


Artículo Académico • Investigación Original

## Identificación del paciente en urgencias: nivel de conocimiento del personal sanitario, sanatorio privado, Paraguay 2025

*Patient identification in the emergency department: knowledge level of health personnel, private clinic, Paraguay 2025*

Adorno Romero, Fernando Abel,  mail: fadorno743@gmail.com

Martínez Ovando, Natalia Elizabeth,  mail: natitam0690@gmail.com

Cañete Romero, Guido René,  mail: caneteguideo2016@gmail.com

Instituto Superior Vía Pro Desarrollo, Asunción, Paraguay

### Tutor/a

Prof. Mgtr. Hugo García Avalos 

### Programa académico

Maestría en Gerencia y Administración Hospitalaria

Recibido: 19/11/2024

Publicado: Vol. 1, Núm. 1, 2026

### Cómo citar este artículo:

Adorno Romero, F. A., Martínez Ovando, N. E., & Cañete Romero, G. R. (2025). Nivel de conocimiento sobre la correcta identificación del paciente en urgencias: personal de salud y administrativo en un sanatorio privado, Paraguay 2025. *Vía Conciencia 1(1)*. 21-48.

© 2026 Instituto Superior Vía Pro Desarrollo. Todos los derechos reservados.



Licencia: CC BY-NC 4.0

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo en un sanatorio privado del Departamento Central de Paraguay sobre la correcta identificación del paciente en el área de urgencias durante el año 2025. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal de enfoque cuantitativo. Se aplicó un cuestionario estructurado de 24 ítems a una muestra por conveniencia de 57 participantes (7 administrativos y 50 de salud) que cumplían funciones en el servicio de urgencias. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y test de proporciones (z). **Resultados:** El 85,7 % del personal administrativo se autocalificó con conocimiento bueno o excelente; sin embargo, el 57,1 % no había recibido capacitación en el último año, el 28,6 % desconocía el protocolo para pacientes inconscientes y el 42,9 % recurría a verificación verbal ante brazaletes dañados. En el personal de salud, el 100 % sabía cuándo verificar la identidad, pero el 20 % empleaba un único identificador, el 34

% carecía de capacitación reciente y el 8 % desconocía el código de color para alergias. La prueba z arrojó  $z = 4,82$ ;  $p < 0,001$ , rechazándose la hipótesis alternativa. **Conclusiones:** Existe una brecha sistémica entre el conocimiento teórico y la práctica real. La sobre confianza y la insuficiencia de capacitación continua configuran un riesgo inaceptable para la seguridad del paciente en urgencias. Se recomienda implementar capacitación obligatoria, tecnología anti fallos y protocolos unificados.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; identificación del paciente; urgencias hospitalarias; conocimiento del personal; protocolo de identificación

### **Abstract**

**Objective:** To evaluate the level of knowledge of health and administrative staff in a private clinic in the Central Department of Paraguay regarding correct patient identification in the emergency department during 2025. **Methodology:** A quantitative, cross-sectional descriptive study. A 24-item structured questionnaire was administered to a convenience sample of 57 participants (7 administrative and 50 health professionals) working in the emergency department. Data were analyzed using descriptive statistics and a z-test for proportions. **Results:** Among administrative staff, 85.7 % self-rated their knowledge as good or excellent; however, 57.1 % had not received training in the past year, 28.6 % were unaware of the protocol for unconscious patients, and 42.9 % resorted to verbal verification for damaged wristbands. Among health staff, 100 % knew when to verify patient identity, but 20 % used only one identifier, 34 % lacked recent training, and 8 % were unaware of the allergy color code. The z-test yielded  $z = 4.82$ ;  $p < 0.001$ , rejecting the alternative hypothesis. **Conclusions:** A systemic gap exists between theoretical knowledge and actual practice. Overconfidence and insufficient continuous training create unacceptable risks for patient safety in emergency services. Implementation of mandatory training, error-proofing technology, and standardized protocols is strongly recommended.

**Keywords:** patient safety; patient identification; emergency department; health personnel knowledge; identification protocol

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

La atención sanitaria de calidad depende, en gran medida, de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar que cada paciente reciba la intervención correcta en el momento adecuado. En este proceso, la identificación inequívoca del paciente constituye el primer eslabón de la cadena de seguridad clínica, un requisito que, aunque elemental en apariencia, resulta frecuentemente vulnerado en la práctica cotidiana de los servicios hospitalarios, con consecuencias que pueden ser graves e irreversibles. En entornos de alta complejidad y ritmo

acelerado como los servicios de urgencias, donde la toma de decisiones se realiza bajo presión extrema y con escaso margen temporal, cualquier falla en la identificación multiplica de forma exponencial el riesgo de eventos adversos sobre los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) estableció la identificación correcta del paciente como una de sus Soluciones para la Seguridad del Paciente, reconociendo que la verificación inadecuada de la identidad continúa generando errores de medicación, transfusiones erróneas, pruebas diagnósticas mal asignadas e, incluso, procedimientos realizados en personas equivocadas. La Joint Commission International (2017) situó la mejora en la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus Objetivos Internacionales de Seguridad desde el año 2003, manteniéndola como requisito de acreditación hasta la actualidad, lo que refleja la persistencia y la gravedad del problema a nivel mundial. Este énfasis global no es casual, sino que se sustenta en una sólida base de evidencia empírica que evidencia la magnitud real de los daños asociados.

En el plano global, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) documentó más de 24.000 errores de identificación de pacientes en un solo año, de los cuales el 12 % estuvo directamente relacionado con fallas en el uso de pulseras de identificación (Ranger, 2020). El Instituto ECRI estimó que aproximadamente el 9 % de los errores de identificación revisados en sus bases de datos resultaron en daños temporales, permanentes o en la muerte del paciente (Centro de Acreditación y Calidad, 2016). El informe *To Err Is Human*, publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine, 1999), cifró entre 44.000 y 98.000 las muertes anuales en hospitales norteamericanos atribuibles a errores en la atención sanitaria, entre los cuales los de identificación ocupan un lugar destacado. Este hallazgo desencadenó un llamado mundial para priorizar la seguridad del paciente, con especial énfasis en áreas de alto riesgo como las urgencias hospitalarias (Gómez et al., 2011).

La atención en urgencias se caracteriza por una confluencia de factores que eleva el riesgo de fallas en la identificación: alta presión asistencial, rotación constante del personal, volumen elevado de pacientes que ingresan en condiciones críticas y necesidad de respuestas inmediatas que dejan poco margen para la verificación meticulosa de la identidad. Como señalan Juárez y García (2019), la identificación correcta del paciente en estos entornos no es una mera formalidad administrativa, sino una práctica clínica indispensable que garantiza que cada tratamiento, intervención o procedimiento se aplique a la persona correcta. Sin embargo, la adherencia del personal a los protocolos de identificación puede verse comprometida por factores como la sobrecarga de trabajo, la confianza excesiva en datos previos no verificados o

la insuficiencia de formación continua, generando brechas en la implementación de las barreras de seguridad.

En el contexto latinoamericano, la problemática adquiere dimensiones adicionales derivadas de las disparidades estructurales propias de los sistemas de salud de la región. En Colombia, fuentes oficiales han documentado una aplicación no homogénea de los sistemas de identificación de pacientes: algunas instituciones mantienen prácticas sólidas, mientras que otras presentan brechas significativas en el cumplimiento de los protocolos, atribuidas a formación insuficiente del personal y ausencia de procedimientos estandarizados (Ramos Vargas et al., 2021). La OMS (2022) ha reiterado que los errores de identificación siguen siendo una causa habitual de daño prevenible y pueden conllevar consecuencias catastróficas, como cirugías en el sitio o paciente equivocado. En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación (2018) identificó que, a pesar de la existencia de procedimientos escritos, en la práctica se observaba incumplimiento de los protocolos, atribuido en parte a la falta de uniformidad entre instituciones y a la ausencia de un método de verificación unificado (Monteverde et al., 2018).

En Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ha impulsado, en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2017), la elaboración y difusión de Protocolos de Seguridad del Paciente que incluyen lineamientos específicos para la identificación inequívoca en todos los niveles de atención. Estos instrumentos hacen énfasis en la capacitación del personal y en el aprovechamiento de tecnologías —códigos de barras en pulseras e historias clínicas electrónicas con alertas de identidad— para minimizar el riesgo de confusión. Sin embargo, la Dirección General de Calidad del MSPBS (2023) advierte que, sin una evaluación rigurosa del nivel de conocimiento real del personal, las iniciativas institucionales pueden carecer de impacto tangible en la seguridad del paciente.

La escasez de literatura local publicada sobre la aplicación práctica de los protocolos de identificación en sanatorios privados paraguayos constituye un vacío de conocimiento que dificulta tanto la comprensión de la magnitud real del problema como el diseño de intervenciones contextualizadas y efectivas. Si bien a nivel nacional se han producido avances normativos importantes, en la práctica cotidiana de muchos servicios de urgencias parece persistir una brecha entre lo establecido en los documentos oficiales y lo que el personal efectivamente implementa en cada turno de trabajo. Esta brecha resulta inaceptable en entornos donde cada segundo cuenta, donde una identificación incorrecta puede desencadenar consecuencias irreversibles para la vida del paciente.

La realización de este estudio se justifica por la necesidad urgente de obtener evidencia empírica local que caracterice el nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo sobre los protocolos de Correcta Identificación del Paciente (CIP) en un sanatorio privado. La identificación de las brechas existentes, tanto en el dominio teórico como en la aplicación práctica, permitirá diseñar estrategias de capacitación focalizadas, fortalecer los protocolos institucionales, introducir tecnología anti fallos y construir una cultura de seguridad que proteja a los pacientes y optimice la calidad de la atención.

El estudio plantea tres objetivos específicos: (a) identificar las prácticas actuales de identificación del paciente en el servicio de urgencias; (b) determinar el nivel de conocimiento del personal sobre los protocolos institucionales e internacionales establecidos; y (c) explorar las percepciones del personal respecto a la importancia de la CIP y su demanda de mejoras. En consecuencia, la pregunta que orienta esta investigación es: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la correcta identificación de pacientes por parte del personal de salud y administrativo en el servicio de urgencias de un sanatorio privado del Departamento Central de Paraguay durante el año 2025?

## 2. MARCO TEÓRICO

---

### 2.1 Antecedentes de investigación

La identificación de pacientes es un componente fundamental de la seguridad y calidad de la atención médica; sin embargo, los estudios disponibles indican una adherencia inadecuada a los protocolos en variados entornos hospitalarios (Jiménez-Gutiérrez et al., 2018; Tase et al., 2013). Los servicios de urgencias, en particular, muestran tasas de cumplimiento más bajas en comparación con otras unidades hospitalarias, debido a la combinación de alta rotación de personal, elevado volumen de pacientes críticos y presión asistencial sostenida (Jiménez-Gutiérrez et al., 2018). La cultura organizacional desempeña un papel determinante: los valores, comportamientos y competencias de los profesionales de la salud, los pacientes y sus acompañantes condicionan de forma significativa la adherencia a los protocolos de identificación (Souza Lima et al., 2015).

Abraham et al. (2021), en un análisis descriptivo de datos de un sistema de notificación de incidentes en una federación de hospitales académicos, encontraron que el 12 % de los errores en servicios de urgencias —incluyendo transfusiones sanguíneas y cirugías incorrectas— se originaron por verificación insuficiente de la identidad del paciente. Henneman et al. (2010), mediante un entorno de simulación clínica controlado, demostraron que los errores de

identificación son frecuentes incluso entre personal con formación específica y que la identificación errónea en unidades críticas incrementa en un 40 % la probabilidad de errores en procedimientos de alto riesgo, como la administración de fármacos vasoactivos o la ventilación mecánica.

En el contexto latinoamericano, Zárate-Grajales et al. (2017) documentaron, en un estudio cuasiexperimental realizado en 12 hospitales públicos de México, que la implementación de protocolos de doble verificación redujo en un 30 % los errores de identificación. Gutiérrez (2020) evidenció, en Chile, que la introducción de talleres de simulación clínica sobre identificación correcta del paciente disminuyó en un 25 % los errores de etiquetado en muestras de laboratorio. Malta Da Costa et al. (2021), en Brasil, mostraron que las acciones educativas dirigidas simultáneamente al personal y a los pacientes producen un aumento sostenido en la adherencia a los protocolos. Bohórquez-Moreno et al. (2021), en una revisión sistemática de 23 artículos sobre errores de medicación en pacientes hospitalizados, identificaron que los errores más frecuentes ocurrían en las fases de prescripción y administración, y estaban relacionados principalmente con la sobrecarga laboral y la complejidad de los cuadros clínicos.

## ***2.2 Seguridad del paciente: conceptualización y evolución***

La OMS (2019) define la seguridad del paciente como la ausencia de daño prevenible durante el proceso de atención sanitaria. Este concepto implica la identificación sistemática de riesgos, la implementación de prácticas seguras basadas en evidencia y el fomento de una cultura organizacional que priorice el bienestar del paciente. Su evolución histórica está marcada por el informe *To Err Is Human* (Institute of Medicine, 1999), que expuso la magnitud de los errores médicos en los hospitales norteamericanos e impulsó el desarrollo de protocolos estandarizados, entre ellos la verificación de la identidad del paciente (Bates & Singh, 2018).

Con el tiempo, la perspectiva sobre los errores médicos evolucionó desde un enfoque centrado en la responsabilidad individual hacia una visión sistémica que reconoce que la mayoría de los errores son consecuencia de deficiencias en los sistemas y procesos de atención. Este cambio de paradigma propició estrategias de prevención basadas en el rediseño de procesos, la estandarización de protocolos y el impulso de una cultura de notificación y aprendizaje a partir de los incidentes (Bates & Singh, 2018). En 2025, la OMS impulsó el lema ¡La seguridad del paciente desde el comienzo!, subrayando la necesidad de eliminar daños evitables desde las primeras etapas de la atención, incluyendo el ingreso por urgencias (OMS, 2025).

### ***2.3 Correcta Identificación del Paciente (CIP): fundamentos y métodos***

The Joint Commission (2023) establece que la utilización de al menos dos identificadores únicos —nombre completo del paciente y fecha de nacimiento— constituye el estándar básico para prevenir errores como la administración de medicamentos incorrectos, transfusiones erróneas, pruebas diagnósticas mal asignadas o procedimientos quirúrgicos equivocados. La verificación debe realizarse sistemáticamente antes de cualquier intervención: ingreso hospitalario, toma de muestras biológicas, administración de fármacos o realización de estudios complementarios. La pulsera identificadora es la herramienta física central del proceso y debe contener datos inequívocos —nombre completo, número de documento o historia clínica, y fecha de nacimiento— con impresión clara, sin abreviaturas ni errores de escritura.

La integración de tecnologías de identificación como códigos de barras, sistemas de etiquetas QR, biometría y registros electrónicos interoperables ha demostrado potenciar significativamente la efectividad de la CIP, al reducir la dependencia del factor humano y minimizar las posibilidades de error (Fernández, 2022; Zamora Mondragón et al., 2021). En Colombia, la adopción de historias clínicas electrónicas con alertas automatizadas permitió una reducción del 30 % en los errores de medicación (Álvarez, 2021). En el ámbito quirúrgico, la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS (Haynes et al., 2009) y el protocolo de *Time Out* demuestran que la verificación activa de la identidad del paciente por parte de todo el equipo, como primer paso antes de cualquier procedimiento, reduce hasta un 50 % las complicaciones graves.

### ***2.4 Teorías fundamentales en seguridad del paciente***

El marco teórico de este estudio se sustenta en tres modelos conceptuales complementarios. El primero es el Modelo de Seguridad del Paciente de la OMS (2019), que reconoce los errores de identificación como una de las principales causas de eventos adversos en la atención sanitaria y enfatiza la necesidad de protocolos estandarizados que incluyan múltiples identificadores, así como la participación activa de los pacientes y sus familias en la verificación de su identidad.

El segundo es la Teoría del Error Humano de James Reason (2000), que postula que los errores en sistemas complejos —como los entornos sanitarios— se originan tanto en acciones individuales directas (errores activos) como en deficiencias organizacionales subyacentes (errores latentes). Los errores activos son cometidos por el personal de primera línea con impacto inmediato: no verificar la pulsera antes de administrar un medicamento, confundir

pacientes con nombres similares o documentar información en la historia clínica de otro paciente. Los errores latentes, en cambio, se originan en niveles superiores del sistema y permanecen ocultos hasta que coinciden con las condiciones propicias para desencadenar un evento adverso: protocolos ambiguos o desactualizados, ausencia de tecnología de apoyo, cultura institucional que no prioriza la seguridad o sobrecarga laboral estructural.

El tercero es el Modelo de Alta Confiabilidad (*High Reliability Organizations*, HRO) de Weick y Sutcliffe (2001), que propone cinco principios orientadores para organizaciones en entornos de alto riesgo: preocupación permanente por las fallas, resistencia a la simplificación del análisis, sensibilidad a las operaciones en curso, compromiso con la resiliencia y deferencia a la experiencia del personal de primera línea. En el contexto de los servicios de urgencias, estos principios se traducen en la implementación de sistemas de doble verificación, la creación de culturas de notificación sin represalias, la capacitación continua mediante simulacros y la incorporación de tecnología anti fallos como respaldo a los procesos manuales.

## ***2.5 Marco legal e institucional en Paraguay***

El marco normativo que regula la seguridad del paciente en Paraguay se sustenta en la Constitución Nacional (1992), la Ley N° 836/1980 (Código Sanitario) y la Ley N° 1032/1996 (Ley del Sistema Nacional de Salud). En el ámbito específico de la seguridad del paciente, el MSPBS ha emitido, con el apoyo técnico de la OPS/OMS (2017), los Protocolos de Seguridad del Paciente que establecen las metas y procedimientos para la correcta identificación en todos los niveles de atención. Estos documentos forman parte de la Política Nacional de Calidad en Salud 2015-2030, que busca homogeneizar las prácticas seguras en el sistema sanitario paraguayo.

En el plano institucional, la Dirección General de Calidad del MSPBS (2023) establece las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, entre las cuales la CIP ocupa el primer lugar. A pesar de estos avances normativos, la escasez de estudios publicados que evalúen el cumplimiento real de estos protocolos en sanatorios privados paraguayos —que atienden a un porcentaje significativo de la población— constituye una brecha de conocimiento que este estudio busca contribuir a llenar.

## **3. METODOLOGÍA**

---

### ***3.1 Diseño del estudio***

Se realizó un estudio descriptivo transversal de enfoque cuantitativo, orientado a caracterizar el nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo sobre la correcta identificación del paciente en un servicio de urgencias durante el año 2025. El diseño transversal permitió obtener una imagen sincrónica del estado del conocimiento en un momento específico del tiempo, sin manipulación de variables ni seguimiento longitudinal de los participantes (Hernández Sampieri, 2018). El alcance es descriptivo-analítico: no solo se caracteriza la distribución de las variables de interés, sino que también se contrastan hipótesis sobre la adecuación del nivel de conocimiento mediante pruebas estadísticas formales.

### ***3.2 Hipótesis***

**Hipótesis alternativa (H1):** El nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo en el sanatorio privado sobre la correcta identificación del paciente en urgencias durante el año 2025 es adecuado.

**Hipótesis nula (H0):** El nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo en el sanatorio privado sobre la correcta identificación del paciente en urgencias durante el año 2025 no es adecuado.

### ***3.3 Población y muestra***

La población objetivo estuvo constituida por el personal de salud —médicos, enfermeros y técnicos en enfermería— y administrativo —repcionistas— que desarrollaba funciones en el servicio de urgencias de un sanatorio privado del Departamento Central de Paraguay durante el año 2025. La muestra final fue de 57 participantes, distribuidos en dos grupos: siete pertenecientes al personal administrativo (todos recepcionistas) y 50 al personal de salud. La selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los profesionales disponibles y con voluntad de participar durante el período de recolección de datos. Este tipo de muestreo es adecuado cuando se trabaja con grupos específicos en entornos controlados, donde se prioriza la accesibilidad al campo de estudio (Briones, 1995).

Los criterios de inclusión fueron: (a) desempeñar funciones activas en el servicio de urgencias con contacto directo, clínico o administrativo, con los procesos de identificación de pacientes; y (b) haber firmado el consentimiento informado. Se excluyó al personal en período de inducción, al personal eventual sin asignación fija al servicio y a quienes no otorgaron el consentimiento.

### ***3.4 Variables del estudio***

La variable dependiente fue el nivel de conocimiento del personal sobre la CIP, operacionalizado a través de cuatro dimensiones: (a) familiarización con los protocolos institucionales, medida mediante el ítem de autopercepción de conocimiento; (b) conocimiento del número y tipo de identificadores requeridos según estándares internacionales; (c) manejo correcto de situaciones especiales —pacientes inconscientes o sin documentos, brazaletes dañados, emergencias masivas—; y (d) conocimiento del sistema de códigos de color para alertas de alergias. Las variables independientes fueron: (a) capacitación y experiencia profesional —años de antigüedad en el sector salud y recepción de capacitación específica en el último año—; (b) percepción de preparación en seguridad del paciente —autoevaluación del nivel de conocimiento—; y (c) frecuencia de uso de los protocolos de identificación en la práctica cotidiana.

### ***3.5 Instrumento de recolección de datos***

Se utilizó un cuestionario estructurado de 24 ítems, diseñado *ad hoc* con base en los principios de construcción de instrumentos de Hernández Sampieri (2018) y en los contenidos de los protocolos de la Joint Commission International (2017) y de la OPS/OMS (2017). El instrumento se organizó en cinco secciones: (1) prácticas generales de identificación (siete ítems), (2) conocimiento sobre protocolos específicos (siete ítems), (3) percepciones sobre la importancia de la CIP (cuatro ítems), (4) beneficios percibidos de la CIP (dos ítems de respuesta múltiple) y (5) sugerencias y recomendaciones (dos ítems de respuesta abierta). Las opciones de respuesta combinaron formatos de tipo Likert (cuatro niveles), opción múltiple e ítems dicotómicos para variables de presencia o ausencia.

El instrumento fue sometido a validación por criterio de expertos mediante el juicio de tres especialistas con experiencia en seguridad del paciente y gestión hospitalaria, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y suficiencia de cada ítem en función de los objetivos del estudio. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con cinco profesionales ajenos a la muestra principal para verificar la comprensibilidad y el tiempo de cumplimentación, realizándose los ajustes pertinentes antes de la aplicación definitiva.

### ***3.6 Procedimiento de recolección de datos***

La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y julio de 2025. El cuestionario fue administrado de manera virtual mediante la plataforma Google Forms, previa coordinación con las jefaturas de los servicios para garantizar que los horarios de respuesta no interfirieran con las actividades asistenciales. Antes de acceder al cuestionario, cada participante recibió una

comunicación digital con la explicación del propósito del estudio, las condiciones de participación y el formulario de consentimiento informado. La participación fue completamente anónima; no se solicitaron datos que permitieran la identificación individual de los encuestados.

### ***3.7 Análisis de datos***

Los datos exportados de la plataforma fueron procesados mediante Microsoft Excel 2021 y el software estadístico SPSS versión 26.0. Se aplicó estadística descriptiva —frecuencias absolutas y porcentajes— para caracterizar la distribución de todas las variables de interés. Para el contraste de hipótesis se empleó el test de proporciones (prueba z para muestras independientes), con un nivel de significación  $\alpha = 0,05$ . Esta prueba es óptima para comparar porcentajes entre grupos y detectar diferencias estadísticamente significativas en datos categóricos como los niveles de cumplimiento o incumplimiento de protocolos. La determinación del umbral de adecuación del conocimiento se basó en las directrices de la OMS, que establecen que una tasa de fallas superior al 5 % en protocolos críticos de seguridad del paciente constituye un riesgo sistémico inaceptable.

### ***3.8 Consideraciones éticas***

El estudio fue conducido en plena conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki (2013) y los lineamientos éticos de la investigación en seres humanos. La participación fue voluntaria, informada y anónima. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado previo a la recolección de datos, en el que se detallaron los objetivos del estudio, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas y se informó su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. El protocolo de investigación fue aprobado por la dirección institucional del sanatorio y avalado por el comité académico del programa de Maestría en Gerencia y Administración Hospitalaria del Instituto Superior Vía Pro Desarrollo. Los autores declaran que no existen conflictos de interés ni fuentes de financiamiento externo asociados a esta investigación.

### ***3.9 Limitaciones***

Las principales limitaciones del estudio son: (a) el tamaño reducido de la muestra administrativa ( $n = 7$ ), que limita la representatividad estadística de los resultados de este grupo y debe interpretarse con cautela; (b) el sesgo de deseabilidad social inherente a los instrumentos de autoinforme, que puede conducir a los participantes a responder de manera más favorable a lo que consideran socialmente aceptable en el contexto laboral; (c) la restricción del estudio a un único sanatorio privado, que circunscribe la extrapolación de los resultados a otras

instituciones; y (d) la ausencia de observación directa de las prácticas de identificación, lo que habría permitido contrastar las respuestas declaradas con el comportamiento real observado en el servicio.

## 4. RESULTADOS

Los datos de esta investigación fueron recolectados y analizados durante el año 2025. A continuación, se presentan los resultados obtenidos del personal administrativo ( $n = 7$ ) y del personal de salud ( $n = 50$ ), organizados en tres dimensiones: prácticas generales de identificación, conocimiento sobre protocolos específicos y percepciones sobre la importancia de la CIP. Es importante señalar que la totalidad del personal administrativo encuestado correspondió al cargo de recepcionista, lo que implica que estos resultados reflejan exclusivamente el conocimiento del personal de primer contacto con el paciente al ingreso al servicio de urgencias. Al final de esta sección se presenta el contraste estadístico de hipótesis y una síntesis comparativa entre ambos grupos.

### 4.1 Personal administrativo: prácticas generales de identificación

**Tabla 1**

*Años de experiencia en el área de salud (personal administrativo)*

Categoría / Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Más de seis años	4	57,1
Cuatro a seis años	3	42,9
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

La Tabla 1 muestra la distribución por años de experiencia del personal administrativo. El 100 % del personal contaba con más de cuatro años de experiencia en el sector salud: el 57,1 % ( $n = 4$ ) superaba los seis años y el 42,9 % ( $n = 3$ ) se ubicaba en el rango de cuatro a seis años. Este perfil de alta antigüedad sugiere un equipo consolidado con amplia familiaridad con el entorno sanitario. Sin embargo, la experiencia acumulada no garantiza por sí misma el dominio de protocolos específicos ni la actualización en sus versiones más recientes, lo que hace necesario examinar los resultados de capacitación.

En contraste con la sólida trayectoria del equipo, la Tabla 2 revela una brecha crítica en la actualización formativa: el 57,1 % ( $n = 4$ ) del personal administrativo no había recibido

capacitación sobre identificación del paciente durante el último año. Solo el 42,9 % (n = 3) contaba con formación reciente en la materia. Esta disparidad es especialmente preocupante dado que, como señalan Gutiérrez (2020) y Malta Da Costa et al. (2021), la capacitación continua es el factor más determinante para la adherencia a los protocolos en entornos de alta presión asistencial.

**Tabla 2**

*Recepción de capacitación sobre identificación del paciente en el último año (personal administrativo)*

<b>Categoría / Indicador</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	3	42,9
No	4	57,1
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

La Tabla 3 muestra que el 71,4 % (n = 5) del personal administrativo declaró estar familiarizado con los protocolos de identificación en urgencias. No obstante, el 14,3 % (n = 1) manifestó desconocerlos abiertamente y otro 14,3 % respondió no estar seguro, sumando un 28,6 % de personal con dudas o desconocimiento. Este dato es especialmente relevante porque este 28,6 % coincide exactamente con el porcentaje que en ítems posteriores evidenció prácticas directamente inseguras.

**Tabla 3**

*Familiarización con los protocolos de identificación en urgencias (personal administrativo)*

<b>Categoría / Indicador</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	5	71,4
No	1	14,3
No estoy seguro/a	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

En cuanto al método de confirmación de identidad al ingreso (Tabla 4), el 85,7 % (n = 6) solicitaba documentación oficial, método que se alinea con los estándares internacionales. Sin embargo, el 14,3 % restante (n = 1) recurría únicamente a la verificación verbal con el paciente o sus familiares, práctica considerada insegura por la OMS (2007) y la Joint Commission (2023)

debido a su alto margen de error, especialmente en pacientes confundidos o en estados alterados de conciencia.

**Tabla 4**

*Método de confirmación de identidad al ingreso (personal administrativo)*

Método	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Solicitud de identificación oficial	6	85,7
Verificación verbal con paciente/familiares	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

La Tabla 5 presenta los resultados sobre el procedimiento declarado ante pacientes inconscientes o sin documentos. El 71,4 % (n = 5) aplicaba correctamente el protocolo de registrar como NN (Nombre No Conocido) hasta obtener la identificación oficial, garantizando la trazabilidad. El 14,3 % (n = 1) usaba códigos temporales no estandarizados —práctica que genera riesgos de duplicidad y pérdida de datos— y el 14,3 % restante (n = 1) desconocía totalmente el procedimiento, dejando expuestos a pacientes en situaciones de máxima vulnerabilidad.

**Tabla 5**

*Procedimiento declarado ante paciente inconsciente o sin documentos (personal administrativo)*

Procedimiento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Registro como NN hasta obtener identificación	5	71,4
Registro con código temporal no estandarizado	1	14,3
No lo sé	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

En materia de preparación para emergencias masivas (Tabla 6), el 42,9 % (n = 3) declaró no saber si la institución contaba con un sistema alternativo de identificación, registrándose la mayor brecha operativa del grupo administrativo. Entre quienes afirmaron conocer un sistema alternativo, el 28,6 % mencionó el uso de códigos de colores y el 28,6 % números secuenciales, evidenciando la ausencia de un estándar unificado conocido por todo el equipo. En situaciones de víctimas múltiples, esta fragmentación podría multiplicar los errores de identificación con consecuencias potencialmente catastróficas.

**Tabla 6***Conocimiento sobre sistema alternativo de identificación en emergencias masivas (personal administrativo)*

Sistema conocido	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No estoy seguro/a	3	42,9
Sí, códigos de colores	2	28,6
Sí, números secuenciales	2	28,6
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

#### 4.2 Personal administrativo: conocimiento sobre protocolos de identificación

Respecto al número de identificadores utilizados para verificar la identidad del paciente (Tabla 7), el 57,1 % (n = 4) declaró usar dos identificadores —nombre y fecha de nacimiento—, cumpliendo el mínimo establecido por The Joint Commission (2023). El 14,3 % (n = 1) afirmó usar más de dos, práctica óptima. Sin embargo, un preocupante 28,6 % evidenció prácticas directamente inseguras: el 14,3 % (n = 1) usaba un único identificador y el 14,3 % restante (n = 1) no utilizaba ningún identificador, invalidando completamente el proceso de identificación.

**Tabla 7**

Número de identificadores utilizados para verificar la identidad del paciente (personal administrativo)

Cantidad de identificadores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dos (nombre y fecha de nacimiento)	4	57,1
Más de dos	1	14,3
Uno (nombre o número de historia clínica)	1	14,3
No se utilizan identificadores	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

Ante la presencia de un brazalete de identificación dañado (Tabla 8), el 57,1 % (n = 4) declaró sustituirlo inmediatamente, práctica correcta que garantiza la identificación permanente y legible del paciente.

No obstante, el 42,9 % (n = 3) optaba por confirmar verbalmente la identidad con el paciente como única medida, práctica que no resuelve el daño del brazalete y deja al paciente expuesto durante las interacciones con otros servicios.

**Tabla 8***Actuación declarada ante un brazalete de identificación dañado (personal administrativo)*

Actuación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sustituirlo inmediatamente	4	57,1
Confirmar verbalmente con el paciente	3	42,9
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

### 4.3 Personal administrativo: percepciones sobre la identificación del paciente

La Tabla 9 revela una contradicción central del estudio: el 85,7 % del personal administrativo (57,1 % Bueno + 28,6 % Excelente) se autocalificaba con un nivel de conocimiento elevado sobre los protocolos de identificación. Esta cifra contrasta directamente con las fallas operativas documentadas en tablas anteriores: 28,6 % con desconocimiento de protocolos básicos, 42,9 % sin preparación para emergencias masivas y 28,6 % con prácticas inseguras de identificación. El 14,3 % restante que se autocalificó como Regular representa el único grupo con autoevaluación coherente con las fallas detectadas.

**Tabla 9***Autoevaluación del nivel de conocimiento sobre protocolos de identificación (personal administrativo)*

Nivel declarado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Excelente, conozco todos los procedimientos	2	28,6
Bueno, conozco la mayoría de los procedimientos	4	57,1
Regular, tengo conocimientos básicos pero limitados	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

La demanda de mejora por parte del personal administrativo fue unánime: el 100% consideró necesario o muy necesario fortalecer los protocolos de identificación (85,7% Muy necesario, 14,3% Necesario) y la misma proporción apoyó la obligatoriedad de la capacitación (Tablas 10 y 11). Este consenso total valida las brechas detectadas y establece una base sólida para la implementación de intervenciones de mejora. En cuanto a los beneficios percibidos de la CIP, el 100% del personal administrativo identificó como beneficio principal la reducción de errores médicos, seguido de la mejora de la seguridad del paciente y el incremento de la confianza del paciente (85,7% cada uno). Solo el 57,1% vinculó la CIP con la optimización de

los tiempos de atención, lo que sugiere que el protocolo es percibido por parte del personal como una carga burocrática más que como una herramienta operativa. En cuanto a los beneficios percibidos de la CIP, el 100 % del personal administrativo identificó como beneficio principal la reducción de errores médicos, seguido de la mejora de la seguridad del paciente y el incremento de la confianza del paciente (85,7 % cada uno). Solo el 57,1 % vinculó la CIP con la optimización de los tiempos de atención, lo que sugiere que el protocolo es percibido por parte del personal como una carga burocrática más que como una herramienta operativa.

**Tabla 10**

*Percepción de necesidad de fortalecer los protocolos de identificación (personal administrativo)*

Nivel de necesidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy necesario	6	85,7
Necesario	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025.

**Tabla 11**

*Apoyo a la obligatoriedad de la capacitación en identificación del paciente (personal administrativo)*

Respuesta	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy de acuerdo	6	85,7
De acuerdo	1	14,3
Total	7	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal administrativo del sanatorio durante el año 2025. La distribución refleja el mismo patrón reportado en el texto para la Tabla 10 ("misma proporción"). Los rótulos de categorías son reconstruidos a partir de los datos disponibles.

#### **4.4 Personal de salud: prácticas generales de identificación**

Entre el personal de salud (n = 50), los enfermeros constituyeron la categoría mayoritaria (54,0 %), seguidos de médicos (30,0 %) y técnicos en enfermería (16,0 %). La distribución por años de experiencia mostró un equipo ampliamente consolidado: el 62,0 % superaba los cuatro años de antigüedad en el sector salud.

La Tabla 12 muestra que el 34,0 % (n = 17) del personal de salud no había recibido capacitación sobre identificación del paciente en el último año, porcentaje inferior al del personal administrativo (57,1 %) pero igualmente significativo para un servicio de alto riesgo.

En cuanto a la familiarización con los protocolos (Tabla 13), el 76,0 % declaró conocerlos, mientras que el 24,0 % admitió no conocerlos o dudar de ello, una proporción similar a la hallada en el grupo administrativo.

**Tabla 12**

*Recepción de capacitación sobre identificación del paciente en el último año (personal de salud)*

Categoría / Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	33	66,0
No	17	34,0
Total	50	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

**Tabla 13**

*Familiarización con los protocolos de identificación en urgencias (personal de salud)*

Categoría / Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	38	76,0
No / No estoy seguro/a	12	24,0
Total	50	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025. La categoría "No / No estoy seguro/a" agrupa ambas respuestas dado que el texto original no desglosa esta información por separado.

**Tabla 14**

*Frecuencia de uso de brazaletes de identificación en urgencias (personal de salud)*

Frecuencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	29	58,0
Frecuentemente	15	30,0
Ocasionalmente	6	12,0
Nunca	0	0,0
Total	50	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

La frecuencia de uso de brazaletes de identificación reveló una brecha importante (Tabla 14): aunque el 58,0 % (n = 29) los utilizaba siempre, el 30,0 % lo hacía frecuentemente y el 12,0 % solo ocasionalmente, lo que implica que en al menos el 42,0 % de los casos el uso de la

pulsera identificadora no era sistemático. Esta práctica inconstante reduce significativamente la efectividad del protocolo de CIP y eleva el riesgo de errores en procedimientos subsecuentes.

#### 4.5 Personal de salud: conocimiento sobre protocolos de identificación

**Tabla 15**

*Número de identificadores utilizados para verificar la identidad del paciente (personal de salud)*

Cantidad de identificadores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dos (nombre y fecha de nacimiento)	36	72,0
Más de dos	4	8,0
Uno (nombre o historia clínica)	10	20,0
No se utilizan identificadores	0	0,0
Total	50	100,0

**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

La Tabla 15 presenta los resultados sobre el número de identificadores utilizados. El 72,0 % (n = 36) declaró usar dos identificadores y el 8,0 % (n = 4) usaba más de dos, cumpliendo o superando el estándar mínimo de la Joint Commission. Sin embargo, el 20,0 % (n = 10) empleaba únicamente un identificador —nombre o número de historia clínica— violando directamente las directrices de seguridad internacional y elevando el riesgo de confusión entre pacientes con nombres similares.

**Tabla 16**

*Frecuencia de doble verificación de identidad antes de procedimientos de alto riesgo (personal de salud)*

Frecuencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	33	66,0
Frecuentemente	10	20,0
Ocasionalmente	7	14,0
Nunca	0	0,0
Total	50	100,0

**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

La Tabla 16 muestra los resultados sobre la doble verificación de identidad antes de procedimientos de alto riesgo. Aunque el 66,0 % (n = 33) declaró realizarla siempre y el 20,0 % (n = 10) frecuentemente, el 14,0 % (n = 7) la realizaba solo de manera ocasional, lo que

implica que en esos casos los procedimientos de alto riesgo se llevan a cabo sin las barreras de seguridad mínimas requeridas. Este hallazgo es especialmente grave en el contexto de transfusiones sanguíneas, administración de medicamentos de alto riesgo y cirugías menores de urgencia.

El conocimiento del código de color asignado a pacientes alérgicos es un indicador crítico de seguridad (Tabla 17): el 92,0 % (n = 46) del personal de salud conocía correctamente el código, pero el 8,0 % (n = 4) lo desconocía. Aunque este porcentaje parece menor, en el contexto de urgencias el desconocimiento del código de alergias por parte de uno de cada 12 profesionales representa un riesgo de consecuencias potencialmente fatales, dado que puede llevar a la administración de medicamentos o sustancias a pacientes alérgicos sin la correspondiente alerta visual.

**Tabla 17**

*Conocimiento del código de color asignado a pacientes alérgicos (personal de salud)*

Categoría / Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, conoce el código de color correcto	46	92,0
No conoce el código de color	4	8,0
Total	50	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

#### **4.6 Personal de salud: percepciones sobre la identificación del paciente**

Al igual que en el grupo administrativo, el personal de salud mostró una autopercepción de competencia significativamente más elevada que las fallas reales detectadas. La autoevaluación de conocimiento reveló que el 86,0 % se consideraba competente (Excelente: 24,0 %; Bueno: 62,0 %), mientras que solo el 14,0 % reconocía tener un conocimiento regular.

Sin embargo, el 100 % del personal reconoció que la CIP es fundamental para la seguridad clínica, el 94,0 % consideró que los protocolos actuales son claros y suficientes, pero el 90,0 % demandó simultáneamente su fortalecimiento, y el 95,0 % apoyó la obligatoriedad de la capacitación (Tabla 18). Esta paradoja —alta aprobación de lo existente combinada con demanda unánime de mejora— refleja una percepción de los protocolos como correctos en teoría, pero insuficientes en la práctica.

Un hallazgo especialmente relevante es que solo el 44,0 % (n = 22) del personal de salud vinculaba la CIP con la optimización de los tiempos de atención —porcentaje idéntico al

registrado en el grupo administrativo. Esto sugiere que más de la mitad del personal percibe el protocolo de identificación como un obstáculo operativo que enlentece la atención, en lugar de reconocerlo como una herramienta que, al prevenir errores y la consiguiente repetición de procedimientos, optimiza eficientemente el flujo asistencial.

**Tabla 18**

*Apoyo a la capacitación obligatoria sobre identificación del paciente (personal de salud)*

Respuesta	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	47	94,0
No estoy seguro/a	3	6,0
No	0	0,0
Total	50	100,0

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del sanatorio durante el año 2025.

#### 4.7 Síntesis comparativa y contraste de hipótesis

**Tabla 19**

*Síntesis comparativa de indicadores críticos de conocimiento entre personal administrativo y de salud*

Indicador de brecha operativa	Adm. (%)	Salud (%)
Sin capacitación en el último año	57,1	34,0
Desconoce o duda de los protocolos	28,6	24,0
Usa un solo identificador o ninguno	28,6	20,0
Práctica insegura ante brazaletes dañados	42,9	—
Uso no sistemático de brazaletes	—	42,0
Doble verificación solo ocasional en alto riesgo	—	14,0
Desconoce código de color para alergias	—	8,0
Desconoce protocolo para emergencias masivas	42,9	—

*Nota.* Elaboración propia con base en los datos de las encuestas aplicadas al personal del sanatorio durante el año 2025. — = ítem no aplicado a dicho grupo.

Para el contraste formal de hipótesis se empleó el test de proporciones (prueba z para muestras independientes), con  $\alpha = 0,05$ . El resultado fue contundente:  $z = 4,82$ ;  $p < 0,001$ , con lo que se rechazó la hipótesis alternativa (H1) que postulaba un nivel de conocimiento adecuado. Se aceptó la hipótesis nula (H0), confirmando que el nivel de conocimiento no es

adecuado. El porcentaje de fallas en protocolos críticos de seguridad del paciente fue del 28,6 % (IC 95 %: 22,4 %-34,8 %), superando ampliamente el umbral máximo del 5 % establecido por la OMS como límite de riesgo sistémico aceptable. Adicionalmente, el análisis de regresión determinó que la capacitación insuficiente explica el 68 % de la varianza en los errores observados ( $R^2 = 0,68$ ), lo que refuerza la formación continua como el factor de intervención determinante para la seguridad del paciente en este contexto.

## 5. DISCUSIÓN

---

Los hallazgos del presente estudio confirman la existencia de una brecha sistémica entre el conocimiento declarado y la práctica real en materia de correcta identificación del paciente en el servicio de urgencias analizado, resultado coherente con los reportes de Jiménez-Gutiérrez et al. (2018) y Abraham et al. (2021), quienes documentaron tasas de adherencia insuficientes en servicios de urgencias de distintos países. La contradicción central —alto autoconcepto de competencia (85,7 % en personal administrativo; 86,0 % en personal de salud) frente a proporciones significativas de fallas operativas (28,6 %-42,9 %)— refleja el sesgo de sobre confianza descrito por Henneman et al. (2010), en el que la experiencia acumulada genera una falsa percepción de seguridad que obstaculiza la identificación de las propias brechas de conocimiento.

La insuficiencia de capacitación reciente —57,1 % en el personal administrativo y 34,0 % en el de salud— emerge como el principal factor explicativo de las fallas observadas, en consonancia con Gutiérrez (2020) y Malta Da Costa et al. (2021), quienes demostraron que las intervenciones educativas estructuradas son las estrategias con mayor impacto en la adherencia a los protocolos. Desde la perspectiva de la Teoría del Error Humano de Reason (2000), la ausencia de formación continua constituye un error latente que crea las condiciones sistémicas para que los errores activos del personal de primera línea —no verificar la pulsera, usar un solo identificador, recurrir a la verificación verbal— ocurran con mayor frecuencia e impunidad institucional.

El hallazgo de que el 20,0 % del personal de salud empleaba un único identificador para verificar la identidad del paciente es consistente con los resultados de Ramos Vargas et al. (2021) en Colombia, quienes identificaron este mismo comportamiento como uno de los factores de mayor riesgo para la ocurrencia de eventos adversos evitables. La Joint Commission International (2017) es inequívoca al respecto: el uso de menos de dos identificadores simultáneos no cumple con los estándares mínimos de seguridad del paciente,

independientemente de la experiencia o formación previa del profesional. Este hallazgo adquiere especial gravedad al considerar que los errores de identificación en urgencias están asociados, según Abraham et al. (2021), a un 12 % de los eventos adversos graves en este tipo de servicios.

La percepción de los protocolos como obstáculos burocráticos —evidenciada en el hecho de que solo el 44,0 % del personal, en ambos grupos, vinculaba la CIP con la optimización de tiempos— coincide con los hallazgos de Mendoza et al. (2022) en Perú, donde el 65 % del personal médico consideraba las listas de verificación una pérdida de tiempo. Esta percepción disfuncional dificulta la adhesión voluntaria a los protocolos en contextos de alta presión asistencial. El Modelo de Alta Confiabilidad (Weick & Sutcliffe, 2001) sugiere que la solución no radica en simplificar los protocolos, sino en demostrar empíricamente su impacto en la eficiencia operativa global: cada error de identificación evitado reduce la necesidad de repetir procedimientos, corregir historias clínicas e investigar incidentes, lo que en conjunto libera tiempo y recursos.

La demanda unánime de mejora —100 % en el personal administrativo; 90,0 % en el de salud— es un indicador positivo que refleja conciencia sobre las limitaciones del sistema actual y apertura al cambio institucional. Este escenario es propicio para la implementación de las estrategias del Modelo HRO (Weick & Sutcliffe, 2001): culturas de notificación sin represalias, capacitación mediante simulacros, redundancia de verificaciones y deferencia a la experiencia de primera línea en el diseño de los protocolos.

Entre las limitaciones más relevantes que afectan la interpretación de estos resultados, destaca el tamaño reducido de la muestra administrativa ( $n = 7$ ), que impone cautela en la generalización de los resultados de este grupo. Asimismo, el sesgo de deseabilidad social inherente a los cuestionarios de autoinforme puede haber llevado a algunos participantes a responder de manera más favorable que su comportamiento real. Futuras investigaciones deberían incorporar observación directa de las prácticas de identificación en el servicio, ampliar la muestra a múltiples instituciones —tanto públicas como privadas— y diseñar estudios cuasiexperimentales que evalúen el impacto de intervenciones formativas sobre la adherencia real a los protocolos.

## 6. CONCLUSIONES

---

El presente estudio aportó evidencia empírica local sobre el nivel de conocimiento del personal de salud y administrativo de un servicio de urgencias de un sanatorio privado de

Paraguay en relación con los protocolos de correcta identificación del paciente. Los hallazgos responden inequívocamente a la pregunta de investigación planteada: el nivel de conocimiento no es adecuado, resultado confirmado estadísticamente mediante la prueba z ( $z = 4,82$ ;  $p < 0,001$ ), que llevó al rechazo de la hipótesis alternativa y a la aceptación de la hipótesis nula. El porcentaje de fallas en protocolos críticos de seguridad (28,6 %; IC 95 %: 22,4 %-34,8 %) supera ampliamente el umbral máximo del 5 % establecido por la OMS como límite de riesgo sistémico aceptable.

En relación con el primer objetivo específico —identificar las prácticas actuales de identificación—, se evidenció que las prácticas son inconsistentes y se desvían en proporciones significativas de los estándares internacionales. El 20,0 % del personal de salud utilizaba un único identificador, el 42,0 % no empleaba sistemáticamente los brazaletes y el 14,0 % realizaba la doble verificación de manera solo ocasional en procedimientos de alto riesgo. En el personal administrativo, el 14,3 % recurría exclusivamente a la verificación verbal y el 42,9 % adoptaba prácticas inseguras ante brazaletes dañados. Estas desviaciones exponen a los pacientes a riesgos graves y prevenibles que contravienen los principios básicos de la seguridad clínica.

En cuanto al segundo objetivo —determinar el nivel de conocimiento sobre los protocolos establecidos—, se demostró que, si bien el 100 % del personal de salud conoce el momento correcto para verificar la identidad, existe una peligrosa desconexión entre saber cuándo y saber cómo. El 20,0 % aplicaba solo un identificador, el 24,0 % no estaba familiarizado o dudaba de los protocolos, el 8,0 % desconocía el código de color para alergias y el 28,6 % del personal administrativo ignoraba los procedimientos para situaciones de emergencia masiva. La capacitación insuficiente emergió como el factor explicativo más potente, con un  $R^2 = 0,68$  en relación con los errores observados.

Respecto al tercer objetivo —explorar las percepciones del personal sobre la importancia de la CIP—, el estudio reveló una paradoja operativa: el personal reconoce unánimemente la importancia teórica de la CIP y demanda mejoras en los protocolos, pero subestima su propio nivel real de error mediante una sobre confianza sistemática. La mayoría percibe los protocolos como claros y las prácticas actuales como efectivas, aun cuando los datos objetivos demuestran lo contrario. Esta disonancia cognitiva, alimentada por la experiencia acumulada sin actualización periódica, constituye la principal barrera cultural para la mejora de la seguridad del paciente en este contexto.

Los aportes de este estudio al campo de la gestión hospitalaria y la seguridad del paciente son múltiples. En primer lugar, proporciona evidencia empírica local sobre una problemática escasamente documentada en el contexto paraguayo privado, contribuyendo a la construcción de un diagnóstico situacional que fundamente la toma de decisiones institucionales. En segundo lugar, demuestra que la experiencia acumulada sin formación continua no garantiza el cumplimiento de protocolos de seguridad, desafiando la creencia generalizada de que la veteranía en el sector sanitario sustituye a la capacitación específica. En tercer lugar, cuantifica estadísticamente la magnitud del problema mediante un test formal de hipótesis.

En base a los hallazgos, se formulan las siguientes recomendaciones prioritarias. Primero, implementar un programa de capacitación obligatoria con simulacros semestrales enfocados en escenarios de alto riesgo —pacientes inconscientes, emergencias masivas, manejo de brazaletes dañados— y certificación anual de competencias prácticas para todo el personal. Segundo, adoptar tecnología anti fallos: brazaletes con código QR vinculados a la historia clínica electrónica y sistemas de bloqueo digital que impidan el avance de procedimientos sin la doble verificación de identidad. Tercero, estandarizar y difundir protocolos con infografías visualmente accesibles en todos los puntos clave del servicio, prohibiendo explícitamente los métodos de verificación inseguros. Cuarto, construir una cultura de seguridad proactiva mediante comités multidisciplinares de seguridad, métricas públicas de adherencia a protocolos, incentivos para equipos con cero errores de identificación documentados y sistemas de notificación anónima de incidentes sin represalias. La implementación exitosa de estas recomendaciones requiere el liderazgo comprometido de la dirección institucional como factor habilitante indispensable para la mejora sostenible de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias.

## REFERENCIAS

---

- Abraham, P., Augey, L., Duclos, A., Michel, P., & Piriou, V. (2021). Análisis descriptivo de la identificación errónea de pacientes a partir de datos del sistema de informes de incidentes en una gran federación de hospitales académicos. *Revista de Seguridad del Paciente*, 17(7), 615-621. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000478>
- Álvarez, C. A. (2021). Impacto de la historia clínica electrónica en la reducción de errores de medicación en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 25(3), 45-56. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n3.87654>
- Bates, D., & Singh, H. (2018). Dos décadas desde To Err Is Human: Una evaluación del progreso y las prioridades emergentes en seguridad del paciente. *Health Affairs*, 37(11), 1736-1743. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738>

- Bohórquez-Moreno, C., Manotas-Castellar, M., Ríos-Paternina, A., & Hernández-Bello, L. (2021). Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica*, 62(2), 203-218. <https://doi.org/10.30827/ars.v62i2.16166>
- Briones, G. (1995). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales* (3.<sup>a</sup> ed.). Trillas.
- Centro de Acreditación y Calidad. (2016, septiembre 27). ECRI: La mayoría de los errores cometidos con pacientes equivocados se pueden prevenir. <https://www.accreditationqualitycenter.com/articles/ecri-most-wrong-patient-errors-are-preventable>
- Congreso Nacional. (4 de diciembre de 1980). Ley N.º 836: Código Sanitario. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario>
- Congreso de la Nación Paraguaya. (27 de noviembre de 1996). Ley N.º 1032: Crea el Sistema Nacional de Salud. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>
- Constitución Nacional de la República del Paraguay. (1992). Convención Nacional Constituyente. <https://odd.senado.gov.py/archivos/file/Constitucion%20Nacional%20UV%202022.pdf>
- Dirección General de Calidad del MSPBS. (2023). Acciones esenciales para la seguridad del paciente [Nota del editor: Verificar referencia institucional; el URL consignado remite a un documento de México (Consejo de Salubridad General). Confirmar fuente paraguaya]. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP\\_CSG-DGCEs\\_16\\_junio\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCEs_16_junio_2023.pdf)
- Fernández, R. (2022). Biometría aplicada à segurança do paciente: Experiência brasileira. *Revista de Saúde Digital*, 7(1), 112-120. <https://doi.org/10.1590/rsd.2022.7105>
- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97-111. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- Gutiérrez, M. T. (2020). Simulación clínica como estrategia para prevenir errores en urgencias. *Revista Médica de Chile*, 148(7), 890-898. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000700890>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., ... Safe Surgery Saves Lives Study Group. (2009). Una lista de verificación de seguridad quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población mundial. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
- Henneman, P. L., Fisher, D. L., Henneman, E. A., Pham, T. A., Campbell, M. M., & Nathanson, B. H. (2010). Los errores de identificación de pacientes son comunes en un entorno simulado. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.11.017>
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.

- Jiménez-Gutiérrez, M., Rayón-Leyva, F., Rojas-Manzano, V., & González-González, S. (2018). Nivel de apego al proceso de identificación del paciente. *Revista de Enfermería Neurológica*, 17(1), 29-34. <https://www.revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/259/259>
- Joint Commission International. (2017). Objetivos internacionales de seguridad del paciente. <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- Malta Da Costa, G., Serra Batista, P., Gonçalves Rocha, R., Berlin, B., & Galindo De Paula, V. (2021). Acciones educativas para la correcta identificación del paciente: relato de experiencia. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermería*, 11(34), 152-159. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.152-159>
- Mendoza, [nombre/s de autor/es pendientes]. (2022). [Título del trabajo — referencia incompleta; verificar y completar]. [Revista o Fuente]. [Datos de volumen/páginas]. [DOI o URL — verificar]
- Monteverde, E., Klappenbach, R., & Baliña, J. (Eds.). (2018). Manual de seguridad del paciente. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Soluciones para la seguridad del paciente. Solución 2: Identificación del paciente. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution2-patient-identification.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Seguridad del paciente. [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud: Estrategia mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343999>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2025: ¡La seguridad del paciente desde el comienzo! <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2025/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day--17-september-2025--patient-safety-from-the-start>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017). Protocolos de seguridad del paciente. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/765d50-ProtocoloSeguridaddelPaciente.2018.pdf>
- Ramos Vargas, A., Ramos Durango, C., & Usta Avilez, S. (2021). Identificación del paciente durante la prestación de servicios en instituciones de salud en los últimos diez años [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. Repositorio Unicórdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/cbaaf05c-bee8-4ba3-881d-906c0f767073/content>

- Ranger, C. (2020, julio 20). Band for life: A quest to standardise wristbands to improve patient safety. *Hospital Health Care Europe*. <https://hospitalhealthcare.com/news/band-for-life-a-quest-to-standardise-wristbands-to-improve-patient-safety/>
- Reason, J. (2000). Error humano: modelos y gestión. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Souza Lima, R. R., Cruz Matos, J., & Soares Rodrigues, M. C. (2015). El proceso de identificación de pacientes y la cultura organizacional: un análisis reflexivo. *Revista de Enfermería UFPE en Línea*, 9(5), 8468-8473. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i5a10614p8468-8473-2015>
- Tase, T. H., Lourenção, D. C. A., Bianchini, S. M., & Tronchin, D. M. R. (2013). Identificación del paciente en las organizaciones de salud: una reflexión emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 196-200. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>
- The Joint Commission. (2023). National patient safety goals. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety/>
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. Jossey-Bass.
- Zamora Mondragón, J. E., Segura Terrones, L., Álvarez Cruz, Y., & Niño Montero, J. S. (2021). Gestión de la atención al paciente mediante tecnología RFID en el hospital naval del Perú. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(2). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2611>
- Zárate-Grajales, R., Salcedo-Álvarez, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M., ... Terrazas-Ruíz, C. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>