

**EL MEJORAMIENTO DE LA EFECTIVIDAD Y DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN
LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL
DOCENTE DE CALDERÓN, MEDIANTE UN PROCESO DE REORGANIZACIÓN
PARTICIPATIVO Y CAPACITANTE, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A AGOSTO DE
2018.**

Cristancho González Livet Rocío

Tesis de titulación

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN ES INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y
SERVICIOS DE SALUD**

Director: Dr . Hugo Pereira

Tutor metodológico: Dr. Javier Cardenas

Quito, Diciembre 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **LIVET ROCIO CRISTANCHO GONZALEZ**, C.I: 1755227178 autor del trabajo de graduación intitulado: **“El mejoramiento de la efectividad y de la percepción de la calidad en los usuarios del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente de Calderón, mediante un proceso de reorganización participativo y capacitante, durante el período de Enero a Agosto de 2018”**, previa a la obtención del grado académico de **MASTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

DEDICATORIA

A Dios mi señor, por el don de la fortaleza y la sabiduría para sacar adelante esta meta, a la virgen santísima por su compañía cada mañana, cada día y cada noche...

A mi amoroso esposo Javier y mis hijos Camilo y Esteban, quienes me apoyaron cada segundo, me animaron a seguir y lograrlo y me esperaron con paciencia y amor, cada tarde de sábado, cada semana y cada semestre de estos dos intensos años de estudio, a ellos este logro para que sirva de ejemplo de cuando uno desea en su corazón y se promete cumplir...

A mis padres Hortencia y Hector Luis, porque me enseñaron a perseverar, por ese gran ejemplo de lucha y disciplina, a ellos les debo lo que soy, también a mis hermanos Nancyta, Juancho, Negrita y Robin, porque he recibido tanto amor desde que nací que solo puedo compensarles esforzandome por ser cada día mejor persona.

Como no dedicar este trabajo a mis amados sobrinos, Caro, Cito, Beba, Cata, Roddy, Clayder, Xio, Chiqui y Nicolas; para que perseveren y crean que todo lo que se propongan lo pueden lograr, no importa la edad, el tiempo, la circunstancia, solo es creer y poner la acción.

Livet Cristancho

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por darme la oportunidad de pertenecer como docente y estudiante, al Instituto de Salud Pública por el esfuerzo en brindar una formación de calidad, especialmente a todos los profesores y tutores de la maestría por el valioso tiempo en compartir sus conocimientos cada día.

Un agradecimiento muy especial a mi director y tutor de este trabajo de investigación Dr. Hugo Pereira y Dr. Javier Cardenas por la exigencia puesta para que este trabajo tuviera un producto de calidad, por el tiempo y el conocimiento invertido en apoyarme a la distancia.. Muchas gracias a ustedes dos... Tambien gracias al doctor José Sola por todos los aportes durante esta etapa.

Quiero dar un gran agradecimiento al gerente del Hospital General Docente de Calderón, al doctor Jorge Peñaherrera, por su gran disposición para que este proyecto se llevara a cabo como una realidad en el servicio de rehabilitación y por siempre creer en mi, asi mismo le agradezco a los profesionales del servicio, Daniela Burbano, lider del proceso, y a todos los terapeutas con quienes sentí una gran empatía porque me hicieron parte del equipo y siempre estuvieron interesados en mejorar su servicio, espero que todo el trabajo se este consolidando cada día, me siento muy honrada de haber participado de este gran trabajo en grupo del hospital y haber dejado un avance importante que se continúa en el equipo.

Gracias a todos.... Los que no menciono tambien

Contenido

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN - ABSTRACT	10
1. INTRODUCCIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. MARCO TEÓRICO	20
3.1 MARCO LEGAL	20
3.2 REHABILITACIÓN	22
3.2.1 Definición	22
3.2.2 Modelos en Rehabilitación.....	22
3.3 DISCAPACIDAD	24
3.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE DISCAPACIDAD.....	24
3.3.2 TIPOS DE DISCAPACIDA.....	24
• Discapacidad mental:.....	24
• Discapacidad cognitiva:	24
• Discapacidad sensorial visual:	24
• Discapacidad sensorial auditiva:	24
• Discapacidad motoras:	25
• <i>Otros tipos de discapacidad: A</i>	25
3.4 GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	25
3.4.2 MODELO DE ATENCIÓN	30
3.5 PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD	34
3.5.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS, PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	36
3.6 MODELO CONCEPTUAL PARA DESCRIBIR LA PROBLEMÁTICA	38
3.7 CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS PREVIAS	47

4. HIPÓTESIS DE CAMBIO	50
5. Objetivos.....	52
5.1 Instrucciones operativas	53
6. METODOLOGÍA	58
7. RESULTADOS.....	77
8. DISCUSIÓN	93
9. CONCLUSIONES.....	98
10. RECOMENDACIONES.....	100
11. BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	105
Aspectos bioéticos	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción del triaje de rehabilitación

Tabla 2. Primeras causas de la consulta en Rehabilitación Enero a Julio de 2017

Tabla 3. Priorización de las alternativas de cambio

Tabla 4. Triage de priorización de la atención en Rehabilitación

Tabla 5. Rendimiento por área de atención

Tabla 6. Cobertura de atención en rehabilitación

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de atención del servicio de rehabilitación

Figura .2 Modelo de Gestión

Figura 3. Modelo de gestión de financiamiento

Figura 4. Modelo de gestión de Recursos Humanos

Figura 5. La escalera de Arstein de la participación

Figura 6. Mapeo de grupos de interés y relaciones de poder al final del proceso

Grafico 7. Diez causas en Rehabilitación

Grafico 8. Atenciones Enero a Julio 2017

Grafico 9. Pertinencia del diagnóstico

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Misión

Gráfico 2. Normativa del servicio

Gráfico 3. Cartera de Servicio

Gráfico 4. Protocolos de atención

Gráfico 5. Socialización de misión y normativa

Gráfico 6. Portafolio de atención

RESUMEN

La efectividad en los servicios de salud, se relaciona con lograr buenos resultados en términos del estado de salud de los usuarios, incluyendo satisfacción de los usuarios y prestadores internos (Tobar, 2010). En los servicios de rehabilitación, la efectividad conjuga la optimización recursos, disminuir las barreras de acceso y manejo adecuado de las patologías; en el Hospital General Docente de Calderón, la rehabilitación constituye una especialidad de mediana complejidad, referencia regional y distrital para la atención de la población con discapacidad, se identificó la problemática resumida en escasa gestión interna del servicio de rehabilitación que afectaba la efectividad, medida en baja cobertura, alta concentración, bajo rendimiento y producción del servicio y una inadecuada percepción de los usuarios frente a dicho servicio, se planteó la presente investigación que tuvo como objetivo “analizar la reorganización del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente Calderón, realizado mediante proceso participativo y capacitante, para mejorar la efectividad del servicio y la percepción de la calidad en los usuarios”, el estudio fue observacional, de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, mediante un diseño de investigación acción, con metodología participativa que involucró un proceso capacitante en todas las etapas, se utilizaron como técnicas la observación directa, el análisis de la información, la entrevista y la encuesta, así mismo las instrucciones operativas incluyeron.

En la primera etapa se identificaron las problemáticas y se priorizó aquella que el equipo consideró como que actuaba en diversos problemas y en los resultados, planteando la siguiente hipótesis de cambio “Mediante la redefinición de normativa del servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta, mejorará la efectividad del servicio expresada en mayor cobertura, rendimiento, producción y disminución los tiempos de espera y la percepción de la calidad en los usuarios.

Los principales resultados fueron la creación de un portafolio del servicio, que constó con la construcción de una misión, la redefinición de cartera de servicios y protocolos de atención y la estructuración de un triaje, para la priorización de los pacientes en la asignación de las citas, que permitieron durante los primeros cinco meses del año 2018 bajar el tiempo de espera a 20 días máximo, mejorar la cobertura a un 54%, mejorar el rendimiento a un 86%, disminuir la concentración en 0,9 a 1,4 máximo por paciente, y mejorar la satisfacción del usuario en la

caliad del servicio, así mismo permitió a los miembros del equipo de rehabilitación el empoderamiento y conocimiento pleno de la normativa y del tipo de servicio que brindan, con portafolios de consulta que permiten establecer el número de sesiones según la patología y la percepción de tener un servicio mejor organizado y más eficiente, concluyendo que la metodología permitió el análisis de un sistema complejo como fue el servicio de rehabilitación donde los actores sociales, analizaron su propia práctica y construyeron las acciones de cambio para mejorar el servicio.

ABSTRACT

Effectiveness in health services is related to achieving good results in terms of the users health status, including satisfaction of internal users and providers (Tobar, 2010). In rehabilitation services, effectiveness combines optimizing resources, reducing access barriers and the proper management of pathologies; in the General Docente Calderon Hospital, rehabilitation is a specialty of medium complexity, regional and district reference for the attention of the population with disabilities, the problem was identified summarized in little internal management of the rehabilitation service that affected the effectiveness, measured in low coverage, high concentration, low performance and production of the service and inadequate perception of the users in front of said service. The present investigation was raised with the objective to "analyze the reorganization of the rehabilitation service of the General Docente Calderon Hospital, carried out through participative and capacitating process, to improve the effectiveness of the service and the perception of the quality in the users", the study was observational, of descriptive type with qualitative approach, by means of a design of investigation and action, with participative methodology that involved a training process in all stages. The techniques used were direct observation, information analysis, interviews and surveys, as well as operational instructions included.

In the first stage, the problems were identified and the one that the team considered as acting on various problems and the results was prioritized, establishing the following hypothesis of change: "By redefining service regulations through a training process, determining the mission of the service, reviewing the service portfolio, protocols and management of the triage for prioritization of the consultation, it will improve the effectiveness of the service expressed in greater coverage, performance, production, decrease waiting times and the perception of quality in the users.

The main results were the creation of a service portfolio that consisted of the construction of a mission, the redefinition of services, caring protocols and the structuring of a triage for the prioritization of patients in the appointment assignments, which allowed reducing waiting time to 20 days maximum during the first five months of 2018, improve coverage to 54%, improve performance by 86%, decrease the concentration in 0.9 to 1.4 maximum per patient, and improve patient satisfaction in the quality of the service. Also, it allowed members of the

rehabilitation team the empowerment and full knowledge of the regulations and the type of service they provide, with consultation portfolios that allow to establish the number of sessions according to pathology and perception to have a better, organized and more efficient service, concluding that the methodology allowed the analysis of a complex system such as the rehabilitation service where the social actors analyzed their own practice and built change actions to improve the service.

1. INTRODUCCIÓN

La parroquia de Calderón, situada al norte de la ciudad de Quito, se encuentra conformada por cuatro distritos; el distrito 17D02, cubre a 207. 843 habitantes (INEC, 2016), y en términos de salud posee 8 unidades operativas de primer nivel, de las cuales una es la maternidad de Carapungo 2. El Distrito 17D02 tiene un índice de pobreza de 27.9 % y de 6.4% de pobreza extrema, según el SIISE, (2001), la población con discapacidad representa el 4,7% del total, es decir, 9768 personas, la cartera de servicios con que cuenta el distrito para dicha población se centra especialmente en la atención directa del servicio de rehabilitación del hospital y en la realización de visitas domiciliarias por los equipos EAIS, del primer nivel de atención, (Base de datos Distrito 17d02, 2016).

El Hospital General Docente de Calderón (HGDC), es un hospital de segundo nivel , entró en funcionamiento en el 2015 y se ha convertido en un hospital de referencia tanto para los cuatro distritos de la parroquia, cuanto para las parroquias aledañas. Por su moderna infraestructura y gran variedad de especialidades y servicios se proyecta como una institución líder en la calidad de la atención y los servicios en pocos años, cuenta con 157 camas y unidades de hemodiálisis y de neonatología. Adicionalmente desde su fundación ha sido definido como un hospital de docencia e investigación, ha sido lugar de práctica clínica de más de 400 estudiantes y de 12 proyectos de investigación hasta el momento. El Hospital General Docente de Calderón, es un establecimiento de referencia regional y cuenta entre sus servicios, para la atención de la población con discapacidad, con un servicio de Fisiatría y Terapias (Rehabilitación), que corresponde a mediana complejidad (CRI -2), según el acuerdo 5212 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) , es un servicio de apoyo terapéutica de tipo ambulatorio, actualmente tiene 17 profesionales conformados por 1 médico fisiatra, 2 auxiliares, 8 terapistas físicos, 1 Neurorehabilitador, 1 terapeuta del lenguaje, 6 terapistas respiratorios, 1 terapeuta ocupacional y 1 audiólogo. El servicio atiende tres tipos de pacientes: interconsultas de especialidades como neurología, cirugía plástica, pediatría, traumatología y ortopedia; referencias de los hospitales Baca Ortiz, Eugenio Espejo y del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social y apoya los servicios de hospitalización con interconsultas de Terapia Respiratoria y Terapia Física, se atiende población desde grupo etareo de 0 años hasta 80 años indistintamente (Estadísticas HGDC,2016).

Teniendo en cuenta que la efectividad de los servicios de salud que son mecanismos para garantizar el acceso a la salud y de mejorar la calidad de esos servicios (Ross, Zeballos, & Infante, 2000) en donde se presta mucha atención a la utilización de recursos adecuados para generar un resultado óptimo en el servicio (Fajardo, Gutierrez, & García, 2015), se realizó en el HGDC un análisis para determinar el de mejoramiento en la efectividad de los servicios de salud por solicitud del gerente, a partir de una evaluación a diferentes servicios, en el servicio de rehabilitación se identificaron algunas particularidades, por lo que el objetivo del estudio se determinó en implementar una alternativa de mejoramiento, que en este caso fue la de establecer criterios de atención y normativa del servicio para mejorar la calidad la efectividad y la satisfacción del usuario.

Algunos de los problemáticas que enfrenta el servicio de rehabilitación son autoreferencias de usuarios, saturación del servicio por deficiencia de la prestación en el primer nivel de atención, cronicidad de pacientes (entendida como la dependencia del usuario al servicio), deficiente organización de los procesos, carencia de criterios y normativas de atención, falta de oportunidad en la atención y una baja percepción del paciente en relación a la calidad del servicio. Adicionalmente, siendo el servicio de rehabilitación integrado con el trabajo de los profesionales del equipo, con tecnología de punta, requiere ser un servicio altamente efectivo y eficiente, con buena cobertura y producción, con impacto directo en la calidad de la atención y la percepción sobre la calidad del servicio en los usuarios.

Dentro de la efectividad de los servicios de salud, se hizo necesario empoderar al grupo de profesionales de rehabilitación con un proceso de capacitación al tiempo que se desarrollaban las estrategias de mejoramiento de los aspectos que el equipo determinó prioritarios, el objetivo del estudio que se planteó fue “Analizar la reorganización del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente Calderón, realizado mediante proceso participativo y capacitante.”, que permitió incorporar una estrategia de reorganización de la normativa y criterios de atención del servicio, buscando impactar en el manejo del triaje y mejorar la percepción de la calidad de los servicios.

La presente investigación tuvo varios momentos para su desarrollo, el primero durante el primer trimestre del año 2016 en donde se realizó un análisis situacional de siete servicios del HGDC, posterior se realizó una priorización y consecuente profundización de una problemática elegida en cada servicio, para este caso, como ya se mencionó se realizó conjuntamente con

el equipo de rehabilitación, profesionales de áreas de fisioterapia, terapias físicas, ocupacional, lenguaje, neurorrehabilitación, admisiones, enfermería y los líderes del proceso. El tercer momento incluyó los meses de Octubre a Diciembre de 2017, período en el cual se trabajó el proceso de negociación e implementación de alternativa de solución al problema planteado y priorizado, para el caso de rehabilitación incluyó un proceso capacitante con el equipo investigador o de rehabilitación y la última etapa fue durante los meses de Enero a Mayo de 2018, tiempo en el cual se implementó la alternativa de solución planteada, para posteriormente determinar los resultados de la implementación y los cambios observados en cuanto a la eficiencia del servicio y la percepción de la calidad, objeto de la presente investigación cuyos resultados se describen al final del proceso.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La efectividad en los servicios de salud, relacionado con el acceso a dichos servicios que impacta en el estado de salud de los usuarios, también involucra la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores internos, es decir los profesionales de los servicios (Ross, Zeballos & infante, 1998). En los servicios de salud la efectividad se puede observar en que medida los servicios resuelven las necesidades de los usuarios (Fajardo, Gutiérrez & García, 2015), implica también la cobertura, rendimiento y producción. Los aspectos aquí mencionados, fueron estudiados en el presente trabajo de investigación, cuyo análisis se centró en el servicio de rehabilitación del Hospital General Docente de Calderón.

El servicio de rehabilitación del (HGDC), constituye el servicio de especialidad dentro de un mediano nivel de complejidad, es decir corresponde a CRI2 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), es un servicio de referencia regional y sirve de apoyo para los nueve distritos que componen la Coordinación Zonal 9, que corresponde al Distrito Metropolitano de Quito. Al respecto, este servicio atiende problemas de salud que deben ser atendidos en un nivel inferior, en este sentido los principales motivos de consulta son: Lumbalgia con ciática o lumbalgia, Cervicalgia o trastornos similares, Gonartrosis primaria, Hemiplejia flácida o espástica, Fractura de epífisis o diáfisis de cubito o radio y Retardo en el desarrollo, este fenómeno se deriva de la poca existencia de recursos en rehabilitación tanto en niveles especializados, segundo y tercer nivel como principalmente en el primer nivel o nivel básico de atención.

Las problemáticas encontradas en el servicio de rehabilitación del HGDC, se determinaron como **escasa gestión interna del servicio de rehabilitación que afecta la efectividad y la percepción de los usuarios**, este problema esta expresado en los siguientes aspectos administrativos:

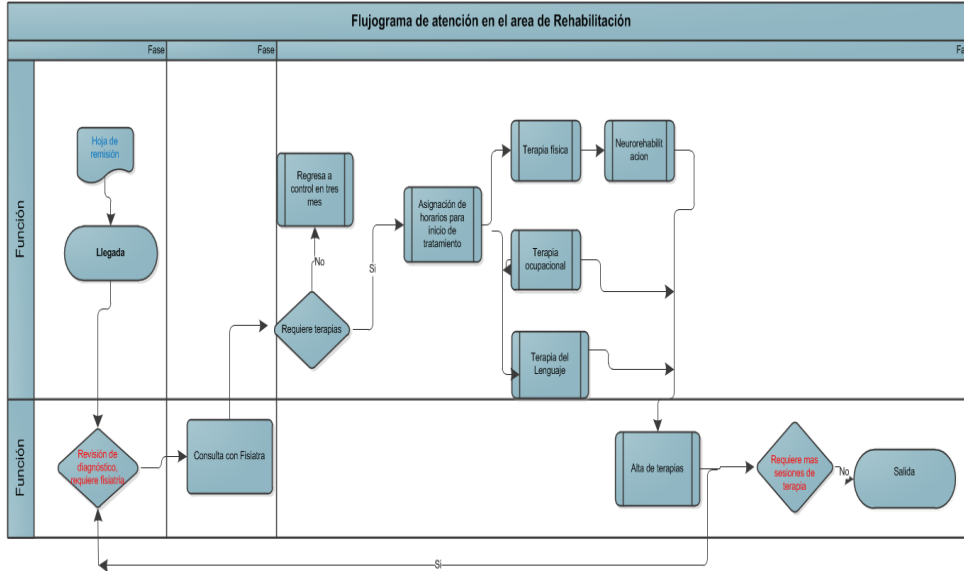
- Normativa interna: ausencia de visión, misión y plan estratégico que permitiera al cliente interno y externo entender los tipos de atención que se brindaban y la categoría de servicio siendo de mediana complejidad. En cuanto a los flujos de atención, dificultades en la organización del servicio para la asignación de citas, referencias y errores en los formatos que enviaban de otros hospitales, ausencia o mal llenado de los formatos y mala calidad de la información brindada al paciente, no se contaba con criterios de atención y de normativa del servicio y en cuanto al triaje se priorizaban los pacientes pero no se consideraba un criterio claro para cada categoría por lo que los tiempos de espera son muy largos, hasta 90 días.
- En la atención en el servicio, según el flujograma, el paciente ingresaba a admisiones, se realizaba la identificación de prioridad en la atención a través del triaje, implementado hace 6 meses, con los parámetros que se observan en el siguiente cuadro entre A, B o C. (tabla 1), pero debido a la organización propia del servicio se tenía una oportunidad de atención mayor de 65 días (Flujograma atención rehabilitación, 2016).

Tabla 1. Descripción del triaje de Rehabilitación

Categorías	Diagnósticos	Proceso – Atención
A	Diagnóstico en fase aguda.	una semana
B	Patología crónica y traumatológica superada la fase aguda.	2 a 4 semanas
C	Patología crónica	Tiempo de espera normal sin prioridad.

Fuente: Entrevista a Líder del proceso. Elaboración propia

Figura 1. Flujograma de atención del servicio de rehabilitación



Elaboración propia

- Complementariedad: este servicio atiende problemas de salud que deben ser atendidos en un nivel inferior, algunos son: Lumbalgia con ciática o lumbalgia, Cervicalgia o trastornos similares, Gonartrosis primaria, Fractura de epífisis o diáfisis de cubito o radio y Retardo en el desarrollo
- Análisis del sistema: permitió evaluar cada parte del flujo de procesos del servicio y para la implementación de las estrategias de cambio se tuvo el referente de la ISSS, involucrando a los profesionales del servicio de rehabilitación y se contó con una metodología participativa y capacitante en todos los momentos del proceso, más adelante se detalla este análisis.
- Permanencia: 57% de los pacientes debían esperar más de 30 minutos para ser atendido y el 37% esperar menos de 30 minutos, en cuanto al tiempo de agendamiento, el 44% de los pacientes esperó más de 44 días para la cita y el 30% más de 15 días; 60 días de espera para el agendamiento de la primera cita
- Concentración: existía una concentración de 2,2 que para el caso significa que los pacientes en promedio dan dos vueltas y más por tratamiento que incluye fisiatría más terapias física, ocupacional y lenguaje.

- Oportunidad del servicio, presentaban más de 60 días de espera para el agendamiento de la primera cita, de fisioterapia o terapia física, lo cual hacía que muchos pacientes desistieran de la atención, buscando la cita en otros centros de rehabilitación o que cuando llegaba el momento de la cita, la situación o el diagnóstico por el cual llegaron al servicio ya se había empeorado o aparecido otras situaciones.
- Cobertura: 20% según las metas del Ministerio de Salud Pública (MSP) para el momento del análisis, esto se derivaba a la forma como se organizaba el servicio y al número de sesiones que requiere cada paciente.
- El rendimiento fue del 52% en promedio en todos los profesionales, esto se determinó considerando el número de sesiones terapéuticas alcanzadas teniendo en cuenta el horario de atención y número de terapeutas, lo que puede sugerir que se atiendan la mitad de los pacientes que podrían atender durante el mes.
- Calidad, Accesibilidad: a nivel geográfico se encontró que el 67% de los pacientes llegan al servicio utilizando el transporte público, lo cual indica que la mayoría accede desde otros distritos o incluso de diferentes cantones; además más de 36% de los pacientes llega utilizando dos líneas de transporte. En cuanto al tiempo recorrido para llegar a las citas de rehabilitación, el 50% de los pacientes encuestados deben transitar más de media hora.

En el análisis a profundidad del servicio de rehabilitación se identificaron problemáticas en los aspectos de las entradas, los procesos y los resultados del servicio de rehabilitación, pero se determinaron las problemáticas de las entradas susceptibles de trabajar a través de oportunidades de mejoramiento inmediato,

Esto fue planteado como la deficiencia en la organización del servicio que producía baja efectividad y pobre percepción del usuario en cuanto al servicio y derivó la búsqueda de alternativa de solución viable a mejorar el proceso y sus indicadores.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO LEGAL.

El modelo de atención integral de salud (MAIS), representa el lineamiento que define la organización de la red pública integral de salud, propone orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

El objetivo del MAIS es “Integrar y consolidar la estrategia de Atención APS-R en los cuatro niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales”, así mismo establece que la cartera de servicios de salud se realiza con la organización acorde a los grupos etareos, esto también se debe tener en cuenta para los servicios de rehabilitación.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (**SNS**) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

La ley orgánica de salud (Ecuador, 2012) y la Ley orgánica de discapacidad en la sección segunda, artículo 20, indica la creación de competencias dentro de las instituciones de salud para generar y garantizar planes programas y estrategias de promoción, prevención detección temprana y atención oportuna a la población con discapacidad y contempla los procesos de habilitación y rehabilitación como procesos para generar la recuperación de las capacidades de los individuos, que serán garantizados por la red de servicios integrales de salud (Asamblea Nacional, 2012).

En cuanto a la organización de los servicios de rehabilitación, según el **acuerdo ministerial 5212** (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), el segundo nivel de atención como es el Hospital General Docente de Calderón, corresponde a los establecimientos que

prestan servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención, además brinda servicios de rehabilitación integral, dichos establecimientos son definidos como establecimientos que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación integral especializada para usuarios ambulatorios. Su objetivo es que el paciente recupere el máximo nivel de independencia y funcionalidad físico-psico-social, para lograr una mejora en su calidad de vida. Cuentan con equipos de profesionales altamente calificados, con una infraestructura y tecnología adecuada a su complejidad. Los Centros de Rehabilitación Integral se dividen en:

- Centro de Rehabilitación Integral de baja complejidad (CRI-1)

Estos establecimientos brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que muestran síntomas, signos o secuelas que representan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD), pero son compatibles con la práctica total de las mismas. Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias física, de lenguaje y ocupacional, estimulación temprana, psicorehabilitación y psicología clínica.

- Centro de Rehabilitación Integral de mediana complejidad (CRI-2)

Son establecimientos que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que presentan síntomas, signos o secuelas que causan disminución importante o imposibilidad directa para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (AVD), pero mantienen independencia en las actividades de autocuidado. Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias físicas, de lenguaje y ocupacional, psicorehabilitación infantil y psicología clínica.

- Centro de Rehabilitación Integral de alta complejidad (CRI-3)

Establecimientos que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que presentan síntomas, signos o secuelas que causan disminución importante o imposibilidad directa para llevar a cabo la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD), e incluso limitan alguna de las actividades de autocuidado. Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias física, respiratoria, de lenguaje y ocupacional,

psicorehabilitación infantil y psicología clínica, psicopedagogía, fonoaudiología, terapias asistidas.

En el caso del servicio de rehabilitación del HGDC corresponde a un centro de rehabilitación de mediana complejidad (CRI- 2).

3.2 REHABILITACIÓN

3.2.1 Definición

La Atención Integral la podemos definir como “el proceso mediante el cual la persona con discapacidad utiliza recursos y procedimientos de las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con miras a reducir las discapacidades , desarrollar las potencialidades, mejorar la calidad de vida, autosugestión e integración en la sociedad ” (Universidad Nacional de Colombia, 2010).

3.2.2 Modelos en Rehabilitación

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”.

- El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.
- El *modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas

con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político (OMS, 2001).

3.2.2.1 Rehabilitación Integral

Siguiendo la Organización Mundial de la Salud, la atención de la población con discapacidad parte del manejo integral, que considera al individuo como un todo, es decir como un ser bio-psico-social lo que significa que contempla una triple dimensión de la persona con discapacidad como un ser biológico, psicológico y social, es la base de la rehabilitación integral.

En la rehabilitación, la primera etapa es la parte funcional definida como “la parte del proceso de la rehabilitación funcional

que tiende a evitar la aparición de deficiencias que puedan presentarse durante el curso de la enfermedad o accidente”, incluye las situaciones de ansiedad que puedan generarse por no informar oportuna y adecuadamente sobre las consecuencias médicas, educativas, profesionales y sociales que acarreará la enfermedad o lesión. Esta etapa del proceso se propone alcanzar el máximo grado de capacidad física, mental, profesional y social, en aquellos casos en que la deficiencia no pudo ser prevenida.

En la Rehabilitación Funcional deben tomarse en consideración medidas médicas, psicológicas, educativas, vocacionales y sociales. Coordinando éstas en tal forma que el proceso integral se desarrolle precoz, oportuna, continua y paulatinamente, durante todo el período comprendido entre la aparición de la enfermedad o deficiencia y el momento en que la persona con discapacidad se integre o reintegre a la sociedad (Consejo Nacional para la Discapacidad, 2013).

3.3 DISCAPACIDAD

3.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

“Según la OMS 2001, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social” (p.2).

La discapacidad puede ser temporal o permanente, temporal cuando el paciente a través de las intervenciones médicas, puede recuperar su funcionalidad; y permanente cuando se requieren procesos de habilitación o rehabilitación para recuperar la funcionalidad pero no totalmente.

3.3.2 TIPOS DE DISCAPACIDA

- Discapacidad mental: Alteración en las funciones mentales y/o estructuras del sistema nervioso, que perturban el comportamiento del individuo, limitándolo principalmente en la ejecución de actividades de interacción y relaciones personales de la vida comunitaria, social y cívica.
- Discapacidad cognitiva: Alteración en las funciones intelectuales y/o estructuras del sistema nervioso, que limitan al individuo principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Discapacidad sensorial visual: Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que impliquen el uso exclusivo de la visión.
- Discapacidad sensorial auditiva: Alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso, que limitan al individuo principalmente en la ejecución de actividades de comunicación sonora.

- Discapacidad motoras: Alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, que limitan al individuo principalmente en la ejecución de actividades de movilidad.
- **Otros tipos de discapacidad: Alteración en las funciones sensoriales (gustativa, olfativa, propioceptiva, táctil, relacionadas con la temperatura y dolor), voz y habla, en los sistemas (cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo), en las funciones (metabólica, endocrina, genitourinarias, reproductivas, de la piel), y/o de las estructuras relacionadas; que limitan al individuo en la ejecución de diversas actividades, dependiendo de la deficiencia y el grado de severidad de esta.**

3.4 GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Durante las tres últimas décadas, la administración y la gestión de las organizaciones ha cambiado respecto a décadas anteriores en cuanto al pensamiento organizativo, surgiendo criterios sobre cómo se deben tomar las decisiones, implica abandonar los modelos normativos, organizaciones burocráticas y el control de procedimientos. Entonces el concepto de Gestión indica el control de los resultados, con un enfoque estratégico, con orientación hacia los actores, con la conducción del recurso humano (Tobar, 2010).

El sistema de salud, tienen tres dimensiones que se deben considerar cuando se habla de desarrollo, que son la dimensión económica o financiamiento, la dimensión política o el modelo de gestión y la dimensión médica o el modelo de atención. El modelo de gestión define las prioridades del servicio, cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción de valores que la guían hasta cómo se toman dichas decisiones (Tobar, 2010). Dentro de los componentes del modelo de gestión, acorde con los tres niveles o dimensiones de análisis planteados, en primer lugar, dentro de la dimensión del Ser, aquello que hace a la esencia misma de la organización, se sitúan la misión, la visión y los valores.

Pero nadie es, sino que esta siendo. Como decía Aristóteles "el Ser no se dice", se hace. La esencia no se manifiesta sino es en la consistencia y en la existencia. Es en el hacer donde vemos la consistencia, la consistencia de lo que se hace en si mismo (de una acción con otra) y de lo que se hace con los que se es (con la misión), con lo que se debe ser, con lo que se quiere ser (con la visión) y con aquello en los que los actores (agentes) de la organización creen (con los valores). Acorde con los tres niveles o dimensiones de análisis planteados, los componentes del modelo de gestión pueden ser identificados distinguiéndolos dentro de cada dimensión. En primer lugar, dentro de la dimensión del Ser, aquello que hace a la esencia misma de la organización, se sitúan la misión, la visión y los valores. Pero nadie es, sino que esta siendo. Es en el hacer donde vemos la consistencia de lo que se hace en si mismo y de lo que se hace con los que se es (con la misión), con lo que se debe ser, con lo que se quiere ser (con la visión) y con aquello en los que los actores (agentes) de la organización creen (con los valores) (Tobar, 2010).

3.4.1. COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN

Figura 2. Modelo de Gestión



En cuanto al modelo de financiamiento, los economistas de la salud han desplegado un amplio conjunto de investigaciones para intentar llegar a una respuesta conclusiva a esta pregunta. Entre sus hallazgos se ha verificado que aunque el gasto siempre tiende a subir,

aumentar el gasto en salud no siempre significa mejorar la salud de la gente. O al menos no en la misma proporción ya que el gasto registra un rendimiento marginal decreciente. Otro de los descubrimientos es que el nivel de gasto en salud de los países depende del rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total en salud inferior.

Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuáles deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandir y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes más contractuales.

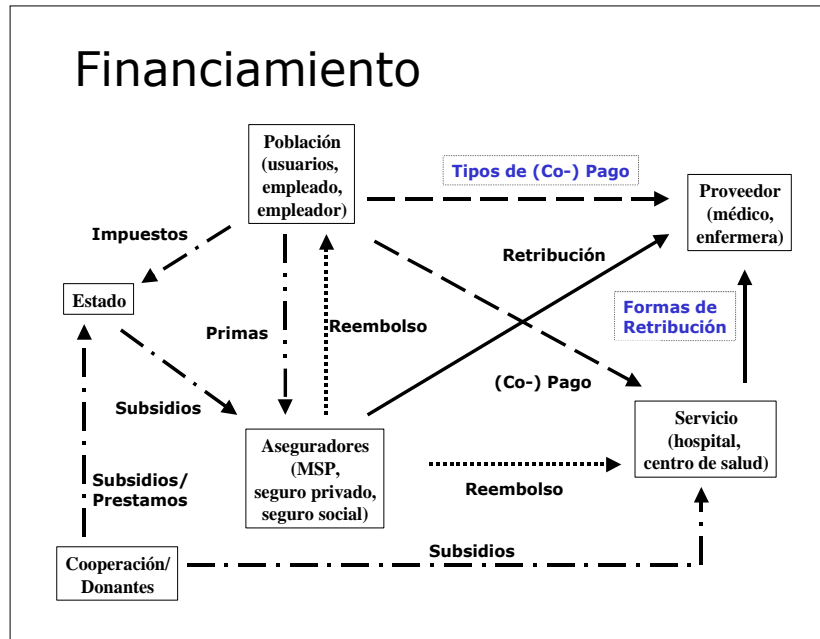
3.4.1.1 COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN

. Gestión financiera

La problemática del financiamiento involucra un conjunto de definiciones económicas. Estas pueden ser sintetizadas a través de tres grandes preguntas: a) Cuanto se debe gastar en salud?, b) De dónde deben provenir los recursos? Y c) cómo asignar los recursos?

Según el proyecto de capacitación de los servidores en salud, el modelo para la **gestión de financiamiento** del sistema de salud es el siguiente:

Figura 3. Modelo de gestión de financiamiento



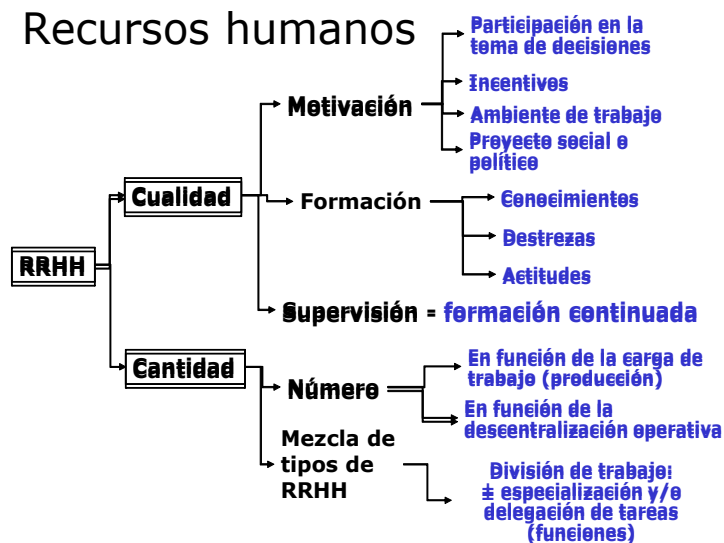
Fuente: ficha 8 del proyecto de capacitación del recurso en salud SICSI, 2002

El modelo muestra como el estado subsidia una parte del sistema, pero también la población con capacidad de pago y existen reembolsos de acuerdo a las aseguradoras que se tengan en el sistema, así mismo en el sistema de salud a los proveedores o quienes prestan el servicio, en este caso, el hospital, adicionalmente considera unos co pagos, para la población con seguros privados que subsidian a la población sin recursos.

- **Gestión de recursos humanos**

En el siguiente ejemplo sobre modelo de gestión para los recursos humanos, se observan los procesos relacionados con la cualidad y con la cantidad de recurso, los cuales albergan procesos que ayudan a fortalecer cualidades del ser humano para la toma de decisiones y para asumir funciones, este modelo además se encarga de realizar procesos de reclutamiento con programas de inducción y de capacitación o formación continua.

Figura 4. Modelo de gestión de Recursos Humanos



Fuente: ficha 8 del proyecto de capacitación del recurso en salud SICSI, 2002

Una experiencia sobre implementación de un modelo de gestión, se desarrolló durante el proceso de transformación sectorial en Ecuador, en el año 2010, que incluyó aspectos como el proceso de gestión, el mejoramiento de la capacidad instalada, cobertura y asignación poblacional para la prestación de servicios personales y colectivos, su objetivo fue modernizar y eficientizar la capacidad de gestión del sector, buscando líneas de adaptabilidad y agilidad en la toma de decisiones, para ello se definieron los siguientes aspectos:

Desarrollo del talento humano y gestión de recursos humanos: A través de la educación continua y la implementación de la carrera sanitaria.

Gestión: para la captación de los recursos humanos, identificando Perfiles y competencias que incluyeran Manual de funciones, Evaluación del desempeño, Mecanismos de Incentivos y mejorar el Clima organizacional.

En cuanto a la Administración Financiera se incluyó un Tarifario común y un Modelos de pago. Adicionalmente se trabajaría en el Mercadeo Social que permitiera la Reconstrucción de la imagen del Sistema Nacional de Salud por instituciones y el Posicionamiento del nuevo SNS

(marca). También incluyó un área de *Gestión de calidad que permitiera la Planeación* estratégica de calidad en el sistema y en las unidades operativas.

3.4.2 MODELO DE ATENCIÓN

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente medico-sanitaria, se trata de la dimensión técnica mas específica del sector, involucra la forma en que debe ser organizado el trabajo medico para dar una respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población. Se trata de definir que prestadores deben ser responsables de brindar los servicios y adecuación de la calidad de los servicios. Con cuales criterios o padrones deben operar?. La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible. De la misma manera, es necesario recurrir al saber medico sanitario para establecer en que lugares y de que manera se debe distribuir la oferta y que criterios de referencia y contrareferencia adoptar.

Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar los sistemas y lo servicios de salud ya que en los últimos años la discusión tendía restringirse solo a la problemática de la financiación (Tobar, 2010).

3.4.2.1 LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Según Mercenier, dentro de la estructura de la gestión de los servicios incluye la calidad de atención esta intimamente ligada a la satisfacción de los usuarios, por ello los servicios deben proveer la atención continua, integrada, global y efectiva(Mercenier & Van Balen, 1993).

En Ecuador el Modelo de Atención Integral de salud, MAIS, busca que la respuesta llegue adecuada y oportunamente a los usuarios y responder de la mejor manera a sus necesidades. Esto hace referencia a los aspecto de la calidad tanto de la atención como del servicio (Mercenier & Van Balen, 1993), este aspecto se incluye como parte importante del modelo de gestión en salud, a continuación se revisan los componentes de la calidad.

En la calidad de la atención se consideran los atributos de globalidad, continuidad, integralidad y eficiencia los cuales han sido analizados para el servicio, estos aspectos pueden ser establecidos desde el servicio o desde los usuarios que lo reciben.

- **Continuidad:** La atención debe ser continua, es decir que debe incluir los momentos desde que aparece el episodio hasta que este se resuelva, o hasta que haya desaparecido el riesgo, la falta de continuidad en la atención , reduce la eficacia y e incrementa los costos puesto que un tratamiento incompleto reduce las posibilidades de curación, por la desventaja que causa para el personal de salud la falta de información y tambien porque la falta de continuidad impide a los profesionales conocer el alcance de sus intervenciones.
- La continuidad en la atención asegura que la atención sea de calidad y de calidez. El servicio debe limitar las barreras que impidan la continuidad de la atención, por ejemplo el pago por las consultas que implica una barrera económica para los pacientes y muchas veces impide la atención, asi mismo las barreras de tiempo, agendamiento etc que pueden interferir en la continuidad de la atención.
La atención médica debe ser organizada de tal forma que pueda evitar situaciones en las que los individuos por falta de información o incomprensión del servicio, por ello, el servicio esta obligado a evitar las barreras como las económicas, por la tanto el servicio debe evitar que los pacientes no accedan por falta de situaciones económicas. Asi mismo para evitar la falta de continuidad, es implementar un sistema que garantice las citas o medidas para recuperar a los pacientes que son referidos.
- **La integración de la atención:** es necesario en cada momento se capaz de seleccionar el enfoque apropiado mara mantener o reestablecer la salud. En cada momento debe haber integración de la atención, es decir buscar que la atención abarque todos los aspectos de la persona y se integren las atenciones. La integralidad incluye atenciones conjuntas entre la prevención y curación o rehabilitación, aprovechando la consulta o la sesión de tratamiento.
- **La globalidad de la atención:** es decir que el individuo debe ser considerado en su totalidad, en todos los aspectos individuales, al tratar un cuerpo enfermo se debe considerar todo lo que rodea a esa persona, los componentes psicológicos, físicos

y sociales. Cuando la globalidad no esta considerada en la atención, se pone en riesgo la continuidad así mismo.

En cuanto a la **calidad de los servicios de salud**, deben tener tres características: Descentralización, permanencia y polivalencia.

- **Descentralización:** Se refiere a que los servicios deben situarse geográficamente lo más cerca posible a la población, es decir favorecer la **accesibilidad** geográfica. Adicionalmente cuando un servicio es accesible geográficamente se esta dando acceso financiero pues el paciente no tendrá que realizar un gasto para llegar a las consultas. La accesibilidad entonces, es geográfica, económica, funcional y sociocultural: la funcionalidad se refiere a la posibilidad de dar servicios que la comunidad requiera y la accesibilidad sociocultural implica tener en cuenta las creencias y costumbres de la población que circunda el servicio, sin embargo, es necesario anotar que la descentralización tambien tiene límites por costos y por competencias profesionales.
- **Permanencia:** El servicio debe estar accesible al menos todos los días. Un servicio de atención las 24 horas cuando se puede organizar el personal de salud para cubrir todos los horarios.
- **Polivalencia:** El servicio debe ser polivalente para poder ofrecer una atención global, integrada y continua. Es decir que el servicio pueda manejar todos los problemas presentados por la población ya sea directamente o a través de una referenica a un nivel especializado.

Para realizar la evaluación del servicio, Mercenier & van Balen proponen elegir criterios de evaluacion a partir de cuatro dimensiones básicas: Eficiencia, Pertinencia, efectividad y la Eficacia:

- **Efectividad:** En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la

calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan. La efectividad permite la medición del grado de cumplimiento de los objetivos que han sido planificados, averiguar si los recursos son usados para un mejor rendimiento. En los servicios de salud se utilizan indicadores para evaluar la efectividad como son: la producción, el rendimiento, la cobertura y la concentración.

- **Eficiencia:** se trata de evaluar la relación que existe entre los resultados logrados por el servicio en comparación con los resultados propuestos por el servicio.
- **Pertinencia:** significa hacer la evaluación de la coherencia de la acción en relación al problema presentado, en cuanto a la población incluye la reducción del sufrimiento y el sufrimiento de la autonomía de la población.
- **Eficacia:** Se trata de comparar los resultados con los objetivos o con los problemas. Se mide en términos de cobertura o de cumplimiento de las metas.

Murray y Frenk en el documento titulado “Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud” consideran que la efectividad está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos (en inglés *goal performance*) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles” el autor señala que “debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado” (Ameijeiras, 2004)

Calidad y efectividad son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la efectividad como parte de la calidad, es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con más o menos eficiencia pero también es posible que una búsqueda desmedida de efectividad vaya en perjuicio de la calidad.

En el presente trabajo, además de evaluar la calidad del servicio con los criterios ya presentados, se evalúan los siguientes indicadores de la eficiencia.

- **Producción:** significa el valor de los resultados con relación a los recursos empleados, para este ejercicio, se consideraron el número de atenciones en el

servicio de rehabilitación en un periodo de tiempo, considerando la meta propuesta.

- **Concentración:** se refiere al número de atenciones iniciales y subsecuentes de un usuario en los servicios de salud. En este caso el numero de veces que el usuario inicia un proceso de rehabilitación, o el numero de veces que repite el proceso consistente en una cita con especialista, fisiatra y un número de atenciones en terapias.
- **Cobertura:** Se refiere al cumplimiento de la meta, en cuanto a cuanto porcentaje de población fue atendida efectivamente.

3.5 PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

El concepto de participación social es interpretado y definido de múltiples maneras y por lo tanto no está libre de contradicciones. La participación es un proceso dinámico, oscilante que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza y adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en si misma, o como medio para lograr ciertas metas. La formulación de políticas de participación social en Brasil y Colombia ha respondido a la voluntad política de abrir espacios democráticos. Estos países han recorrido una primera etapa reconociendo el derecho a la participación como un derecho democrático y estableciendo las bases para que la participación social en salud, tanto individual como colectiva, sea posible (Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, & Leite, 2002) .

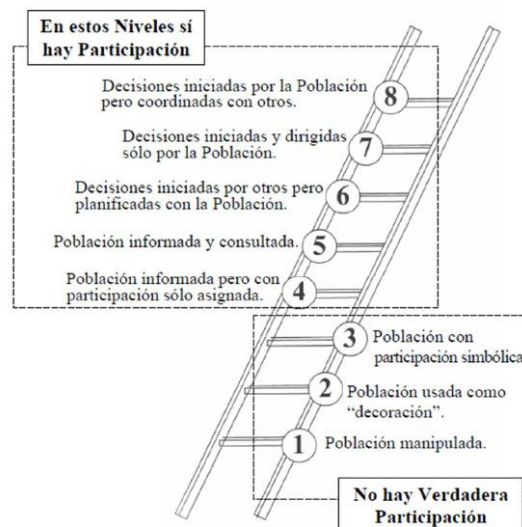
La instauración de las políticas de participación social está encontrando dificultades. Ambos países necesitan un mayor período de implementación que permita la consolidación de los diversos elementos necesarios, antes de poder evaluar la efectividad de estas políticas para lograr incidir en los servicios de salud y, sobre todo, para contribuir a hacer real el derecho democrático a participar en las decisiones que afectan a la colectividad.

La participación se define como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político

Según ((M. E. Delgado, Vázquez, Zapata, & Hernán, 2005) Existen niveles de participación según el rol de los ciudadanos: información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativa), fiscalización, concertación, cogestión y toma de decisiones, y la autogestión. Además, la participación social ha sido considerada como norma para realizar una tarea conjunta; como esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas (M. E. Delgado et al., 2005).

Según Arstein, la participación ciudadana es el poder de los ciudadano, que implica dar poder a los ciudadanos, es la redistribución de poder que permite a los ciudadanos ser incluidos en el futuro. Es el medio por el cual los ciudadanos “olvidados” pueden producir reformas sociales significativas (Houtzager, Lavalle, & Acharya, 2003). Arstein, describe la escalera de la participación como aquellos niveles en donde los ciudadanos creen estar participando pero en realidad estarían siendo manipulados y se determina que la verdadera participación se da desde el sexto nivel de la escalera en donde la población tiene la posibilidad de tomar decisiones.

Figura 5. La escalera de Arstein de la participación



Fuente: www.plandirectorarp.com/.../La_Escalera_de_la_Participacion.pdf

Fuente: Escalera de la participación, Arstein 1999.

El concepto de participación en salud se elabora por la sociedad, a partir de su experiencia y vivencia concreta, de sus interacciones con otros individuos o grupos. La participación en salud se entendió como estar dentro del sistema o hacer uso de los servicios de salud. El personal de salud también conceptualizó la participación como la posibilidad de los usuarios de hacer uso de los servicios. Por otra parte, este concepto por parte de los líderes y usuarios mayores, articula sentidos de ayuda, solidaridad y compromiso, develando rasgos de una conciencia participativa. La solidaridad y el compromiso son valores sociales indispensables para la participación (Delgado, 2016).

3.5.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS, PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar (Vázquez et al., 2002).

En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el **ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios**. una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud.

Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la colectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar.

Las instituciones, además de estar abiertas a la participación, deben garantizar que exista una respuesta de los servicios a estas acciones. La participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud.

Los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población.

Además de las oportunidades ofrecidas por las instituciones o el sistema, existen aspectos relativos a la población que influyen sobre las conductas participativas.

La participación, tanto individual como colectiva, siempre conlleva costes psicológicos y en tiempo. El individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio

Algunos países han generado una Política de Participación Social en Salud que tiene como propósito el de cumplir con la responsabilidad de fortalecer la ciudadanía en los procesos de salud, desarrollando acciones que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud, generando condiciones para la participación activa y efectiva. de la ciudadanía teniendo como base su reconocimiento social e institucional, en especial buscando cumplir con el derecho a la participación vinculado al derecho a la salud.

Mecanismos de participación social en salud (Delgado et al., 2005):

- **Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud:** estos consejos funcionan en distritos o localidades y se integran por miembros de la comunidad, gestores en salud, representantes de los hospitales y del municipio o del territorio.
- **El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC):** Desde las oficinas de atención al usuario en los municipios hasta las oficinas en los hospitales en donde los usuarios pueden organizar sus peticiones.
- **Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU).** Este mecanismo debe ser digital o a través de un Call center y canaliza todas las necesidades de los usuarios.
- **Comités de Participación Comunitaria (COPACO):** En algunos países estos comités tienen su asiento en los hospitales, su función es proteger los derechos de los usuarios en los servicios de salud.
- **Asociación de Usuarios:** cuya función es canalizar las actividades con el hospital y velar por que existan acciones que solucionen inquietudes a través de una junta directiva que sirve de enlace al hospital.

- **Comité de Ética Hospitalaria;** Funcionan de manera mixta, comunidad y miembros del hospital.
- **Veedurías Ciudadanas en Salud:** para ejercer el control social, financiero y de planes de desarrollo de las instituciones de salud (Houtzager et al., 2003)

3.6 MODELO CONCEPTUAL PARA DESCRIBIR LA PROBLEMÁTICA

Para el presente estudio, se utilizó el modelo de causa y efecto con enfoque sistémico, es decir, inicialmente se realizó un análisis de los problemas del servicios de rehabilitación utilizando las entradas, procesos y resultados, esto fue de gran utilidad porque sirvió para visualizar las problemáticas encontradas dando un ordenamiento desde cada aspecto del proceso. Posteriormente se realiza un análisis de cada problemática priorizada desde la causa y los efectos que se producían. Con este modelo se logro ahondar en cada parta del problema visualizando las consecuencias que se podrían tener si no se buscaba el mejoramiento para dicha problemática.

La profundización del problema con el modelo de causa y efecto, fue desarrollada con la participación del equipo de rehabilitación utilizando una metodología participativa y recogiendo todos las opiniones que dieron los diferentes miembros, comenzando por las entradas se identificaron los problemas y se determinaron tres causas principales para cada problema y sus efectos hasta terminar con los resultados. Dicho proceso contó además con un aspecto capacitante en el entendimiento del enfoque sistémico y se permitió que los actores opinaran sobre los resultados que se entregaron observando en todo momento la actitud y disposición de los actores en la búsqueda de la solución a los problemas planteados, para corregir y tener un servicio efectivo y eficiente.

El resultado de esta fase del proceso fue la elección de la problemática que el grupo consideró de mayor relevancia y que más está afectando el desempeño del servicio y así se termina con una metodología de lluvia de ideas para posteriormente identificar la alternativa de solución.

El modelo descriptivo del enfoque sistémico, permitió organizar el análisis sobre funcionamiento y resultados del servicio, con base en cada aspecto del proceso se pudo encontrar lo siguiente:

En las **entradas del sistema (recursos)**: se consideraron los criterios de: infraestructura y capacidad instalada, organización y cartera de servicio; criterios o modelo de atención, recursos humanos y horarios. En la infraestructura y capacidad instalada muestra que el servicio de rehabilitación del HGDC, es de mediana complejidad para la atención ambulatoria, la infraestructura con que cuenta y los equipos son adecuados a un CRI- 2 (Acuerdo Ministerial 5212, 2014), el servicio se encuentra organizado para atender referencias de primer nivel, especialmente centros de salud B Calderon y Carapungo 2 y tipo C, como es Carapungo 1; también recibe contrareferencias de tercer nivel Hospitales Eugenio Espejo, Pablo Arturo Suarez y Hospital del Sur; e interconsultas de especialidades propias como traumatología, neurología, pediatría, medicina interna, ortopedia, cirugía plástica e incluso ginecología, los cuales deben llegar con el formato de referencia o de interconsulta para ser admitidos. Existen dificultades ya que no se cumple el manejo del triaje como se ha propuesto, lo que hace que se llena las agendas de las prioridades y cuando llegan pacientes agudos no hay disponibilidad además llegan al servicio pacientes con errores en los formatos, lo que hace que se pierda oportunidad en atención, el tiempo de espera para obtener la primera consulta de fisiatría en los pacientes tipo C se encuentra entre 60 y 90 días, esta información

En cuanto a la cartera de servicios no se encuentra definida y documentada, esto también tiene que ver con la no existencia de un modelo o normativa para la atención para pacientes agudos, subagudos y crónicos y en cuanto a las discapacidades transitorias y permanentes. Según las entrevistas realizadas a fisiatría y a la líder del servicio, la cartera solo se determina por las referencias, contrareferencias e interconsultas, existe preocupación de los terapeutas porque el servicio atiende a cualquier tipo de discapacidad que llega y en algunos casos se evidencia falta de herramientas terapéuticas para la atención de discapacidades diferentes a la motora, en situaciones han llegado pacientes con doble diagnóstico (psiquiátrico y funcional) lo cual hace la necesidad de tener un apoyo o de estrategias para estos casos que hoy carecen (Información servicio de Rehabilitación, 2017). Otro nodo de atención que se observó relacionado con la cartera de servicios es que más de un 40% de los pacientes repiten el ciclo de tratamiento, es decir se observa una gran dependencia de la terapia física; el paciente al terminar la cantidad de sesiones determinadas por el especialista, pide cita a fisiatría de nuevo y vuelve a comenzar el proceso, esto hace que se realicen dos o más ciclos de atención impidiendo que pacientes en espera accedan a la atención (Estadísticas de atención en Fisiatría, 2017), los pacientes que se encuentran en atención cuando faltan se les permite la

reposición de las inasistencias generando sobreutilización y mayores costos, por ejemplo le prescriben 10 sesiones pero para cumplirlas ocupa 12 o 13 espacios de agenda del terapeuta.

En los procesos: se utilizaron los criterios de guías de atención, protocolos por patología, complementariedad del servicio, interdisciplinariedad, registro de historias clínicas. Se revisaron los protocolos de neurorehabilitación, los cuales presentan los parámetros establecidos excepto el tiempo de tratamiento en fisioterapia, se detectaron errores en la prescripción de las terapias en algunas patologías que no requieren y se están atendiendo pacientes con todo tipo de discapacidad (mental, intelectual, física, sensorial), sin existir la experticia para todos los temas.

A través de encuestas se realizó una evaluación de calidad al registro de las historias clínicas de 124 pacientes atendidos entre enero y julio de 2017, se encontró en cuanto a parámetros de registro lo siguiente: existen registros de fisiatría en el 95% de las historias, mientras el 4% no presentan registros de terapia física, 27% registros de terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Con relación a la evaluación se observó que un 95% de los pacientes registran evaluación por fisiatría y solo el 7% registran evaluación en Terapia Física; en cuanto a número de sesiones de terapia recibidas el 12% de pacientes recibieron hasta 15 sesiones, el 23% hasta 20 sesiones; 8% hasta 30; 13% recibió hasta 40 sesiones; 4% recibió hasta 60 sesiones y 2% de los pacientes hasta 100 sesiones. Las patologías que más intervención recibe son niños con Parálisis cerebral infantil, retardo en el desarrollo y accidente cerebral vascular. En cuanto a la globalidad, se pudo observar que el 99% de las historias registran el aspecto biológico, y solo un 1% registran aspectos psicosociales, así mismo en cuanto a la continuidad en la atención, en las historias un 75% registran evaluación y evolución, mientras 0% registran la evolución final el alta o la interconsulta. Por último la integralidad de la atención medida como la interconsulta del paciente a otras especialidades se observó en el 1% de los pacientes que fueron referidos a psicología. Adicionalmente existen errores en el llenado de las historias, falta de uniformidad del registro por ejemplo del lugar de contra referencia se encontró un mismo servicio escrito de varias formas (Trauma, Traumatología, Traumatólogo) esto genera inconsistencias en las estadísticas. Fue evidente también la falta de uniformidad en los diagnósticos, por ejemplo Lumbalgia, lumbago, lumbocitatica, Dolor lumbar. Con

relación a la infraestructura se pudo observar que los existe deficiencia en plan de mantenimiento de los equipos, se retrasa la reparación de los mismos.

En cuanto a los **Resultados del proceso**: Los criterios utilizados fueron producción y rendimiento del servicio, altas, contrarreferencias o referencia inversa, calidad del servicio y calidad de la atención. Según los datos consolidados para los seis primeros meses del año (HGDC, 2017), un total de 116 pacientes han sido atendidos en el proceso de rehabilitación, es decir consulta con fisioterapia y las diferentes terapias de acuerdo al número de sesiones que estima el especialista, el 53% han sido pacientes del MSP, mientras el 45% del IESS. Dentro de la atención un total de 65 pacientes de primera vez, mientras que 51 son pacientes con consultas subsecuentes, es importante aclarar que los pacientes considerados de primera vez son valorados por fisioterapia y posteriormente inician en terapias, tienen como mínimo 10 sesiones de terapias y un máximo de 80 sesiones. Así mismo los pacientes que se consideran subsecuentes son aquellos que habiendo tenido un manejo de fisioterapia y terapias, después de un control con especialista, vuelven a repetir ciclo, esto afecta la cobertura de atención 116 pacientes en 6 meses, con una concentración de 2,2, es decir en promedio los pacientes repiten dos ciclos de tratamiento.

En el rendimiento de cada servicio teniendo en cuenta el tiempo de atención, para el fisiatra es de 188 pacientes vistos al mes, los terapeutas físicos tienen capacidad para atender a 1622,4 atenciones, mientras que Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional y Neurorehabilitación tienen capacidad de atender 564 atenciones al mes. De acuerdo a las estadísticas del mes de agosto de 2017, se realizaron 3091 sesiones de terapias, para un total de 104 pacientes, en promedio cada paciente recibió 9 sesiones. De estos 104 pacientes fueron dados de alta 45 pacientes, los restantes 59 continúan siendo atendidos en el servicio el siguiente mes. Teniendo en cuenta que cada terapeuta físico podría atender a 202 pacientes al mes, su rendimiento es apenas del 53%, mientras que en las terapias de lenguaje, ocupacional y Neurorehabilitación el rendimiento es de 56%. En cuanto a la especialidad de fisioterapia, se tiene una capacidad de atención de 564 pacientes al mes, durante el mes del análisis, se atendió a 192 pacientes lo que equivale al 41% de rendimiento.

Con relación a la cobertura, según el análisis anterior, es baja por el número de pacientes atendidos frente a la meta de población con discapacidad o con deficiencias motoras (1200) pacientes al mes según la población con alteraciones motoras proyectada para el distrito; no

obstante hay que considerar que cada paciente tiene un manejo distinto de acuerdo a la patología, a la etapa en que se encuentra y al grado de la discapacidad. Para este análisis la cobertura es del 20% según la meta.

Se analizaron las primeras causas de la consulta (Tabla 2), observando que una consecuencia de la falta de criterios de atención se demuestra en las patologías atendidas: Las tres primeras causas de consulta son Lumbago con Ciática, Cervicalgia y gonartros, dichas patologías en el análisis se encuentran en la fase subaguda y crónica, las cuales podrían ser atendidas en el primer nivel, si éste tuviera algún manejo de fisioterapia, pero en ausencia del servicio en el primer nivel las contrareferencias son bajas (2%) y muchos pacientes repiten atención ocupando un lugar de otro que puede tener una patología con fase aguda. Adicionalmente, patologías complejas que ameritan un manejo integral de todas las terapeutas como ACV, Infarto Cerebral, Artritis reumatoide, Retardo mental, por mencionar algunas, no aparecen como primeras causas. Así mismo por áreas de atención se observa que las primeras causas de atención son traumatológicas, (Fracturas) ortopédicas (lumbalgia) y en menor proporción neurológicas (ACV, Hemiplejia) y pediátricas (Retardo mental, parálisis cerebral), estas dos últimas áreas deberían verse con mayor frecuencia considerando que causan mayores grados de discapacidad y serían adecuadas para el nivel de complejidad del servicio.

Finalmente, en cuanto a la medición de la calidad a través del usuario, se realizaron encuestas encontrando lo siguiente: en el tema de integralidad en el manejo, el 62% de los pacientes respondieron tener recomendaciones preventivas para realizar en casa después de las sesiones. Se preguntó a los pacientes si el porcentaje de satisfacción de las necesidades en rehabilitación son cubiertas por la atención, a lo cual el 50% respondió que cubre todas sus necesidades, el 25% que cubre parcialmente las necesidades de acuerdo al motivo de consulta y el restante 25% no las cubre porque su problemática de dolor no se resolvió.

Tabla 2. Primeras causas de la consulta en Rehabilitación Enero a Julio de 2017

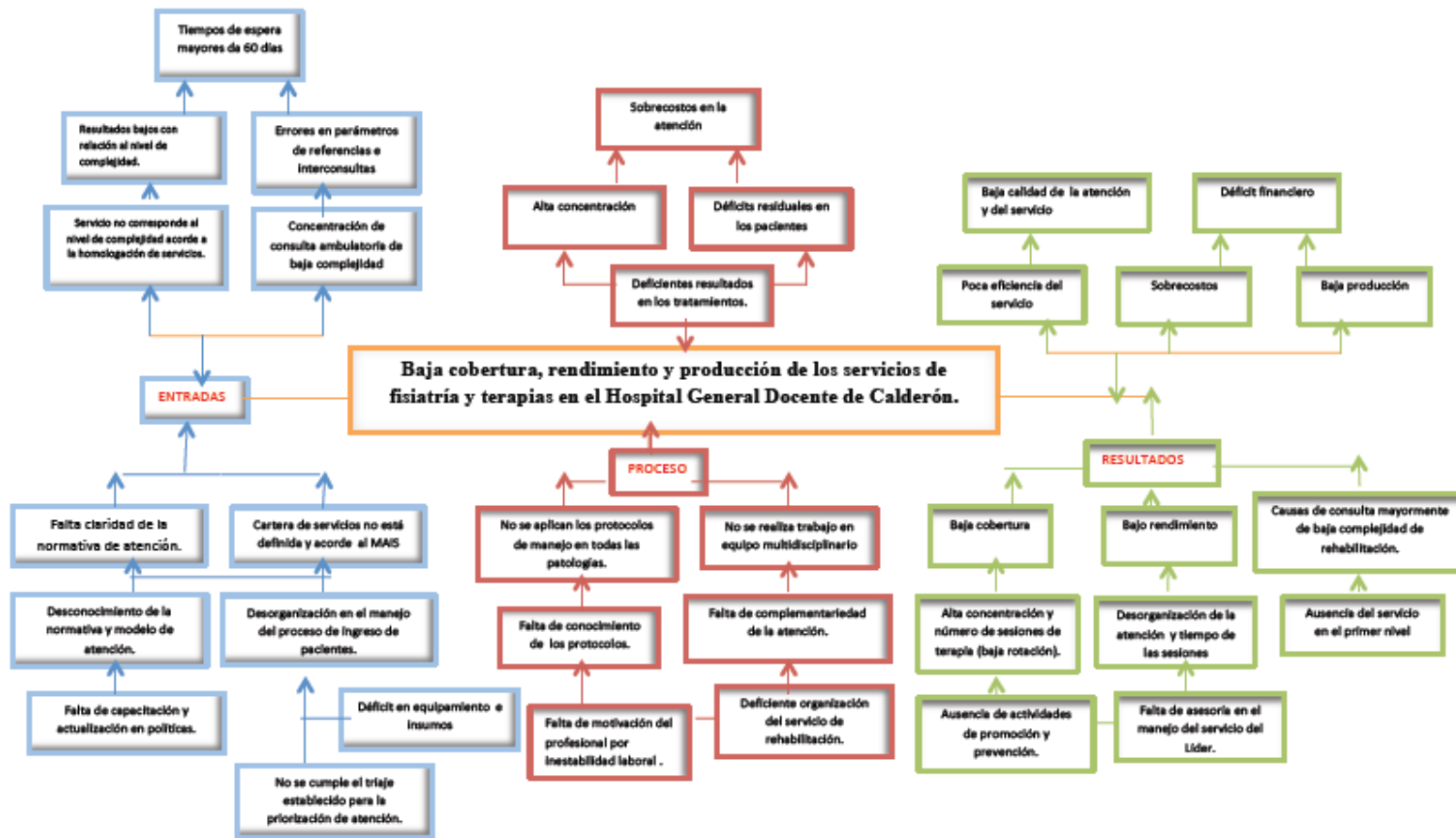
Diagnóstico	Pacientes
Lumbalgia con ciática o lumbalgia	160
Cervicalgia o trastornos similares	110
Gonartrosis primaria	99
Hemiplejia flácida o espástica	50
Fractura de epífisis o diáfisis de cubito o radio	48
Retardo en el desarrollo	44
Tenosinovitis, lesión de extensores, Ganglion, fascitis, lesión del manguito rotador, tendinitis del bíceps	43
Fractura de tibia	42
Parálisis de bell	39
Trastorno del habla y del lenguaje	35
Poliartrosis no especificada	33

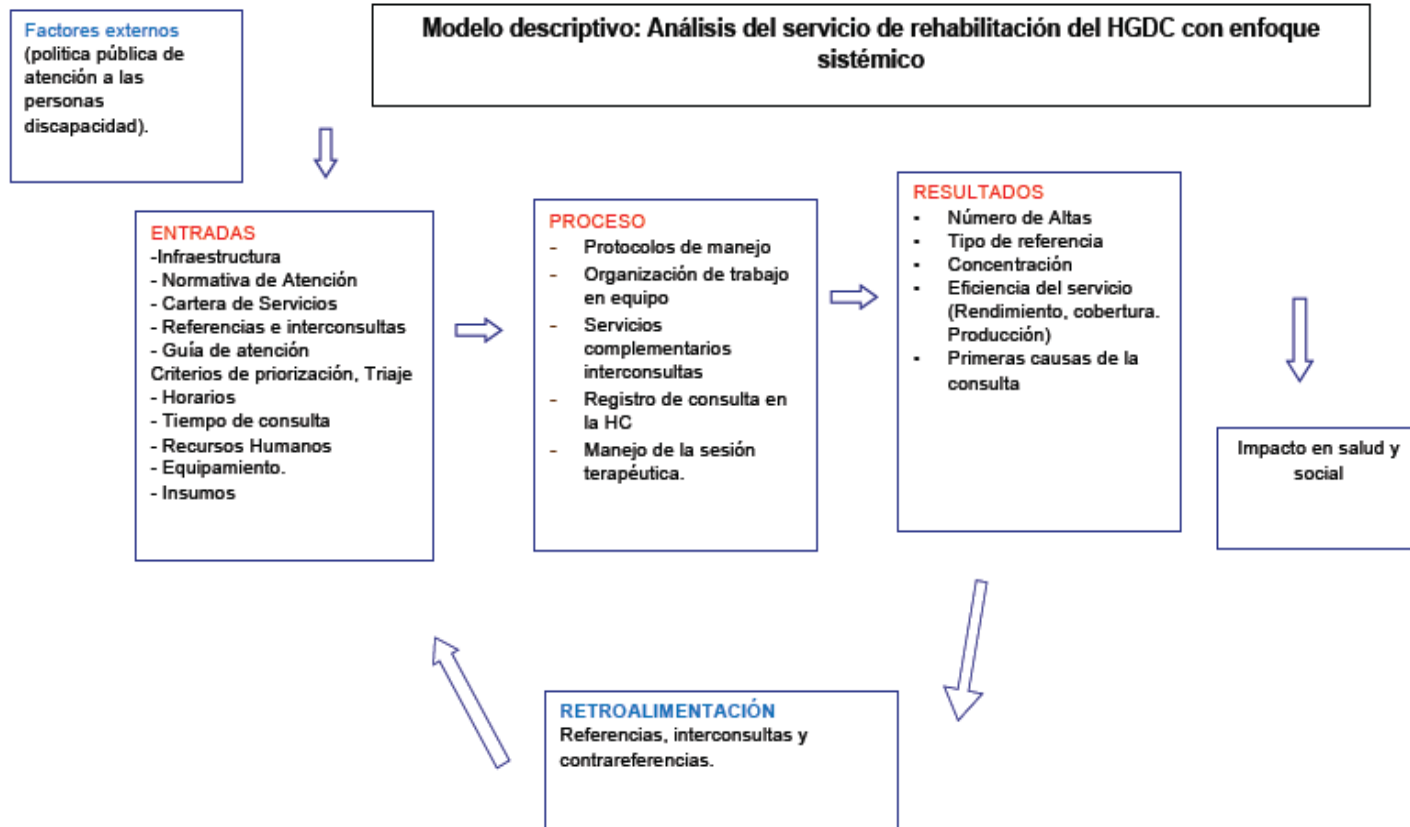
Fuente. Estadísticas HGDC Enero a Julio de 2017

Según el análisis del enfoque sistémico, siendo este el modelo descriptivo seleccionado se identificó que existen nodos problemáticos importantes en las tres áreas (Entradas, proceso y resultados), sin embargo es importante resaltar que muchas de las causas de la falta de eficiencia y efectividad en el sistema se encuentran en las entradas en aspectos como la organización del servicio y la falta de criterios de atención o normativas que les permita a los miembros del mismo tener un ordenador para priorizar la atención a través del triaje, por lo tanto todo aspecto negativo en las entradas produce un efecto directo tanto en el proceso de atención y por ende en que los resultados del servicio no sean ideales. Para el análisis más detallado de las causas y efectos se incluyó este modelo siguiendo la lógica del enfoque

sistémico, pues permitió ahondar en cada una de las causas y consecuencias de cada problemática encontrada.

Modelo conceptual de referencia: Análisis situacional del servicio de rehabilitación – Árbol de problemas





3.7 CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS PREVIAS

En nuestro medio existen pocos estudios actualizados que se refieran al mejoramiento de la efectividad y de la calidad de un servicio utilizando la metodología de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, se realizó un análisis de los últimos 15 años encontrando tres experiencias sobre el mejoramiento de la calidad en servicios de rehabilitación.

En Cuba se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, durante el año 2013, evaluando la calidad de la atención brindada en el Servicio de Rehabilitación Integral de base comunitaria, perteneciente al Policlínico Docente “Armando García Aspurú” del municipio de Santiago de Cuba, la investigación incluyó a trabajadores del área de rehabilitación, encontrando que un alto porcentaje de éstos trabajadores coinciden en que la satisfacción laboral es proporcional a la calidad que tiene el servicio prestado (Haydée, Gonzalez, & Valenzuela, 2016), los resultados mostraron que uno de los elementos más importantes para el trabajador del servicio de rehabilitación es la satisfacción que le produce el desempeño de su labor y los aspectos relacionados con su trabajo concluyendo con el criterio que el trabajador más satisfecho es aquel que satisface mayores necesidades psicológicas y sociales en su empleo y, por tanto, suele poner mayor dedicación a la tarea que realiza (Rodríguez & Labori, 2012).

En cuanto al modelo de ISSS, la publicación Cubana del año 2010, describió un programa público cuyo alcance fue el de describir a la ISSS, como el estudio de las relaciones entre la población y los recursos para la salud (humanos, financieros y tecnológicos), los resultados son fuente de nuevos conocimientos que permiten tomar decisiones para mejorar la eficiencia de los servicios. Los resultados mostraron que la fortaleza esencial del ISSS son los recursos humanos que ejecutan los proyectos, organizados en equipos multidisciplinarios e interinstitucionales (Rojo et al., 2010).

En Cuba en el año 2004, (Ameijeiras, 2004) se realizó un estudio donde se trabajaron los indicadores de calidad y efectividad en los servicios de salud de Cuba, se menciona cómo estudiar la calidad y la efectividad en los servicios como un desafío, debido en parte a que los indicadores deben separarse en cuanto a la calidad técnica y la calidad en la percepción de los pacientes que se relaciona con la atención prestada. En el estudio se observó la importancia

dada a la atención hospitalaria, por el alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud. Adicionalmente se muestra una visión actualizada de los conceptos de calidad y efectividad de la atención sanitaria y de la relación entre ellos (Ameijeiras, 2004).

Se encontró en Chile, un estudio bibliométrico de corte transversal que incluyó la revisión de artículos de nueve revistas en las que publican los profesionales de enfermería con el objetivo de caracterizar la realización de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), una vez identificados los artículos provenientes de investigaciones se seleccionaron aquellos que mostraban la realización de investigaciones en sistemas y servicios de salud. Se clasificaron como de ISSS, (Martinez, 2011), El análisis incluyó once aspectos dentro de los cuales se enfocaron: Situación de Salud, Organización, estructura y funciones del sistema, Accesibilidad y equidad de los servicios de enfermería, calidad de los servicios de enfermería. Y y satisfacción de la población con la atención de enfermería entre otros, y los resultados, solo el 9% de las publicaciones utilizaron la metodología de ISSS, la mayor cantidad de publicaciones en Canadá y Brasil y dentro de los artículos solo 15 se realizaron para la evaluación de un sistema, otros 17 artículos relacionados con la calidad del servicio y 30 artículos relacionados con la satisfacción del usuario. El estudio concluye poca participación del profesional de enfermería en las publicaciones sobre ISSS y el acercamiento a este nivel de análisis es aún uno de los retos de enfermería. Así que los resultados son congruentes con la panorámica actual de este tipo de estudio tanto a nivel internacional como nacional. La Alianza para el desarrollo de ISSS, organismo (Martinez, 2011).

En los estudios analizados sobre los servicios de rehabilitación, se describieron metodologías novedosas para el mejoramiento de la acción intersectorial, para el estudio de la carga de enfermedades, el análisis de la situación de salud en poblaciones pequeñas y la evaluación del desempeño en especialidades, instituciones y territorios que resuelven demandas específicas del sistema. Algunos desafíos que se presentan en las investigaciones con metodología del ISSS, son como la insuficiencia de las publicaciones por proyecto que no se justifica por las asimetrías en el acceso a determinados medios de difusión de orden cultural, político o económico, adicionalmente, se menciona como un gran desafío es la concepción misma de la gestión de la investigación en salud, donde aún prima la visión tecnológica y técnico-

instrumental de la medicina, en virtud de la cual la concepción de un logro científico y su difusión está asociado al desarrollo de las tecnologías duras.

También la Organización Panamericana de la Salud, en el marco de la cumbre de las Américas para el año 1995, reportó las tendencias latinoamericanas de la garantía de la calidad, se reporta que los países desde la década de 1990 encaminan esfuerzos hacia aspectos críticos del mejoramiento de la calidad como la defensa del papel del usuario y de la población como participantes activos en los programas de calidad, el fortalecimiento de la calidad técnica como resultado del mejoramiento de la efectividad y utilidad de las prestaciones de salud, la evaluación permanente de los servicios y tecnologías y el efecto de las investigaciones sobre la calidad de los servicios de salud. La cumbre concluyó que es probable que un esfuerzo sostenido en estas áreas permita a los países mejorar la eficiencia y efectividad de sus servicios de salud (Ross et al., 2000).

En España, en el año 95, se encuentra una publicación cuyo objetivo fue explorar el concepto de investigación en servicios de salud y el papel de este tipo de investigación en la consecución de un servicio de salud más eficiente y equitativo, concluyendo que los criterios socioeconómicos con los que los servicios de salud deben proveer su atención son la efectividad y la equidad. La primera para garantizar la mejor relación posible entre los recursos consumidos y los resultados obtenidos, y la equidad para asegurar que cada ciudadano es atendido de acuerdo con sus necesidades.

4. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante la redefinición de normativa del servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta, mejorará la efectividad del servicio y la percepción de la calidad del servicio en los usuarios, expresada en mayor cobertura, rendimiento, producción y disminución los tiempos de espera.

4.3 Estrategias elegibles

Teniendo la participación del equipo de investigación en rehabilitación, determina la siguiente evaluación a las alternativas presentadas y la forma de inclusión de las alternativas fue aleatoria, en el siguiente cuadro se detalla a priorización.

Escala utilizada: Alto: 3, Medio: 2, Bajo: 1

Tabla 3. Priorización de las alternativas de cambio

Alternativas de cambio y su priorización	Factibilidad	Aceptabilidad de los	Aplicabilidad	visibilidad	Sostenibilidad	Impacto	Externalidad	Total
Reorganizar los horarios y la distribución de atenciones de los profesionales de rehabilitación con intervenciones de tipo individual y grupal.	1	2	1	2	1	1	1	9
Ajustar actividades en el proceso de atención teniendo los parámetros definidos por el especialista para incluir diversas actividades en la cartera de servicios.	2	1	3	2	1	3	1	13
Redefinición de normativa del servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los	3	3	2	3	2	3	3	19

protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta.								
Revisión y ajuste de guías de atención del servicio y selección de protocolos de atención ajustados a las necesidades de atención por las principales causas de consulta.	2	2	3	1	1	3	1	13
Aumentar recursos humanos, revisando horarios y actividades de cada terapeuta y reestructurarlos.	1	3	1	3	1	3	2	14
Reorganizar recursos físicos y relacionarlo con las actividades que se desarrollan en el servicio.	3	3	1	3	1	3	1	15

4.2 Estrategia seleccionada

En el análisis de las alternativas de cambio en las entradas del proceso de rehabilitación sugirió que la alternativa con mayor posibilidad de desarrollarse y de impacto fue: **Redefinir el modelo de trabajo en el servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta.**

Existe una buena factibilidad desde lo financiero y lo científico, aceptabilidad de los involucrados que incluyen al subdirector de especialidades, el equipo de rehabilitación, técnicos de admisiones, auxiliares de apoyo y referentes de otros niveles de atención para que la mejora beneficie el manejo y organización de la atención a la población con discapacidad, la cual impacta en la eficiencia de los servicios con parámetros claros para la atención, haciendo a largo plazo un servicio especializado. Adicionalmente se hace muy visible, debido a que permitirá disminuir el tiempo de espera de la consulta, la oportunidad para la atención y que el paciente tenga mejor satisfacción después de terminar el proceso de rehabilitación.

5. Objetivos

General

Analizar la reorganización del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente Calderón, realizado mediante proceso participativo y capacitante.

Específicos

- Describir el proceso de identificación de problemáticas y estrategias de cambio en el servicio de rehabilitación
- Analizar el rol y el nivel de participación de los actores durante el proceso de cambio
- Estimar y describir los resultados en la efectividad del servicio y la percepción de la calidad en los usuarios luego de la implementación del portafolio de servicios y del triaje.

5.1 Instrucciones operativas

Redefinición de normativa del servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta

Estrategia	Actividad	Descripción de la actividad	Cronograma	Número de personas	Responsable(s)	Facilitadores o barreras
Definición de normativa del servicio de rehabilitación	Taller de construcción de la misión del servicio.	Taller para definir la misión a través de metodología participativa, definir un grupo responsable.	Cuarta semana de septiembre, primera y segunda semana de octubre.	15	Líder del proceso e investigadora	Falta de actitud de apoyo No reconocimiento de la importancia del proceso. Apoyo de la subdirección para el inicio del proceso
	Taller para revisar criterios del modelo de atención acorde a la normativa (MAIS – Acuerdo	Realizar un equipo de investigación para la realización de criterios sobre modelo de atención.	Segunda a cuarta semana de octubre.	10	Líder del proceso e investigadora	Desconocimiento de la normativa vigente, falta de recursos. Existencia de líderes espontáneos

	ministerial 5012), distribución de equipos de trabajo					que muestran interés por el proceso.
Establecer los criterios de atención en cuanto a cartera de servicios y protocolos para cada área.	Mesa de trabajo para redefinir cartera de servicio.	Establecer los criterios de la cartera de servicio en un grupo de trabajo, elaborar la cartera de servicios y realizar la socialización y aprobación y definición de la cartera definitiva.	Tercera y cuarta semana de octubre	2	Delegados de servicio para esta actividad e investigadora	Pérdida de tiempo en la organización de los profesionales. No comprensión de los aspectos teóricos. Contar con herramientas para aclarar conceptos.
	Mesa de trabajo para redefinir protocolos de atención con tiempos de atención por patología y número de	Establecer los criterios de los protocolos de atención que involucre actores de cada servicio, elaborar matriz para definir los protocolos y realizar la socialización y aprobación y definición de protocolos	Cuarta semana de octubre, primera y segunda semana de noviembr	4	Subdirector de especialidades, Delegados de servicio para esta actividad e investigadora.	Pérdida de tiempo en la organización de los profesionales. No comprensión de los aspectos teóricos. Contar con

	consultas.	definitivos.	e.			herramientas para aclarar conceptos.
	Socialización de misión y cartera de servicios.	Taller sobre socialización y aprobación de la misión, cartera y protocolos de servicio.	Tercera semana de Noviembre	5	Equipo investigador definido, Líder de proceso	Entendimiento e interés por construir una buena misión para que sea el derrotero del servicios
Revisión del triaje para la priorización en la asignación de citas.	Revisión y definición de Triage y priorización de la atención de acuerdo a la misión, cartera y protocolos definidos para el servicio.	Incluye revisión de la cartera por servicio y las primeras causas de consulta, análisis de atención a los pacientes y definición de criterios para priorizar en el triaje tipo A,B o C.	Cuarta semana de noviembre	5	Equipo investigador definido, Líder de proceso	Apoyo de admisiones Definición de los aspectos para ser implementados de manera inmediata.
Establecer portafolio de atención del servicio de rehabilitación	Mesa de trabajo para organizar el portafolio acorde a los lineamientos del área de	Incluye reunión con el área de calidad, para conocer los lineamientos en la presentación de propuestas, adaptación del	Primera y segunda semana de diciembre	5	Equipo investigador definido, Subdirector de especialidades,	Apoyo de la subdirección de especialidades. Posibilidad de

y realizar del proceso de aprobación e implementación.	gestión de calidad del HGDC para aprobación de documentos.	documento e impresión para revisión de los líderes de cada proceso en rehabilitación.	e, primera y segunda semana de enero de 2018.		Líder de proceso.	implementar los cambios de inmediato.
		Entrega de los portafolio definitivo al área de gestión documental para su aprobación.	Tercera semana de enero de 2018.	10	Líder de proceso e investigadora.	Aspecto burocrático que retrasa el proceso.
Implementación del portafolio sobre misión, normativa y criterios de atención del servicio de rehabilitación en el HGDC.	Implementación de la propuesta sobre misión, normativa y criterios de atención, triaje y protocolos en el servicio de rehabilitación.	Incluye capacitación del personal de admisiones sobre los nuevos lineamientos para la asignación de citas.	Cuarta semana de Enero de 2018	15	Grupo de investigación del área de rehabilitación, técnicos en admisiones, líder del proceso, especialista.	Interés y apoyo de la gerencia en implementar la propuesta para generar un servicio más eficiente. Desgaste por la tramitología
	Implementación de los criterios sobre cartera de	Incluye socialización del portafolio definitivo y capacitación a los	Febrero de 2018	10	Grupo de terapeutas del área de	Interés y apoyo de la gerencia en implementar la

	servicios y portafolio de atención en cada servicio de rehabilitación.	terapeutas sobre los protocolos de atención.			rehabilitación, líder del proceso, especialista.	propuesta para generar un servicio más eficiente. Desgaste por la tramitología
	Aplicación de encuestas de satisfacción en cuanto a calidad del servicio de rehabilitación.	Realización y aplicación de encuestas.	Abril de 2018	100	Investigador y delegados del servicio.	Compromiso de los técnicos para la realización de las encuestas a los pacientes que asisten al servicio.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de investigación

El estudio fue observacional, de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, mediante un diseño de Investigación en sistemas y servicios de salud, que permite el análisis de organizaciones complejas (Arango, 2004) como son los servicios de salud, con una metodología de Investigación Acción (IA), permitiendo que los actores sociales, analizaran su propia práctica y construyeran una investigación dirigida a cambiar una problemática establecida.

6.2 El universo

Consistió en 1909 personas que asistieron por primera vez al servicio de rehabilitación durante los meses de Enero a Mayo del 2018, así mismo un total de 19 miembros del equipo investigador consistente en 12 terapeutas físicas, 2 terapeutas del lenguaje, 1 terapeuta ocupacional, 1 neurorehabilitador, 1 medico especialista y 2 técnicos de admisiones.

6.3 Muestra

La muestra se tomo considerando el equipo investigador entrevistado, fue una muestra seleccionada a conveniencia, constituida de la siguiente forma:

- 7 terapeutas físicos
- 1 terapistas ocupacionales.
- 1 terapeuta del lenguaje
- 1 Fisiatra
- 1 Administrativos de admisiones

En cuanto a los usuarios del servicio de rehabilitación participantes de la encuesta, se utilizó una muestra aleatoria de los que asistieron durante tres semanas del mes de julio, en un horario de 8 a 12 y se incluyeron aquellos pacientes que aceptaban la realización de la encuesta y la firma del consentimiento informado, se realizaron un total de 68 encuestas.

6.4 Técnicas empleadas

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron:

- **Revisión documental:** se realizó el análisis de los informes consolidados del servicio de rehabilitación entre los meses de enero a mayo de 2018, con dicha información se tomaron los datos para determinar los siguientes indicadores: oportunidad en la atención, cobertura, rendimiento y concentración, Además se valorará la pertinencia en los diagnósticos en el manejo del triaje de los pacientes atendidos durante el período enero a mayo de 2018, analizando las consultas asignadas a cada profesional de primera vez en el período de estudio.
- **Entrevista semiestructurada:** previa firma del consentimiento informado, se realizó de manera individual a 11 de los investigadores (profesionales del equipo) participantes en el proceso de análisis situacional y en la implementación de las estrategias propuestas y consistió en responder a un cuestionario de preguntas abiertas a cerca del proceso de implementación de la misión, los protocolos de atención, la cartera de servicios y los cambios en la oportunidad de la atención a partir de la implementación del triaje desde la priorización de los pacientes, se permitió a los entrevistados explicar en cada pregunta. estos datos fueron sistematizados para la descripción de los resultados.
- **Encuesta Dirigida a usuarios:** previa firma de un consentimiento informado, se realizó la aplicación de un cuestionario cerrado, durante tres semanas, 4 horas al día, a los pacientes o sus familiares que se encontraban en la sala de espera para entrar a la cita de rehabilitación, se aplicó de manera aleatoria a aquellos pacientes que quisieron responder y en algunos casos contaron con el apoyo del encuestador para escribir en el cuestionario las respuestas.

Las técnicas utilizadas para LA SISTEMATIZACIÓN Y análisis de la información fueron:

- Análisis de contenido: se realizó para las entrevistas y posterior se sistematizó y describió la información.
- Estadística descriptiva para revisión documental y las encuestas

- Adicionalmente se utiliza el análisis descriptivo de la información recopilada en la revisión documental, así mismo la base de datos elaborada para las variables de la encuesta a usuarios se analizó con estadística lineal y toda información fue codificada con la finalidad de asegurar la confidencialidad.

6.5 instrumentos

- Matriz de avances en la implementación de la estrategia. Se utilizó en los siguientes procesos: misión, redefinición e implementación de cartera de servicios, implementación de criterios de atención y elaboración y utilización de portafolio de servicios, implementación del triaje. (ANEXO 1)
- Guía de entrevista semiestructurada: dirigida al equipo investigador (ANEXO 2)
- Consentimiento informado tanto para los profesionales como a los pacientes que contestaron la encuesta (ANEXO 5,6)
- Matriz Excel: para el análisis de la información estadística del servicio de rehabilitación de los meses enero a mayo de 2018, y la revisión de los registros de atención y consolidados del servicio (ANEXO 7)
- Check list sobre los informes a solicitar ((ANEXO 3)
- Cuestionario a usuarios sobre calidad del servicio (ANEXO 4)

Considerando la metodología de Investigación Acción, frente a un problema identificado y descrito para lo cual se establece una hipótesis, a través de la cual se pueden alcanzar estrategias de cambio, esta metodología se podría reproducir en otros estudios pero no los resultados del contexto específico para el presente estudio.

Se pudieron establecer algunos sesgos en el manejo de las entrevistas por parte de los actores involucrados, sin embargo se logró manejar explicando mejor cada pregunta para evitar confusión.

6.6 Análisis del nivel de participación de los actores involucrados:

Los actores involucrados en el proceso fueron los siguientes:

- Gerente del Hospital General Docente de Calderón
- Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas
- Especialista de fisioterapia.
- Líder del proceso de rehabilitación
- Profesionales de rehabilitación: Terapeutas físicas, terapeuta ocupacional, terapeutas del lenguaje, terapeuta de neurorehabilitación.
- Técnicos de admisiones.
- Profesionales de primer nivel de atención
- Población atendida

Los actores se identificaron en tres grupos acordes al nivel de interés e involucramiento en el proceso:

El análisis de la participación de los actores, permite ver que durante el proceso existieron tres grupos de involucramiento en el proceso que se quiere corregir como es redefinir la normativa del servicio y establecer criterios para el triaje de asignación de citas.

- El primer grupo es el más directamente relacionado y cercano al proceso y muestra ser el más afectado por la falta de organización del servicio, presentan en su mayoría una actitud de aceptación o neutralidad frente al cambio y un alto porcentaje tuvo alta participación en el proceso de cambio. Sin embargo, este grupo que tuvo mejor compromiso que los demás no tenía la posibilidad de tomar decisiones y por tanto se acudía a la líder para conseguir establecer algunos aspectos del proceso por ejemplo cuando se revisó la cartera de servicios se consultó a la subdirección de especialidades para implementar el ordenador de la cartera por grupo atareo.
- Un segundo grupo definido como indirecto por su nivel de relación al problema, sin embargo tiene un gran interés en que se implementen soluciones y presentan gran poder de decisión, dicho grupo tuvo poca participación en el proceso, aunque sabía cual metodología se estaba desarrollando.
- Por último el tercer grupo fue denominado como influyente en el problema, algunos actores se encargan de la labor administrativa de asignar citas y otros actores pertenecen a servicios que se llaman complementarios al proceso de rehabilitación. Este grupo no presentó mucho interés en participar del proceso de construcción de la

alternativa de solución pero una vez determinada la solución si les afectó directamente y en ese momento se vieron obligados a entender y participar en el proceso de implementación, adicionalmente en la actualidad son quienes más beneficios le han percibido al triaje porque facilitó la asignación de citas e hizo más ágil el proceso.

A continuación se realiza un análisis descriptivo de cada grupo de actores con su nivel de participación y relaciones de poder y al final se podrá percibir un diagrama sobre el rol de los actores al final del proceso.

Análisis de actores y sus relaciones de poder en el proceso de rehabilitación del Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

1. Lista de actores involucrados y análisis

Para el análisis se identificaron tres grupos de interés involucrados

Primer nivel de interés: a quienes afecta directamente

Actor	Posición	Intereses en la política	Reputación	Participación	Toma de decisiones	Tipo de poder
Líder del proceso de rehabilitación	A favor	Alto	Muy Buena, bajo parámetros de credibilidad y respeto.	Media por tener actividades administrativas.	Media, depende de la aprobación de superiores.	Poder con: para transformar
Especialista de rehabilitación	Neutro	Bajo	Buena pero algunas controversias con los miembros del equipo.	Baja	Decisiones frente al manejo de los pacientes y algunas compartidas frente a la organización del servicio.	Poder en: crear y resolver
Grupo de Mecanoterapia Pablo Escobar: PM1	A favor	Alto	Muy buena, con capacidad de liderazgo	Alta, se encargó de liderar un proceso	Bajo	Poder en

Grupo de Mecanoterapia Jorge casas: PM2	Neutro	Bajo	Baja, se le considera un buen terapeuta pero no aporta más allá de lo que le corresponde, es decir le falta el extra.	Baja, poco interés, nunca tuvo intervención en los talleres realizados	Bajo	Sin poder
Grupo de Mecanoterapia Jorge casas: PM3	Neutral	Bajo	Buena, pero en el proceso tuvo vacaciones y no asistió a varias sesiones de trabajo.	Participación pero pasiva en el proceso	Bajo	Sin poder
Área de Terapia física gimnasio, Cristina Latacunga PG1	A favor	Alta	Muy buena, con capacidad de liderazgo	Alta, se encargó de liderar un proceso	Bajo	Poder con
Área de Terapia física gimnasio: Raúl casas: PG2	A favor	Baja	Buena, tiene compromiso y liderazgo.	Media: tuvo vacaciones	Baja	Sin poder
Área de Terapia física gimnasio: Diego Puma: PG3	A favor	Media	Media, esta nuevo en el servicio.	Media, se encargó de liderar el proceso de construcción de la misión.	Baja	Sin poder
Área de Terapia física gimnasio: Leo Castaño PG4	A favor	Baja por ser extranjero	Buena, tiene habilidades que complementan la rehabilitación.	Baja, es extranjero y se observa temor de involucrarse.	Baja	Poder en

		no se involucra.				
Neurorehabilitador: NR	A favor	Baja	Baja, se le considera un buen terapeuta pero no que no hace más allá de lo que le corresponde	Media, participó en todo el proceso y realizó los compromisos.	Baja	Poder con
Terapia Ocupacional: TO	Neutra	Baja	Baja, debido a su estado de embarazo no se le vió interesada.	Baja, no asistió a varias sesiones.	Baja	Poder con
Terapia del lenguaje: TL	Neutra	Media	Media: tuvo interés al comienzo.	Baja, no asistió a varias sesiones.	Baja	Poder con
Técnico de admisiones: TA	A favor	Alto en una parte del proceso.	Buena, es receptiva y hace bien el trabajo.	Baja, solo participó en tres sesiones	Baja	Sin poder

Segundo grupo de interés: Afectados indirectamente

Actor	Posición	Intereses	Reputación	Participación	Toma de decisiones	Tipo de poder
Gerente: G	A favor	Alto	Muy buena, tiene alta credibilidad de parte del grupo de investigación.	Alta, ha estado pendiente del proceso.	Alta	Poder en
Subdirector de servicios de salud: SSS	A favor	Alto	Buena. Pero es nuevo en el proceso	Baja, no se ha involucrado desde que asumió el cargo.	Alta	Poder con
Directora de docencia:	Neutra	Medio	Buena: se le respeta porque puede influir en la implementación.	Baja, pero conoce el proceso.	Media	Poder en
Director de gestión de calidad: DGC	Neutra	Medio	Buena, los procesos deben ser aprobados por el área a su cargo.	Baja, pero conoce el proceso que se está desarrollando.	Media	Poder con
Director administrativo: DA	Neutra	Baja	Baja, en este caso afecta en la disposición de los insumos y equipos para el	Nula	Media	Poder coercitivo

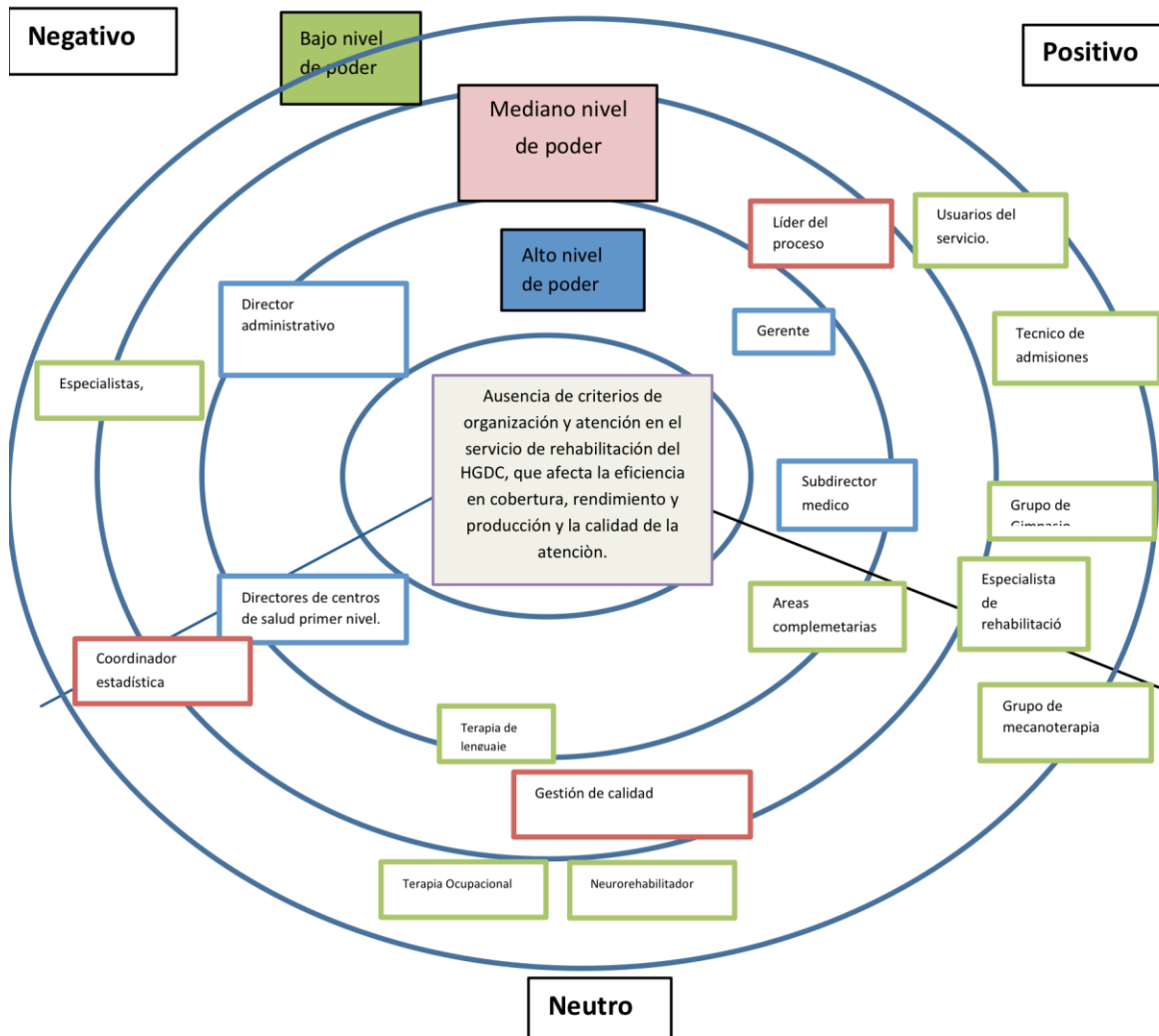
			servicio.			
--	--	--	-----------	--	--	--

Tercer grupo de interés: Aquellos que influyen en el problema núcleo

Actor	posición	Intereses	Reputación	Participación	Toma de decisiones	Tipo de poder
Técnicos de estadística: TE	Neutra	Bajo	Buena	Baja	Media para el suministro y manejo de la información.	Poder para
Profesionales del Área de salud mental como complemento al proceso. PC	A favor	Medio en la complementariedad de la atención al paciente.	Buena, desde el servicio de rehabilitación se tiene como un área soporte.	Media, asistieron a dos sesiones de trabajo y aportaron al proceso.	Baja	Poder en
Directores de Centros de salud de	A favor	Medio, aunque no les	Buena, participan en la	Baja, fueron invitados a la	Alta.	Poder coercitivo

primer nivel de atención. DCS 1nivel		conviene que se les limiten las referencias que realizan al servicio de rehabilitación.	red del distrito para el mejoramiento de la atención.	socialización de los problemas encontrados.		
Usuarios del servicio de rehabilitación. USUARIO	A favor	Alto, cuando se les ha permitido participar.	Media	Baja, no se invitaron	Baja	Poder para

Figura 6. Mapeo de grupos de interés y relaciones de poder al final del proceso



En el análisis descriptivo se observó que el grupo investigador tuvo alto o medio interés pero poco poder, es decir no se tuvo la posibilidades de decisión a la hora de requerir una aprobación del portafolio que se propuso realizar, sin embargo existen aliados al proceso que contaban con el poder como es el gerente del hospital y el subdirector de especialidades y fue a través de estas personas y con el apoyo de la líder del proceso que se realizó la búsqueda de una aprobación oficial de todo el portafolio del servicio.

En cuanto a los actores que se encontraron en contra del proceso, no contaban con tanto poder como para que se limite o detenga el proceso.

6.7 Descripción del proceso desarrollado desde identificación de las alternativa hasta la implementación de la alternativa de solución mediante un proceso capacitante:

Como se ha mencionado, dentro de la investigación del servicio de rehabilitación en el HGDC, mediante la metodología Investigación Acción, se desarrollo un proceso de trabajo concertado con el equipo de profesionales, este proceso tuvo una característica clave y fue la de involucrar la capacitación en cada etapa para lograr la participación y mejor entendimiento de las etapas y la toma de decisiones.

Partiendo de la hipótesis planteada como fue “La redefinición de normativa del servicio a través de un proceso capacitante, determinando la misión del servicio, revisando la cartera de servicios, los protocolos y el manejo del triaje para la priorización de la consulta”, se organizaron subgrupos de trabajo contando con la participación de 15 actores, dentro de ellos, médico fisiatra, 12 terapeutas, la líder, la maestrante y los técnicos.

Los subgrupos conformados quedaron organizado de la siguiente forma:

- Un subgrupo de 5 personas, para la definición de la misión del servicio
- Un subgrupo de 4 personas, para la revisión de la normativa y criterios de atención en otros modelos de atención
- Un subgrupo de 4 personas, para la redefinición de la cartera de servicios
- Un subgrupo de 3 personas, para la revisión y redefinición de protocolos de atención, todos estos elementos fueron considerados para la evaluación operativa.

A continuación se describe cada fase del proceso.

6.7.1 Fase de negociación

Para el proceso de redefinición de la normativa y criterios de atención en el servicio, fue necesaria el trabajo de 3 meses del equipo investigador, por los subgrupos de trabajo planteados, se determinó en conjunto una dinámica de trabajo que consistía en que cada subgrupo se reuniera dos veces por semana durante una hora para avanzar y que la

maestrante estaría apoyando el proceso en cada subgrupo, especialmente en lo que se refiere a la revisión teórica de los temas o a la metodología de trabajo para avanzar.

Inicialmente se trabajó con el **grupo investigador encargado de la misión**, realizando una revisión conceptual sobre la estructura de una misión, se buscaron varios ejemplos y posteriormente con la metodología de lluvia de ideas se elaboraron dos propuestas sobre misión del servicio. Para este proceso se contó con actores de cada área terapéutica, un profesional de terapia física, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria, además con la asesoría y apoyo del formador de campo quien incluyó aspectos de capacitación.

Posteriormente se llevaron las dos propuestas presentes a un taller con el grupo de investigación completo, en donde se permitió opinar sobre cada propuesta y ajustarla hasta llegar a aprobar la segunda misión, con algunos ajustes, quedando de la siguiente forma: “Somos un servicio de Rehabilitación Integral, de segundo nivel de atención y de mediana complejidad que brinda servicios de Terapias física, Terapia del lenguaje, Terapia ocupacional, neurorehabilitación y Terapia respiratoria a personas con discapacidad temporal o permanente, auto referidos, derivados de la red de salud pública o de la interconsulta, trabajamos con alto grado de calidad, sentido de la integralidad, profesionalismo y sentido humano, contamos con infraestructura adecuada y buscamos contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes del Hospital General Docente de Calderón”. Durante el proceso se logró que los profesionales involucrados obtuvieran una mejor visión conceptual sobre los elementos que se consideran importantes en la misión, además del objetivo de ésta. Los actores que se observaron más involucrados fueron los profesionales de terapia física.

En cuanto a la redefinición de la normativa del servicio, al igual que para la elaboración de la misión, se creó un grupo de trabajo cuyo objetivo fue el de revisar la normativa y criterios de atención del servicio en el ámbito nacional y revisar modelos de rehabilitación de otros países. Inicialmente se buscaron modelos de rehabilitación integral de España y países latinoamericanos, así mismo se incluyó la revisión del acuerdo ministerial 5212 y del Atención Integral en Salud. Se realizaron tres sesiones de trabajo sobre la revisión conceptual hasta acordar en el grupo los parámetros del servicio, posterior a esto, se realizó un documento que

incluyó las definiciones específicas del segundo nivel de atención y el nivel de complejidad mediano.

En la cuarta sesión se invitó al equipo investigador extenso y se realizó la presentación tanto de la normativa definida para el servicio y los criterios de atención, se realizó la respuesta a las inquietudes presentadas por los miembros del equipo y con estas claridades se procedió a establecer el siguiente paso que sería el de definir la cartera de servicios y revisar los protocolos de atención. Según el acuerdo ministerial 5212 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), se define el servicio como un establecimiento de servicio de apoyo, de mediana complejidad o Centro de Rehabilitación Integral (CRI 2), que prestan servicios ambulatorios a “usuarios con signos, síntomas o secuelas, que causan disminución importante o imposibilidad para realizar una o varias actividades de la vida diaria (AVD) pero mantienen independencia en las actividades de autocuidado y su cartera se centra en terapias física, ocupacional, lenguaje, psicorehabilitación infantil y psicología clínica” (p.15). El grupo concluye que en el servicio de rehabilitación se cuenta con dichos servicios, sin embargo existe falta de complementariedad en la atención con el área de psicología y las especialidades clínicas para que el proceso sea integral. Lo cual va a constituir una estrategia de trabajo pendiente de desarrollar en los próximos meses.

Durante esta parte del proceso el grupo mostró buena adhesión observando que entre mejor era la capacidad de entendimiento conceptual, mayor compromiso por parte de los miembros del equipo, especialmente los líderes de cada grupo conformado, es decir los profesionales del área de gimnasio terapéutico. Es de resaltar que siempre en el equipo hubo profesionales que se mostraron pasivos al trabajo, como fueron la terapeuta ocupacional, los profesionales de mecanoterapia, sin embargo al final existió buena relación con todos los miembros del equipo incluidos quienes se mostraban pasivos.

La revisión de la normativa, consistió en un proceso capacitador en donde se compartieron documentos sobre los servicios tales como modelos de atención en rehabilitación, los aspectos incluidos en el MAIS para dichos servicios y lo concerniente al acuerdo 5212 (2014), sobre homologación de servicios de salud, dichos documentos fueron revisados por tres subgrupos de trabajo y cada grupo realizó la socialización de los mismos, recibiendo retroalimentación de la maestrante y del tutor de campo. El resultado de este proceso

capacitante fue el de tener un consenso en el nivel de conocimientos que tanto los terapeutas como los auxiliares y la especialista en fisioterapia tienen sobre los conceptos de rehabilitación integral, de modelos de trabajo en rehabilitación, objetivos de la rehabilitación por niveles de atención y competencias del servicio de acuerdo al nivel mediano de complejidad para un segundo nivel de atención en salud.

6.7.2 Fase de redefinición de la cartera de servicios

El grupo encargado de la redefinición de la cartera de servicios, estuvo conformado por miembros de las áreas de terapia física, mecanoterapia y gimnasio; neurorehabilitación, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Una vez definidos los criterios, se procedió a acordar la metodología para la revisión de la cartera. Se partió de los documentos existentes con la cartera de servicios en rehabilitación y se revisaron los criterios sobre el tema dentro del MAIS. Con el apoyo del formador de campo, se realizó la presentación y la propuesta de redefinir la cartera considerando los grupos etáreos, para esto además se propuso al grupo una matriz de trabajo por cada área y se definió un cronograma con los tiempos para el trabajo en cada área.

Durante 3 sesiones de trabajo grupal se confrontaron los servicios existentes y se ubicaron en la matriz según la lógica propuesta por los grupos etarios. Posteriormente, se realizaron sesiones individuales para el trabajo en cada área para completar cada matriz y una vez obtenida toda la información la investigadora maestrante procedió a consolidar la información.

Para completar este proceso, se percibieron dificultades derivadas de falta de entendimiento sobre los parámetros definidos en el MAIS, lo cual hizo necesario explicar teóricamente y realizar ejemplos que permitieran la comprensión. Durante el apoyo individual a cada área se notó interés de los actores involucrados, sin embargo, existieron otros actores de terapia física que no lograron involucrarse mostrándose indiferentes en las sesiones grupales.

El proceso tuvo como objetivo que el grupo de investigación realizara una revisión a la cartera existente y a los protocolos para identificar las falencias y establecer parámetros técnicos para tener estos aspectos basados en la normativa vigente, la participación del grupo se vio disminuida debido a que se requería entender y cambiar la lógica de presentar la cartera y los protocolos a como ya se tenían, esto para que dichos procesos fueran comprensibles para

todos y para que tuvieran elementos claros de identificación del servicio, por ejemplo patologías que se atienden y en que grado del proceso llegan a ser atendidas en el segundo nivel, así como el alcance de las acciones de rehabilitación en dicho nivel. Se observó que tanto para la cartera de servicios como para los protocolos, un grupo reducido (50%) asumió el liderazgo y el compromiso de terminar los procesos, mientras el resto de los terapeutas se mostraron indiferentes a participar o asumir la responsabilidad.

6.7.3 Fase de Socialización y retroalimentación del portafolio completo de atención

Para finalizar este proceso de negociación, se realizó una sesión de presentación general sobre los aspectos de cartera de servicios y protocolos de atención, en esta sesión se involucró a la totalidad del grupo y se permitió un espacio de aclaraciones. En este proceso se sintió mayor adhesión y comprensión de todo el proceso por la mayoría del grupo, aunque unos pocos actores continuaron desinteresados pero muchos menos que al comienzo del proceso. Se concluyó con los acuerdos sobre la metodología de aprobación de todo el portafolio y la necesidad de contar con un documento que contenga los parámetros de la dirección de calidad.

Se realizó una reunión con los técnicos de calidad para conocer los parámetros de elaboración de los documentos que se pretenden aprobar, con dichos lineamientos se procedió a estructurar un documento que fue entregado a cada líder de las diferentes áreas de rehabilitación, posterior en una reunión interna y guiados por la líder de rehabilitación fue revisado el documento y el grupo determinó algunos parámetros para corregir y entregar el documento final.

A pesar de no contar aún con un documento terminado, se realizó la socialización de los aspectos trabajados en subgrupos, esto para recibir la retroalimentación al respecto y esta actividad tuvo un alto porcentaje de participación.

6.7.4 Definición del triaje del servicio de rehabilitación

Para la revisión del triaje, se convocó a una reunión con la líder del proceso y el subdirector de servicios de salud. El insumo que sirvió para esta definición fue el de los protocolos de atención, considerando las primeras consultas del servicio, así se llegó a una propuesta que se incluyó en el documento final y que fue aprobada por el subdirector de especialidades. Esta parte del proceso fue muy ágil e importante debido a que existía ya el insumo de la cartera de servicios y los protocolos, fue un análisis técnico y sustentado el que llevó a tener una propuesta que incluye parámetros de priorización en las categorías A,B y C y que aparecen detalladas en el reporte de investigación.

Así mismo en una sesión final de trabajo se socializó la priorización del triaje con las dos técnicas de admisiones para posterior llevar a la modificación de agendas e inclusión de los criterios definidos a partir del primero de enero de 2018.

Fue notoria la receptividad y compromiso de las técnicas para la implementación de esta parte del proceso en la organización del servicio de rehabilitación.

Con relación a la estrategia de revisión y redefinición del triaje para priorización en la asignación de citas, esta actividad se desarrolló una vez ya se contaba con la normativa y criterios de atención claros y definidos, se definió un grupo de trabajo pequeño y se desarrolló una propuesta.

En la última parte del proceso se determinó la impresión de todo el portafolio elaborado para ser presentado a la Coordinación de calidad para su aprobación formal, para lo cual se desarrolló una mesa de trabajo que se encargó de condensar el portafolio y entregarlo impreso al Líder del Proceso.

El documento impreso fue socializado con los subgrupos de investigación, quienes realizaron correcciones a cada parte, en la misión, cartera de servicios, portafolio de atención por área y la propuesta de triaje realizada, posteriormente se realizaron las correcciones y la entrega final al Líder del proceso para continuar el proceso de aprobación.

En la implementación de la propuesta y del triaje para la asignación de las citas, se realizó en la primera semana de Enero de 2018 una reunión con los técnicos de admisiones sobre los cambios a realizar en la asignación de citas priorizando según el nuevo triaje, la reunión fue

exitosa y se espera que se hayan modificado las agendas considerando los tres niveles de priorización que se observan en la siguiente tabla.

6.7.5 Fase de Implementación de la estrategia

Implementación de la Misión, criterios de atención y normativa del servicio

Teniendo en cuenta los lineamientos entregados por el área de calidad, se realizó la propuesta sobre normativa y criterios de atención en el servicio de rehabilitación, incluye la misión, cartera de servicios, protocolos de atención y el triaje, dicho documento se encuentra en proceso de corrección y se espera ser entregado a la líder del proceso para que se realice el proceso de aprobación por parte de calidad.

Una vez se logre la aprobación, se espera que sea incluido oficialmente como el portafolio del servicio que permitirá ser soporte para todas las revisiones y evaluaciones legales del servicio.

No obstante el documento está en proceso de aprobación, tanto los técnicos como los terapeutas y la especialista de rehabilitación han decidido implementar los parámetros trabajados durante el proceso desde ya, es decir que actualmente se están utilizando los parámetros del triaje, la cartera de servicios y los protocolos para organizar la consulta, esto permitirá descongestionar el servicio y permitir una mayor cobertura, lo cual va impactar positivamente en la eficiencia del servicio.

Al final se percibió el reconocimiento de todos los miembros del equipo investigador, mismo equipo de rehabilitación sobre la importancia y la utilidad del proceso, considerando que estos parámetros van a ser importantes en la organización del servicio y en futuros programas que se van a implementar, dicha valoración también ha sido brindada por el gerente del hospital, quien fue un actor de gran importancia, dándole mucho valor al proceso y quien con su apoyo permitió la conclusión de los objetivos que en equipo se propuso inicialmente.

7. RESULTADOS

7.1 Evaluación de la implementación de la alternativa de solución con los actores

- Para evaluar la percepción sobre el proceso de implementación de normativa y criterios de atención en el servicio de rehabilitación, se realizó en el mes de junio de 2018 la entrevista semiestructurada a 11 actores involucrados en el proceso, dentro de ellos terapeutas físicos, ocupacional, lenguaje, técnicos en admisiones y fisiatra.
- Se indagó si conoce el portafolio de atención en rehabilitación que fue entregado en el mes de enero y que comprende la misión, revisión de protocolos, reordenamiento de cartera de servicios, restructuración e implementación del triaje, a lo cual el 70% mencionó conocer el portafolio de servicios implementado, algunos de los comentarios que realizaron a esta pregunta es que se debe dar a conocer a todos los terapeutas que ingresan al servicio.
- El 85% de los actores mencionó conocer la misión que fue implementada en el servicio, pero el 71% de éstos realmente recordó algunas partes de la misión. El comentario que hicieron en este sentido es que se debe publicar la misión en un lugar visible para que sea conocida por los servidores y pacientes.
- El 100% de los actores percibe como positiva la implementación de la misión, los comentarios que se recibieron fueron que la misión intenta implementar el manejo con el equipamiento adecuado, permite mejor organización en el trabajo con los pacientes y el que conocer la misión ayuda al personal a hacer mejor su trabajo
- El 71% de los actores conoce el modelo de atención y los criterios implementados resaltando que se atienden las principales patologías que llegan al servicio y se percibe mejoría en triaje para el agendamiento lo que hace eficiente este servicio.
- En cuanto a los protocolos de manejo definidos, el 87% de los actores los conocen y utilizan, los comentarios realizados sobre el uso de los protocolos fueron que mejoró el tiempo de atención por patología y que se deben conocer al 100% por todos los miembros del equipo.
- El 100% de los actores entrevistados conoce y observa positivamente la implementación del triaje con criterios de priorización, mencionan que ha mejorado el

flujo de pacientes, los pacientes acceden mas rápido al servicio de rehabilitación, se atiende a los pacientes con prioridad, se evidencia la mejoría de la organización y fluidez de pacientes, se percibe eficacia en el agendamiento y en los tratamientos y como aspecto para mejorar mencionaron que se requiere capacitación al personal en cuanto al triaje.

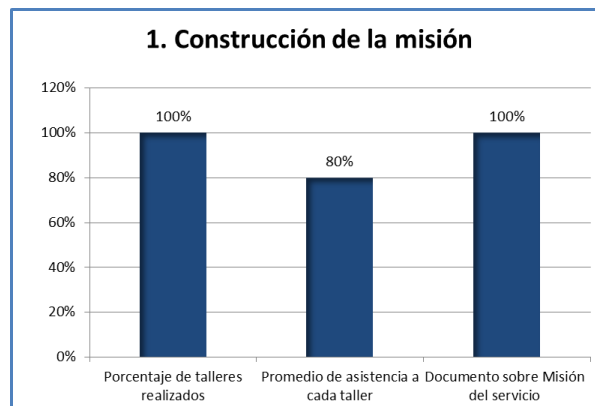
- Por último se indagó sobre los cambios que se observan en la implementación del portafolio de servicios con criterios de atención, algunos comentarios fueron que se observa disminución tiempos de atención y de espera, mejor atención y se atiende mas eficiente y rápido al pacientes, se conoce la misión da metas en común y se atiende con priorización por diagnóstico y aplicación de protocolos

7.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

7.2.1 Normativa interna Servicio Rehabilitación.

La elaboración de la normativa se tuvo la participación de 15 personas en las diferentes reuniones o talleres, dentro de ellos fueron 2 terapeuta del lenguaje, 1 terapeuta respiratorio, 11 terapeutas físicos, 2 auxiliares y 1 fisiatra. A continuación se detalla los resultados de acuerdo a cada segmento de la construcción de la normativa del servicio:

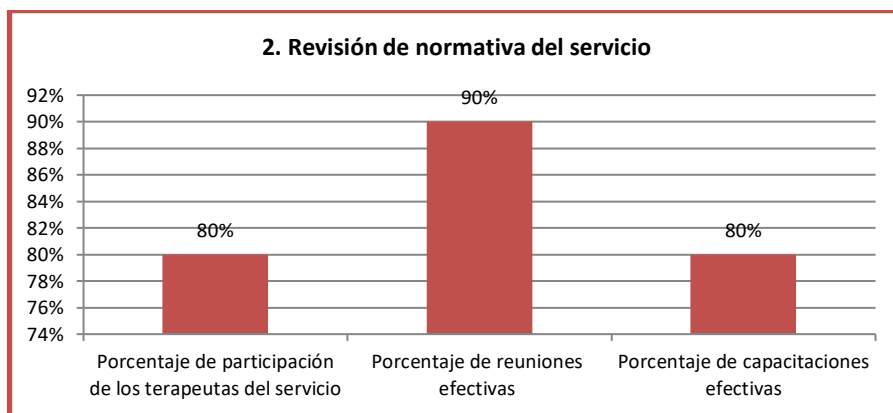
Grafico 1. Misión



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

En esta etapa se logró obtener el producto sobre la misión del servicio la cual fue definida como: “Somos un servicio de Rehabilitación Integral, de segundo nivel de atención y de mediana complejidad (CRI-2), que brinda servicios de Terapias física, Terapia del lenguaje, Terapia ocupacional, neurorehabilitación y Terapia respiratoria a personas con discapacidad temporal o permanente, derivados de la red de salud pública o de la interconsulta, trabajamos con alto grado de calidad, profesionalismo y sentido humano, contamos con infraestructura adecuada y buscamos contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes del Hospital General Docente de Calderón”.

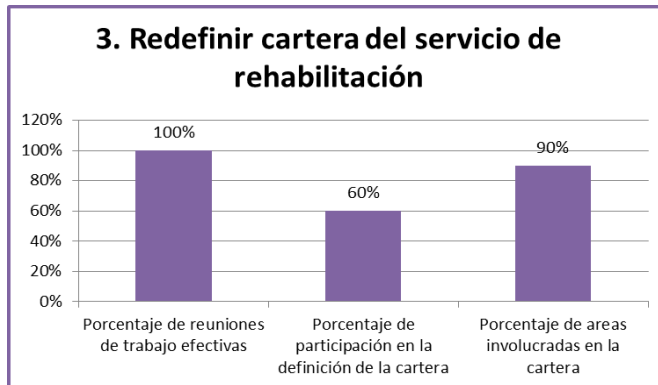
Grafico 2. Normativa del servicio



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

Dentro de la normativa el producto incluyó la redefinición como un servicio como un CRI-2 identificado en la norma como un establecimientos que brinda servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que presentan síntomas, signos o secuelas que causan disminución importante o imposibilidad directa para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (AVD), pero mantienen independencia en las actividades de autocuidado. Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias físicas, de lenguaje y ocupacional, psicorehabilitación infantil y psicología clínica.

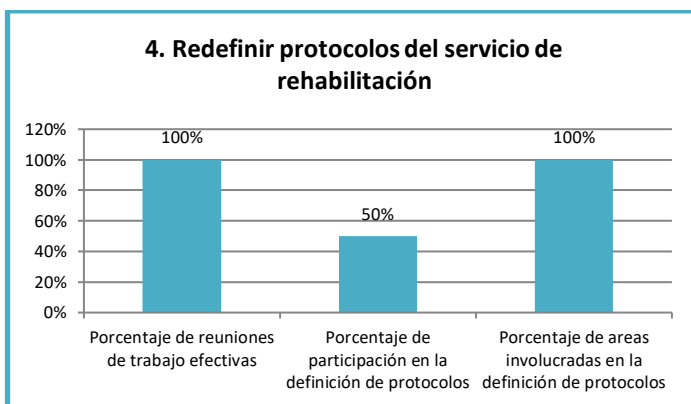
Grafico 3. Cartera de Servicio



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

La cartera de servicios tuvo un resultado de definir el ordenamiento de las actividades desde por una parte el grupo etareo y analizando las actividades, el flujo de atención relacionado y las patologías que se presentan con mayor regularidad en el servicio en dicho grupo etareo.

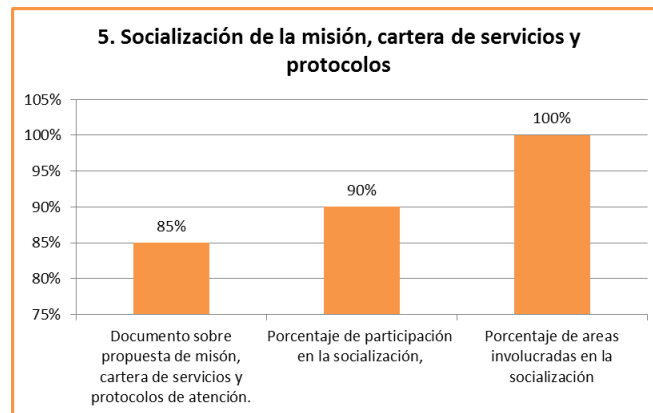
Grafico 4. Protocolos de Atención



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

En cuanto a los protocolos de atención el proceso culminó con la definición de una plataforma de ordenamiento para los protocolos de las patologías que constituyen las diez primeras causas de consulta en el servicio. Al igual que la cartera de servicios, tuvo el ordenamiento del grupo etareo, la patología, descripción de los síntomas y manejo aceptado por las organizaciones de salud incluyendo número de sesiones que corresponden a cada patología según la etapa de la misma.

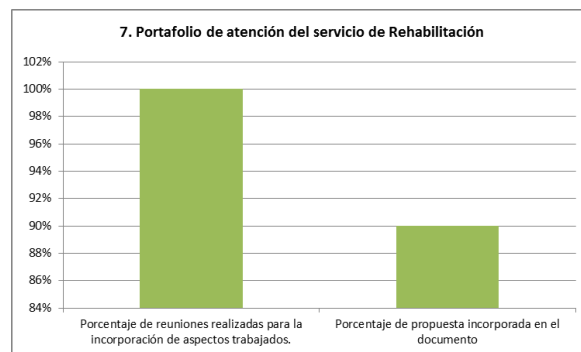
Grafico 5. Socialización de misión y normativa



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

Este proceso se cumplió mediante actividades de socialización individual y grupal.

Grafico 6. Portafolio de atención



Fuente: Registro de actividades de la evaluación operativa
elaboración Propia

Durante esta fase, se incorporó en un documento todo el trabajo realizado, sin embargo existió dificultad para recopilar las partes realizadas por diferentes miembros del grupo, por lo cual cuando se realizó la socialización el documento solo contaba con un 90% , posteriormente la líder del equipo participó en la culminación de dicho documento que fue entregado con formalidad al hospital y al servicio.

7.2.2 Priorización de asignación de citas en el servicio de Rehabilitación del HGDC, Fisiatría y terapias

Como se mencionó anteriormente la participación en esta estrategia fue del 100% de las personas involucradas como eran el líder del proceso y representantes de cada área de trabajo en el servicio de rehabilitación. El porcentaje de cumplimiento de la propuesta fue también del 100% y se determinó realizar la revisión una vez se tuviera el documento completo. El porcentaje de cumplimiento de la propuesta fue también del 100% y se determinó realizar la revisión una vez se tuviera el documento completo.

A continuación se presenta el triaje propuesto

Tabla 4. Triage de priorización de la atención en Rehabilitación

CATEGORIA	DIAGNOSTICO	ETAPA	TIEMPO DE ESPERA
A	Escoliosis o dorsalgia	Subaguda	0 a 10 días para asignar cita
	Lumbalgia postural	Aguda	
	Fractura de codo, muñeca, Fémur, Tibia, cadera,	Post quirúrgica menos de 6 semanas	
	Esguince de tobillo Grado uno, dos o tres	Aguda, menos de 2 semanas de evolución	
	Lumbociatica	Aguda	
	Dorsalgia	Subaguda menos de 4 semanas de evolución	
	Cervicalgia	Subaguda	
	Gonartrosis primaria	Subaguda	
	Artrosis	Subaguda	
	Bursitis	Subaguda	
	Luxación de cadera	Subaguda	
	Reumatismo	Articular dolor agudo	

	Sinovitis de cadera	Subaguda menos de 4 semanas de evolución	
	Tendinitis glútea	Subaguda, Dolor agudo	
	Trocanteritis	Subaguda, Dolor agudo	
	Hemiplejía Flácida, Espástica	Menor a 4 semanas de evolución	
	síndrome de hombro	Aguda o Subaguda menos de 4 semanas de evolución	
	Parálisis de Bell	0 a 4 semana de evolución	
	Poliartrosis	Subaguda	
	Espolón Calcáneo	Agudo o Subagudo	
	Lumbociatica	Subaguda, Dolor agudo	
	Parálisis cerebral infantil	Niños menores de 4 años	
	Retardo mental	Niños menores de 4 años	
	Síndrome de Down	Niños menores de 4 años	
	Accidente Cerebral Vascular	Menor a 12 semanas de evolución	
	Disartria espástica, Flácida, Atáxica	Inicial	
	Retardo simple del lenguaje	Inicial	
	Trastorno fonético - fonológico	Inicial	
Afasia Global, de Broca o de Wernicke	Inicialen niños o adultos en fase inicial		
B	Escoliosis o dorsalgia	Subaguda Mayor a 4 semanas de evolución	11 a 20 días para asignar cita
	Lumbalgia postural	subaguda	
	Fractura de codo, muñeca, Fémur, Tibia, cadera,	Post quirúrgica mayor a 6 semanas de evolución	
	Esguince de tobillo Grado uno, dos o tres	Aguda, mayor a de 2 semanas de evolución	
	Lumbociatica	Subaguda	
	Dorsalgia	Subaguda mayor de 4 semanas de evolución	
	Cervicalgia	Subaguda	
	Gonartrosis primaria	Subaguda	
	Artrosis	Subaguda	
	Bursitis	Subaguda	
	Luxación de cadera	Subaguda	
	Reumatismo	Articular dolor moderado	
	Sinovitis de cadera	Subaguda mayor de 4 semanas de evolución	
	Tendinitis glútea	Subaguda, Dolor moderado	
Trocanteritis	Subaguda, Dolor moderado		
Hemiplejía Flácida, Espástica	Mayor a 4 semanas de evolución		

	síndrome de hombro	Subaguda mayor de 4 semanas de evolución	
	Parálisis de Bell	Más de 4 semana de evolución	
	Poliartrosis	Subaguda mayor de 4 semanas	
	Espolón Calcáneo	Subagudo	
	Lumbociatica	Subaguda, Dolor agudo	
	Parálisis cerebral infantil	Niños mayores de 4 años	
	Retardo mental	Niños mayores de 4 años	
	Síndrome de Down	Niños mayores de 4 años	
	Accidente Cerebral Vascular	Mayor a 12 semanas de evolución	
	Disartria espástica, Flácida, Atáxica	Inicial mayor de 8 años	
	Retardo simple del lenguaje	Inicial mayor de 8 años	
	Trastorno fonético - fonológico	Inicial mayor de 8 años	
	Afasia Global, de Broca o de Wernicke	Inicial mayor de 8 años, adultos	
C	Escoliosis o dorsalgia	Crónica, mayor a 6 meses de evolución	Mayor a 20 días para asignación de cita
	Lumbalgia postural	Crónica	
	Fractura de codo, muñeca, Fémur, Tibia, cadera,	Post quirúrgica mayor a 6 meses de evolución	
	Esguince de tobillo Grado uno, dos o tres	crónica	
	Lumbociatica	crónica	
	Dorsalgia	crónica	
	Cervicalgia	crónica	
	Gonartrosis primaria	crónica	
	Artrosis	crónica	
	Bursitis	crónica	
	Luxación de cadera	crónica	
	Reumatismo	Dolor leve, crónico	
	Sinovitis de cadera	crónica	
	Tendinitis glútea	crónica	
	Trocanteritis	crónica	
	Hemiplejia Flácida, Espástica	crónica	
	síndrome de hombro	crónica	
	Parálisis de Bell	crónica	
	Poliartrosis	crónica	
	Espolón Calcáneo	crónica	
Lumbociatica	crónica		
Parálisis cerebral infantil	crónica		
Retardo mental	crónica		

	Síndrome de Down	crónica	
	Accidente Cerebral Vascular	crónica	
	Disartria espástica, Flácida, Atáxica	Instaurada, niños mayores de 12 años, mayor a 65 años	
	Retardo simple del lenguaje	Instaurada	
	Trastorno fonético - fonológico	Instaurada	
	Afasia Global, de Broca o de Wernicke	Instaurada, mayor a 12 años, mayor a 65 años	

7.2.3 Funcionamiento del triaje y de la aplicación de protocolos propuestos.

La implementación del nuevo Triage se realizó a partir del 1 de Enero del año 2018, como se mencionó anteriormente previo a esto se modificaron los tiempos en las agendas para permitir los cambios y se capacitaron a los dos técnicos de admisiones sobre cada categoría del triaje y el manejo relacionado con el numero de terapias que podrían ser programadas.

Para evaluar el funcionamiento del triaje se tomó en cuenta el funcionamiento durante los meses de Enero a Mayo de 2018, tiempo en el que se realizó entrevista semiestructurada con los profesionales del área de rehabilitación y los técnicos de admisiones, en la cual se encontró que el 86% de los profesionales del equipo de rehabilitación perciben la implementación como positiva, dentro de las razones que mencionaron en la revista se resalta que se observa la mejoría de la organización y atención de los pacientes, quienes se organizan en el servicio por su diagnóstico, se atiende con prioridad según la severidad del diagnóstico y el manejo se hace más eficaz, sin embargo un 14% menciona como recomendación que se requiere capacitar más al equipo de rehabilitación en el triaje.

7.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

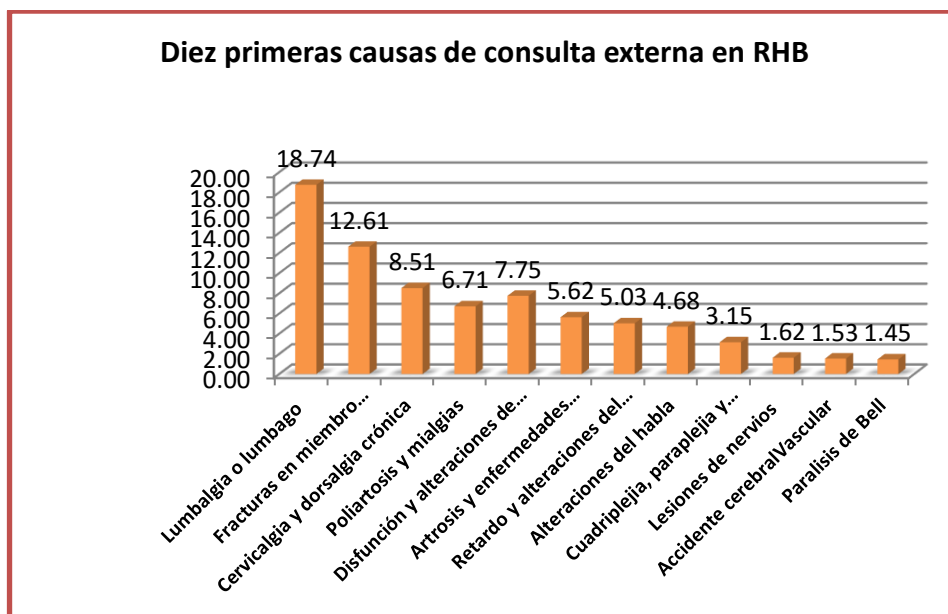
Una vez realizada la implementación de la propuesta, se esperaron 4 meses para la realización de la evaluación analítica, tomando la información en los meses de Enero a Mayo de 2018.

7.3.1 Pertinencia del diagnóstico

Teniendo en cuenta la misión del servicio de rehabilitación de mediana complejidad, de cuarto nivel de complejidad, se observa que a pesar de mantenerse la lumbalgia y la cervicalgia como los primeros motivos de consulta, se incrementan motivos la poliartrósisis y mialgias, enfermedades articulares, además se incluyen atención a diagnósticos de discapacidad como el Accidente Cerebral Vascular (ACV), retardo en el desarrollo, cuadriplejia, paraplejia y monoplejia y alteraciones del habla; esto como resultado de la priorización de los diagnósticos en fase crónica cuya atención tiene un número limitado de atenciones en el servicio produciendo mayor rotación de los pacientes, en el grafico 1, se pueden observar las diez áreas de consulta para el período de Enero a Mayo de 2018.

El 80% de los pacientes atendidos actualmente corresponden a la misión del servicio ya que los diagnósticos se priorizan desde la fase subaguda del diagnóstico hasta la fase crónica, sin embargo todavía persisten referencias de pacientes que teniendo una patología crónica podrían ser atendidos en el primer nivel y aunque los pacientes están siendo dados de alta y enviado al primer nivel con algunas indicaciones, la contrareferencia formal no supera el 1% al mes, teniendo como estándar el 20%.

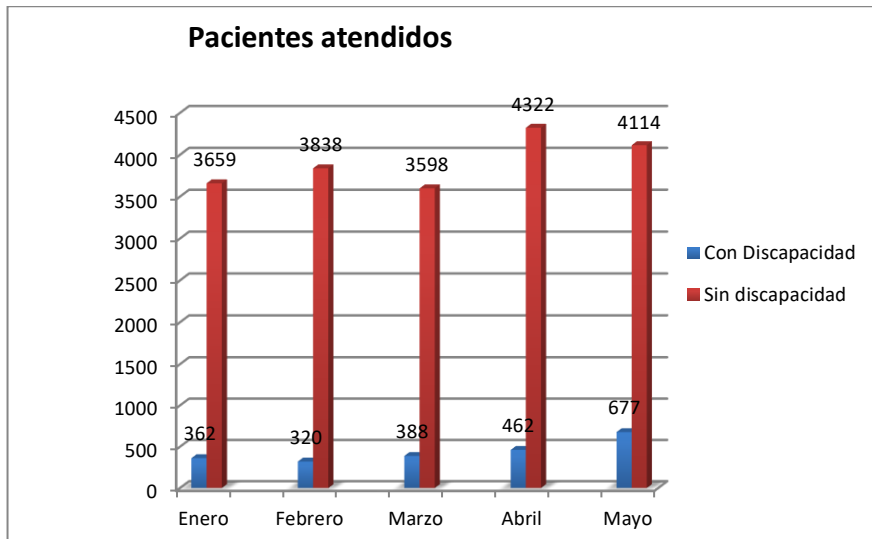
Grafico 7. Diez causas en Rehabilitación



Fuente. Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 - HGDC

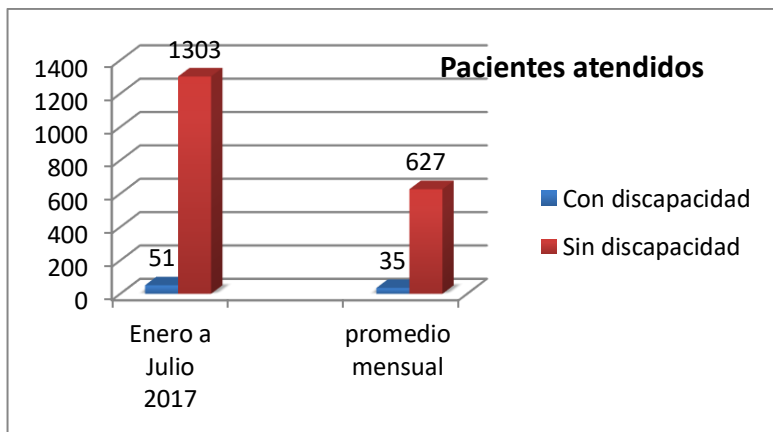
En cuanto a la atención de diagnósticos con y sin discapacidad del año 2017, se observa que aumentó el acceso de personas con discapacidad más de 4 veces lo que se tenía para el mismo período del año anterior. Así mismo aumentó en un 180% la atención de personas sin discapacidad y más de 5 veces el acceso a personas con discapacidad.

Grafico 8. Atenciones de Enero a Mayo 2018



Fuente. Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 - HGDC

Grafico 9. Atenciones Enero a Julio 2017



Fuente. Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 - HGDC

En el año 2017, el 14,3% de los pacientes atendidos cumplía el plan de tratamiento, la concentración era de 2,2 es decir que cada paciente repetía más de 2 veces la atención. Actualmente el 90% de los pacientes cumplen con el tratamiento estipulado por la especialista, el restante porcentaje no termina por deserción, dificultades económicas o complicaciones de salud.

7.3.2 Pertinencia del manejo en rehabilitación

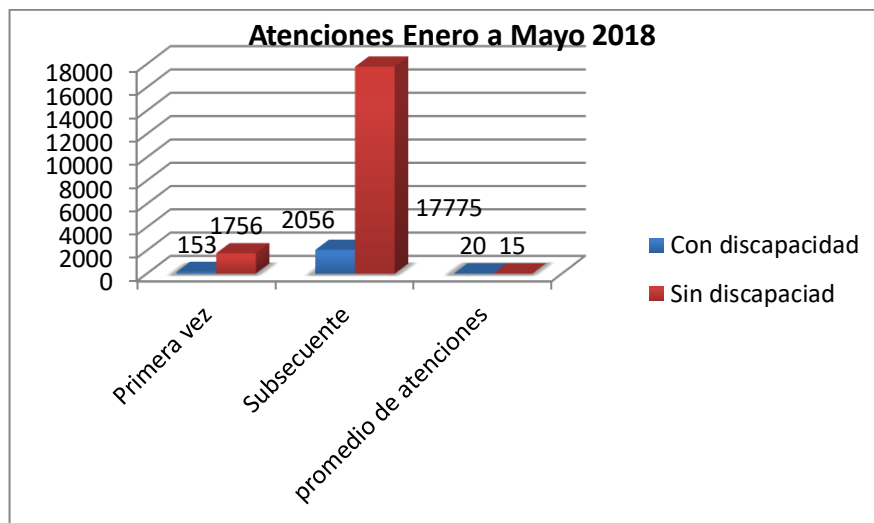
En la entrevista a los actores de rehabilitación se pudo observar que los profesionales valoran positivamente los estrategias incluidas en los protocolos de manejo y la priorización de los pacientes, mencionando que se ha disminuido los tiempos de espera a 21 días máximo, que existe mayor colaboración entre los compañeros porque se conocen mejor dichos protocolos y se han disminuido los tiempos de tratamiento, para cada pacientes, con eficacia, evitando que los pacientes que son dados de alta, repitan ronda de terapias porque la alta significa que ya puede ser contrareferido al nivel anterior para control o regresar a sus actividades con indicaciones.

Un 1% de los pacientes que llegan al servicio son devueltos por falta de pertinencia en el manejo, por ejemplo son pacientes con un diagnóstico de enfermedad mental que no corresponde a la misión del servicio.

Como se observa en el grafico 2, el 8% de los diagnósticos de pacientes que ingresaron desde Enero a Mayo de 2018 son de pacientes con discapacidad, esto también es consecuente con la complejidad del servicio de segundo nivel de atención, cuya definición en la atención se refiere a un servicio de consulta ambulatoria que atiende pacientes con o sin discapacidad desde la etapa subaguda del diagnóstico.

7.3.4 Oportunidad en el manejo del triaje

Grafico 10. Pertinencia del diagnóstico



Fuente. Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 – HGDC

Durante el período evaluado se han atendido 1909 pacientes nuevos en el servicio, el total de atenciones fue 21740, en promedio y teniendo en cuenta los protocolos establecidos a partir del mes de Enero de 2018, los pacientes que presentan discapacidad tuvieron un promedio de 20 sesiones, mientras los pacientes que no tienen discapacidad tuvieron 15 sesiones en promedio.

Como ha sido mencionado, la reorganización de los criterios de priorización ha permitido disminuir los tiempos de espera de 62 a 21 días cuando hay mucha saturación, se han aumentado los ingresos nuevos de 1353 en un semestre 2017, a 2209 pacientes durante los primeros meses del años 2018 lo que muestra un incremento de nuevos ingresos en un 63%.

Así mismo, durante la entrevista a actores, el aspecto con mayor valoración del proceso de cambio fue la implementación del triaje, pues mencionan que ha mejorado la atención en eficiencia y calidad, así como permitir mejorar la eficiencia del servicio con mayor cantidad de ingresos nuevos.

Un aspecto desfavorable mencionado por los actores es el que los pacientes que se encuentran en atención no aceptan la contrareferencia y manifiestan su inconformidad por no poder continuar con terapias más de las estipuladas en el protocolo según los diagnósticos.

7.3.5 Efectividad del servicio: Concentración

Teniendo en cuenta la implementación del triaje, en donde los pacientes son priorizados de acuerdo al diagnóstico y a la gravedad del mismo, el 90% de los pacientes que recibieron categoría A cuyo diagnóstico se encontraba en etapa subaguda, presentaron una concentración de 1,8 es decir que repitieron grupo de sesiones de terapias para su recuperación.

Sin embargo, aquellos de categoría B, cuyo diagnóstico esta en etapa subaguda a crónica, y que su patología logró encontrar mejoría en un ciclo de terapias, obtuvo una concentración de 1,4 es decir solo el 40% de dichos pacientes repitieron un numero de terapias para lograr su mejoría.

Por su parte los pacientes cuya categoría en el triaje fue de C, no repitieron grupo de terapias y fueron dados de alta con indicaciones habiendo terminado el protocolo dado por la especialista, y su concentración fue de 0.9. Es decir a penas terminaron el primer ciclo de terapias y fueron dados de alta con indicaciones.

7.3.6 Efectividad del servicio: Rendimiento

Tabla 5. Rendimiento por área de atención

Rendimiento promedio	Fisiatría	Terapia Física %	Terapia Ocupacional	Terapia del Lenguaje	Estimulación Temprana
Enero	97	73	0	54	93
Febrero	97	85	0	72	98
Marzo	96	76	0	88	86

Abril	95	83	99	84	88
Mayo	99	85	81	71	84
Promedio	97	80,4	90	73,8	89,8

Fuente. Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 - HGDC

El rendimiento del servicio a partir de la introducción de la normativa, pasó de 56% en promedio del servicio a 86,2%, (considerando el 100% de la capacidad de atención por terapeuta y fisiatra en el mes) esto se debe según mencionan los actores a que hay mejor organización en la distribución de los pacientes para cada área derivado del manejo del triaje, adicionalmente porque se da oportunidad a que roten los pacientes mas rápido y que ingresan muchos más pacientes nuevos.

Debido a la alta afluencia de pacientes la médica fisiatra es quien presentó el rendimiento más alto, también demuestra que no se presentan muchas ausencias de pacientes o se reemplazan con los prioritarios.

7.3.7 Efectividad del servicio: Cobertura

Tabla 6. Cobertura de atención en rehabilitación

Cobertura 2018	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Población atendida	4014	4158	3986	4784	4791
Porcentaje	46,45	48,12	46,13	55,36	55,44

Fuente: Estadísticas consolidadas de rehabilitación Enero a Mayo de 2018 - HGDC

La cobertura del servicio de rehabilitación se calculó tomando como base la un porcentaje de población del distrito 17D02, que equivale a la población que no tiene acceso a un seguro privado a al IESS, esto considerando los reportes sobre tipo de población atendida en el HGDC.

La cobertura más alta fue de 55% para los meses de abril y mayo, no obstante si se observa el rendimiento de los profesionales del servicio en los mismos meses, el servicio se encuentra atendiendo el máximo posible a su capacidad instalada, lo cual indica que para llegar a una cobertura del 100% se tendría que duplicar la infraestructura y el recurso humano

7.3.8 percepción de los usuarios

Durante el mes de julio de 2018, se realizó una encuesta a los usuarios del servicio de rehabilitación, se incluyeron 68 usuarios que fueron atendidos en el servicio durante dos semanas, tiempo destinado para la realización de las encuestas.

La metodología desarrollada consistió en responder de manera independiente un cuestionario sobre calidad del servicio según la percepción de los usuarios, contando con el apoyo de la investigadora para cualquier interrogante.

El 67% de los usuarios encuestados fueron mujeres, se evaluó la eficiencia del servicio en donde el 73% consideraron que dicho servicio satisface el total de las necesidades de rehabilitación presentes, un 10% mencionó que solo cubre una parte de las necesidades que presenta para rehabilitación. Esto debido a que esperan una mejor recuperación o más rápida de los que el proceso lo permite.

Con relación a la accesibilidad, se evaluó desde el punto de vista geográfico, a lo cual el 75% de los usuarios utilizan el transporte público, el 8% llega al hospital caminando y el 16% tiene transporte privado. Para el acceso el 41,1% utiliza una ruta de bus, el 38% dos buses y el 19% más de dos buses, esto indica que un alto porcentaje de los usuarios se desplaza de otros distritos para obtener el servicio de rehabilitación, esto se corrobora igualmente con el tiempo que los usuarios gastan en llegar al servicio, el 42,6% gasta más de 30 minutos para llegar, el 21% de los usuarios gasta una hora o más y el 35,2% gasta en promedio 15 minutos para llegar al servicio.

En cuanto a los tiempos de espera para obtener las citas de rehabilitación, el 51,5% esperó entre 5 y 10 días, el 29% entre 15 y 30 días de espera y el 14% más de 60 días, estos parámetros han disminuido desde la evaluación del año 2017 donde el 80% de los pacientes

debía esperar hasta 60 días y más, lo cual hace ver los resultados de la implementación del triaje.

Así mismo el tiempo de espera para las citas mejoró, el 67% de los usuarios encuestados espera entre 10 a 15 minutos para pasar a la cita, y el 35% entre 15 a 30 minutos y en la especialidad en donde mayor tiempo de espera tuvieron fue la de traumatología.

En cuanto a la accesibilidad económica, se encontró que el 41% de los usuarios no han tenido que invertir para comprar suministros o para obtener algún servicio de salud, mientras tanto un 15% reconoció que gastó entre 100 y 500 usd en los últimos seis meses, en ferulaje, ortesis o vendajes.

8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación con la utilización de la metodología de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, para el servicio de rehabilitación del Hospital General Docente de Calderón, de la ciudad de Quito, mostraron cinco aspectos que merecen ser analizados.

- En primer lugar el modelo de causa efecto con ordenamiento en el enfoque sistémico que fue importante para visualizar los problemas y profundizar en ellos ordenadamente,
- En segundo lugar la utilización de una metodología de Investigación Acción, con participación de un grupo investigador con tres niveles de interés en el servicio de rehabilitación cuyo aspecto de potenciación y participación de menos a más fue la capacitación y el empoderamiento del grupo;
- El tercer aspecto consecuente con los dos anteriores fue la redefinición de una normativa y criterios de atención propios del servicio que sirvió de ordenador para mejorar el trabajo operativo y la organización de las diversas actividades del servicio.
- El cuarto aspecto desarrollado de manera directa en la investigación fue el modelo de gestión utilizado en el servicio y los resultados expresados en forma en la efectividad del mismo, involucrando los resultados con la población con discapacidad y la percepción del servicio en cuanto a la calidad y consecuencia de éste.

- El último aspecto desarrollado fue la participación de los actores tanto internos como externos del proceso, su nivel de involucramiento y finalización después de la implementación de la alternativa de solución planteada.

El modelo de Causa – Efecto con un ordenamiento desde el enfoque sistémico, permitió establecer las problemáticas desde tres niveles y sus consecuencias a corto y mediano plazo, este proceso fue ordenado desde las entradas, proceso y resultado según el flujo de atención que se tenía en el servicio, lo cual dejó visualizar el proceso de atención completo y las problemáticas en cada uno de los aspectos. Se pudo observar que al final de esta etapa, el grupo de investigación pudo tener claridad sobre los diversos puntos que requerían mejoramiento y de la necesidad de comenzar a desarrollar los cambios para mejorar los resultados de efectividad que hasta ahora se tenían y que eran bajos según sus indicadores, Así fue como el modelo teórico permeó a todos los integrantes del equipo y fue claro para entender la dinámica de la ISSS. A pesar de no encontrar publicaciones específicas sobre el uso del modelo para el análisis de los servicios de rehabilitación, es bien conocido el reconocimiento que el modelo de causa y efecto tiene para la investigación en salud (Vásquez, 2006). El proceso de profundizar sobre las problemáticas encontradas después de un análisis general al servicio, constituyó en el aspecto más substancial para el resto del proceso.

Un segundo aspecto de gran valoración lo constituyó la utilización de una metodología de Investigación Acción (IA) , para el análisis de organizaciones complejas (Arango, 2004) como los servicios de salud con un enfoque de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud, permitiendo que los actores sociales, analizaran su propia práctica y construyeran una investigación en común con un investigador maestrante (Leclerc, 1990), tal como lo menciona Pesse y Paepe (1999), la IA permitió la introducción, de manera controlada, de un cambio en un sistema, y registrar los resultados en lo que concierne al comportamiento del personal, para este caso la metodología permitió generar un proceso consistente en determinar una gama de problemáticas en el servicio de rehabilitación, definir un problema que abarcaba muchos aspectos y encontrar una alternativa de solución que fuera viable, para luego introducir el cambio y evaluar los cambios generados en el sistema (el servicio de rehabilitación). En este sentido en la Evaluación Operativa se tuvieron alcances de construir la misión pero lo más

importante es que actualmente al menos el 85% de los miembros del servicio la conocen, se redefinió el modelo de atención logrando que el 85% de los profesionales se identifique con éste, se redefinieron y organizaron los protocolos de atención para lograr afianzar el trabajo terapéutico que se realiza teniendo lineamientos técnicos en cada caso y esto facilitó implementar un triaje de priorización de la consulta, cuyo alcance ha sido bien valorado por todo el personal esencialmente por que es aceptado positivamente en el 100% de actores del servicio, mejorando la oportunidad en un 50%, aumentando la calidad en la atención y mejorando la asertividad y congruencia en la atención según el grado de la patología, siendo prioritaria e inmediata la etapa aguda de la atención, lo cual es congruente con el objetivo planteado del MAIS sobre mejorar la calidad de vida de la población vulnerable.

La modificación de las prácticas en la organización del servicio también guarda relación con los planteamientos de la Investigación Acción, en el sentido de permitir un proceso muy participativo por parte de 15 de los profesionales y miembros del equipo de rehabilitación, en tres niveles de interés en el servicio, acompañado de un proceso capacitante, cuyo aspecto central que potenció la participación lo constituyó el desarrollo de “la capacitación y el empoderamiento del grupo”; este último aspecto fue el punto de mayor valoración, pues aparte de participar, los actores se involucraron técnicamente con el crecimiento formativo del grupo, lo cual es consecuente con el planteamiento de la IA al colocar al investigador en el mundo real de sistemas sociales y humanos complejos (Balcazar, 2003).

En el mismo sentido de la capacitación, surgió el aspecto de revisar y redefinir la normativa del servicio de rehabilitación, cuyos elementos fueron definidos en la Evaluación Operativa, criterios que permiten a otros servicios la acertada remisión y contar con una identidad propia del grupo. Al no tener esta claridad las remisiones eran erróneas, por mal diligenciamiento de formatos de parte de hospitales que referencian y por ende presentaba muchos problemas sobre la calidad de la atención y del servicio, cuyo resultado perse fue la falta de efectividad reflejado en cobertura, rendimiento, producción y pertinencia en los manejos y en los diagnósticos atendidos, esto último con referencia a la gestión, adicional en cuanto al modelo de salud, se discutía la responsabilidad de hacer valer los derechos de la población con discapacidad, consignados en la Ley Orgánica de Discapacidad (2012), Art. 20, “la atención de

la población con discapacidad es responsabilidad de la autoridad sanitaria y es prioritaria la rehabilitación funcional e integral en salud” también menciona sobre la prestación oportuna, con calidad y efectividad (Asamblea Nacional, 2012), por tanto la discusión permitió que el grupo identificase la definición de su propia normativa de servicio que incluyera los criterios de atención ceñidos al Acuerdo Ministerial 5212 -2014 como un CRI-2, es decir un servicio de rehabilitación de mediana complejidad, para la atención de las patologías que producen una discapacidad transitoria o permanente en la etapa subaguda o crónica del cuadro clínico y con atención ambulatoria. Se logra entonces ubicar al servicio de rehabilitación dentro de un ordenamiento del modelo médico, con objetivos claros de intervención, criterios de manejo según los protocolos y un tiempo estimado de atención que impide que el paciente se perpetúe y por ende se presenten pocas contrareferencia, baja la cobertura y la producción del servicio.

La gestión del servicio, permitió entonces organizar el sistema o servicio y poder controlar de mejor manera los resultados, teniendo en cuenta el modelo de salud o la normativa que es la que define la prioridad del servicio. Una dimensión substancial dentro del modelo de gestión es la forma como se organiza el servicio para responder a las demandas de la población, por lo cual se resalta la importancia de considerar el nivel de complejidad y la calidad del servicio como criterios de éxito (Tobar, 2010), adicionalmente, la gestión financiera es subyacente a la implicación de calidad, en el estudio se evidenció que la falta de organización del servicio y ausencia de gestión producía problemas de calidad como gasto de bolsillo en los usuarios, problemas de accesibilidad geográfica, funcional y financiera. Otro aspecto del modelo de gestión que tiene relación con la calidad es la satisfacción de lo usuarios (P & Van Balen, 1993), tales atributos son la globalidad, continuidad, eficiencia e integralidad; así por ejemplo en la investigación la continuidad se ve afectada por las barreras económicas y la incomprensión del paciente sobre el servicio que se brinda; la integración se ve afectada por la segmentación de la atención y la globalidad tiene que ver con el modelo de atención centrado en lo médico exclusivamente, en este sentido es necesario seguir trabajando en el cambio de paradigmas y de modelos biomédico hacia un modelo social.

Un aspecto más que merece ser analizado, es la valoración de la efectividad, esta como resultado del sistema evaluado, en este sentido se relacionan la calidad con la efectividad

propuesta en la Evaluación Analítica, ya que el estudio evidenció que existe un vínculo importante entre la satisfacción sentida por los usuarios con los indicadores de efectividad del servicio, en una relación directa, es decir, una vez se realizaron las modificaciones a la gestión del servicio e implementado el modelo de atención y el triaje, se empiezan a ver los cambios en la efectividad del servicio, por ejemplo, se mejora la pertinencia en el diagnóstico pues las referencias son adecuadas a la misión y al modelo planteado y los profesionales identifican el grado de la patología que presenta el paciente con el protocolo de atención, que a su vez mejora la calidad del servicio prestado; después de 5 meses de la implementación se observa que un 80% de los diagnósticos atendidos pertenecen a la misión y al modelo propuesto; se esta atendiendo mas de 5 veces población con discapacidad y de esta población el 90% cumple el tratamiento, además mejoró la concentración pasando a 1,4 lo cual se acerca al estándar (1), ya que el paciente esta realizando un ciclo de atención y no repite ciclo, es decir no pasa a especialista para seguir con otra ronda de terapias, lo que impactó positivamente las contrareferencias 20% y la cobertura que paso de 20% a 80%. Comparando los resultados de la presente investigación con el realizado en Cuba (Ameijeiras, 2004), donde se trabajaron los indicadores de calidad y efectividad en los servicios de salud, el resultado muestra el alto significado social de la calidad en los servicios de salud de la Habana. Jara (2016), mencionó que se requieren servicios de rehabilitación efectivos y oportunos y con servicios de calidad ya que los usuarios evalúan y esto permite determinar el nivel de calidad y la efectividad que brindan.

Por último, el aspecto más importante para la definición e implementación de la alternativa de solución fue la capacitación y el empoderamiento del equipo, desde el comienzo del proceso fue importante involucrar a todo el personal del servicio en el establecimiento de estrategias de mejoramiento, permitiendo conocer a los actores, su postura o compromiso en participar se tenía. Como se ha mencionado anteriormente, fue necesario incluir actividades de capacitación y mesas de estudio que permitieran a los miembros del equipo entender las lógicas conceptuales de cada aspecto para lograr el objetivo. No se distinguió del nivel escolar para establecer los talleres o actividades de revisión conceptual. Balcazar (2003), señala que las personas que participan en el proceso, independientemente de su grado de educación y posición social, deben integrarse para contribuyen en forma activa al proceso de investigación.

La participación es un proceso oscilante, dinámico, es la actividad organizada de un grupo de personas y constituye un esfuerzo en las organizaciones para incrementar la gestión. Esto fue evidente en el grupo de investigación pues al comienzo se percibió la poca importancia o quizá el desconocimiento en general por la gestión de la organización y si mucha importancia a la gestión medica o al modelo médico, en las instituciones es común que los profesionales le dan más importancia a su trabajo clínico meramente y no participan en el análisis si el resultado del trabajo clínico es bueno para la empresa en términos de eficiencia o efectividad, por ello fue muy valioso el proceso de capacitación en el grupo de investigación, pues se observó como se fue ampliando la comprensión sobre los resultados individuales y colectivos del proceso y se visualizó el aumento en el interés del grupo por aprender cada tema y la utilidad de los resultados que efectivamente fueron mejorando, cuyo resultado creció en el empoderamiento con una participación global del grupo de 87%, concordante con los aportes del estudio de Chile (Martinez, 2011), concluyendo que los aspectos de organización, estructura y funciones del sistema, Accesibilidad y equidad de los servicios, calidad de los servicios de enfermería y satisfacción de la población se deben trabajar con la base de la participación de los clientes internos y externos y que no existe legitimidad de los procesos si la ISSS no involucrase a los grupos humanos con el sistema social complejo.

9. CONCLUSIONES

- El modelo descriptivo de causa y efecto bajo la lógica del enfoque sistémico para ordenar las entradas, proceso y resultado del sistema del servicio de rehabilitación, fue claro y permitió identificar las problemática y profundizar en tres niveles de las causas y consecuencias, lo cual facilitó la determinación de las alternativas de solución, con una metodología concertada y participativa.
- La utilización de la metodología de Investigación en sistemas y servicios de salud para el análisis del servicio de rehabilitación del HGDC, permitió la implementación de diversas alternativas de solución que mejoraron los procesos y la organización del servicio, realizando la misión del servicio, definiendo normativa y criterios de atención, redefiniendo protocolos y cartera de servicio hasta llegar a la reorganización del triaje

con criterio de diagnóstico, que facilitó la reorganización del servicio e impactó en la efectividad y calidad del mismo.

- Según los problemas encontrados en el servicio, la redefinición de la normativa y criterios de atención de rehabilitación, hacia un portafolio de atención integral, permitió la participación y capacitación y el empoderamiento y compromiso de los temas con los actores del proceso, buscando mejorar el planeamiento y priorización de la consulta con criterios técnicos y protocolos establecidos, que a mediano plazo ha favorecido la efectividad y calidad del servicio y ha permitido que los miembros del equipo se sientan involucrados tanto en la gestión como en los indicadores de efectividad y de calidad del servicio.
- Todo proceso de evaluación de oportunidades de mejoramiento debe contar con el involucramiento y coordinación de los actores involucrados, esto permite lograr una mejor adhesión y recibir las propuesta de cambio como propias para ser implementadas.
- El modelo de gestión utilizado en el servicio que incluyó la revisión de la normativa del servicio de rehabilitación facilitó que el equipo investigador entender la lógica conceptual de los servicios de atención por niveles de atención y de complejidad, y los resultados que derivaron de esta organización se expresan en la efectividad del servicio lo cual involucró mejorar los resultados de atención a la población con discapacidad y la percepción del servicio en cuanto a la calidad.
- La implementación de una medida de solución concertada y con soporte conceptual, como fue el triaje con criterios definidos de priorización, para bajar de 90 a 20 o menos días la oportunidad para ser atendidos en fisioterapia, esta medida sencilla pero bien estructurada fue el resultado del nuevo modelo de gestión y ha demostrado ser el factor más determinante para mejorar los indicadores de rendimiento, oportunidad de la atención y calidad del servicio.
- La efectividad del servicio expresada en aumento de la cobertura, mejoría en la pertinencia en los diagnósticos, mejor rendimiento, concentración y mejor percepción de la calidad del servicio fue un proceso que se logró consecuente con la organización en la gestión del servicio y por el empoderamiento en el manejo del triaje de priorización.

- Es posible mejorar la efectividad de los servicios de salud si se establece un proceso participativo, este proceso permitió involucrar a los actores y capacitarlos para que ellos mismos identificaran los aspectos de mejora, esto garantizó la reorganización del servicio, logrando inferir en los indicadores ampliamente comentados de efectividad y calidad.
- En cuanto a la participación de los actores, se concluye que toda implementación de cambios en los servicios requiere de la participación plena de éstos, en el presente estudio fue necesario establecer compromisos y resultados cortos para lograr la motivación y la participación de todos los miembros, algunos de ellos asumen de manera espontánea el liderazgo de los pequeños procesos manteniendo activa la información con los actores menos involucrados, adicionalmente del proceso dinámico y comprometido que involucró la capacitación como factor de empoderamiento del grupo.

10.RECOMENDACIONES

- La metodología de Investigación en sistemas y servicios de salud para el análisis del servicio de rehabilitación del HGDC puede replicarse para el análisis de otros servicios del hospital u otras organizaciones de salud, utilizando un modelo que permita visualizar los problemas ordenadamente, como lo fue el enfoque sistémico y profundizar en las causas y las consecuencias a mediano plazo como se observó en el modelo de causa efecto.
- Teniendo en cuenta la metodología utilizada para la implementación de normativa y modelo de atención en el servicio de rehabilitación que incluyó el empoderamiento de los actores del proceso mediante un proceso ante todo participativo y capacitante, se recomienda promover el mejoramiento de las dinámicas de gestión y de interiorización de las guías y protocolos en los miembros del equipo involucrando en las sesiones de docencia dichos protocolos como una manera de actualizar el quehacer y generar las modificaciones que sean meritorias en cada protocolo para favorecer el proceso de rehabilitación.

- Los resultados de mejorar el modelo de gestión en el servicio y la forma cómo se logró organizar la atención es un proceso digno de ser presentado ante las autoridades como una experiencia de éxito con participación y empoderamiento de los actores involucrados.
- En cuanto al triaje de priorización de la consulta, se recomienda revisarlo cada año y adaptarlo tanto a la patología como al grado de la misma para mantener la asertividad en la oportunidad del servicio.
- En cuanto a la participación y empoderamiento de los actores en la implementación de cambios en los servicios se recomienda seguir la metodología de involucramiento de todos los actores en los procesos; estableciendo compromisos y resultados cortos para lograr la motivación y liderazgo del proceso y permitir que cada actor presente sus logros.
- Ya que el servicio de rehabilitación tiene una función tan importante para la población con discapacidad, se requiere continuar el proceso de buscar las alternativas de mejoramiento a las problemáticas encontradas en los procesos y los resultados, para afianzar el modelo de atención y tener soporte conceptual en la atención de cada patología.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Ameijeiras, H. (2004). Hospital Clínicoquirúrgico “ Hermanos Ameijeiras ” INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS ., 30(1), 17–36.
- Arango, A. (2004). La investigación en políticas y sistemas de salud; aproximación a su quehacer: Hacia la promoción de la Salud. *Rev Col Enf*, (9), 33–44.
- Asamblea Nacional, R. de E. (2012). Ley organica de discapacidades.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos En Humanidades*, 4(7), 59–77. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
- Colombia, U. N. de. (2010). Rehabilitación integral en discapacidad. Bogotá.
- Consejo Nacional para la Discapacidad. (2013). Agenda nacional para la Igualdad en discapacidades. *CONADIS*, 1, 208.
- Delgado, C. (2016). Poder, democratización y participación en las prácticas en instituciones de salud. In *Mesa Redonda* (pp. 170–192).
- Delgado, M. E., Vázquez, M. L., Zapata, Y., & Hernán, M. (2005). Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Espanola de Salud Publica*, 79(6), 697–707. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272005000600009>
- Ecuador, C. N. del. Ley Orgánica de Salud (2012). Ecuador.
- Fajardo, G., Gutierrez, J. P., & García, S. (2015). Salud pública de México. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
- Haydée, R., Gonzalez, D., & Valenzuela, L. (2016). Calidad de la atención de salud brindada en un servicio de rehabilitación integral de base comunitaria. *MEDISAN*, 20(3), 313–319.
- Houtzager, P. P., Lavalle, A. G., & Acharya, A. (2003). Who participates? Civil society and the

- new democratic politics in São Paulo, Brazil . *Institute of Development Studies*, (IDS Working Paper 210).
- Martinez, N. (2011). Revista cubana de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 228–238. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300007
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral De Salud MAIS - Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. *Msp*, 1, 219.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Acuerdo Ministerial 5212 Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud del SNS.pdf.
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *Publicaciones de La Organización Mundial de La Salud*, 1–288.
- P, M., & Van Balen, H. (1993). Bases de Organización de los servicios de salud.
- Rodríguez, M., & Labori, J. (2012). Satisfacción por los servicios brindados en la sala de Fisioterapia del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba. *Medisan*, 16(8), 1236–1241.
- Rojo, N., Laria, S., Castell, P., Pérez, J., Barroso, Z., & Bayarre, H. (2010). Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. *Rev Cub Salud Publica*, 36(3), 209–214. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300004
- Ross, A. G., Zeballos, J. L., & Infante, A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1–2), 93–98. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892000000700012>
- Tobar, F. (2010). Modelos de Gestión en Salud (p. 105). Buenos Aires.
- Vásquez, L. (2006). Redalyc.LA CAUSALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA.

Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., & Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 16(1), 30–38. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71630-0](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71630-0)

ANEXOS

Aspectos bioéticos

La presente investigación utilizó diversas técnicas de recolección de la información, se consideraron las condiciones bioéticas de integridad y buen manejo de la información. En la fase de análisis documental, los datos obtenidos fueron codificados evitando incluir o mencionar nombres o características específicas, dichos datos fueron exclusivamente utilizados para fines de describir los resultados del estudio.

Adicionalmente se tuvieron en cuenta los aspectos éticos por el manejo de personas, ya que en las fases del proceso de la ISSS se involucraron los miembros del servicio de rehabilitación, para dicha participación se incluyeron los tramites de autorización con el gerente del Hospital General Docente de Calderón y el Subdirector de las especialidades para la realización del estudio y la coordinación de las entrevistas y espacios de reunión del equipo de rehabilitación, se consideró la firma de un consentimiento informado a cada actor del proceso, asegurando el buen manejo de la información, misma que será codificada para ser analizada y así garantizar el uso adecuado y la confidencialidad.

Para la realización de las encuestas de calidad a los usuarios, antes y después del proceso de implementación de las estrategias de cambio, aparte de tener la autorización de la líder del proceso de rehabilitación, se contó con un consentimiento informado a los usuarios que libremente quieren participar y realizar la encuesta (ver anexo N°4).

Toda persona que requiera ayuda para diligenciar el cuestionario, tuvo el apoyo de la investigadora para apoyar en el llenado de la misma.

Anexo 1

Servicio de Rehabilitación

Guía de observación para la implementación de normativa y criterios del servicio en las instrucciones operativas

Tema	Característica	Dimensión	variable	Indicadores	fuelle	Instrumento	Dato
Normativa del servicio y criterios de atención en el servicio de rehabilitación	Implementación de la Misión del servicio de rehabilitación	Implementación de la misión en el servicio de rehabilitación.	porcentaje de implementación de la misión en el servicio de RHB	# trabajadores del servicio de RHB que conocen la misión/ total trabajadores del servicio.	Entrevista semi estructurada	Cuestionario	
	Percepción sobre la receptividad de los miembros del equipo de rehabilitación frente a la misión	Percepción positiva o negativa	proporción de profesionales que perciben positivamente o negativamente la misión	# trabajadores del servicio de RHB que con percepción positiva o negativa la misión/ total trabajadores del servicio.	Entrevista semi estructurada	Cuestionario	
	Implementación de los criterios de atención definidos por la cartera en el servicio de rehabilitación	Implementación de la redefinición de la cartera de servicios de rehabilitación.	Proporción de criterios definidos en la cartera de servicios que han sido implementados	# de criterios definidos en la cartera implementados/ total criterios definidos del servicio.	Revisión REDDACA	Check list	
	Implementación del modelo de atención definido el servicio de rehabilitación	Percepción sobre el modelo de atención implementado a través del portafolio de servicios.	proporción de profesionales que conocen el modelo de atención definido.	# trabajadores del servicio de RHB que conocen el modelo de atención/ total trabajadores del servicio.	Entrevista semi estructurada	Entrevista	
	Implementación de portafolios de servicio definidos el servicio de rehabilitación	Percepción sobre la implementación de los portafolios definidos en el servicio de rehabilitación.	proporción de portafolios conocidos y aplicados por los profesionales del área de rehabilitación.	# profesionales del servicio de RHB que conocen los protocolos de atención/ total profesionales del servicio.	Entrevista semi estructurada	Entrevista	
Triaje para la priorización de pacientes en el servicio de rehabilitación.	Implementación de triaje para priorización de pacientes en el servicio de rehabilitación	Resultados sobre implementación del triaje en cuanto a percepción de profesionales.	proporción de percepción de profesionales sobre la priorización de los pacientes en el servicio de rehabilitación.	# trabajadores del servicio de RHB que perciben positivo/ negativamente el triaje definido/ total trabajadores del servicio.	Entrevista semi estructurada	Entrevista	
		Resultados del triaje en la disminución del tiempo de espera en el servicio.	Numero de días de espera en la asignación de citas para medicina de rehabilitación y terapias	Numero de días	Analisis de estadísticas sobre días de espera en el servicio	Informes consolidados a mayo de 2018	
Portafolio de servicios en rehabilitación	Implementación del portafolio de servicios en rehabilitación	Conocimiento de los profesionales sobre el portafolio entregado en el mes de enero de 2018.	proporción de profesionales que conocen y utilizan el portafolio de atención del servicio de rehabilitación.	# profesionales del servicio de RHB que conocen y utilizan el portafolio de rehabilitación/ total profesionales del servicio.	Entrevista semi estructurada	Entrevista	

Servicio de Rehabilitación
Guía de observación para análisis de las instrucciones de la evaluación analítica

Tema	Característica	Dimensión	variable	Indicadores	fuentes	Instrumento	Dato
Efectividad y eficiencia del servicio de rehabilitación del HGDC.	Pertinencia de manejo	pertinencia en la atención del servicio según los diagnósticos, basado los criterios de atención y cartera de servicios definida.	Evaluación de 10 primeras causas de consulta de enero a mayo de 2018.	# consultas por diagnostico/ total tconsultas de fisioterapia.	Analisis estadistico	REDDACA e informes	
	Proceso de rehabilitación	Pacientes atendidos con un manejo integral es decir consulta especializada y terapias física, ocupacional, lenguaje, respiratorio y otros.	proporción de pacientes atendidos con manejo integral según el modelo de atención.	# pacientes con manejo integral/ total pacientes del periodo	Analisis estadistico	REDDACA e informes	
	Oportunidad de la atención	Oportunidad de la atención utilizando el triaje como propuesta de categorización y priorización de los pacientes	Proporción de pacientes atendidos por el servicio que han sido priorizados a través del triaje, de enero a mayo de 2018.	# de pacientes por categoria de triaje/ total pacientes atendidos en el periodo.	Analisis estadistico	REDDACA e informes	
		Tiempo de espera en el servicio de rehabilitación	Número de días de espera para la asignación de citas basado en el triaje de atención.	# pacientes en lista de espera en cada categoria/ total pacientes en lista de espera	Analisis estadistico	informe de admisiones sobre lista de espera	
	Concentración	Número de veces que el paciente asiste a su primera consulta y tratamiento y subsecuente.	Numero de veces que los pacientes toman un proceso completo.	# numero de proceso por paciente	Analisis estadistico	Informe de rehabilitacion	
	Rendimiento	analisis del porcentaje de pacientes atendidos en el periodo de tiempo en relación a la capacidad instalada de recurso humano.	Proporción de atenciones	# pacientes atendidos por profesional/ total de atenciones	Analisis estadistico	Informe de rehabilitacion	
	Cobertura	Analisis del total de atenciones con relación a las metas propuestas para el servicio según el MSP	Proporción de atenciones para la meta	# pacientes atendidos / total de población asignada	Analisis estadistico	Informes de atenciones, informe de rehabilitación	

Servicio de Rehabilitación
Guía de observación para la evaluación de la calidad del servicio

Tema	Característica	Dimensión	variable	Indicadores	fuelle	Instrumento	Dato
Calidad del servicio	Permanencia	Temporal	Horarios de atención, tiempo de espera por servicio	Horarios por servicio TF, TO, TL, TR, Fisiatria Numero de profesionales contratados en cada servicio.	Lider	Entrevista	
			Tiempo de consulta	Tiempo de consulta Primera vez por cada servicio: fisiatria, TF, TO, TL, TR.	Lider	Entrevista	
			Tiempo de consulta subsecuentes	Tiempo de consulta subsecuente por cada servicio: fisiatria, TF, TO, TL, TR.	Lider	Entrevista	
	Polivalencia		Porcentaje de problemas resueltos	Numero de pacientes que terminan el servicio de rbh asistiendo a todas las consultas / total de pacientes	Historia	Revisión	
	Efectividad y eficiencia	Producción	Porcentaje de producción en el servicio	total de actividades en el servicio en el año / numero de actividades que se pudieran realizar en el año	Estadística	Revisión	
Calidad del sistema	Referencias de otros servicios		Porcentaje de pacientes remitidos de otras especialidades	Numero de pacietnes remitidos por especialidad / total de pacientes	Estadística	Revisión	
	Referencia y contrareferencia		Tasa de contrareferencia	total de contrareferencias hechas / Total de pacientes atendidos en el servicio	estadísticas	Revisión documental	
			Tasa de referencia	Total de referencias de otros niveles / total de pacientes atendidos	estadísticas	Revisión documental	

Anexo 2

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA ACTORES

La información aquí consignada hace parte de la investigación sobre el servicio de rehabilitación que incluye fisioterapia y terapias, el objetivo es evaluar la percepción sobre la implementación de la normativa y criterios de atención del servicio de rehabilitación como alternativa de mejoramiento en la efectividad del servicio y la satisfacción sobre la calidad del servicio en el usuario.

1. En el mes de Enero fue entregado de manera formal el portafolio de atención para el servicio de rehabilitación que contiene la descripción de problemáticas encontradas en la fase de diagnóstico y la definición del trabajo para 5 meses como fue: definir la misión, redefinir un modelo de atención, revisar y redefinir la cartera de servicios, mejorar la información de protocolos y patologías atendidas, redefinición de triaje para priorización de las citas. Usted como miembro del equipo ¿ha tenido la oportunidad de revisar el portafolio y utilizarlo para mejorar el desempeño en el área?

Si () No ()

Comentarios:

2. Conoce la nueva misión del servicio de rehabilitación: Si () No ()

Si su respuesta es si recuerde como es la misión:

Mencione dificultades en la implementación:

3. Conoce o ha tenido la oportunidad de leer sobre el modelo de atención que se definió implementar en el servicio de rehabilitación:

Si () No ()

Identifique algunos aspectos del modelo:

Dificultades en la implementación:

4. ¿ Según su area de trabajo, conoce o ha tenido la oportunidad de implementar algunos protocolos definidos en el 2017 para servicio de rehabilitación?

Si () No ()

Comentarios sobre los protocolos que quedaron definidos:

Observaciones:

5. ¿Cómo percibe que se ha dado el proceso de implementar el triaje propuesto para agilizar la asignación de citas y mejorar la oportunidad de la atención?

positiva () negativa ()

Observaciones sobre el triaje:

Dificultades observadas en la implementación del triaje:

6. ¿Cuales cambios positivos y/o dificultades percibe que se han dado, desde el mes de enero cuando se implementó el portafolio del servicio para mejorar la organización y la efectividad de este?

7. Sugerencias para corregir las dificultades que se observan:

Muchas gracias por responder las preguntas; serán de gran utilidad para mejorar los servicios en el hospital!

Maestrante en Salud Pública

Anexo 3

Matriz guía de registro para la evaluación de calidad del servicio

Tema	Característica	Dimensión	variable	Indicadores	fuelle	Instrumento	Dato
Calidad de la atención	Globalidad o integralidad	Autonomía	Participación en la Toma de decisiones	No de pacientes informados del tratamiento/ total de encuestas	Paciente	encuesta	
		Biopsicosocial	Problemas atendidos en el servicio	Nº de pacientes que se evalúan aspectos biopsicosociales/ total de pacientes	historias, observación directa	Ficha de registro	
	Integración		Remisión al primer nivel	Nº de remisiones al primer nivel/ total de pacientes atendidos	estadísticas de remisiones	Matriz de registro de datos	
			Visitas domiciliarias realizadas por equipo integral /	Nº de visitas domiciliarias Realizadas / Nº pacientes referidos	estadísticas de remisiones	Matriz de registro de datos	
	Continuidad		Tasa de reconsulta	No. de primeras consultas/ total de consultas Numero de consultas subsecuentes/ total de consultas	Historias clinicas/ estadística	Revisión	
	Efectividad/ eficiencia del servicio	Efectividad del tratamiento	Porcentaje de tratamientos terminados en rrb	No. de altas/ total de pacientes atendidos	Estadísticas	Revisión	

Calidad de la atención	Continuidad	Intra - episodio	Tasa de concentración	No de consultas de primera vez en fisioterapia/ Total personas atendidas en el año	Revisión estadística	informes	
			No consultas por IRA en menores de 1 año/ población menor de un año				
			No referencias del primer nivel/ total de consultas primera vez * 100				
	Inter - episodio	Tasa de referencia	N° de contrareferencias recibidas / N° de referencias realizadas en el servicio de RHB	Revisión documental	Matriz de registro de datos		
Calidad del servicio	Permanencia	Temporal	Horarios de atención, tiempo de espera por servicio	Horarios por servicio TF, TO, TL, TR, Fisioterapia Número de profesionales contratados en cada servicio.	Lider	Entrevista	
			Tiempo de consulta	Tiempo de consulta Primera vez por cada servicio: fisioterapia, TF, TO, TL, TR.	Lider	Entrevista	
			Tiempo de consulta subsecuentes	Tiempo de consulta subsecuente por cada servicio: fisioterapia, TF, TO, TL, TR.	Lider	Entrevista	
	Polivalencia		Porcentaje de problemas resueltos	Número de pacientes que terminan el servicio de rbh asistiendo a todas las consultas / total de pacientes	Historia	Revisión	
	Efectividad y eficiencia	Producción	Porcentaje de producción en el servicio	total de actividades en el servicio en el año / número de actividades que se pudieran realizar en el año	Estadística	Revisión	

ANEXO 4

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON MENCION EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ENCUESTA: USUARIOS

La siguiente encuesta tiene objetivo evaluar la satisfacción de la calidad del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente de Calderon.

La información aquí consignada hace parte de la investigación sobre el servicio, por la implementación de acciones de mejoramiento en el servicio.

Efectividad/ eficiencia

¿Piensa que en el servicio de fisioterapia o rehabilitación, incluyendo las terapias cubre o ha cubierto todas sus necesidades en su caso?

- Satisfecho/a, cubre todas mis necesidades ()
- Cubre casi todas mis necesidades de salud ()
- Cubre solo una parte de mis necesidades de salud ()
- No cubre mis necesidades de salud ()

CALIDAD DEL SERVICIO

Accesibilidad geográfica

1. ¿Cómo es su movilización hacia el Centro de Salud?
Caminando () Transporte propio () Transporte público (taxi, bus) ()
2. Cuantas líneas de transporte público (buses) existen para poder llegar al Centro de Salud
1 () 2 () mas de 2 ()
3. ¿Cuánto tiempo le toma llegar desde su domicilio al Centro de Salud?
15min () 30 min () 1 hora ()

Permanencia – Oportunidad del servicio

4. Cuanto tiempo tuvo que esperar para que le fuera asignada la cita de fisioterapia o terapias?
5-15 días () 15 a 30 días () 30 a 60 días () mas de 60 días ()

5. ¿Cuánto tiempo tiene que esperar para ser atendido cuando tiene la cita con fisioterapia o con especialista?

5-10min () 15 a 30 min () 30 a 60 min () más de una hora ()

6. ¿Cuánto tiempo tiene que esperar para ser atendido cuando tiene la cita Terapia Física?

5-10min () 15 a 30 min () 30 a 60 min () más de una hora ()

7. En que especialidad o servicio médico ha tenido que esperar más tiempo en la atención?

Accesibilidad económica

8. Cuánto dinero ha destinado para consultas de salud, terapias, cremas, vendas, prótesis etc. en los últimos 6 meses? Especifique en que ha gastado?

.....

Polivalencia

9. ¿La información entregada durante la consulta y post-consulta acerca de los procesos a seguir para exámenes, cuidados y toma de medicación es clara?

Si () No ()

Muchas gracias por responder las preguntas; serán de gran utilidad para mejorar los servicios en el hospital!

Maestrante en Salud Pública

ANEXO 5

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Maestría en Salud Pública con mención en Investigación de Sistemas y Servicios de
Salud
Encuesta sobre calidad del servicio de rehabilitación
Hospital General Docente de Calderon

Consentimiento informado

La presente investigación tiene como objetivo analizar y describir la reorganización del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente Calderón, realizado mediante proceso participativo y capacitante, para mejorar la efectividad y calidad del servicio, el cual no constituye ningún riesgo para los participantes directamente y pues se trata de responder la encuesta que es el instrumento de medición elegido.

He sido invitado a participar en la presente investigación, para la cual entiendo que responderé un cuestionario de preguntas cerradas y contaré con el apoyo del encuestador en caso de no comprender las preguntas, así mismo he leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que la información que se incluye en la encuesta será utilizada con características de confidencialidad y únicamente para describir los resultados de la investigación, contando con el aval del (Comité de Evaluación Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la PUCE).

Nombre del Participante _____

C.I. _____

Firma _____

Fecha _____

Livet Cristancho – Maestrante responsable de la Investigación

ANEXO 6

Maestría en Salud Pública con mención en Investigación de Sistemas y Servicios de Salud

Hospital General Docente de Calderon

Consentimiento informado a actores del proceso

La presente investigación tiene como objetivo analizar y describir la reorganización del servicio de rehabilitación del Hospital General Docente Calderón, realizado mediante proceso participativo y capacitante para mejorar la efectividad y calidad del servicio, el cual no constituye ningún riesgo para los participantes debido a que no se realizarán actividades que tengan que ver con la manipulación o de actividades diferentes a responder la entrevista como instrumento de medición, que contiene preguntas sobre la definición de normativa y criterios de atención en el servicio de rehabilitación, con la implementación de la misión del servicio, redefinición de la cartera de servicios y los protocolos y redefinición del triaje para la priorización de la consulta. Por lo cual entiendo y acepto responder la entrevista semi estructurada y contaré con el apoyo del investigador.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y que la información que se incluye en la encuesta será utilizada con características de confidencialidad y únicamente para describir los resultados de la investigación, contando con el aval del (Comité de Evaluación Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la PUCE)

Nombre del Participante _____

C.I. _____

Firma _____

Fecha _____

Livet Cristancho – Maestrante responsable

