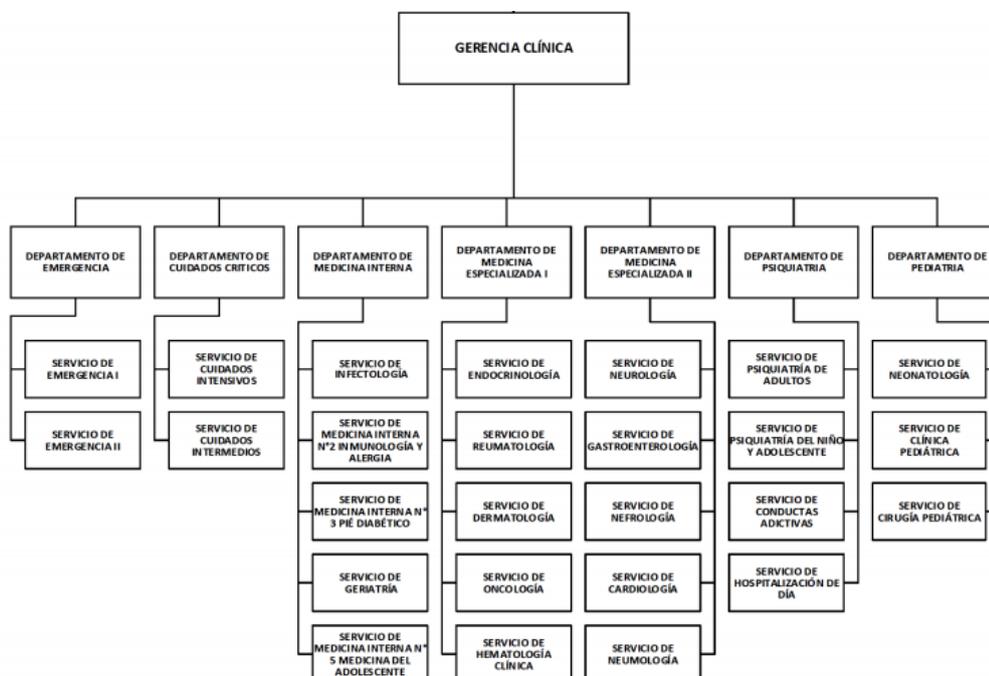


Figura 9: **Gerencia Clínica** Tomada de “Fortaleciendo la Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Raras: Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, por EsSalud. 2019, en línea en: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos\\_procedimientos/Manual\\_de\\_Procesos\\_y\\_Procedimientos\\_de\\_GEST\\_ASG\\_SALUD.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/Manual_de_Procesos_y_Procedimientos_de_GEST_ASG_SALUD.pdf)

#### **4.4. Departamento de Emergencia**

Es la unidad orgánica encargada de la atención de salud especializada de Emergencia, depende de la Gerencia Clínica del Hospital Nacional y tiene las siguientes funciones:

- a. Controlar la implementación de técnicas, procedimientos y pruebas complementarias para la atención segura de los usuarios y la reducción de los reingresos.
- b. Identificar las oportunidades de la mejora en la gestión clínica que contribuya a optimizar el uso de recursos y minimizar riesgos.
- c. Supervisar la implementación de medidas para promover el buen trato, seguridad en la atención y cultura de calidad por parte de personal de los Servicios que integran el Departamento.
- d. Evaluar y definir la propuesta de cartera de servicios de salud de las áreas asistenciales a su cargo, bajo criterios de costo- efectividad/ eficiencia y según la oferta y demanda, así como efectuar su implementación y difusión.
- e. Planificar, controlar y evaluar la elaboración, implementación, actualización, difusión y medición de la adherencia de las políticas y normas para guiar el accionar de los Servicios que integran el Departamento, como son las Guías de Práctica Clínica, protocolos, procedimientos, manuales e instructivos técnicos de las prestaciones de salud en las especialidades y sub especialidades.
- f. Evaluar y autorizar la programación asistencial de los Servicios a su cargo, en el marco de las normas vigentes, y supervisar su cumplimiento, adoptando las acciones que conlleven su cumplimiento.
- g. Coordinar y controlar la aplicación de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios que conforman el Departamento, a fin de garantizar la continuidad de la atención de salud a los usuarios.
- h. Programar, coordinar y controlar el desarrollo de programas de docencia, así como, de proyectos de investigación autorizadas en el marco de las políticas y líneas de investigación priorizadas y aprobadas.
- i. Controlar la implementación del acceso a la información por parte de los asegurados o usuarios, en el marco de las normas vigentes, en los Servicios que integran el Departamento.
- j. Vigilar la disponibilidad de la información en los registros, formatos y sistemas de información institucionales con relación a la atención de salud

que se brinda en los servicios a su cargo, así como, supervisar la implementación de las medidas correctivas.

- k. Dirigir y controlar el proceso de planificación y evaluación de los servicios asistenciales bajo su ámbito.
- l. Evaluar, determinar y presentar la productividad de los Servicios a su cargo y de los resultados o beneficios en la salud de los usuarios, así como la calidad y satisfacción lograda.
- m. Evaluar, determinar y presentar los requerimientos de personal, bienes estratégicos y otros recursos y servicios necesarios para la operatividad y la prevención de eventos adversos en los servicios asistenciales a su cargo, así como coordinar el mantenimiento de los equipos médicos asignados a los mismos.
- n. Coordinar con Defensa Civil y las áreas correspondientes para brindar atención en caso de emergencias masivas y desastres.
- o. Proponer las necesidades de capacitación del personal de los Servicios a su cargo y controlar su ejecución.
- p. Evaluar y presentar los informes, reportes y demás documentos sobre gestión, resultados, incapacidad temporal, reclamos de los asegurados y otros que sean requeridos por la Gerencia del Hospital Nacional.
- q. Supervisar y efectuar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las acciones de control, supervisión u otras medidas para la mejora del servicio.
- r. Planificar, organizar y supervisar las actividades del Departamento, en el marco de los objetivos institucionales del Hospital Nacional.
- s. Cumplir y supervisar el cumplimiento e  $\epsilon$  de las normas del Código de Ética Institucional, transparencia, acceso y protección de la información, de bioseguridad y salud ambiental, del sistema de gestión de calidad, sistema de seguridad y salud en el trabajo y sistema de control interno, así como, con toda la disposición que emita la jefatura inmediata superior, en el ámbito de competencia.
- t. Otras funciones que le asigne el Gerente de Red Prestacional, en el ámbito de su competencia.

Es el órgano técnico administrativo encargado de otorgar prestación médica de otorgar prestación médica de Emergencia en forma permanente e inmediata de todas las personas que lo soliciten.

#### **4.5. Visión**

“Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación”.

#### **4.6. Misión**

“Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud”.

#### **4.7. Principios**

- Solidaridad: Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.
- Universalidad: Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- Igualdad: La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.
- Unidad: Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- Integralidad: El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- Autonomía: La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes)

#### 4.8. Ubicación

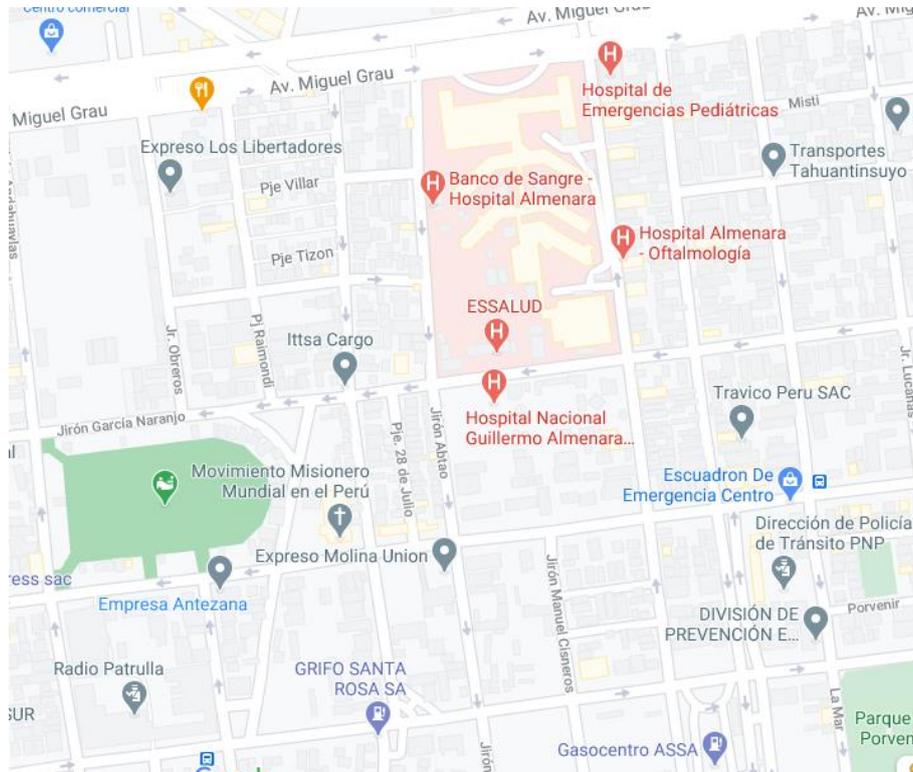


Figura 10: **Ubicación de Hospital Nacional Guillermo Almenara** Tomada de Google maps, 2020

#### 4.9. Cadena de valor del Servicio de Emergencia

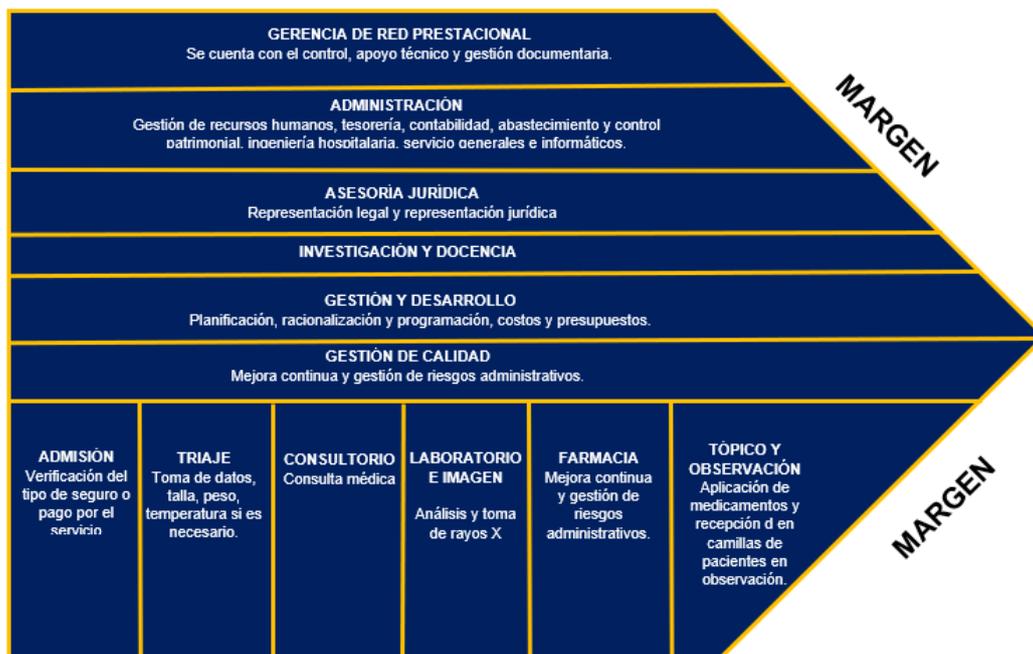


Figura 11: **Cadena de valor del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara** Elaboración propia, 2020.

#### **4.9.1. Actividades primarias**

- Admisión: Se presenta el DNI para verificar e identificar el tipo de asegurado y generar el pago por consulta de ser necesario. Se identifica si es paciente nuevo, de ser así se genera una historia clínica nueva.
- Triage: presentando la generación de cita, se realiza la toma de datos de funciones vitales: talla, peso, temperatura, presión.
- Consultorio: El médico realiza la ficha médica ingresando los datos a la historia clínica del paciente. Si requiere de un análisis genera la orden a laboratorio o imagen (Rayo X, tomografía)
- Laboratorio o imagen: se verifica la orden, se rellenan los datos del paciente.
- Tópico y observación: se realiza la aplicación de medicamentos y si es necesario se mantiene la observación ya sea en camillas o salas de espera del paciente.

#### **4.9.2. Actividades secundarias**

- Gerencia de red prestacional: realiza el control, apoyo técnico y gestión de documentos a presentar ante el Estado.
- Administración: realiza la gestión y reclutamiento del talento humano, además de cumplir funciones de tesorería y contabilidad.
- Asesoría jurídica: representa de manera jurídica, alinea la normativa y leyes.
- Investigación y docencia: facilita datos y cursos con el fin de desarrollar proyectos de investigación, así como promover cursos para mejorar las habilidades del personal.
- Gestión y desarrollo: Planifica el costo y presupuesto, así como cronograma de actividades.
- Gestión de calidad: Vela por la calidad del cliente interno y los riesgos administrativos.

Se puede ver que la gestión en conjunción de manera integral está relacionado a la incorporación de infraestructura y áreas interrelacionadas que necesitan respaldar las actividades en conjunto para poder llegar a brindar un proceso adecuado de atención.

#### 4.10. Mapa de procesos

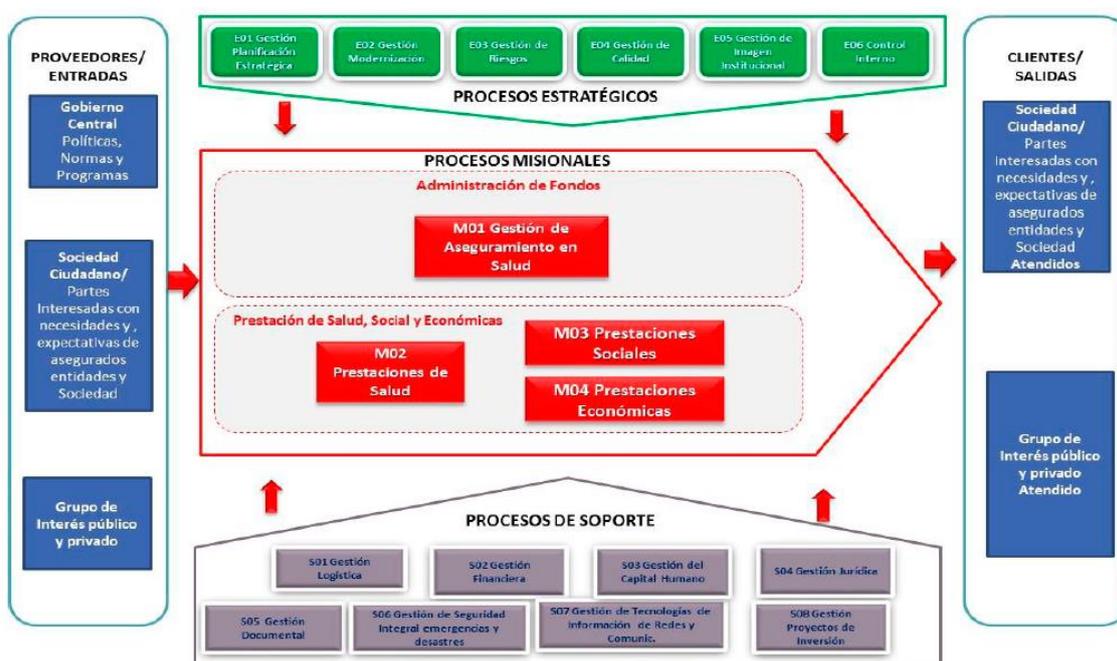


Figura 12: *Mapa de procesos de prestaciones de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara*, tomado de manual de procesos y Procedimientos, Elaborado por Subgerencia de procesos del HGAI, 2020.

Los procesos principales de Prestaciones de salud:

Gestión de aseguramiento de salud: el cual se encarga de priorizar las actividades relacionadas a diseños de planes de salud y seguros, gestión de suscripción y afiliación, administración de fondos, gestión de asegurados, gestión de compras y de siniestros.

Prestaciones de salud: alineados a la atención prioritaria de asegurados.

Prestaciones sociales: fomentar la atención del sector vulnerables.

Prestaciones económicas: facilitación de diferentes seguros para adecuar los diferentes procesos alineados a situaciones económicas y escalas diversas.

Se requiere del análisis de aseguramiento que determina muchas el proceso de admisión o readmisión o incluso la atención del asegurado con mayor o menor tiempo con respecto a un no asegurado.

## 4.11. Flujograma de procesos

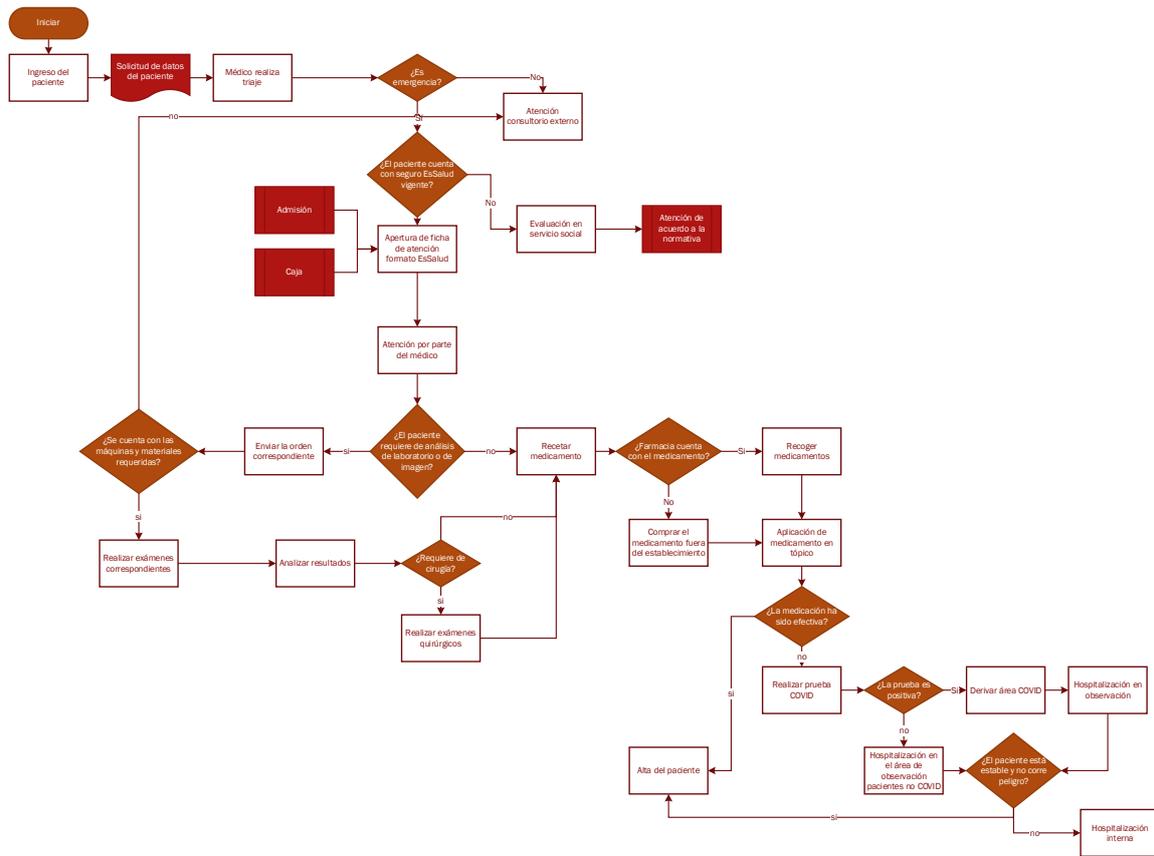


Figura 13: *Flujograma de servicio de emergencia de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara*, Elaboración propia, 2020.

Se puede apreciar que independientemente de que hay un tema de gestión de máquinas y medicamentos que no dependen del servicio humano que pueda brindar el personal administrativo y méico.

Tipo de evento adverso	Perú
Relacionados con información nosocomial	39,6%
Relacionados con un procedimiento	28,9%
Relacionados con un diagnostico	10,8%
Relacionados con la medicación	8,4%
Relacionados con los cuidados	6,9%
Otros eventos adversos	3,5%
Pendiente de especificar	1,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Figura 14: **Eventos adversos.** Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización en el Perú” –IBEAS PERÚ,2007

#### 4.12. Diagnóstico situacional del Hospital

##### 4.12.1. Datos obtenidos por observación directa

Con la observación de la forma de atención del trabajo de la empresa, se puede identificar algunas dificultades:

- El hospital cuenta con indicadores que en general solo contienen la perspectiva de cliente interno.
- Los resultados de auditoría no son evaluados de manera colectiva
- No se cuenta con un modelo de gestión de riesgos en el área de emergencia, se ha proyectado dentro del área administrativa, más no.
- Hay una alta demanda de pacientes
- La atención continua y sin descanso del personal debido a la pandemia.
- El hacinamiento en altas horas de la noche.
- Largas colas para ser atendidos
- Se puede observar la incomodidad en el uso de por largas horas de trajes de protección por parte del personal.
- Los asegurados no son bien orientados del proceso a llevarse a cabo.
- Existen pacientes que acuden por la misma emergencia de manera repetitiva.
- Hay una gran cantidad de pacientes que acuden al establecimiento que no son emergencia

- No se realizan proyecciones de los medicamentos a necesitar en el área de farmacia.
- Los pacientes que no encuentran citas en consultorio externo acuden por este medio.
- El estrés se acentúa en la noche
- Los accidentes de tránsito suelen agravarse en los turnos noche.
- Algunas atenciones no brindan la examinación exhaustiva que requiere
- Hay incidencia en la aplicación de medicamentos sin seguir los 5 correctos
- No existe la clasificación por importancia de emergencia.
- Los pacientes no brindan información veraz respecto a los síntomas (son muy exagerados o temen la amonestación del médico y evitan comentar aspectos que pueden ser relevantes)
- No existe un monitoreo constante ante la presentación de situaciones adversas al paciente.
- Los tiempos de realizar trámites son extensos y poco fiables en el contexto de pandemia.
- Existe antecedentes de negligencia
- Quejas y reclamos son altos

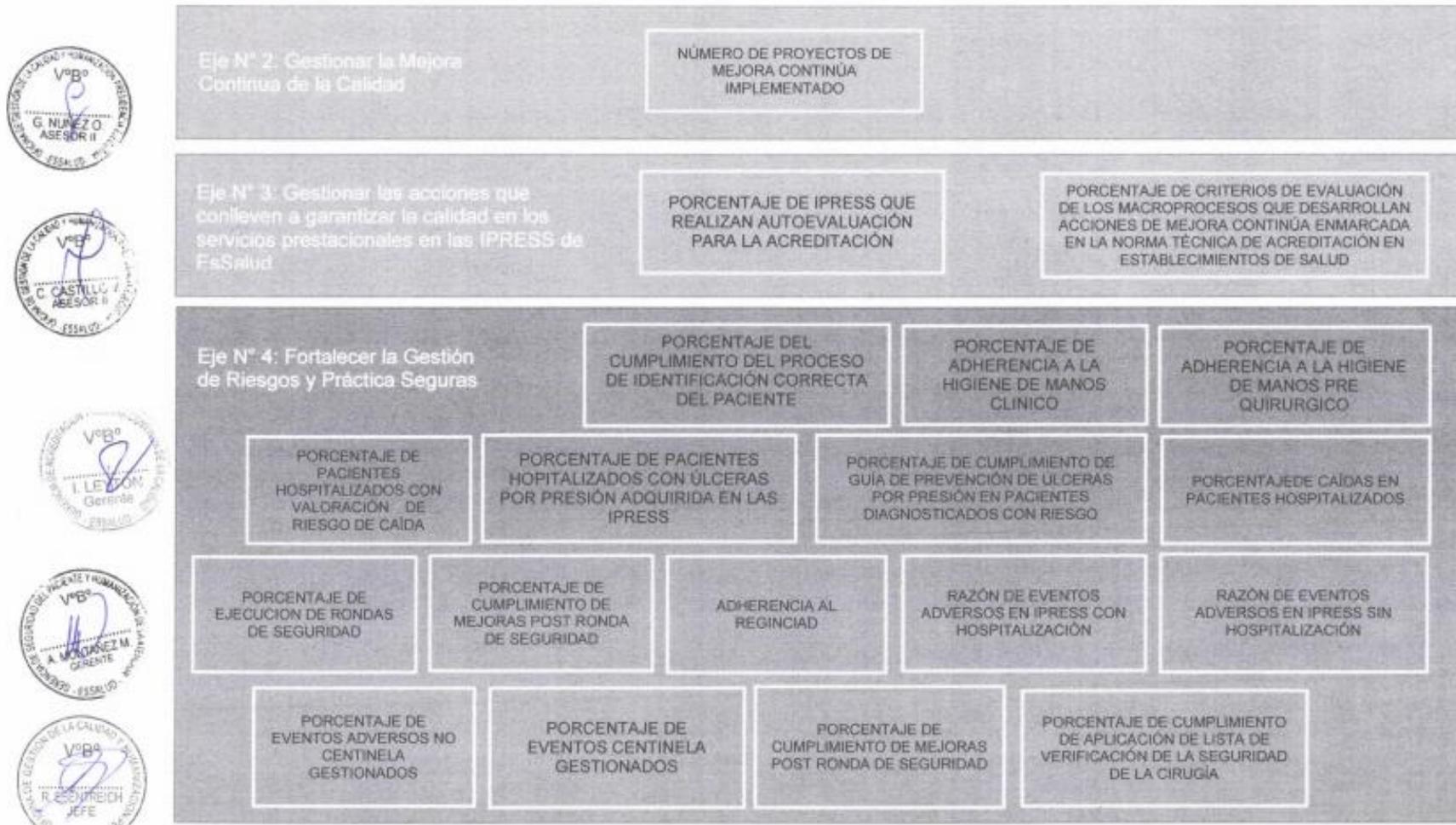


Figura 15: **Indicadores de Calidad de Salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara**, Tomado de “Plan de gestión de Calidad”2019-2021 Elaborado por EsSalud, 2018.

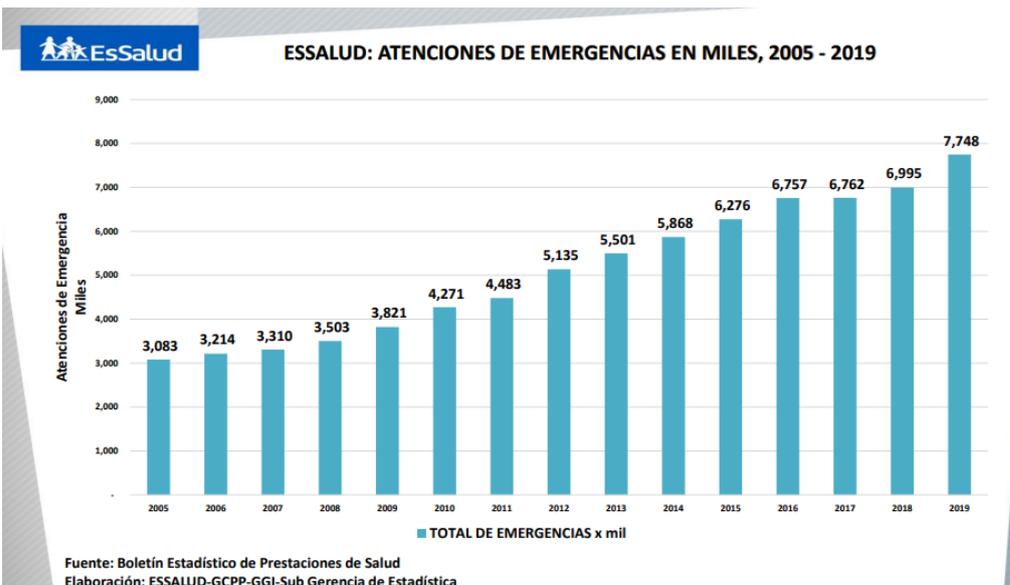


Figura 16: **Atenciones de emergencia en miles**, Tomado de “Boletín Estadístico de Prestaciones de Salud” Elaborado por EsSalud, 2018.

#### 4.12.2. Encuestas de calidad

La encuesta SERVQUAL adaptada al sector salud fue realizada a 30 personas de forma aleatoria simple, esta encuesta fue realizada con el objetivo de verificar la percepción de usuarios, debido a que los procedimientos de gestión de riesgos están alineados desde la perspectiva solo del personal que la elaboró con determinación netamente cualitativa y sus protocolos alineados a ámbitos que no valora el paciente.

Tabla 3. *Nivel de satisfacción*

Porcentaje de Insatisfacción	Categoría
Más de 70%	Por Mejorar
40-70 %	En Proceso
Menos de 40%	Aceptable

Tabla 4. *Condición de la muestra encuestada*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Usuario	11	37%
Acompañante	19	63%

En la tabla N°4, de los 30 participantes, el 37% (11 encuestados) de la muestra estuvo compuesta por el usuario, 62 % (19 encuestados) por el acompañante.

**Tabla 5.** *Sexo de la muestra*

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	17	57%
Masculino	13	43%

En la tabla N°5, el 57% (17 encuestados) de la muestra estuvo conformada por participantes del sexo masculino y 43% (13 encuestados) por participantes del sexo femenino.

**Tabla 6.** *Tipo de seguro de la muestra encuestada*

<b>Tipo de seguro</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
EsSalud	19	63%
SIS	3	10%
SOAT	2	7%
Ninguno	4	13%
Otro	2	7%

En la tabla N°6, el tipo de seguro en primer lugar SIS con 63% (19 encuestados) y 13% (4 encuestados) con ningún tipo de seguro.

**Tabla 7.** *Nivel de satisfacción según dimensiones*

<b>Dimensiones de calidad en la muestra encuestada</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>
Fiabilidad	29%	71%
Capacidad de respuesta	21%	79%
Seguridad	30%	70%
Empatía	37%	63%
Aspectos Tangibles	23%	77%
<b>Total</b>	<b>28%</b>	<b>72%</b>

A nivel general la muestra se presenta Insatisfecha con un 72% frente a un 28% de satisfacción de los encuestados. La dimensión de Capacidad de respuesta ocupa el primer lugar con un 79% de Insatisfacción, y en último lugar la dimensión Empatía con un 63% de insatisfacción.

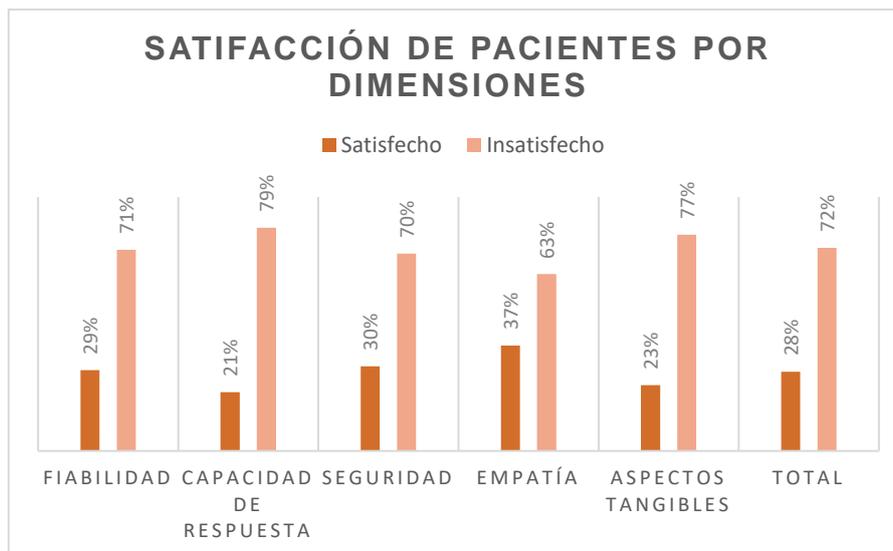


Figura 17: *Satisfacción de pacientes por dimensiones, 2020.*

Tabla 8. *Porcentaje de satisfacción por pregunta*

Preguntas	Satisfecho		Insatisfecho	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
P1	9	30.00%	21	70.00%
P2	8	26.67%	22	73.33%
P3	14	46.67%	16	53.33%
P4	10	33.33%	20	66.67%
P5	2	6.67%	28	93.33%
<b>Fiabilidad</b>	43	28.67%	107	71.33%
P6	6	20.00%	24	80.00%
P7	7	23.33%	23	76.67%
P8	8	26.67%	22	73.33%
P9	4	13.33%	26	86.67%
<b>Capacidad de respuesta</b>	25	20.83%	95	79.17%
P10	12	40.00%	18	60.00%
P11	9	30.00%	21	70.00%
P12	11	36.67%	19	63.33%
P13	4	13.33%	26	86.67%
<b>Seguridad</b>	36	30.00%	84	70.00%
P14	10	33.33%	20	66.67%
P15	8	26.67%	22	73.33%
P16	12	40.00%	18	60.00%
P17	13	43.33%	17	56.67%
P18	13	43.33%	17	56.67%
<b>Empatía</b>	56	37.33%	94	62.67%
P19	8	26.67%	22	73.33%
P20	3	10.00%	27	90.00%

<b>P21</b>	5	16.67%	25	83.33%
<b>P22</b>	3	10.00%	27	90.00%
<b>P23</b>	16	53.33%	14	46.67%
<b>Aspectos Tangibles</b>	35	23.33%	115	76.67%
<b>Porcentaje total</b>	195	28.03%	495	71.97%

Se aprecia que la mayoría de las preguntas del SERVQUAL presentan niveles altos de Insatisfacción, la P5 (¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?) logró el mayor nivel de insatisfacción alto (93.33%), P20 (¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?) se ubica en un segundo lugar de insatisfacción (90%), la pregunta P22 (¿Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos?) cuenta con un 90%.

Po otro lado el porcentaje de satisfacción por seguir los protocolos es más considerado con satisfacción con 53.33%.

Este estudio esta complementado con el informe de quejas y denuncias del anuario de SUSALUD en ANEXOS.

**Tabla 9.** Matriz de análisis de riesgos operacionales

PROCESO	IDENTIFICACIÓN		ANÁLISIS				PLAN DE RESPUESTA	
	ACTIVIDAD CRÍTICA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	TIPO DE RIESGO	ACCIONES	
<b>Recepción del paciente</b>	Permitir el ingreso al centro de Salud	El paciente no ingrese al establecimiento por no contar con DNI para proceder con atención	2	3	6	Moderado	Brindar al encargado de seguridad un formato para colocar una descripción de otro tipo del paciente.	Guardia de seguridad
<b>Expedición de ficha de atención</b>	Verificar el tipo de seguro con el que cuenta	No considerar la situación del paciente y hacerle llegar	2	4	8	Moderado	Reducir el tiempo de verificación del seguro	Asistente administrativo
<b>Atención en TRIAJE</b>	Realizar la evaluación de funciones vitales del paciente	Equipos mal calibrados	3	3	9	Moderado	Verificación de laboratorios INACAL	Encargado de calidad
<b>Realizar consulta</b>	Realizar evaluación especialista	Pocos médicos en el centro médico	2	3	6	Moderado	Realizar una planificación proyecto según la demanda de pacientes	Encargado de calidad

<b>Realizar análisis Laboratorio</b>	No hay reactivos de laboratorio	Los diagnósticos son poco fiables	3	4	12	Alto	Realizar compras anticipadas y proyectadas	Realizar compras anticipadas y proyectadas
<b>Realizar cirugía</b>	Confusión de historias clínicas o análisis	Confusión de documentación del paciente y la enfermedad a tratar	2	4	8	Moderado	Organización ágil documentaria	Encargada de control de documentación
<b>Limpieza de área</b>	Limpiar instrumentos para tratamiento	Contagio del COVID-19	3	4	12	Alto	Estricto control de protocolos	Jefe de área de emergencia
<b>Gestión de calidad</b>	Mantenimiento de máquinas	Mal funcionamiento de equipos médicos	2	4	8	Moderado	Realizar un plan de mantenimiento según la calidad de equipo	Encargado ingeniería hospitalaria
<b>Expedición de medicamentos</b>	Expedir medicamentos para tratamiento del paciente	No se encuentran los medicamentos para tratamiento	3	3	9	Moderado	Realizar compras anticipadas y proyectadas	Realizar compras anticipadas y proyectadas
<b>Realizar prueba COVID</b>	Uso de pruebas rápidas	No identificar a pacientes que cuentan con la enfermedad y contagien a pacientes NO COVID	3	4	12	Alto	Compra de pruebas moleculares	Realizar compras anticipadas y proyectadas

<b>Hospitalización</b>	Internar a pacientes	Hospitalizar a un paciente COVID en un área común de pacientes no COVID	2	4	8	Moderado	Establecer un mecanismo de identificación de personas COVID que serán hospitalizados	Encargada de enfermería
<b>Aplicación de medicamentos</b>	Interpretar medicación	Letra no legible o ingreso de datos no coherentes en la medicación	4	2	8	Moderado	Envío directo a la enfermera- médico de las recetas y dosis a determinar	Jefe de calidad

## **CAPÍTULO V**

### **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico encontrado y las necesidades del proceso estudiado, se presenta el siguiente modelo de gestión de riesgos para poder realizar los diferentes objetivos propuestos y determinar el alcance del mismo, de esta manera mejorar la calidad de atención en el área de emergencia.

A continuación, se detallará las diferentes pautas con las cuales se mantendrá un marco para actuar ante los riesgos, teniendo en cuenta diferentes aspectos como el marco de trabajo, el desenvolvimiento de cada de colaboradores, así como el uso y gestión de materiales y herramientas utilizadas en la atención.

Estará enfocada en el aspecto preventivo de riesgos negativos y la gestión de los positivos, a través de diferentes estrategias para tratar los diferentes disparadores de riesgos para que su respuesta sea la más idónea según sea el caso, de tal manera que el servicio de emergencia sea propicio para evitar los eventos adversos que podrían presentarse durante la atención del paciente, de tal manera que se minimice las pérdidas y sobre costos por riesgos materializados y cumplimiento de la visión y misión trazada de la institución de salud.

#### **5.1. Alcance**

La presente investigación se realizó en el Servicio de Emergencia de un hospital EsSalud y está basado en las actividades críticas que presenta, así mismo está vinculado directamente a la calidad de atención del paciente en el marco COVID-19.

La presente propuesta de modelo de gestión de riesgos fue diseñada de acuerdo a los problemas encontrados en el servicio de Emergencia en el hospital Almenara, presenta algunas restricciones de acuerdo al objetivo del hospital y de la propia área, deberá cumplirse en el plazo de un año, y será la herramienta que permita especificar actividades, cronograma, costos y responsabilidades a tener en cuenta. Cabe señalar que esta propuesta puede estar sujeta a modificaciones. La presente propuesta está respaldada por investigaciones que demuestran la gran disconformidad de los pacientes en el servicio prestado por emergencias.

## **5.2. Objetivo general de la propuesta**

Mejorar el proceso de atención al paciente del área de emergencia a través de un modelo de gestión de riesgos.

## **5.3. Objetivos específicos de la propuesta**

Contar con programa con calidad de servicio basado en riesgos que contiene todos los componentes que permiten mejorar de manera sostenible los estándares de satisfacción de los asegurados con el trato y atención que recibe de los servicios de EsSalud, basado en la definición de un modelo de gestión de riesgos y que genere un diferencial por el que se distinga la organización.

- Crear un comité de riesgos conformado por los principales servicios de Emergencia del hospital.
- Optimizar la rotación del personal y disponer de equipo médicos operativos.
- Adecuar las formas de trabajo para establecer buenas prácticas
- Proponer las capacitaciones constantes para mejorar la calidad de atención en los pacientes que acuden a la emergencia del hospital.
- Mejorar la dotación de respuesta a los riesgos.
- Proponer mantenimiento de equipos y herramientas
- Modificar indicadores adaptados a la realidad del servicio.
- Planificación: capacitación en metodologías PMI
- Recursos humanos: es la calidad de capacitación.
- Equipos: se encuentra oportunidad en la respuesta y cumplimiento de mantenimiento.
- Infraestructura/tecnología: implementación de un sistema de información y comunicación.

## 5.4. Diseño de propuesta de modelo de gestión de riesgos

Procedente del estudio de planteamientos de los diferentes estándares internacionales sobre la gestión de riesgos, así como el diagnóstico actual del hospital, se identificó que no existe una estructura orientada a la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia, ya que muchos de sus indicadores están orientada a procesos administrativos y no del propio servicio.

A partir de esta necesidad, se presenta la propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar el nivel de calidad de atención al paciente del servicio de emergencia del hospital.

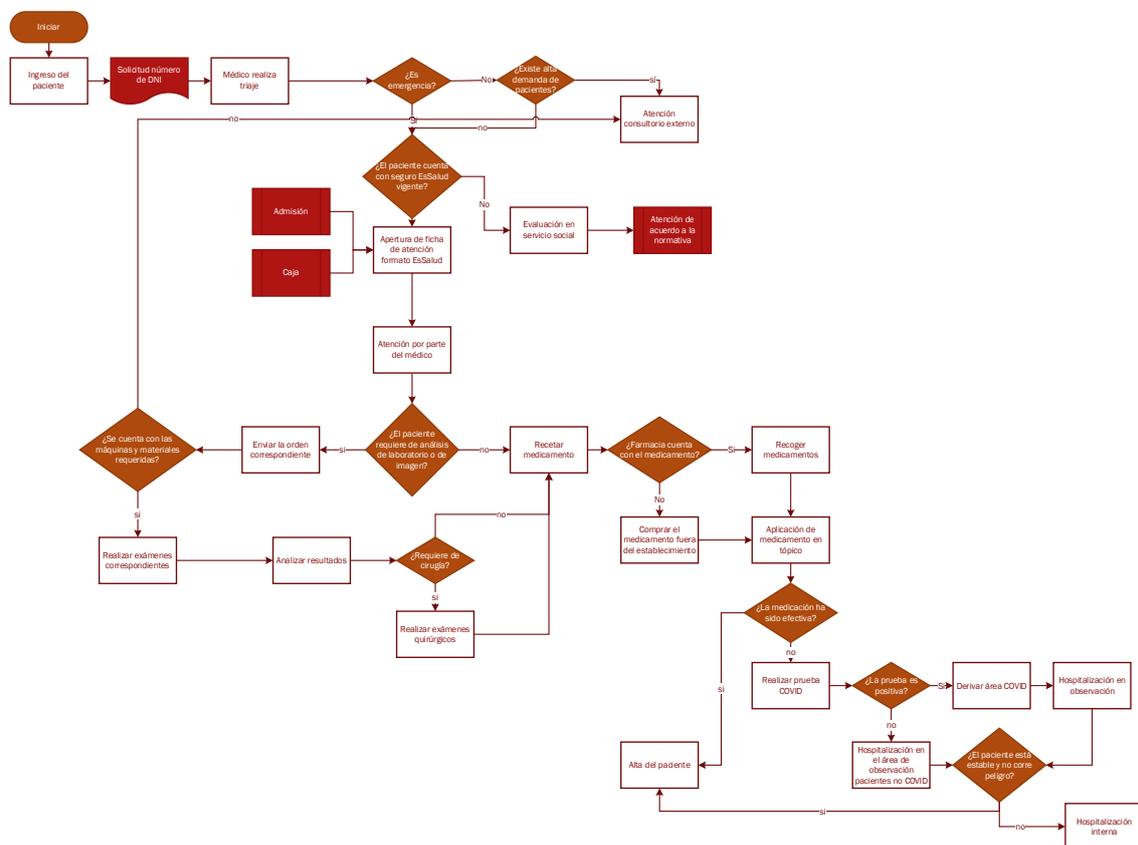


Figura 18: *Proceso de mejora de la atención del paciente en emergencia, 2020.*

Se considera estas actividades dentro del margen holístico de los procesos, considerando el tratamiento del paciente, debido a que se han cancelado el servicio de algunas especialidades debido a la pandemia.

### **5.4.1. Política de riesgo**

El hospital dedicado a atenciones de nivel III en especialidad y general de IV dedicada a la atención, cuya dirección es Jr.: Tumbes S/N (La Victoria) con un área de 1200m<sup>2</sup>, que brinda el servicio de atención en sus diferentes servicios de emergencia.

- Proteger la vida, la integridad y la salud de sus colaboradores, personal médico y los pacientes.
- Cumplir con las alineaciones legales nacionales.
- Comprometer a que los colaboradores participen y cumplan con la política y objetivos del modelo de gestión de riesgos.
- Promover la mejora continua del desempeño del modelo de gestión de riesgos.
- Establecer un modelo de gestión de riesgos adaptada e integrada al servicio de emergencia.

### **5.4.2. Planificación de gestión de riesgos**

#### **5.4.2.1. Stakeholders**

Interesados internos:

- Médicos de emergencia
- Enfermeras de emergencia
- Administrativos de admisión de citas, referencias, caja
- Guardia de seguridad
- Personal de limpieza

Interesados externos:

- Pacientes asegurados a EsSalud
- Encargados de la oficina de calidad
- Responsable de la gestión de riesgos

#### **5.4.2.2. Criterio para el análisis de riesgo**

CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE RIESGO		IMPACTO			
		Leve 1	Menor 3	Moderado 5	Mayor 7
PROBABILIDAD	2	2	6	10	14
	4	4	12	20	28
	6	6	18	30	42
	8	8	24	40	56

Figura 19: *Criterios de análisis de riesgos*, 2020.

NIVEL DE RIESGO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	PLAZO DE MEDIDA CORRECTIVA	DESCRIPCIÓN
2 A 14	ACEPTABLE	De 1 a 3 meses	Este riesgo puede ser tolerado
18 A 28	MODERADO	1 semana a 1 mes	Iniciar medidas de eliminación o reducción de riesgo. Evaluar si la acción se puede ejecutar de manera inmediata
40 A 56	ALTO	2 días - 1 semana	Riesgo alto, determinar los controles a implementar antes de la actividad

Figura 20: *Nivel de riesgo*, 2020.

La metodología utilizada para la identificación de peligros y valoración de riesgos es IPER

El responsable de gestión de riesgos: Es el encargado de identificar si la actividad implica algún nuevo peligro que no esté controlado.

Revisar y firmar el registro IPER, dentro de las primeras 02 primeras semanas de trabajo.

El colaborador: Comunicar al encargado de riesgos cuando se identifique actividades que impliquen nuevos peligros que no estén la matriz de riesgo.

### 5.4.2.3. Presupuesto

**Tabla 10.** Presupuesto de la propuesta

Entregable	Actividades	Recurso Humanos				Recursos materiales			
		Nombre del recurso	Costo unitario	Tiempo(h)	Total	Nombre del recurso	Costo unitario	Cantidad	Total
<b>Análisis y diagnóstico de WoW</b>	Levantamiento de información	Experto ágil/coaching	S/ 20.00	24	S/ 480.00				
	Aplicación de encuesta de carácter organizacional		S/ 15.00	24	S/ 360.00				
	Juego de roles		S/ 20.00	12	S/ 240.00	Materiales de teatro			S/ 100.00
	Revisión de artefactos y factores ambientales actuales		S/ 20.00	12	S/ 240.00				
	Desarrollo del mapeo operacional		S/ 15.00	48	S/ 720.00				
	Desarrollar la propuesta de solución y el plan de implementación		S/ 20.00	100	S/ 2,000.00	Material de escritorio			S/ 200.00
	<b>Identificación y análisis de riesgos</b>	Completar cuadros de matriz de riesgo	Auxiliar de enfermeras	S/ 20.00	12	S/ 240.00			

	Análisis cualitativo y cuantitativo de riesgos		S/	20.00	24	S/	480.00		
<b>Implementación de respuesta al riesgo</b>	Crear perfil de competencias	Jefe de emergencia y experto en recursos humanos	S/	20.00	15	S/	300.00		
	Evaluación de desempeño	Jefe de emergencia y experto en recursos humanos	S/	20.00	12	S/	240.00		
	Sesiones de agilidad	Experto ágil/coaching	S/	25.00	16	S/	400.00		
	Programa de mantenimiento de equipos	Experto de área de ingeniería	S/	25.00	5	S/	125.00	Equipos y materiales	S/ 50.00
	Programa de capacitación en gestión de riesgos	Gestor de riesgos	S/	30.00	48	S/	1,440.00	Equipos y materiales	S/ 80.00
	Planeamiento de compras	Asistente de compras y tesorero	S/	25.00	5	S/	125.00	Equipos y materiales	S/ 50.00
	<b>Monitoreo y control del riesgo</b>	Actualizar matrices de riesgo	Encargado en los colaboradores	S/	15.00	20	S/	300.00	
<b>Evaluación de la propuesta</b>	Aplicación de indicadores	Gestor de calidad	S/	25.00	10	S/	250.00	Equipos y materiales	S/ 20.00
	Encuestas de satisfacción laboral	Gestor de calidad	S/	25.00	10	S/	250.00		

<b>Retroalimentación</b>	Aplicar herramienta de feedback activo	Equipo de gestión de riesgos	S/	25.00	10	S/	250.00	Material y equipo de escritorio	S/	50.00	1	S/	50.00
	Reunión de la organización para identificar oportunidades de mejora	Equipo de gestión de riesgos	S/	25.00	10	S/	250.00						
										Subtotal	S/	9,240.00	
										Búffer	S/	1,423.50	
										Total	S/	10,913.50	

#### 5.4.2.4. Cronograma

Tabla 11. Cronograma de la propuesta

ACTIVIDADES		PERIODO DE REALIZACIÓN (15 días)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Análisis y diagnóstico de WoW</b>														
1	Levantamiento de información	■	■											
2	Aplicación de encuesta de carácter organizacional		■	■										
3	Juego de roles		■	■	■									
4	Revisión de artefactos y factores ambientales actuales			■	■									
5	Desarrollo del mapeo operacional		■	■	■									
6	Desarrollar la propuesta de solución y el plan de implementación			■	■	■	■							
<b>Identificación y análisis de riesgos</b>														
7	Completar cuadros de matriz de riesgo				■	■	■							
8	Análisis cualitativo y cuantitativo de riesgos					■	■	■						
<b>Implementación de respuesta al riesgo</b>														
9	Crear perfil de competencias						■	■						
10	Evaluación de desempeño							■	■					
11	Sesiones de agilidad							■	■	■	■			
12	Programa de mantenimiento de equipos								■	■	■			
13	Programa de capacitación en gestión de riesgos									■	■	■		
14	Planeamiento de compras									■	■	■		
<b>Monitoreo y control del riesgo</b>														
15	Actualizar matrices de riesgo								■	■	■	■	■	
<b>Evaluación de la propuesta</b>														

16	Aplicación de indicadores	
17	Encuestas de satisfacción	
<b>Retroalimentación</b>		
18	Aplicar herramienta de feedback activo	
19	Reunión de la organización para identificar oportunidades de mejora	

### **5.4.3. Análisis del WoW**

Debido a la rotación de personal se debe encontrar la manera en que se realiza cada una de las actividades y seleccionar la más efectiva de acuerdo a los ítems que el paciente más valora y la debilidad más acentuada entre la manera en que se va desarrollando.

El enfoque de proceso y orientación al cliente interno y externo permite clasificar las actividades críticas que componen los procesos, la herramienta ayuda en el desglose del proceso para clasificar las actividades de Hacer y Verificar.

#### **5.4.3.1. Realizar el diagnóstico cultural**

##### **Encuesta**

Para ello se debe de considerar el carácter organizacional, según Rob Goffee y Gareth Jones están determinados en: red conectada, comunal, fragmentada y mercenaria, cada uno está relacionado al nivel de sociabilidad y solidaridad que existe en la organización.

##### **Juego de roles**

Se plantea realizar la interpretación intercambio de roles en situaciones de emergencia, puede ser acompañado con clown.

El marco estaría desarrollando con diferentes situaciones que afronta el día a día en emergencia.

#### **5.4.3.2. Revisión de artefactos y factores ambientales**

Es importante revisar de manera conjunta e interpretar:

- Visión y Misión institucional
- Valores: si es necesario agregar aquellas con las que el personal se identifica
- Código de ética
- Procesos
- Políticas
- Herramienta
- Factores ambientales internos y externos

#### **5.4.3.3. Mapeo operacional**

Se realiza la recolección de procesos operacionales y sus buenas prácticas, así como las respectivas necesidades de conocimiento.

#### 5.4.4. Integración Wow

Los cambios requieren de ser integradas a las estrategias del WoW, así como la forma en que trabaja, de esta manera identificar cambios potenciales en el proceso con el objetivo de ir estandarizando las mejores prácticas.

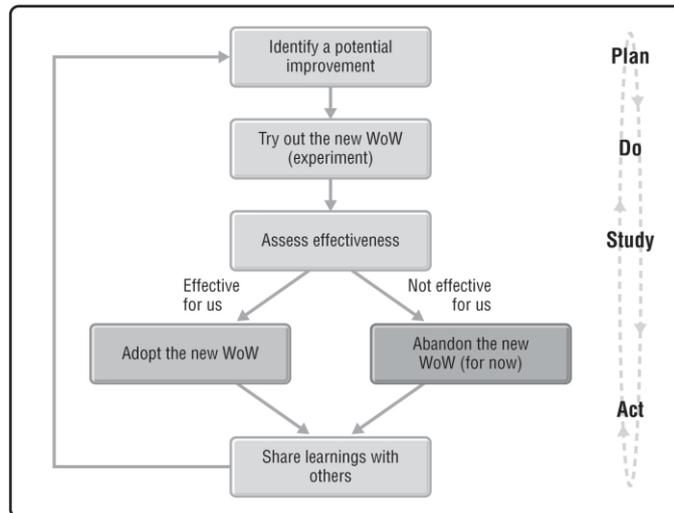


Figura 21: **Acercamiento experimental para desarrollar el WoW.** Tomada de “A Disciplined Agile Delivery Handbook for Optimizing Your Way of Working”, Elaborado por Scott W. Ambler Mark Lines,2020

Para poder cambiar los procesos de acuerdo a contexto se puede utilizar:

Identificar un mejoramiento potencial: Estará enviado por un pensamiento inverso.

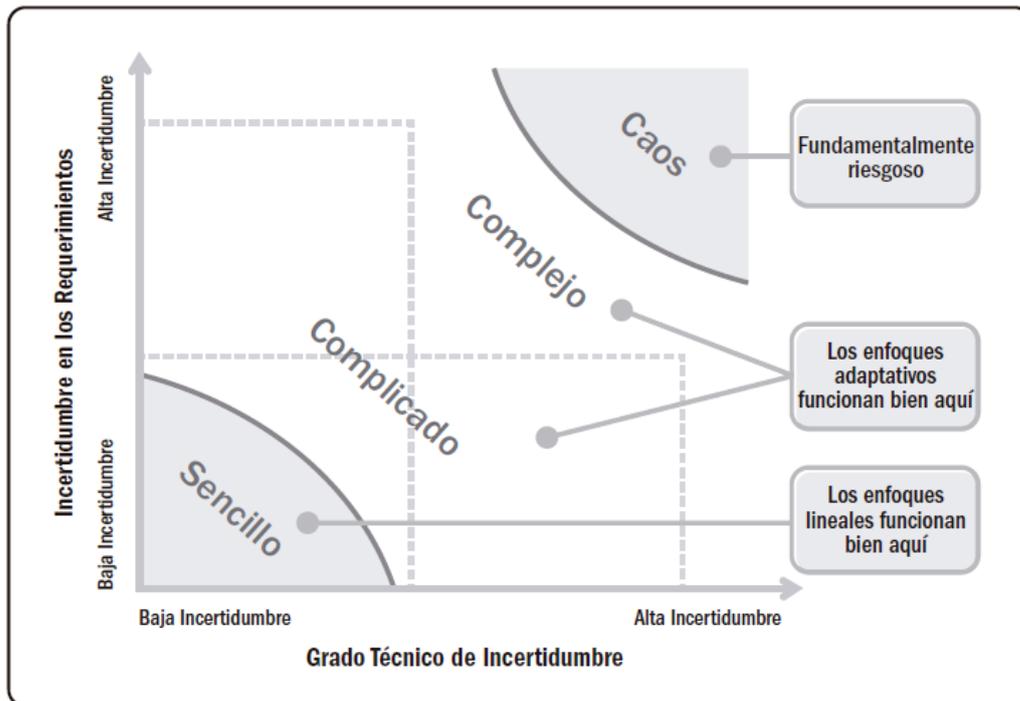


Figura 22: **Modelo de incertidumbre y Complejidad.** Tomada de “Práctica Ágil” Elaborado por PMI,2017

El ámbito de la incertidumbre y riesgo es amplio debido a ellos se debe de tratar que las acciones con diferentes enfoques estén orientados a la complejidad que este desencadena, mucho va depender del tiempo y tipo de respuesta. Por ejemplo, hay ciertas oportunidades que pueden ser integradas de manera sencilla, pero si estas no son aprovechadas pueden convertirse en riesgos y terminar en el caos. Para ello se debe concentrar en trabajar la incertidumbre desde el principio de su propio activador.

Por otro lado, se puede contemplar la interrelación entre procesos como se describe a continuación.

People	Tools	Business
Attitudes	Toolbox	Constraints
Roles, responsibilities, authority	Parameters	Amount of detail and effort
Communications	Definitions	

Figura 23: **Key áreas of focus for the Plan Risk Management Process.** Tomada de “Práctica Ágil”, elaborado por PMI,2017

**Tabla 12.** Matriz de desarrollo enfocada en la Gestión de Riesgos

Personal		
Rol y responsabilidad	Actitudes	Canales de Comunicación
<b>Guardia de seguridad</b>	Empatía, colaborativo, reconoce situaciones de emergencia según su nivel	Conversación verbal directa o indirecta a través de radios, apps, etc.
<b>Recepcionista</b>	Tolerante, resuelve problemas con facilidad, uso de TIC's	Conversación verbal directa
<b>Enfermeras</b>	Empatía, cuenta con facilidad de explicar, buena capacidad de comunicación	Conversación verbal directa y mediante tarjetas
<b>Tecnólogos</b>	Organizador, planificador y empático.	Conversación verbal directa y mediante tarjetas
<b>Médicos</b>	Alta capacidad de empatía, uso de TIC's, cumple con protocolos, adaptativo.	Conversación verbal directa y mediante recetas
<b>Técnicos y profesionales de farmacia</b>	Organizador, planificador y de respuesta rápida.	Conversación verbal directa y mediante recetas

#### 5.4.5. Identificación de riesgos

Se debe a generar una lista de riesgos con base en aquellos eventos que podrían impactar en las restricciones de calidad y los objetivos estratégicas de la organización.

Para ello se debe considerar lo siguiente:

**Tabla 13.** Identificación de riesgos

<b>IDENTIFICACIÓN</b>			
<b>N.º</b>	<b>Código Del Proyecto</b>	<b>ID Riesgos</b>	<b>Descripción Del Riesgo</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			

**Tabla 14.** Codificación de eventos adversos como riesgos

<b>GRUPOS</b>	<b>TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>CODIGO</b>
<b>CUIDADOS</b>	Úlcera por presión	<b>EC-01</b>
	Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas x cuidados)	<b>EC-02</b>
	Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria	<b>EC-03</b>
	Otras consecuencias de la inmovilización prolongada	<b>EC-04</b>
	Omisión de ordenes médicas	<b>EC-05</b>
	Fuga de pacientes	<b>EC-06</b>
	Entrega equivocada de resultados	<b>EC-07</b>
	Error de traslado del paciente	<b>EC-08</b>
	Caídas	<b>EC-09</b>
	Otros relacionados con los cuidados	<b>EC-10</b>
<b>MEDICACION</b>	Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	<b>EM-01</b>
	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	<b>EM-02</b>
	Otros efectos secundarios de fármacos: reacción adversa (RAM)	<b>EM-03</b>
	Mal control de la glucemia	<b>EM-04</b>
	Transfusión de Grupo y Factor equivocados	<b>EM-05</b>
	Hemorragia por anticoagulación	<b>EM-06</b>
	Hemorragia digestiva alta	<b>EM-07</b>
	Retraso en el tratamiento	<b>EM-08</b>

	Alteraciones neurológicas por fármacos	<b>EM-09</b>
	Hipotensión por fármacos	<b>EM-10</b>
	Tratamiento médico ineficaz	<b>EM-11</b>
	Otros relacionados con la medicación: cefalea x fármacos	<b>EM-12</b>
<b>INFECCION NOSOCOMIAL</b>	Infección de herida quirúrgica	<b>EIN-01</b>
	ITU nosocomial	<b>EIN-02</b>
	Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	<b>EIN-03</b>
	Sépsis y shock séptico	<b>EIN-04</b>
	Neumonía nosocomial	<b>EIN-05</b>
	Bacteriemia asociada a dispositivo	<b>EIN-06</b>
	Otros relacionados con infección nosocomial	<b>EIN-07</b>
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento	<b>EP-01</b>
	Lesiones en un órgano durante un procedimiento	<b>EP-02</b>
	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	<b>EP-03</b>
	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta	<b>EP-04</b>
	Desgarro uterino	<b>EP-05</b>
	Neumotórax	<b>EP-06</b>
	Suspensión de la IQ o Procedimiento	<b>EP-07</b>
	Retención Urinaria	<b>EP-08</b>
	Dehiscencia de suturas	<b>EP-09</b>
	Eventración o evisceración	<b>EP-10</b>
	Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica	<b>EP-11</b>
	Complicaciones neonatales por Parto	<b>EP-12</b>
	Flebitis	<b>EP-13</b>
	Otros: hematoma, seroma, procedimiento innecesario	<b>EP-14</b>
<b>DIAGNOSTICO</b>	Retraso en el diagnostico	<b>ED-01</b>
	Error diagnóstico	<b>ED-02</b>
	Opinión experta incorrecta	<b>ED-03</b>
	Otros relacionados con el diagnostico	<b>ED-04</b>

<b>OTROS</b>	Pendiente de especificar	<b>EO-01</b>
	Fallo a la hora de tener en cuenta las comorbilidades	<b>EO-02</b>
	Examen auxiliar realizado ó informado incorrectamente	<b>EO-03</b>
	<b>Otros EA</b>	<b>EO-04</b>

Pueden existir otro tipo de riesgos que pueden ser incluidos, estos pueden ser de carácter de recursos humanos, tiempo, alcance, presupuesto, etc.

#### 5.4.6. Análisis cualitativo y cuantitativo de riesgos

**Tabla 15.** Análisis de riesgos estratégicos

Análisis de riesgos estratégicos		
<b>Debilidad identificada</b>	<b>Riesgo identificado</b>	<b>Factores que los activan</b>
Falta de capacitación al personal no médico	Reprocesos en admisión	Inexistencia de un plan de capacitación al personal administrativo y/o de seguridad orientado al paciente y su bienestar
Información no identificada por el paciente		Se hace uso de materiales no didácticos para clasificar las atenciones  Menor contacto entre personas por COVID-19
La gestión de riesgos tiene un sesgo de la perspectiva del personal que realiza el control administrativo	Inconsistencia en el control de calidad	Manejo de indicadores que no reflejan la perspectiva y lo que valora el paciente

Tiempos prolongados para realizar exámenes radiológicos	Uso de equipos obsoletos	No existe un plan de renovación consistente de la frecuencia de mantenimiento y adquisición de equipos
Manipulación inadecuada de equipos	Falta de adherencia a protocolos y desconocimiento de manuales operativos	Apresurar procesos Actitudes desinteresadas del personal
No se aplica los 5 correctos		

#### 5.4.6.1. Análisis cualitativo

**Tabla 16.** Análisis cualitativo del riesgo

ANÁLISIS CUALITATIVO					
CÓDIGO DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	NIVEL DE RIESGO	EVENTO QUE ACTIVA EL RIESGO

Revisar el criterio de análisis de riesgo para completar el análisis cualitativo.

Se recomienda realizar ello con los colaboradores y una reunión en conjunta, para poder evaluar de diferentes puntos de vista, los eventos que pueden activar.

#### 5.4.6.2. Análisis cuantitativo

Existen diferentes métodos que pueden ser aplicados, sin embargo, los automatizados y simuladores permiten realizar un análisis detallado de escenarios.

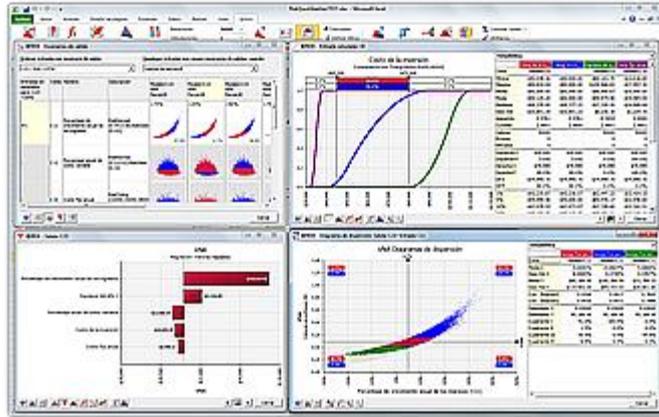


Figura 24: **Análisis en risk** Tomada de “Cómo funciona @Risk”, por Palisade. 2020, en línea en: <https://www.palisade-lta.com/risk/#understand>

El sistema @Risk es un software con el cual se puede simular escenarios y evaluar la repercusión en calidad, tiempo y costos. Por otro lado, también permite realizar análisis de sensibilidad de las variables que se presentan, además que se pueden integrar en presentaciones de Power Point, Excel y Ms. Project, además de optimizar con la incertidumbre y el uso de un modelo original.

#### 5.4.7. Plan de respuesta de riesgo

##### Plantear acciones

Una vez definido los eventos que activan y el nivel de riesgo se procede a plantear diferentes respuestas.

##### Identificar responsables de las actividades.

Definidas las actividades que deben existir un dueño del problema lo cual nos permitirá determinar los roles. Quién a su vez está encargado de implementar las respuestas y a

##### Recursos

Este tipo de caracterización tiene en cuenta los recursos necesarios, de tal manera que en el caso que falte el líder del proceso podrá solicitar el recurso necesario que previamente se determinó tener para la operatividad del proceso.

**Tabla 17.** Modelo de plan de respuesta de riesgos

PLAN DE RESPUESTA				
ACCIONES	RECURSOS	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	ESTADO

---

---

---

El estado puede ser considerado como planificadas, por vencerse, vencidas o logradas y ayudarán al monitoreo y control.

#### 5.4.7.1. Respuesta preventiva propuestas

##### Crear perfil del personal

Para ello se debe considerar el cuadro de competencias valoradas en el análisis WoW y aquellas que estén orientadas a la seguridad del paciente.

Cliente (interno o externo): .....
Puesto: .....
Perfil o puesto a cubrir: .....
<b>Objetivo básico de la posición (misión o síntesis del puesto)</b> .....
<b>Descripción del puesto:</b> Dependencia Sectores a cargo Principales funciones
<b>Requisitos del puesto:</b> Experiencia Educación Otros conocimiento: PC, idiomas, etcétera Otros requisitos: edad, sexo, domicilio, etcétera Personalidad/ competencias conductuales dominantes
<b>Remuneración</b> Fecha de incorporación: .....

Figura 25: **Perfil de puesto** Tomada de “Perfil de puesto por competencias”, por Alles, Martha. s.f., en línea en: [https://www.ucipfg.com/Repositorio/MAP/MAPD-07/UNIDADES-APRENDIZAJE/UNIDAD\\_2/perfil\\_de\\_puestos\\_por\\_competencias.pdf](https://www.ucipfg.com/Repositorio/MAP/MAPD-07/UNIDADES-APRENDIZAJE/UNIDAD_2/perfil_de_puestos_por_competencias.pdf)

##### Evaluar el desempeño del personal

Se tiene en consideración las categorías en un checklist para finalmente valorar a la mejor área dentro del servicio de emergencia y hacer efectivo las estrategias planteadas de compensación propuestas por EsSalud.

#	Nombre Completo	Cargo / Posición	Encargado	Departamento	Fecha de Ingreso	Evaluaciones	Perfil de puesto
1							-
2							-
3							-



Figura 26: *Ejemplo de control de desempeño* Elaboración propia basado en sistema ORG.IOS.2020

Con el sistema de puntuación de valoración de cada pregunta del checklist ordinal se debe de obtener una puntuación por personal y obtener un resultado total del área donde se desenvuelve.

## CAPACITACIONES EN AGILIDAD

### Taller de SCRUM

Se plantea realizar talleres de SCRUM con el fin de que se puedan usar los artefactos de cada uno y fomentar la resolución de problemas en un entorno colaborativo.

### Uso Kanban

A través del uso de la aplicación trello se podrá monitorear los avances y responsabilidades en función del cronograma y funciones necesaria para interactuar entre colaboradores en una plataforma gratuita online.

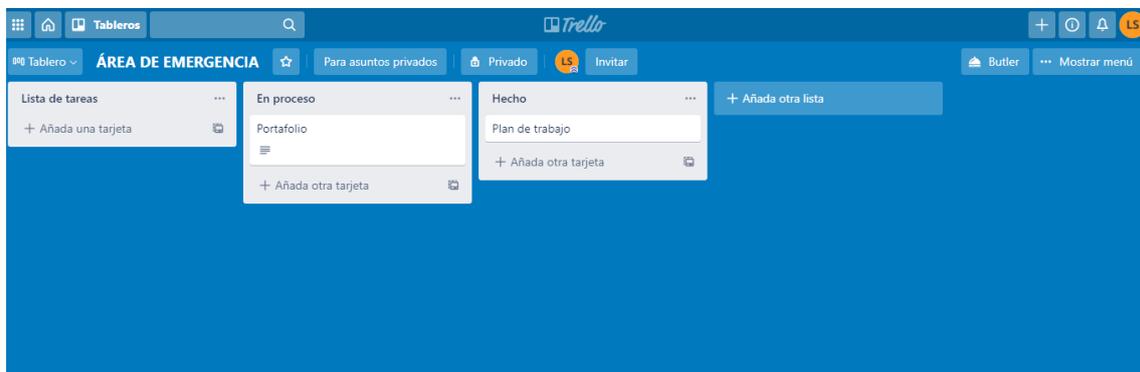


Figura 27: *Tablero Kanban*. Tomada de Trello. Elaboración propia.2020

## Programaciones de Mantenimiento de Equipos y herramientas

Es usual que, en muchos servicios de emergencia de hospitales, exista un inadecuado mantenimiento de equipos médicos, uno de los cuáles también afecta al Servicio de Emergencia. Por ello, se propone la programación de mantenimiento para evitar riesgos por fallas de los equipos o herramientas médicas.

**Tabla 18.** Modelo de plan de mantenimiento

PLAN DE MANTENIMIENTO								
INSTALACIÓN/MÁQUINA	ELEMENTOS A REVISAR			PARÁMETROS A CONTROLAR			PRUEBAS A EJECUTAR	
	Enumerar Elementos	Periodicidad Revisión	Periodicidad Informe	Enumerar Parámetros	Periodicidad Revisión	Periodicidad Informe	Enumerar Pruebas	Periodicidad Pruebas

## Programaciones de compras

Para evitar la falta de medicamentos en el área del servicio de emergencia y éstos llegaran a tiempo se plantea realizar las programaciones de compra con MRP. Así mismo, puede ser utilizada para la orden de los reactivos necesarios para laboratorio, se considera de importancia por la gran demanda del mismo para realizar diagnósticos.

### 5.4.8. Herramientas de monitoreo y/o seguimiento.

Es la información más importante que puede contener este tipo de documentos, en este espacio la herramienta nos invita a definir qué tipo de herramientas quiero usar para hacer seguimiento a mi gestión, estas herramientas pueden ser creadas a conformidad de una norma técnica, como los modelos de Salidas No Conformes o los programas de auditorías internas, o impuestas por el Estado como mecanismo de auto vigilancia, como, por ejemplo, Auditorías Externas. Definir la herramienta de monitoreo se podrá definir el mecanismo de monitoreo de riesgos materializados y/o emergentes, solicitados en las NTC ISO 31000:2018.

**Tabla 19.** Modelo de monitoreo y control de riesgos

POST PLAN RESPUESTA					
PROBABILIDAD.	IMPACTO.	SEVERIDAD.	ESTADO DEL RIESGO	RESPUESTAS EJECUTADAS	TOTAL, DE RESPUESTAS

Se puede considerar el estado del riesgo como Abierto o cerrado, si fueron o no actualizadas las repuestas al riesgo después de que apareciera una no prevista o no considera en la matriz inicial.

### 5.4.3. Evaluación de la propuesta

#### 5.4.3.1. Indicadores de desempeño

A continuación, se detallan indicadores de gestión de riesgos a evaluar, en el plazo de medio año:

- Efectividad de gestión de riesgos

# de riesgos negativos concretados/ # de riesgos identificados

Meta: Menor a 15%

- Índice de denuncias  
# de quejas o reclamos en denuncia/# de reclamos totales
- Índice de la dimensión seguridad de calidad
- Índice de atención a pacientes en emergencia
- Índice eventos adversos  
#eventos adversos/#atenciones en el servicio de emergencia

#### 5.4.4. Retroalimentación

Presentar informaciones sobre: Lo que ha funcionado muy bien, lo que no ha funcionado y lo que pudo funcionar mejor en la propuesta realizada y finalmente archivar las lecciones aprendidas y actualizar el WoW.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** En el proceso actual de atención al paciente en el Servicio de Emergencia, se identificó que el nivel de percepción de calidad de atención al paciente fluctúa en un 70%, debido a situaciones que ponen riesgo la seguridad del paciente y el flujo continuo de las operaciones, poca planificación en el uso de recursos, poco funcionamiento de equipos de salud, además de un factor de trato cordial al paciente y la inexistencia de indicadores o tratamiento del riesgo operacional en un entorno caótico.

**SEGUNDA:** Para poder realizar cambios y gestión de riesgos no basta con contemplar la perspectiva administrativa sino capacitar al personal para afrontar situaciones de incertidumbre y el uso de sus capacidades y formas de trabajo para mejorar el flujo en el proceso.

**TERCERA:** Los riesgos asociados a una falta de implementación y control de la seguridad del paciente son sancionados de acuerdo con la normativa peruana, ya que sus consecuencias pueden resultar en negligencias médicas con graves consecuencias, además que, representa costos a la institución e incluso la destitución. Con la matriz IPER se identificaron inicialmente diecisiete riesgos en los procesos; siendo cuatro riesgos de un nivel de impacto crítico y tres de un nivel alto.

**CUARTA:** En el diagnóstico inicial realizado se verificó que el área de emergencia no cumple con los requisitos mínimos establecidos para gestionar riesgos desde un enfoque preventivo, partiendo de esto se diseña una propuesta de modelo de gestión de riesgos.

**QUINTA:** Se verificó que las principales actividades están dentro de una complejidad moderada por lo que necesita varios de ellos ser tratados de manera ágil, mientras que el tema de planeación, mantenimiento y capacitación están alineados a objetivos estratégicos que deben ser tratados con metodología cascada.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Se recomienda al servicio de emergencias comprometer a todos sus colaboradores para poder desarrollar una cultura enfocada a la calidad y los riesgos, y la reevaluación de sus indicadores.

**SEGUNDA:** Se recomienda al hospital generar motivadores como incentivos económicos y emocionales por conductas alineadas a un trabajo adecuado, así mismo recopilar las buenas prácticas ágiles que se ha desarrollado.

**TERCERA:** Se recomienda al área de calidad realizar cronogramas de rotación para el personal y planes de contingencia para atender a la alta demanda de pacientes, así como proyectar ello.

**CUARTA:** Se recomienda al encargado de gestión de riesgos de promover una gestión visual los riesgos y peligros que se presentan en la empresa, es importante que los colaboradores y el gestor de riesgos manejen los registros establecidos constantemente para poder tomar decisiones en base a la información recopilada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CABELLO, Emilio a Jesús L. CHIRINOS. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Revista Médica Herediana. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2012, roč. 23, č. 2, s. 88–95. ISSN 1018-130X.
- CORRAL, E., I. CASADO a R. M. SUÁREZ. Gestión de calidad del Servicio de Emergencias SAMUR-Protección Civil. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2010, roč. 33, s. 107–121. ISSN 1137-6627.
- FILYPPOVA, Svitlana et al. Risk Management Through Systematization: Risk Management Culture. 2019, č. September. DOI: 10.35940/ijrte.C5601.098319
- FORRELLAT BARRIOS, Mariela. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014, roč. 30, č. 2, s. 179–183. ISSN 0864-0289.
- HARO-ALVARADO, Juan M. et al. Sistema de gestión de calidad en el servicio de atención de salud. Polo del Conocimiento. 2018, roč. 3, č. 11, s. 210–234. ISSN 2550-682X. DOI: 10.23857/pc.v3i11.790
- HOLGUIN, David. Comparación de Metodología para la gestión de riesgos en los proyectos de las PYMES. Revista Ciencias Estratégicas. 2016, roč. 25, č. 38, s. 326.
- CHOMALÍ GARIB, May a Francisco ABOGADO. MIRANDA SUÁREZ. Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. . 2003, roč. 14, č. 4
- IBARRA, Luis a Belen ESPINOZA. Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. . 2014, roč. 1, č. 4, s. 14.
- INACAL. ISO 31000. 2018.
- IRENE PRISCILA CEDILLO ORELLANA, SANTIAGO ARTURO MOSCOSO BERNAL a F.M. ARÉVALO MOSCOSO. Metodología Ágil para la

Gestión de Riesgos Informáticos. 2017, roč. 1, č. 2. ISSN 2528-8024.  
DOI: 10.26871/killkana\_tecnica.v1i2.81

ISO. ISO 31000 2018. In: Sala virtual [online] [cit. 03.10.2020]. Dostupné  
z: [https://salalecturavirtual.inacal.gob.pe:8098/detalle.aspx?id=26359  
&idtv=6591](https://salalecturavirtual.inacal.gob.pe:8098/detalle.aspx?id=26359&idtv=6591)

ISOTOOLS. Norma ISO 31000 [online]. 2018. Dostupné  
z: [w.w.w.isotools.org](http://www.isotools.org)

L. L. BERRY, D. R. BENNETT a C. W. BROWN. Calidad de servicio.  
Ediciones Díaz de Santos. vyd. 1989.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Rosalba a María Isabel BLANCO DOPICO.  
Gestión de riesgos: reflexiones desde un enfoque de gestión  
empresarial emergente. Revista Venezolana de Gerencia. 2018,  
roč. 22, č. 80. ISSN 1315-9984. DOI: 10.31876/revista.v22i80.23186

MINISTERIO DE SALUD. Manual de Procesos y Procedimientos. Hospital  
de Vitarte, Servicio de Emergencia, Lima. [online]. 2017. Dostupné  
z: [http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2017/R2  
2100.pdf](http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2017/R22100.pdf)

MINSA. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ADECUACIÓN DE LA  
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ÉNFASIS EN  
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD FRENTE A LA  
PANDEMIA POR COVID-19 EN EL PERÚ. 2020.

MUHAMMAD BUTT MOHSIN a CYRIL DE RUN ERNEST. Private  
healthcare quality: applying a SERVQUAL model. International Journal  
of Health Care Quality Assurance. Emerald Group Publishing Limited,  
2010, roč. 23, č. 7, s. 658–673. ISSN 0952-6862.  
DOI: 10.1108/09526861011071580

PMI. Inception Goals – Disciplined Agile (DA). In: [cit. 06.10.2020]. Dostupné  
z: <https://www.pmi.org/disciplined-agile/inception-goals>

PODESTÁ GAVILANO, Luis Enrique a Mirko MACEDA KULJICH. Calidad  
percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal  
médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. Horizonte Médico

(Lima). Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana, 2018, roč. 18, č. 3, s. 48–56. ISSN 1727-558X. DOI: 10.24265/horizmed. 2018.v18n3.08

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. The standard for risk management in portfolios, programs, and projects. 2019.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, INC. PRACTICE STANDARD FOR PROJECT RISK MANAGMENT. Newtown Square, Pennsylvania. ISBN 978-1-933890-38-8.

RODRÍGUEZ OCAMPO, Jair Alejandro. Definición de una metodología para la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos en la unidad estratégica Colombiana NTC ISO 31000:2009. 2014, Universidad Pontificia Bolivariana.

SATURNO-HERNÁNDEZ, Pedro J. et al. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2015, roč. 57, s. 275–283. ISSN 0036-3634, 0036-3634.

TAURO DEL PINO, Alberto. ALMENARA IRIGOYEN, Guillermo. In: Enciclopedia Ilustrada del Perú 1. 3a. vyd. Lima: PEISA, 2001. ISBN 9972-40-150-2.

URDANIVIA, Alfredo Víctor Laguna, Elia Obregón RODRÍGUEZ a Ruth Vilma Quijada FERNÁNDEZ. PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS. 2019, Universidad del Pacífico.

VANEGAS RODRÍGUEZ, Gloria Milena. Integración de la gestión del riesgo para el cumplimiento de altos estándares de calidad en el sector salud en Colombia. Universidad Santo Tomas. 2016. ISSN 21451389. DOI: 10.15332/s2145-1389.2014.0002.08

VARGAS, Martha Elena a Luz Ángela ALDANA. Calidad y servicio: Conceptos y herramientas. Universidad de La Sabana, 2014. ISBN 978-958-648-957-7.

VÁSQUEZ, Morón et al. Gestión de riesgos en la empresa R.C. Agelvis, C.A.  
Multiciencias. 2015, roč. 15, č. 4, s. 417–427. ISSN 1317-2255.

ISO - About us. In: ISO [online] [cit. 04.10.2020]. Dostupné  
z: <https://www.iso.org/about-us.html>

Risk Value Lifecycle – Disciplined Agile (DA). In: [cit. 06.10.2020]. Dostupné  
z: <https://www.pmi.org/disciplined-agile/lifecycle/risk-value-lifecycle>

## ANEXOS

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CALIDAD

<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA</b>											
<p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el Servicio de Emergencia del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.</p>											
<b><u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u></b>											
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Acompañante <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>										
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>										
3. Sexo	Masculino <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Femenino <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>										
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EsSalud</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>SIS</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>SOAT</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> </table>	EsSalud	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	SIS	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	SOAT	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Ninguno	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Otro	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
EsSalud	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
SIS	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
SOAT	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
Ninguno	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
Otro	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
6. Tipo de usuario	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nuevo</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Continuador</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> </table>	Nuevo	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Continuador	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>						
Nuevo	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
Continuador	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
7. Área de atención	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Tópico</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Medicina</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Pediatría</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>COVID</td><td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td></tr> </table>	Tópico	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Medicina	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Pediatría	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	COVID	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
Tópico	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
Medicina	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
Pediatría	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
COVID	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										

### EXPECTATIVAS

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Emergencia. Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
		1	2	3	4	5	6	7
N°	Preguntas							
01	Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica							
02	Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente							
03	Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico adecuado							
04	Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud							
05	Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico							
06	Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida							
07	Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida							
08	Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida							
10	Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad							
12	Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido							
13	Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore							
14	Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención							
16	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
18	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
19	Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes							
21	Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos							
23	Qué se cumplan los protocolos por el COVID-19							

**PERCEPCIONES**

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO**, la atención en el servicio de Emergencia. Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.



Nº	Preguntas							
		1	2	3	4	5	6	7
01	¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?							
02	¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?							
03	¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico adecuado?							
04	¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?							
05	¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?							
07	¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?							
08	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?							
10	¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
11	¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?							
12	¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
13	¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?							
14	¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?							
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
19	¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?							
23	¿Se cumplieron con los protocolos por el COVID-19?							

COMENTARIO ADICIONAL:



## QUEJAS Y RECLAMOS ANUARIO 2015-2019 SUSALUD

FIGURA 1.10 SOLICITUDES DE INTERVENCIÓN SEGÚN TIPO DE EXPEDIENTE EN ESSALUD 2015-2019



Fuente: Gerencial Central de Atención al Asegurado-EsSalud.

Elaboración: SUSALUD-IID

En el 2019, se registraron 161 419 solicitudes de intervención; estas fueron clasificadas en reclamos: 113 872 (70,5%), petitorios: 24 791 (14,4%), consultas: 22 482 (13,9%) sugerencias: 215 (0,1%). El número de expedientes incrementó en 12,9% respecto del 2015 y presenta un incremento de 18% con relación al 2018. Continuando la comparación con el 2015, los casos de reclamos se incrementaron en 17,6%, y las consultas en 7,5%, los petitorios tuvieron un incremento de 0,2% y las sugerencias se redujeron en 58,3%.

Al 2019, la tasa anual de reclamos por cada 10 000 afiliados con relación a la población adscrita fue de 112,9 la cual no necesariamente es un indicador de calidad en la atención, dado que uno de los condicionantes de esta variable es el nivel de empoderamiento de la población respecto a sus derechos en salud. Es necesario precisar que esta tasa es similar a la observada en el 2018 (111,8).

Si se analizan los reclamos por red asistencial, se observa que las redes con mayor número de reclamos por cada 10 000 afiliados, en el año, fueron: Rebagliati con 206,5; seguida de Arequipa con 193,3, Almenara con 126,6; Sabogal con 108,9 y Lambayeque con 82,2. Las redes con menor número de reclamos por cada 10 000 afiliados, en el 2019, fueron: Huaraz con una tasa de 8,2; Piura con 16,9; Áncash y Tarapoto con 20, cada una.

TABLA 1.12 RECLAMOS SEGÚN RED ASISTENCIAL EN ESSALUD, 2015-2019

Red asistencial	2015	2016	2017	2018	2019		
					Reclamos	Afiliados	Tasa por 10 000
<b>Total</b>	<b>96 803</b>	<b>82 002</b>	<b>84 446</b>	<b>106 472</b>	<b>113 872</b>	<b>10 088 824</b>	<b>112,9</b>
Almenara	19 639	16 433	14 528	17 058	17 686	1 396 537	126,6
Amazonas	115	108	131	137	156	63 893	24,4
Ancash	154	131	234	387	391	199 256	19,6
Apurímac	487	380	351	485	570	78 589	72,5
Arequipa	6 790	4 631	5 427	10 387	11 384	588 915	193,3
Ayacucho	1 012	858	686	461	346	97 909	35,3
Cajamarca	131	174	220	150	409	165 051	24,8
Cusco	1 116	1 688	1 983	1 796	1 685	316 779	53,2
Huancavelica	76	158	184	190	231	70 345	32,8
Huánuco	1 124	812	1 026	1 213	1 180	151 740	77,8
Huaraz	88	329	219	264	83	101 608	8,2
Ica	2 668	1 988	1 072	1 380	1 430	417 782	34,2
Juliaca	425	69	153	208	292	124 712	23,4
Junín	1 678	2 087	1 660	1 956	2 376	326 292	72,8
La Libertad	3 600	3 048	2 328	2 667	2 635	598 552	44,0
Lambayeque	8 530	6 610	5 914	5 552	4 444	540 571	82,2
Loreto	420	344	417	501	456	212 007	21,5
Madre de Dios	212	181	154	212	217	34 040	63,7
Moquegua	506	240	385	448	549	88 290	62,2
Moyobamba	106	127	92	114	127	49 255	25,8
Pasco	170	52	189	182	220	82 792	26,6
Piura	1 243	658	760	1 176	966	585 088	16,9
Puno	303	236	259	285	223	89 175	25,0
Rebagliati	23 663	20 306	26 458	30 191	35 363	1 712 496	206,5
Sabogal	14 842	14 287	13 001	16 061	17 424	1 600 512	108,9
Tacna	867	781	796	819	764	106 343	71,8
Tarapoto	37	108	142	206	201	101 364	19,8
Tumbes	495	364	289	518	388	61 617	59,7
Ucayali	500	405	301	270	405	127 315	31,8
Otros	5 806	4 409	5 127	11 198	11 271		

Fuente: Estructura de población asegurada activa al 2019 <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>  
Gerencial Central de Atención al Asegurado-EsSalud.

Registro Nacional de Afiliados al AUS. SUSALUD

Elaboración: SUSALUD-IID

**TABLA 1.13 CAUSAS DE RECLAMOS SEGÚN DERECHO VULNERADO EN IAFAS ESSALUD. 2015-2019**

Causas de reclamos según derecho vulnerado	2015		2016		2017		2018		2019	
	Reclamos	%	Reclamos	%	Reclamos	%	Reclamos	%	Reclamos	%
<b>TOTAL</b>	<b>98 803</b>	<b>100</b>	<b>82 002</b>	<b>100</b>	<b>88 948</b>	<b>100</b>	<b>108 472</b>	<b>100</b>	<b>113 872</b>	<b>100</b>
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	<b>38 138</b>	<b>40,4</b>	<b>32 880</b>	<b>40,2</b>	<b>41 583</b>	<b>48,9</b>	<b>62 527</b>	<b>48,3</b>	<b>69 777</b>	<b>62,5</b>
Acreditación del asegurado	4 737	4,9	1 787	2,2	4 693	5,3	4 469	4,2	12 432	10,9
Demora en la entrega de formatos en las IPRESS	199	0,2	402	0,5	5 036	5,7	2 909	2,7	5 254	4,6
Demora en la entrega de formatos por la IAFAS EsSalud	2 148	2,2	1 623	2,0	-	-	1 727	1,6	89	0,1
Dificultad de acceso a los servicios de atención al asegurado	31 911	33,0	28 584	34,9	27 234	30,7	43 384	40,7	4 219	3,7
Restricciones al acceso a prestaciones económicas y sociales	141	0,1	584	0,7	4 620	5,2	38	0,0	37 783	33,2
<b>Acceso a la información</b>	<b>1 204</b>	<b>1,2</b>	<b>1 178</b>	<b>1,4</b>	<b>6 348</b>	<b>6,0</b>	<b>8 434</b>	<b>7,9</b>	<b>12 646</b>	<b>11,0</b>
Deficiencia en la información brindada en la IAFAS	263	0,3	164	0,2	129	0,1	8	0,0	-	-
Deficiencia en la información brindada en la IPRESS	563	0,6	603	0,7	1 766	2,0	4 156	3,9	6 142	5,4
Deficiencia en la información sobre la atención de salud	378	0,4	412	0,5	3 453	3,9	4 270	4,0	6 403	5,6
<b>Atención y recuperación de la salud</b>	<b>49 267</b>	<b>60,8</b>	<b>42 242</b>	<b>61,5</b>	<b>34 888</b>	<b>28,1</b>	<b>21 573</b>	<b>20,3</b>	<b>20 948</b>	<b>18,4</b>
Calidad de atención de salud	15 218	15,7	13 335	16,3	6 381	7,2	1 902	1,8	-	-
Demora en la prestación de los servicios de salud	28 016	28,9	24 329	29,7	12 392	14,0	15 116	14,2	16 355	14,4
No disponibilidad de medicamentos, insumos y otros	5 110	5,3	3 837	4,7	5 264	5,9	3 790	3,6	3 924	3,4
Relativos a la infraestructura y el equipamiento	913	0,9	741	0,9	831	0,9	765	0,7	669	0,6
<b>Confidencialidad y consentimiento informado</b>	<b>28</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>0,0</b>	<b>486</b>	<b>0,5</b>	<b>270</b>	<b>0,3</b>	<b>382</b>	<b>0,3</b>
No hicieron firmar consentimiento informado	-	-	-	-	-	-	41	0,0	2	0,0
Falta de privacidad en la prestación de salud	-	-	-	-	-	-	229	0,2	390	0,3
<b>Protección de otros derechos</b>	<b>6 274</b>	<b>6,4</b>	<b>6 264</b>	<b>6,4</b>	<b>10 324</b>	<b>11,6</b>	<b>8 684</b>	<b>8,0</b>	<b>13 401</b>	<b>11,8</b>
Derecho a la atención preferente	130	0,1	77	0,1	155	0,2	124	0,1	162	0,1
Disconformidad con el trato recibido	4 614	4,8	4 513	5,5	4 190	4,7	8 407	7,9	9 661	8,5
Disconformidad en el proceso de reembolso y otras prestaciones económicas	201	0,2	398	0,5	285	0,3	-	-	3 481	3,1
No conformidad con la variación unilateral de las condiciones del plan de salud	68	0,1	42	0,1	247	0,3	33	0,0	-	-
No respeto del componente cultural del asegurado	111	0,1	78	0,1	-	-	-	-	-	-
<b>Sin información</b>	<b>160</b>	<b>0,2</b>	<b>148</b>	<b>0,2</b>	<b>6 447</b>	<b>6,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>87</b>	<b>0,1</b>
<b>Otros</b>	<b>1 808</b>	<b>2,0</b>	<b>318</b>	<b>0,4</b>	<b>8 080</b>	<b>6,8</b>	<b>16 104</b>	<b>14,2</b>	<b>8 808</b>	<b>6,0</b>

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado-EsSalud.

Elaboración: SUSALUD-IID

## CALIDAD Y SERVICIO ESSALUD

### 4. FILOSOFIA DE SERVICIO

#### 4.1 EL RETO DE PASAR DE LA CALIDAD A LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO. ¿QUE ES CALIDAD Y QUE ES EXCELENCIA PARA EsSALUD?

Essalud tiene por objetivo mejorar los estándares de satisfacción de los asegurados con relación al trato y atención que reciben en los diferentes centros y redes.

En esta línea quiere ser reconocida no solo por la calidad científico- técnica de los profesionales de la salud que atienden a los pacientes y usuarios, sino por la calidad en la relación que construyen con los mismos en los momentos de interacción con ellos.

Este propósito se plantea es un escenario marcado por el constante incremento en los niveles de exigencia de los asegurados fruto de su experiencia de consumo en el mercado que les permite elegir y comparar, pero sobre todo al mayor conocimiento y manejo de información que obtienen a partir del uso de nuevas tecnologías de la comunicación. Este aumento creciente de las expectativas y demandas de los clientes ha tenido como consecuencia la modificación del concepto de excelencia en el servicio y, sobre todo ha llevado a redefinir los factores que generan la misma e impactan en la percepción de los clientes.

Si antes el objetivo era dar un servicio que cumpliera con los estándares mínimos esperados por los clientes, hoy eso es un requisito que no genera un diferencial.

Por lo tanto, si el asegurado mejor informado experimenta una oferta variada y compleja orientada a darle valor agregado desde el servicio, el reto ya no es cumplir con las dimensiones básicas de la calidad, sino generar un diferencial a partir de una oferta de valor propio y original que responde a la identidad y misión de la institución.



El nuevo objetivo es plantear un modelo de servicio, es decir de relación y comunicación con los asegurados, con sello propio, que responda a sus expectativas y demandas y que refleje y haga tangible desde el trato y la atención la identidad de la organización.

Para definir la misma, el modelo parte del conocimiento de lo que el asegurado demanda y valora de la atención en Essalud.

En este marco, el modelo de calidad de servicio de Essalud parte de las siguientes definiciones:

- **Calidad en la relación (trato y atención) profesional- paciente (usuario):** entendemos que brindar una relación de calidad implica cumplir con las dimensiones y estándares mínimos bajo los que hoy se define la calidad de servicio en las organizaciones públicas y privadas.

Las dimensiones de la calidad son:

- **Servicio de garantía:** atención siguiendo los protocolos establecidos libre de error.
  - **Respuesta oportuna:** atención brindada en los tiempos pactados.
  - **Cordialidad en el trato:** atención respetuosa y humanitaria.
  - **Información completa:** se brinda toda la información que el asegurado requiere a lo largo del proceso de atención médica (antes, durante y después).
  - **Disposición:** atención con buena actitud e interés por escuchar y entender y solucionar los problemas o inquietudes del usuario.
  - **Competencia:** atención que refleja el profesionalismo del colaborador la misma que se traduce en la orientación que brinda al usuario cuando este lo requiere.
- **Dar valor agregado:** este constituye el factor que marca la diferencia y genera un compromiso emocional en el asegurado que impacta en la imagen y reputación del servicio. Este valor agregado se dará en Essalud a partir de tres prácticas o rutinas:
    - **Generar una experiencia única:** proporcionar en el servicio detalles que exceden las expectativas en el asegurado, generando bienestar y sorpresa.
    - **Empatía con el problema:** escuchar al asegurado y hacerse cargo de su problema ("me comprometo a ayudarlo en la solución").



El nuevo objetivo es plantear un modelo de servicio, es decir de relación y comunicación con los asegurados, con sello propio, que responda a sus expectativas y demandas y que refleje y haga tangible desde el trato y la atención la identidad de la organización.

Para definir la misma, el modelo parte del conocimiento de lo que el asegurado demanda y valora de la atención en Essalud.

En este marco, el modelo de calidad de servicio de Essalud parte de las siguientes definiciones:

- **Calidad en la relación (trato y atención) profesional- paciente (usuario):** entendemos que brindar una relación de calidad implica cumplir con las dimensiones y estándares mínimos bajo los que hoy se define la calidad de servicio en las organizaciones públicas y privadas.

Las dimensiones de la calidad son:

- **Servicio de garantía:** atención siguiendo los protocolos establecidos libre de error.
  - **Respuesta oportuna:** atención brindada en los tiempos pactados.
  - **Cordialidad en el trato:** atención respetuosa y humanitaria.
  - **Información completa:** se brinda toda la información que el asegurado requiere a lo largo del proceso de atención médica (antes, durante y después).
  - **Disposición:** atención con buena actitud e interés por escuchar y entender y solucionar los problemas o inquietudes del usuario.
  - **Competencia:** atención que refleja el profesionalismo del colaborador la misma que se traduce en la orientación que brinda al usuario cuando este lo requiere.
- **Dar valor agregado:** este constituye el factor que marca la diferencia y genera un compromiso emocional en el asegurado que impacta en la imagen y reputación del servicio. Este valor agregado se dará en Essalud a partir de tres prácticas o rutinas:
    - **Generar una experiencia única:** proporcionar en el servicio detalles que exceden las expectativas en el asegurado, generando bienestar y sorpresa.
    - **Empatía con el problema:** escuchar al asegurado y hacerse cargo de su problema ("me comprometo a ayudarlo en la solución").





- **Manejo de contingencia:** saber qué hacer y qué decir cuando se presenta un error en el servicio para que el asegurado no quede insatisfecho.
- **Brindar un diferencial en el servicio:** cumplir los protocolos de atención que permiten tangibilizar la propuesta de valor (promesa y atributos del servicio).

#### 4.2 EXPECTATIVAS DE LOS ASEGURADOS.

Un servicio de calidad, bajo un estilo propio, parte necesariamente del conocimiento de las expectativas, necesidades y demandas de los asegurados.

Por ello la atención y trato (relación con el asegurado) debe responder a las condiciones y características que ellos demandan al contactarse con la institución.

De acuerdo a los estudios realizados (2), los asegurados esperan del servicio:

- **Amabilidad:** el asegurado espera un buen trato, entendido como cordialidad, respeto, humanidad y equidad en la atención ("ser tomado en cuenta").
- **Disposición para ayudar:** el asegurado espera una actitud de cooperación, interés y compromiso con la resolución de sus inquietudes y problemas.
- **Orientación:** el asegurado busca que el conocimiento del profesional de la salud se traduzca en una orientación adecuada y oportuna frente a sus inquietudes sobre los procesos a seguir o sobre su salud.
- **Información sobre los procedimientos y resultados:** el asegurado espera contar con información completa, accesible y clara a lo largo de todo el proceso de atención.

En conclusión, los asegurados coinciden en demandar que:

*"Todo el personal de Essalud muestre en la atención un buen trato, celeridad, accesibilidad y profesionalismo, atendiendo al asegurado con disposición, actitud humanitaria y equidad".*

#### ¿A quienes aplicará el programa de calidad de servicio?

El programa de calidad de servicio busca mejorar la satisfacción de los asegurados, derechohabientes y de todas las personas que reciben prestaciones y/o atenciones de salud y sociales en nuestra institución. Tomando en cuenta no sólo a los que visitan nuestros centros asistenciales, sino también a los que llaman por teléfono o se contactan vía página Web.

### 4.3 NUESTRA FILOSOFIA DE SERVICIO: PROMESA Y ATRIBUTOS.

La propuesta de valor al asegurado constituye la filosofía de servicio de la institución. Es decir los principios rectores bajo los que se prestará la atención y se construirá la relación con los asegurados.

Parte de sus demandas y recoge la esencia de la misión institucional para traducirlas en dos componentes:

- Una promesa o compromiso con el asegurado, que es lo que ofrece la institución y a lo que obliga desde el servicio.
- Atributos o características que le ponen el sello propio y diferencial al servicio que brinda EsSalud.

A continuación presentamos ambas:

Promesa:

**“Nuestro compromiso es darle el mejor servicio”**

Definición conceptual de la promesa:

“En EsSalud somos un equipo humano comprometido con la mejora de la calidad de vida del asegurado al brindarle una atención cordial, accesible y profesional, que se distingue por nuestra disposición, actitud humanitaria y equidad en el trato”

Esta promesa para hacerse realidad se sostiene en tres atributos o características que se deben mostrar y transmitir al asegurado, en el día a día.

Estas características son las que harán al servicio único y diferente.

Estas características son:

- **Disposición para ayudar (Accesibilidad):** Estamos atentos a las necesidades de los asegurados, mostrando interés, solidaridad y compromiso, con la resolución de sus inquietudes y problemas.
- **Profesionalismo:** Buscamos comprenderlos en sus necesidades y problemas y les brindamos orientación e información clara y completa ante sus requerimientos.
- **Calidez (amabilidad):** somos amables, cordiales, mostrando siempre actitud de servicio, respeto, equidad y trato humano.



## 5. MANUAL DE ATENCION AL ASEGURADO

Para que la Promesa "**Nuestro compromiso es darle el mejor servicio**" y los atributos de **disposición, profesionalismo y calidez** se puedan llevar a la práctica es necesario plasmarlos en rutinas y conductas observables de servicio que los hagan visibles y tangibles para los asegurados, en los diferentes servicios.

Estas rutinas y conductas de servicio esperadas, planteadas de manera sistemática para los momentos de contacto ("momentos de verdad") con los asegurados, son la herramienta de gestión que sirve como pauta o guía para que los colaboradores puedan construir la nueva cultura de atención al asegurado por la que busca distinguirse la institución.

EsSalud ha diseñado esta herramienta de gestión de la calidad de manera participativa, involucrando en el diseño de las guías y protocolos a colaboradores de las áreas de primer contacto con el asegurado. Para ello, ha contado con el apoyo y conducción metodológica de la consultora especializada IT&GS, Información, tecnología y gestión de la Salud.

La herramienta se denomina "protocolo de atención" y su desarrollo conceptual y metodológico se encuentra en el "Manual de Atención del Asegurado" (). Este no es un documento complementario, sino que forma parte del sistema de gestión de calidad de servicio que da soporte y viabilidad a la filosofía de servicio institucional.

De acuerdo a lo planteado en el "Manual de atención al asegurado" (), los protocolos son "*una herramienta de trabajo que estandariza las actuaciones de los profesionales en las situaciones en que la calidad percibida por el paciente puede ser cuestionada, bien por el contexto en que suceden, bien por el tema que trata o por la actitud del paciente*" ().

De manera el "Manual de atención al asegurado" señala que los protocolos buscan:

- ❖ *"Formalizar y normalizar tareas y actividades relacionadas directamente con la atención al Asegurado, con la finalidad de brindar una ayuda práctica que les facilite el trabajo diario de los trabajadores de los servicios en que se focalizó el proyecto."*
- ❖ *"Estandarizar su actividad diaria, obtener un trabajo más eficiente y eficaz en tiempo y forma, evitar inconvenientes a los pacientes, y resolver problemas más acorde a la normativa de ESSALUD".*
- ❖ *"Establecer normas de actuación, que eviten la improvisación y que proporcionen la seguridad de que estamos dando un servicio de calidad".*



- ❖ *“Tener una estructura común para atender, comprender y comunicarse con el Asegurado y, por otro tener una herramienta con pasos específicos a seguir por el trabajador dependiendo del Momento de Verdad en que se encuentre”.*

Para garantizar su viabilidad y adecuada respuesta a la realidad y condiciones institucionales, el “Manual de atención al asegurado” se formuló con la participación de profesionales y técnicos de EsSalud de diferentes redes asistenciales, siguiendo un proceso que pasó por las siguientes etapas:

- Se llevó a cabo un análisis de la calidad de la atención por establecimiento.
- Se realizó la identificación de momentos de verdad en cada servicio (con la participación de profesionales que laboran en los mismos).
- Se identificaron brechas y oportunidades de mejora.
- Se realizó un mapeo de procesos de atención.
- Con toda la información anterior se elaboraron los protocolos.

El “Manual de atención al asegurado” contiene un protocolo general y protocolos específicos para los servicios que cuentan con puestos de primer contacto con los asegurados, es decir, aquellos que inciden fuertemente en su percepción de la calidad del servicio (es la primera impresión).

El protocolo general es una estructura que servirá de guía para que cada servicio tenga la posibilidad de crear, confeccionar y/o perfeccionar sus propios Protocolos. Dicha estructura considera los tres momentos comunes en la atención del asegurado:

1. Bienvenida
2. Atención
3. Despedida

**Protocolo durante la Bienvenida del asegurado:**

1. Conserva el orden y organización de tu lugar de trabajo. Despeja tu escritorio y mantén sobre éste sólo el material que utilizas frecuentemente.
2. Establece contacto visual con el asegurado, sonríe.
3. Saluda respetuosamente, preséntate indicando tu nombre y demuestra interés por la otra persona.
4. Solicita amablemente al asegurado que se identifique. Desde este momento dirígete al asegurado por su nombre. Si te encuentras ocupado y no puedes atenderlo inmediatamente, expresa las disculpas pertinentes y manifiesta el tiempo de espera.



5. Consulta al asegurado el motivo de su presencia.
6. Pon atención a lo que éste expresa, escucha sin interrumpir. Ocasionalmente, asienta para que el asegurado perciba que está siendo considerado. Adquiere una actitud corporal acorde, sin distraerte en otros asuntos. Mantén una postura erguida.
7. Cuida la expresión de tu rostro. Evita manifestaciones, gestuales y verbales, negativas. Aún cuando te resulte complejo lo que el asegurados solicita, evidencia tu disposición a apoyarlo e intentar resolver sus dudas o problemas.
8. Con el propósito de corroborar lo que ha expresado el asegurado, repite lo esencial de su mensaje. De esa forma tendrás total certeza de cómo ayudarlo.
9. Señala las alternativas de solución y orienta al asegurado en el procedimiento a seguir.
10. Brinda el espacio para que el asegurado formule dudas e inquietudes.
11. Se preciso en tus respuestas y, de ser necesario, elabora preguntas específicas que le permitan obtener información concreta, aclarando así aspectos confusos.

**Protocolo durante la Atención del asegurado:**

1. Ocúpate de tu imagen personal, ofrece una apariencia armónica y grata.
2. Mantén una actitud de servicio.
3. Comprométete a entregar un buen servicio.
4. Si el asegurados se molesta, no lo tomes como un asunto personal. Recuerda que tu función es responder a los requerimientos de éste y facilitarle los procesos.
5. De ser necesario, ofrece disculpas.
6. Evita, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el asegurado, concéntrate en el problema mismo y la solución de éste.
7. No pongas en duda la palabra del asegurado.
8. Compórtate de forma diligente y eficiente, de esta forma evitarás aglomeraciones.
9. En el trabajo, intenta no dejarte influir por tus problemas personales o estado de ánimo.
10. Evita aquellas manifestaciones negativas o de desaprobación, verbales y corporales.
11. Asegúrate que el asegurado ha comprendido tus explicaciones.



12. Procura una correcta modulación y entonación de voz. Habla amistosamente.
13. No te precipites en tus respuestas, evita la impulsividad.
14. Dirígete al asegurado por su nombre y trátalo de "Usted".
15. Evita transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario muéstrate seguro (a) y confiado (a).
16. En caso de no poder dar solución a las inquietudes del asegurado, remítelo a la Oficina de Atención al Asegurado (OAS).
17. Interésate y conoce lo que se realiza en otras áreas de tu lugar de trabajo, esa información te será útil al momento de relacionarte con el asegurado.

**Protocolo durante la Despedida del asegurado:**

1. Asegúrate que el asegurado ha quedado conforme con el servicio prestado.
2. Consulta las inquietudes finales del asegurado.
3. Agradece la disposición del asegurado por los procedimientos seguidos y tiempo utilizado.
4. Expresa un mensaje de despedida cordial y explícita tu disposición para brindar ayuda en futuras oportunidades.

La puesta en práctica de un "Manual de Atención al Asegurado" requiere de tiempo y dedicación por ello, la institución cuenta con un plan de despliegue y capacitación para garantizar que los colaboradores de los diferentes servicios los conozcan, los hagan suyos y puedan llevarlos a la práctica.

## **6. SUB SISTEMA DE MONITOREO Y MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS**

El éxito de un programa de calidad de servicio radica en que este cuente con un adecuado sistema de monitoreo y evaluación diseñado ad-hoc para la organización que mida de manera sistemática y periódica la satisfacción de los asegurados y el cumplimiento de los protocolos considerados en el "Manual de Atención al asegurado" que permitan estandarizar el servicio bajo un estilo propio que marca la diferencia.

Por ello se ha diseñado como segunda herramienta de gestión del programa de calidad un sistema integral de monitoreo y evaluación de la calidad de servicio cuya información será la guía principal para implementar permanentemente medidas de ajuste y mejora para lograr la promesa **"Nuestro compromiso es darle el mejor servicio"**



Este sub sistema considera tres componentes complementarios, como son:

**Indicadores:**

Se han definido un conjunto de indicadores o variables (ver anexos) para medir el cumplimiento de cada uno de los tres atributos que sostienen la promesa.

Estos indicadores de medición tienen asignado un peso específico en la medición y se han definido de dos maneras:

- Indicadores generales: a partir de los cuales se define todo el sistema.
- Indicadores específicos para los centros asistenciales: siguen el mismo parámetro y ponderación pero incluyen variables propias del centro asistencial que requieren ser evaluadas por su impacto en la satisfacción de los asegurados.

**Herramientas de medición:**

Se han definidos dos tipos de herramientas para medir de manera sistemática la mejora de la calidad de atención y de los estándares de satisfacción de los asegurados. Las herramientas se han confeccionado en función de los indicadores generales y específicos antes señalados.

Estas herramientas son las siguientes:

- Encuesta de satisfacción a asegurados: el objetivo de la misma es medir la satisfacción de los asegurados con relación a la atención recibida en los diferentes servicios.  
Para que la misma produzca resultados que permitan monitorear el avance en los estándares de servicio, esta deberá aplicarse trimestralmente (a la salida de los centros de atención y/o vía telefónica).
- Paciente anónimo: el objetivo es medir el cumplimiento del uso de las guías y la aplicación de protocolos consignados en el Manual de Atención al Asegurado.

El detalle de ambas herramientas se encuentra consignado en los anexos.

**Sistema de reporte y monitoreo de resultados.**

El sub sistema de medición cumple su función como herramienta de gestión de la calidad de servicio si se conocen los resultados a todos los niveles y permite a los mismos tomar decisiones para mejorar el desempeño.

Por este motivo, el programa de calidad de servicio ha considerado, como factor de éxito del mismo, el incluir un sistema de reporte que brinde a las redes, a cada centro y a cada servicio información completa y clara que les permita:

- Conocer la evolución del estándar general: evolución comparativa de los estándares de todas las redes.
- Conocer la evolución del estándar de nuestro servicio.
- Identificar las fortalezas desarrolladas y las oportunidades de mejora de la calidad de atención en cada servicio.

Por este motivo, el programa de calidad considera un sistema de reporte que considera los siguientes pasos, cada vez que finaliza un periodo de evaluación:

- Entrega de informes de resultados generales, históricos, por redes, centros de atención y servicios.
- Reunión por cada red con los gerentes de los centros de atención y áreas involucrados para analizar resultados y recomendar medidas.
- Reunión de gerentes con los jefes de servicios involucrados para analizar resultados y recomendar o adoptar medidas.
- Reunión de los jefes con sus equipos para analizar resultados y adoptar medidas, de acuerdo a una rutina preestablecida.
- Informe de jefes a las gerencias sobre la adopción y aplicación de medidas.

Adicionalmente, los jefes desarrollarán una labor cotidiana y sistemática de supervisión y monitoreo de la calidad de servicio en base a una rutina especialmente diseñada para tal fin que consta de los siguientes componentes:

- Sistema de evaluación de desempeño en servicio de cada colaborador (en base a una escala que se diseña a partir de los indicadores de medición ya establecidos y las pautas de conducta definidas por puesto).
- Herramientas de entrenamiento en servicio en el puesto.

## **7. SUBSISTEMA DE RECONOCIMIENTO.**

Para que los colaboradores se comprometan con la mejora del servicio, el Programa de Calidad de Servicio considera un sub sistema de reconocimiento. Este subsistema tiene por objetivo motivar al colaborador a mejorar los estándares de atención y al mismo tiempo reconocer el esfuerzo desplegado en cada servicio.

Para ello el subsistema propone:

- Reconocer las mejoras de desempeño por servicio en la satisfacción de los clientes: reconocimiento al equipo.
- Reconocer las mejoras de desempeño individual en cada servicio que inciden en la satisfacción de los clientes.



#### Reconocimiento al equipo:

Los servicios contarán con dos mecanismos de reconocimiento a la labor del equipo:

##### a) Reconocimientos trimestrales: premio a la mejora.

- Se otorgan trimestralmente en función de los resultados de la evaluación de satisfacción de los asegurados que se realiza con esa periodicidad (4 reconocimientos al año).
- Se premia en función de los siguientes criterios:
  - ❖ Servicio que queda en primer lugar en el ranking trimestral de satisfacción de asegurados (promedio de encuesta presencial o telefónica y paciente incógnito).
  - ❖ Servicios que han mejorado más en sus estándares (premio al esfuerzo en base a un porcentaje a establecer) en los tres indicadores de medición del programa.

##### b) Reconocimiento anual: premio a la constancia.

- Se otorga anualmente al servicio que históricamente ha mantenido el mejor promedio.

#### Reconocimiento a los desempeños individuales:

##### a) Reconocimientos trimestrales:

- Reconocimiento trimestral a los mejores desempeños en función de los resultados de la evaluación de paciente incógnito que se realiza con esa periodicidad (sujeto a garantizar parámetros similares en el proceso).

##### b) Reconocimiento anual a contribuciones destacadas:

- Reconocimiento anual a colaboradores que han realizado acción destacada en beneficio de un asegurado y/o en sugerencia de mejoras, en función de indicadores de medición y otros parámetros que puedan establecerse ad-hoc.

##### c) Reconocimiento o llamado de atención sorpresa:

- Se otorgan de manera sorpresiva (no hay periodicidad determinada), inmediatamente después de la visita del paciente incógnito que detecta una práctica o desempeño destacado ó deficiente, en función de los indicadores de medición establecidos.
- El paciente anónimo reporta inmediatamente los resultados de su visita al jefe y este felicita o llama la atención, el mismo día. Ambos son reportados al sistema de supervisión y monitoreo que lleva periódicamente el jefe de cada uno de sus colaboradores (basado en una escala de evaluación de desempeño).



