

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA



Investigación previa la obtención del título de Master en Salud Pública con Mención en Investigación en Sistemas y Servicios de Salud Versión I, Segunda promoción.

TITULO:

“LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS EXPRESADA EN LA RE-DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES Y CAPACITACIÓN, COMO GENERADOR DE MEJORAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN QUE SE EVIDENCIAN EN LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE IBARRA, DESDE SEPTIEMBRE 2017 A SEPTIEMBRE 2018 ”

Autora

Dra. Elva Beatriz Arias Terán

Director

Dr. Hugo Pereira

Director Metodológico

Dr. José Sola

Quito - Ecuador

2019

AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por poner en mi camino
las circunstancias adecuadas para
aprender y crecer;*

*A mis padres, por su paciencia y comprensión
en los últimos años.*

*A mis amigos, que nunca dejan de creer en mí
y me brindan su apoyo desinteresado.*

*A los docentes por compartir sus conocimientos y
facilitar el proceso formativo.*

Mil Gracias

Elva Beatriz Arias Terán

DEDICATORIA

A las autoridades del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra por permitirme conocer los problemas internos y colaborar en el proceso del plan de mejoras del servicio de Emergencias, a los profesionales de salud por su participación y compromiso al cuidado de la ciudadanía.

A los pacientes por su honestidad en responder activamente y de manera desinteresada en el plan de mejoras través de su percepción de atención del servicio, sin su apoyo no sería posible visualizar conflictos y establecer cambios.

Con mucho cariño

Elva Beatriz Arias Terán

Tabla de contenido

I CARATULA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
II AGRADECIMIENTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
III DEDICATORIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
IV INDICE DE CONTENIDOS Y GRÁFICOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPITULO I	1
PRESENTACIÓN	3
CAPITULO II	4
CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	4
PROVINCIA DE IMBABURA	4
ANÁLISIS SITUACIONAL	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	12
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	13
RECURSO HUMANO	16
CAPITULO III	17
MARCO CONCEPTUAL(MODELO) DE REFERENCIA	17
CONCEPTO DE SISTEMA	17
INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD	18
GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	19
MODELO DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN SALUD	21
MODELO DE GESTIÓN EN ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	22
ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	22
EL MODELO DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS	22
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS	25
GESTION DE LA INFORMACIÓN	25
HISTORIA CLÍNICA UNICA	26
CAPITULO IV	27
CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS	27
CAPITULO V	31
HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES	31
HIPÓTESIS	31
OBJETIVO GENERAL	31
OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
FORMAS DE INTRODUCCIÓN DEL CAMBIO	32
ACTORES	32

INSTRUCCIONES OPERATIVAS	32
DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	32
CAPITULO VI.....	32
METODOLOGÍA	32
TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
MUESTREO	33
TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA:	36
EVALUACIÓN ANALÍTICA.....	36
PLAN DE ANÁLISIS.....	36
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA	36
CAPITULO VII	43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
INVENTARIO DE ACTORES INVOLUCRADOS.....	44
MAPEO DE RELACIONES FORMALES	45
ANALISIS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	47
GRILLA DE PODER	48
GRILLA DE PODER	49
A. EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES	49
ANÁLISIS POLÍTICO: NIVEL ENDO POLÍTICO	51
INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA	52
DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	52
ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA.....	54
EVALUACIÓN ANALÍTICA DE LAS INSTRUCCIONES OPERATIVAS	56
RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA	65
RESULTADOS PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	65
RESULTADOS ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD EMERGENCIAS HSVP, 2018.....	69
RESULTADOS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIAS DEL HSVP, 2018	73
ANÁLISIS BIVARIADO	76
CAPITULO VIII	77
DISCUSIÓN CON DATOS DE REFERENCIA.....	77
CAPITULO IX	80
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
ANEXO 4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	93

ANEXO 5 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	97
ENCUESTA PARA PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE IBARRA.....	97
ANEXO 6 CHECK LIST DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ..	99

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ATENCIONES AMBULATORIAS SERVICIO DE EMERGENCIA 2017	9
TABLA 2 RESULTADOS EN EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVIA A LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE CAMBIO	10
TABLA 3 INDICADORES DE INTERNACIÓN HSVP 2016.....	15
TABLA 4 REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS	16
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN POR MÉDICOS EN SERVICIOS DEL HSVP, 2017	16
TABLA 6 OPERACIONALIZACIÓN DE EVALUACIÓN OPERATIVA	34
TABLA 7 OPERACIONALIZACIÓN DE EVALUACIÓN ANALÍTICA	37
TABLA 8 INVENTARIO DE ACTORES, REALIZADO POR DRA. ELVA ARIAS.....	45
TABLA 9 MAPEO DE ACTORES, REALIZADO DRA. ELVA ARIAS	46
TABLA 10 ANÁLISIS DE GRUPOS DE INTERES	48
TABLA 11 RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN OPERATIVA, ELABORADO POR DRA. ELVA ARIAS	53
TABLA 12 ANÁLISIS DE EVALUACIÓN OPERATIVA, REALIZADO POR DRA. ELVA ARIAS	56
TABLA 13 ANÁLISIS GRUPO FOCAL	63
TABLA 14 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLINICAS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA HSVP, 2018 ..	74
TABLA 15 RESUMEN DEL ANÁLISIS VIBARIADO DEL LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HSVP 2018. ELABORADO POR DRA. ELVA ARIAS.....	76
TABLA 16 RESULTADOS DE LA CAPACITACIÓN EVIDENTES EN EL REGISTRO DE INFORMACIÓN EMERGENCIAS HSVP ENTRE EL AÑO 2017 Y 2018.....	77

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 PIRÁMIDE POBLACIONAL, 2010.....	5
FIGURA 2 MAPA POLÍTICO PROVINCIA DE IMBABURA FUENTE: HTTP://WWW.GOOGLE.COM.EC/SEARCH?Q=MAPA+IMBABURA	6
FIGURA 3 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 1823	12
FIGURA 4 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 1981	13
FIGURA 5 SISTEMA DE INFORMACIÓN MSP, REALIZADO POR DRA. ELVA ARIAS	26
FIGURA 6 ACTORES CLAVES, REALIZADO POR DRA. ELVA ARIAS.....	43
FIGURA 7 GRILLA DE PODER, REALIZADO POR DRA. ELVA ARIAS	49
FIGURA 8 POSICIÓN DE ACTORES HSVP	50
FIGURA 9 POSICIÓN DE ACTORES POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN OPERATIVA	50
FIGURA 10 ANÁLISIS ENDOPOLÍTICO DE ACTORES	51
FIGURA 11 DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS SERVICIO DE EMERGENCIAS HSVP 2018	66
FIGURA 12 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SERVICIO DE EMERGENCIA HSVP, 2018	67
FIGURA 13 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INSATACIONES HSVP, 2018	68
FIGURA 14 TIEMPO DE ATENCIÓN SERVICIO DE EMERGENCIA HSVP, 2018	69
FIGURA 15 DISTRIBUCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO EMERGENCIAS HSVP, 2018.....	70
FIGURA 16 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD POR OCUPACIÓN EMERGENCIA HSVP, 2018	70
FIGURA 17 DISTRIBUCIÓN DE LA PECEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE EMERGENCIA HSVP, 2018	72
FIGURA 18 DISTRIBUCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ATENCIONES DE. EMERGENCIA HSVP, 2018.....	75
IMAGEN 1 RESPALDO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN OPERATIVA HSVP 2017	89

TITULO

“LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS EXPRESADA EN LA RE-DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES Y CAPACITACIÓN, COMO GENERADOR DE MEJORAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN QUE SE EVIDENCIAN EN LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE IBARRA, DESDE SEPTIEMBRE 2017 A SEPTIEMBRE 2018”

Lugar: CIUDAD IBARRA, PROVINCIA IMBABURA

Autor:

Dra. Elva Beatriz Arias Terán

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CI: 1713858387

Dirección electrónica: elarteran@hotmail.com

Año: 2018

CAPITULO I

1. RESUMEN

La presente investigación trata sobre los problemas identificados en servicio de emergencias en relación a la organización, gestión del servicio y como esto influye en la calidad del registro de información en la historia clínica, la calidad de atención y del servicio del Hospital San Vicente de Paúl.

1.1. Objetivo

Determinar el impacto en la redistribución de actividades y capacitación en la implementación de cambios en la organización y gestión del personal que mejoran la calidad registro de información en la historia clínica y la atención en el servicio de emergencias.

1.2. Metodología

La investigación acción se desarrolló en cinco fases: a) diagnóstico situacional del hospital, identificación y profundización de los problemas en el servicio de emergencias; b) planteamiento del problema e identificación de alternativas de cambio; c) implementación operativa de las alternativas de cambio; d) evaluación operativa; e) evaluación analítica.

1.3. Resultados

Cada fase de la investigación se desarrolló con la colaboración de los diferentes actores quienes identificaron que el registro de información en la historia clínica al ser realizada manualmente generaba una baja comprensión en los datos, una deficiente codificación diagnóstica y retraso en la entrega a estadística, asumiendo el problema como una falta de compromiso por el personal del servicio, con estos se plantea alternativas de cambio enfocadas a mejorar el registro de información, la organización del servicio, los roles del personal, desarrollándose actividades de capacitación participativa mediante cuatro actividades, se evaluó la implementación operativa llegándose a la conclusión que se necesita el apoyo conjunto y mayor empoderamiento de sus actividades, para lograr un resultado definitivo se planteó compromisos que se esperó cumplir y fueron evaluados después de nueve meses de concluido la fase de capacitación.

La organización del servicio mejoró en la distribución de camas en sus diferentes áreas, se mantiene los turnos rotativos para personal de enfermería y medicina. No se implementó el área de admisiones. En triaje se cambió el uso del formato de atención.

La evaluación analítica se realizó a través encuestas de percepción de satisfacción de los pacientes, del personal de salud y la auditoría de las historias clínicas. Toda la información fue organizada en una base de office Excel y analizada con el sistema informático SPSS versión 22.

Encontrándose que la percepción de satisfacción del personal sobre organización del servicio es indiferente; la percepción de satisfacción de los usuarios con relación al servicio recibido es buena en relación a la accesibilidad y tiempos de atención.

La auditoría evidenció un cambio significativo en la calidad del registro de datos comparados con los que se tenía previo a la intervención, como son el uso de formatos según la norma, el registro de signos, síntomas, su correlación con el diagnóstico y codificación CIE10.

1.4. Conclusión

La capacitación en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl mejoró la calidad del registro de información de la historia clínica en aspectos como claridad del dato en un 75.56% con un valor $p= 0.000001$; correlación clínico diagnóstica en un 89.04% con un valor de $p =0.0000000$; codificación CIE10 con un 89.89% y un valor de $p= 0.0000$.

La percepción del paciente es favorable en relación a los tiempos empleados en la atención, y resolución de los problemas de salud.

El grado de percepción de satisfacción del personal de salud es favorable en relación con sus compañeros, no así con los aspectos de organización del servicio.

Palabras Clave. Diagnóstico situacional, planteamiento del problema, hipótesis de cambio, evaluación operativa, evaluación analítica, historia clínica, servicio de urgencias.

SUMMARY

This research deals with the problems identified in the emergency service in relation to the organization, management of the service and how this influences the quality of the record of information in the clinical history, quality of care and service of the Hospital San Vicente de Paul.

1.1. Objective

Determine the impact on the redistribution of activities and training in the implementation of changes in the organization and management of personnel that improve the quality of information registration in the clinical history and the attention in the emergency service.

1.2. Methodology

The action research was developed in five phases: a) situational diagnosis of the hospital, identification and deepening of the problems in the emergency service; b) posing the problem and identifying alternatives for change; c) operational implementation of the change alternatives; d) operational evaluation; e) analytical evaluation.

1.3. Results

Each phase of the research was developed with the collaboration of the different actors who identified that the recording of information in the clinical history to be done manually generated a low understanding in the data, a poor diagnostic coding and delay in the delivery to statistics, assuming the problem as a lack of commitment by the staff of the service, with these planted alternatives of change focused on improving the registration of information, the organization of the service, the roles of personnel, developing participatory training activities through four activities, the evaluation of the operational implementation reaching the conclusion that joint support and greater empowerment of their activities are needed, in order to achieve a definitive result, commitments were made that were expected to be met and evaluated after nine months of the training phase.

The organization of the service improved in the distribution of beds in its different areas, rotating shifts are maintained for nursing and medical personnel. The admissions area was not implemented. In triage, the use of the attention format was changed.

The analytical evaluation was carried out through satisfaction surveys of patients, health personnel and the audit of medical records. All the information was organized on an Excel office database and analyzed with the SPSS version 22 computer system.

Being that the perception of satisfaction of the personnel on organization of the service is indifferent; the perception of user satisfaction in relation to the service received is good in relation to accessibility and attention times.

The audit evidenced a significant change in the quality of the data record compared with those that were prior to the intervention, such as the use of formats according to the standard, the registration of signs, symptoms, their correlation with the diagnosis and ICD10 coding.

1.4. Conclusion

The training in the emergency service of the Hospital San Vicente de Paul improved the quality of the record of information of the clinical history in aspects as clarity of the data in a 75.56% with a value $p = 0.000001$; diagnostic clinical correlation in 89.04% with a value of $p = 0.0000000$; ICD10 coding with 89.89% and a value of $p = 0.0000$.

The perception of the patient is favorable in relation to the time spent in the care and resolution of health problems.

The degree of satisfaction of health personnel is favorable in relation to their colleagues, but not with the aspects of service organization.

Keywords. Situational diagnosis, problem statement, hypothesis of change, operative evaluation, analytical evaluation, clinical history, emergency service.

PRESENTACIÓN

Introducción.- La información generada en los procesos de atención de los establecimientos de salud, es una responsabilidad de los profesionales médicos, enfermeras y estudiantes de las carreras sanitarias, que se visualizan en el registro de la historia clínica.

La historia clínica es un documento físico o electrónico donde se concentra toda la información de la atención de una persona, durante la consulta externa, hospitalización, procedimientos ambulatorios o intervenciones hechas por el profesional de la salud.

Este documento permite obtener la información necesaria, para la toma de decisiones médicas, administrativas y de gestión, cuyo registro refleja la calidad de la atención en el servicio.

Mediante la aplicación del modelo de investigación de Grodos Mercenier el siguiente trabajo de titulación en el hospital San Vicente de Paúl en el servicio de Emergencias analizó los indicadores de gestión y calidad de la atención.

Se inició con un proceso de diagnóstico situacional e identificación de problemas del servicio que puedan influir en el registro de información y en la calidad de atención, para lo cual se contó con la participación de los profesionales médicos y enfermeras con quienes se estableció un proceso de capacitación y acompañamiento de los procesos de mejora continua por un tiempo determinado enfocados a obtener un mejor registro de información en la historia clínica.

El objetivo al final de la investigación es analizar la re-distribución en la implementación de cambios en la organización y gestión del personal en los procesos de atención del servicio de emergencia reflejados en el registro de información, así como la evaluación de la calidad del servicio mediante encuestas de percepción de calidad de atención a los usuarios del servicio y percepción de satisfacción de los profesionales completando la evaluación analítica con un proceso de auditoría de historias clínicas.

Cada una de las fases de la investigación contó con la aprobación de las autoridades competentes así como del comité de Bioética de la PUCE, y la firma del consentimiento informado de las personas, participantes en la encuesta de satisfacción.

CAPITULO II

CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en la provincia de Imbabura, en el Hospital San Vicente de Paúl perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

PROVINCIA DE IMBABURA

La Provincia de Imbabura está ubicada al Norte de la Sierra del Ecuador, situada a 115 km al noreste de Quito y a 125 km al sur de Tulcán, limita al norte con la provincia del Carchi y Esmeraldas, al sur con Pichincha, al este con Sucumbíos, y al Oeste con Esmeraldas, cuenta con una superficie de 4986 Km², conformada por seis cantones: Ibarra, Antonio Ante, Cotacachi, Otavalo, Pimampiro y Urcuquí.

Distribución demográfica de la población de la provincia de Imbabura, según censo 2010

¿QUÉ EDAD TENEMOS LOS IMBABUREÑOS?

La población de la provincia de Imbabura, según el Censo del 2010, se concentra en edades jóvenes.

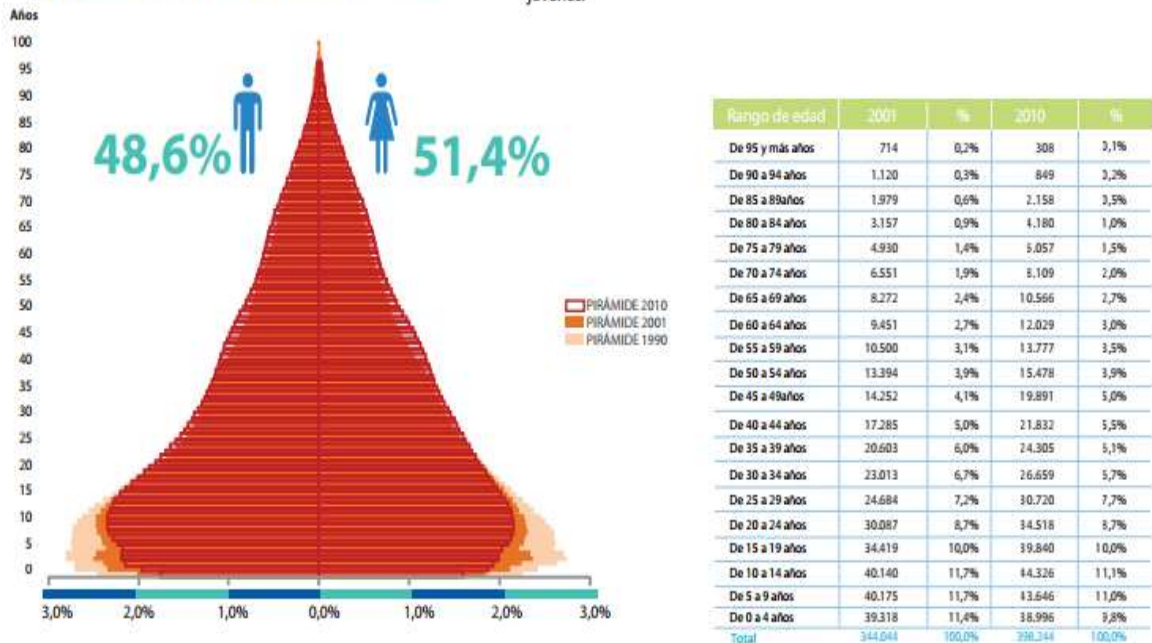


Figura 1 Pirámide Poblacional, 2010

(INEC, Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo provincial de Imbabura, 2010)

La pirámide poblacional muestra que desde el año 1990 hasta 2010, hay una disminución en el número de nacimientos, el porcentaje de mujeres es mayor en relación a los hombres, presenta grupos poblacionales en todos los niveles del ciclo vital individual, información que es de utilidad en la planificación anual de salud y la intervención oportuna de programas preventivos.

Según la edad y sexo, en la provincia de Imbabura se esperó para el año 2015 un total de 452949 habitantes, de los cuales hombres serían 220786, mujeres 232163, proyección del MSP basado en el censo 2010. (INEC, Anuario de Estadística de Salud Recursos y Actividades, 2014)



Figura 2 Mapa político Provincia de Imbabura Fuente: <http://www.google.com.ec/search?q=mapa+imbabura>

El sistema de salud está organizado por tres distritos conformados por servicios de salud de primer nivel ubicados en las cabeceras parroquiales como son los SCS tipo A y B que son del Ministerio de Salud pública y del Seguro Social con unidades de seguro campesino, segundo nivel en las cabeceras cantonales con centros tipo C y los hospitales generales en la capital provincial. Existen dos hospitales generales entre ellos el Hospital San Vicente de Paúl y el Hospital general del IEES, en los cantones se encuentran los hospitales de Atuntaqui en Antonio Ante, el hospital Asdrúbal de la Torre en Cotacachi, el hospital San Luis de Otavalo en cantón de su mismo nombre todos considerados tipo C. Sumado al sistema se encuentra la red de clínicas privadas y consultorios médicos que brindan cuidado de la salud en la provincia.

ANÁLISIS SITUACIONAL

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el trabajo de campo realizado en el año 2017 como parte formativa de la maestría, se realizó el diagnóstico situacional del Hospital San Vicente de Paúl donde se identificó que el recurso humano era insuficiente tanto en personal médico y de enfermería en todos los servicios del hospital.

Se analizaron indicadores de gestión hospitalaria, encontrándose que el servicio de emergencias presentaba dificultades en la organización y seguimiento de procesos de atención en sus diferentes actividades, el registro de información en la historia clínica fue considerado el principal.

Para profundizar el problema de registro de información y conocer el servicio se realizó la siguiente pregunta a los actores claves de la unidad.

¿Cuál es el funcionamiento del servicio de emergencias y que han identificado como problema?

Cuyas respuestas se describen a continuación.

“El hospital San Vicente de Paúl cuenta con el servicio de emergencia que brinda atención complementaria al primer nivel y, apoya la interface con el tercer nivel de atención, cuenta con tres médicos especialistas en emergencias y personal médico asistencial (médicos generales), quienes laboran en turnos rotativos sin embargo no es suficiente para dar coberturas completas, quienes ejecutan actividades de atención médica y administrativa”. (Director Médico Hospital San Vicente de Paúl, 2017)

La líder del servicio de emergencias indica que “la afluencia de pacientes a emergencias es elevada y, la mayoría de casos son de atención del primer nivel, sin embargo debemos atender, además de que se realizan atenciones de los pacientes privados de libertad que son traídos a la emergencia para la emisión de certificados médicos, los mismos que congestionan el servicio particularmente el triaje donde además se realizan atenciones, generando mayor demanda y gasto de recursos.

Refiere que se ha realizado la observación en relación a las atenciones de las personas privadas de libertad, para que sean atendidas en otro espacio y no en el servicio de emergencia, sin embargo no ha sido posible el cambio ya que es disposición de la dirección zona 1.

Indica que el registro de información en estos pacientes solo se realiza en la hoja de triaje que ha sido diseñado por el hospital y, no en la hoja de formulario F008. Las atenciones de estos pacientes son igual tomadas en cuenta como atenciones y, a veces la información es incompleta”. (Emergencióloga del servicio de emergencias, 2017)

La residente del posgrado de Medicina Familiar indica “que mientras están en el triaje, ellas cuentan con apoyo de personal de 911, o una auxiliar de manera esporádica y, que la mayoría de veces trabajan solos, realizan el triaje y brindan atención médica, dan indicaciones y altas, pero solo manejan un solo formulario de atención que es el de triaje”. (Residente Posgrado Medicina Familiar, 2017)

“En emergencia durante cada turno están tres personas por turno, dos de ellos en la emergencia y uno en el triaje, pero en manejo de la historia clínica los formularios 008 solo es

cuando el paciente pasa a la emergencia II, caso contrario solo se utiliza el formulario de triaje, que no disponen otro documento”. (Residente Servicio de Emergencias, 2017)

Al entrevistar al líder de Estadística del hospital, “indica que la calidad del registro de información en la historia clínica es incomprensible y, no coinciden los síntomas con los diagnósticos CIE10 y, no registran los médicos en el sistema de información electrónica las atenciones (REEDACA de Emergencias), que muchas veces se demoran hasta 5 días en entregar los formularios de atenciones de emergencia a estadística y que han encontrado guardados en los cajones de los escritorios y a veces hay pérdida de la información, ya que los residentes no colaboran y los líderes a pesar de insistir tampoco”. (Lider servicio Estadística, 2017)

La médica emergenciólogo del servicio indica “que hay dificultades en el servicio y dice que es por falta de colaboración de los residentes, que a pesar de recibir las indicaciones no lo hacen, que han intentado inclusive pagarse entre los mismos residentes para que se cumpla el registro en el sistema informático y no dejar retenidos los formularios en emergencia y esto no se cumple adecuadamente”. (Emergencióloga del servicio , 2017)

Características del servicio de emergencias: El servicio de emergencia del HSVP, se encuentra ubicado en la planta baja del hospital su espacio físico está distribuido en una área de triaje y atenciones de baja complejidad, sala de espera, sala de emergencias con tres camillas para atención de pacientes críticos, 7 camas de observación y 20 camillas, para las atenciones de medicina interna, traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia, un cuarto de residencia médica.

El proceso de la atención inicia en el área de triaje, atendido por una enfermera, médico o un paramédico del 911, quienes clasifican a los pacientes según su gravedad utilizando el sistema Manchester.

Luego del triaje, dependiendo de la condición de gravedad, el paciente puede seguir las siguientes rutas: (1) si es de baja complejidad, es atendido por personal médico en la camilla adjunta en la misma sala ; (2) casos de mediana y mayor complejidad, pasan a la sala de emergencia, según su condición clínica o quirúrgica y será atendido por personal médico emergenciólogo, residente de posgrado o médico asistencial con o sin apoyo de especialidades del hospital;(3) los politraumatismos graves se atienden en los cuartos críticos y las mujeres embarazadas son evaluados en áreas separadas y atendidos por residentes de los servicios correspondientes. El registro de la información se realiza según la norma técnica del MSP, en el formulario 008, sin embargo, se utiliza un formulario denominado de triaje diseñado internamente por la institución, el cual se ha venido utilizando para atenciones de

baja complejidad, quedando incompleta la información de la atención. (Funcionario servicio emergencias HSVP, 2017)

La producción de atenciones de emergencia oscila entre 4000 a 6000 atenciones mensuales y para la profundización del problema se tomó en cuenta las atenciones del mes de enero del 2017, la misma que fue 5185 pacientes, de los cuales 625 (12.05%) necesitaron hospitalización y 4560 fueron atenciones ambulatorias. (HSVP, 2017) En la siguiente tabla muestra la distribución de atenciones por áreas del servicio.

Área del servicio de emergencia	Número de atenciones	Porcentaje
Cirugía y Traumatología	1791	34.5%
Pediatría	1151	22.2%
Ginecología y Obstetricia	648	12.5%
Medicina Interna	281	5.42%
Triaje	689	13.29%
Total de atenciones por día	167	3.2%

Tabla 1 Atenciones ambulatorias servicio de emergencia 2017

Como una forma de verificación del registro de información se revisaron las atenciones del mes de enero del 2017 de manera aleatoria tomando como un ejemplo 159 atenciones, de las cuales el 99 % carece de claridad y legibilidad de la letra en los datos de la historia clínica. Se analizó la correlación clínica diagnóstico y su codificación CIE10, los mismos que están expuestos en la siguiente tabla.

Número de atenciones en emergencia I,II,III	116	Correlación clínica diagnóstica 71.5%	Codificación CIE10 inadecuada 71.5%; Codificación 28.4% CIE10 aproximado.
Número de atenciones en triaje	43	Correlación clínica diagnóstica 5%	Codificación CIE10 5% tiene código, de éstos el 75 % son correctos y el 25% incorrectos. Codificación CIE 10 en el 95% no se registra en el triaje.

Capacidad resolutive en Triage	Atenciones de baja complejidad el 76 %.	El 23% fue emisión de certificados a personas privadas de libertad	El 1% de atenciones son remitidas a la emergencia II y III.
--------------------------------	---	--	---

Tabla 2 Resultados en el registro de información de la historia clínica previa a la implementación de estrategias de cambio

Para considerar la estancia del paciente en emergencia se tomó en cuenta la hora de entrada y salida del paciente encontrándose que el 49.1% registra el ingreso; el 43% registra la salida; el 7 % registra entrada y salida de paciente, sin poder obtener un dato válido para el análisis.

El recurso humano está compuesto por 3 médicos emergenciólogos, 12 residentes asistenciales, 3 residentes de posgrados, 1 interno rotativo y 6 paramédicos, personal de enfermería cuyas actividades se distribuyen en atención de pacientes y actividades administrativas. Cumpliendo 160 horas mensuales en horarios rotativos.

Cuentan con una líder de medicina y una líder de enfermería quienes organizan los horarios y la asignación del personal operativo y a su vez son parte del equipo de turno.

El cumplimiento de horas para los médicos asistenciales es 160 horas distribuidos en horarios cada quinto día con turnos de 24 horas. Para los residentes de Medicina Familiar los turnos son rotativos, mañana tarde y noche de lunes a viernes, cumpliendo igual 160 horas mensuales. El personal de enfermería cumple 160 horas en horarios rotativos mañana, tarde y noche.

Cada equipo está compuesto por un médico tratante de emergencias, dos residentes asistenciales, tres enfermeras, un interno de medicina, uno de enfermería, una auxiliar de enfermería y uno de servicios generales.

La asignación de actividades para el personal médico del servicio cubre el área de medicina interna, cirugía, críticos y triaje, mientras que el área de ginecología y pediatría es responsabilidad de los residentes de los servicios correspondientes.

Entre las responsabilidades del personal es la atención y cuidado de pacientes, reflejada en la producción diaria.

Otro es el registro de información de cada atención en los formatos correspondientes, atención de triaje y baja complejidad y atención de mediana y alta complejidad en el F008. El registro de la historia clínica es en físico y posteriormente se pasa al sistema REEDACA de atenciones de emergencia.

Se realizan mensualmente actividades de docencia y revisión de casos clínicos según indican los líderes del servicio con planificación, donde participan los residentes, enfermeras y

adicionalmente existe proceso de capacitación de normas intrahospitalarias de manera permanente. (Emergencióloga del servicio , 2017)

No existe un proceso de auditoría interna de revisión de la calidad de información y entrega recepción de la documentación a estadística lo que genera retraso en el proceso y registro interno de producción del servicio de emergencia, de septiembre a enero del 2017 se ha observado mayor retraso en la entrega de la información desde el servicio de emergencia a estadística, generando limitaciones en la información estadística del hospital. (Emergencióloga del servicio , 2017)

Se esquematiza a través del flujo de atención de emergencia el proceso por el cual recorre el paciente y se genera la información. (ANEXO 1)

Se esquematiza mediante el árbol de problemas de manera explicativa las causas y efectos que se generan dentro de la atención médica en servicio de emergencias. (ANEXO 2)

Con estos antecedentes se realizó la priorización de los problemas:

- 1.- La organización y distribución de actividades del personal del servicio de emergencias debe ir ligada a dar respuesta a los roles de cada miembro del equipo de atención y a las demandas generadas en el servicio.
- 2.- El registro de información en la historia clínica requiere un proceso de supervisión y auditoría interna que facilite y mejore el desempeño de los profesionales.
- 3.- La calidad de atención y del servicio dado por los diferentes procesos desde el traje, atención médica, registro de información, entrega de documentación a estadística, debe ser claramente conocidos y cumplidos por el personal.
- 4.- La organización del servicio de emergencias influye en la calidad de atención y de servicio en del hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra generando percepción inadecuada en el paciente y personal de salud.

Luego de contar con la participación de los diferentes actores locales de la institución así como de la observación directa en el área de emergencias del hospital San Vicente de Paúl se llega al siguiente **planteamiento del problema**:

La organización del servicio de emergencia dada por la distribución de actividades al personal no logra responder a la demanda del servicio, generando inadecuado registro de información en la historia clínica lo que a su vez influye en los resultados finales de la atención como baja percepción de la calidad de la atención, errores en el diagnóstico, mayor gasto de bolsillo, baja planificación de recursos, aumento de la desconfianza por parte del paciente, baja percepción de satisfacción del profesional que labora en el servicio.

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Antecedentes históricos

El hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, data del año de 1823, destruido en 1868 por el terremoto y reconstruido en 1872 con el apoyo del Dr. Gabriel García Moreno y el apoyo del hermano Benito Aulin de las cortes cristinas llamándolo Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en las calles Salinas y Juan Montalvo.



Figura 3 Hospital San Vicente de Paúl, 1823

Posteriormente en 1979 se considera la construcción de un nuevo hospital y para 1981 se inicia la construcción del nuevo hospital ubicado en las calles Luis Vargas Torres e inaugurado 10 años después en el gobierno del Dr. Rodrigo Borja. (Bonilla, 2015)

Actualmente el hospital cuenta con 166 camas, con diferentes especialidades que le permiten dar respuesta de complementariedad al segundo y primer nivel. (Villaña, 2017)

Según la tipología del MSP es un hospital general de segundo nivel, en el cual se brinda atención de consulta externa, emergencias, hospitalización, docencia e investigación, cumpliendo así las funciones de prevención, curación, rehabilitación.



Figura 4 Hospital San Vicente de Paúl, 1981

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

El diagnóstico situacional del hospital es una vista panorámica de la realidad local, donde es posible reconocer diferentes problemáticas que pueden ser sujetas de investigación y planteamiento de mejora continua por las autoridades de la institución.

Al realizar el diagnóstico situacional del hospital San Vicente de Paúl en el módulo de campo 1, se encontró la siguiente información como indicadores generales de internación y egresos hospitalarios por servicios y especialidades, así como las defunciones según el tiempo de ingreso y egreso.

INDICADORES BÁSICOS DE INTERNACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, MES DE DICIEMBRE 2016							
INDICADORES	TOTAL	ESPECIALIDADES				SUBESPECIALIDADES	
		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA	NEONATOLOGÍA
CONDICIONES DE EGRESOS							
ALTAS	974	116	210	90	452	84	22
Total Egresos Por Defunciones	15	5	3	2	0	1	4
Defunciones En Menos De 48 Horas	5	2	1	1	0	0	1
Defunciones Mas De 48 Horas	10	3	2	1	0	1	3
Total De Egresos	989	121	213	92	452	85	26
Interconsultas	96	0	55	0	3	38	0
Total Días De Estada	3604	841	844	341	986	406	186
Total Días Paciente	4543	1065	754	471	1.459	547	247
Días Cama Disponibles	4.743	1.110	793	499	1.516	567	258
INDICADORES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA							
Giro de Cama	6.46	3.38	8.33	5.72	9.24	4.65	3.12

Intervalo de Giro	0.2	0.37	0.18	0.30	0.13	0.24	0.42
X Diario Días Paciente	146.55	34.35	24.32	15.19	47.06	17.65	7.97
% De Ocupación	95.78	95.95	95.08	94.39	96.24	96.47	95.74
X Días De Estada	3.64	6.95	3.96	3.71	2.18	4.78	7.15
X Día De Egreso	31.90	3.9	6.87	2.97	14.58	2.74	0.84
X Días Cama Disponible	153.00	35.81	25.58	16.10	48.90	18.29	8.32
Partos	313				313		
Cesáreas	104						
Dotación Normal De Camas	166	39	32	24	41	20	10
Tasa De Mortalidad >De 48 Horas	1.01	2.48	0.94	1.09	0.00	1.18	11.54
Tasa De Mortalidad < De 48 Horas	0.51	1.65	0.47	1.09	0.00	0.00	3.85

Tabla 3 Indicadores de internación HSVP 2016

Fuente. Estadística HSVP, realizado por Dra. Elva Arias

La complementariedad del sistema de salud del MSP en la provincia de Imbabura en la red conformada por el Hospital San Vicente de Paul y los hospitales distritales Atuntáqui, Cotacachi, Otavalo, las unidades de salud del primer nivel se realiza mediante la referencia y contra referencia.

En el año 2016 el HSVP dio respuesta al sistema con las siguientes atenciones:

Referencias solicitadas	Referencias cumplidas	Contra referencias	Referencias justificadas	Auto referencias	Referencia Inversa
1398	1386	1303	1398	51382	3891

Tabla 4 Referencias y Contra referencias

Fuente. Estadística 2016, HSVP, realizado por Dra. Elva Arias

La respuesta del sistema de salud por parte del HSVP ha sido un 99.1% del cumplimiento en referencias solicitadas y 0.86% de incumplimiento por razones no especificadas, además de un 100 % de referencias justificadas, la referencia inversa se realiza en un 7.57 %. El auto referencia claramente muestra que no existe un mecanismo claro de interface entre el sistema de primer nivel y segundo nivel.

Recurso Humano

El hospital San Vicente de Paúl cuenta con 62 médicos de atención directa y 154 enfermeras, que deben responder a la cobertura de 169 camas del hospital, quienes laboran según las normas institucionales y de recursos humanos, a enero del 2017 la relación número de médicos por cama es del 0.37 para médicos tratantes y sumados los residentes asistenciales aumenta a 0.74% y en personal de enfermería alcanza el 0.92% siendo según la norma para médico 8 por cama y para enfermeras 1-3 % lo que significa que el recurso humano en el hospital es insuficiente para cubrir las necesidades. (GUZMÁN*, 2015).

Por lo tanto en los diferentes servicios se encontró deficiencia en el recurso humano como muestra la siguiente tabla.

DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO POR SERVICIO

Médicos	Medicina interna	Pediatría	Ginecología	Traumatología	Cirugía
	0.15%	0.17%	0.19%	0.30%	0.18%

Tabla 5 Distribución por médicos en servicios del HSVP, 2017

En el área de emergencia el número de médicos sigue siendo escaso igual que en los otros servicios, la información comunicada por los líderes fue que laboran 2 médicos asistenciales y 1 tratante durante el día y 2 médicos asistenciales en la noche. Acompañados de personal de enfermería entre 2 a tres, que cubren las diferentes áreas y que resulta insuficiente.

JUSTIFICACIÓN

Como se ha identificado en el diagnóstico situacional del servicio de emergencias, los problemas más relevantes son el registro inadecuado de la información en la historia clínica, la falta de recursos humanos, y finalmente los procesos de gestión interna y externa, todos estos reflejan como resultado deficiencias en la calidad de atención y del servicio que es percibida por el personal que labora y por los usuarios.

Para implementar estrategias de cambio es necesario conocer los indicadores básicos de atención que pueden influir en el desempeño del servicio como son los indicadores de actividad, de calidad de procesos y de resultados, los mismos que son medibles cualitativa y cuantitativamente.

Y que en el caso del servicio de emergencias se expresan en la inadecuada información registrada en la historia clínica, el cual al ser dependiente del recurso humano, es indispensable implementar estrategias que faciliten la mejora continua a mediano y largo plazo.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL(MODELO) DE REFERENCIA

La Organización Panamericana de la Salud define a los sistemas de salud basados en Atención Primaria como “un enfoque amplio de organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho, alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema” (Josep Gómez Jimenez, 2010)

CONCEPTO DE SISTEMA

Según As Von Bertalanffi un sistema se define como una organización compleja “ un grupo de elementos en interrelación”.

Hall y Fagen en 1956 definieron al sistema como “ un grupo de elementos en interacción dinámica organizados en base a una propuesta” (Daniel Grodos, 2000)

El sistema de salud es la integración de las organizaciones, instituciones y recursos que tienen como eje central el usuario en interrelación con los determinantes de la salud. Así el sistema de atención esta conformado por instituciones, personas y recursos enfocados a la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

El sistema de salud en Ecuador esta compuesto por el el sector público conformado por MSP,IESS,ISSFA,ISSPOL,MIEES, municipalidades, y el sector privado por hospitales, clínicas y consultorios relacionados entre sí a través de la red pública de salud, que brinda

cobertura a la población mediante la atención gratuita en las dependencias públicas y con gasto de bolsillo en las privadas mediante seguros médicos o pago directo. (Ruth Lucio, 2011)

Según el MSP la creación la Red Publica integral de salud ha permitido la integración de los subsistemas del sistema público, facilitando la atención y disminuyendo la segmentación y fragmentación del sistema de salud, amparado en el convenio marco inter institucional y la instauración del tarifario nacional de prestaciones para la recuperación de recursos económicos entre las instituciones público privadas. (Verónica Espinosa, 2017)

Dentro del sistema de salud el servicio de emergencia brinda atención a pacientes que provienen de varios subsistemas públicos o privados que comprenden el sistema de salud de la provincia de Imbabura, y es la interfase entre el primer nivel y el tercer nivel de atención. En Emergencia el paciente a su vez puede ser atendido de manera integral, de ser necesario el ingreso hospitalario este puede ser realizado a cualquiera de los servicios como Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Terapia Intensiva, Pediatría y la consulta externa con su diferentes especialidades médicas.

Y se relaciona interinstitucionalmente con establecimientos públicos del MSP, IEES, ISSFA, ISSPOL de segundo nivel. (OPS, 2008) Y Centros de Salud Tipo A. B. localizados en cada distrito en total 20 establecimientos de salud. (CZI, 2015) A través de la referencia y contra referencia.

INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Last en 1995 define la investigación en sistemas de salud como la integración de la epidemiología, la sociología, las ciencias económicas y otras ciencias analíticas para el estudio de las ciencias de la salud. Teniendo dos metodologías claramente establecidas como es la Investigación Acción (IA) y la Investigación Operativa (IO). Las cuales son utilizadas en la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud.

Los campos relacionados en la Investigación en sistemas y servicios de salud es muy variada así tenemos: Salud Pública, Investigación Básica, Clínica, Operativa y Acción, Promoción de salud, Economía de la salud, Epidemiología, Sociología, Antropología, Auditoría y Estadística.

La IA permite transferir conocimientos al grupo que es sujeto y objeto de la investigación, con la finalidad de que esta pueda ser reproducida en otro momento.

Entre sus atributos la IA, permite integrar a los sujetos de la investigación en el proceso de cambio, gerencial u operativo, siendo parte de la prueba de hipótesis de cambio y así verificar que a través de una metodología se pueda lograr localmente los cambios planteados.

La IO es un proceso cuyo método permite identificar los problemas sin lograr ejecutar o plantear hipótesis de cambio, sin embargo sus resultados pueden estandarizarse. (Karen Pesse, sf)

Enfoque sistémico en salud

El enfoque sistémico es la representación del sistema a través de modelos, los cuales no son estrictamente establecidos a seguir, sino que en salud el enfoque sistémico debe considerar la diversidad de las situaciones reales, donde el modelo es una herramienta que permita contextualizar a todos los actores dentro de las entradas, el proceso y el resultado. Por ejemplo en el servicio de emergencia las entradas están dadas por la demanda de atención en diferentes problemas de salud agudos, el proceso de atención que inicia desde el triaje, atención médica, el alta o ingreso genera resultados que pueden ser medibles en términos de producción, de capacidad resolutoria, de calidad de atención.

Dos principales enfoques se han establecido: Enfoque analítico (EA), Enfoque Sistémico (ES). El Enfoque Analítico es aislado, preciso basado en teorías y no reversible, lleva la enseñanza como una disciplina. El Enfoque Sistémico es integrador, participativo, reversible, lleva la enseñanza al grupo participante, para generar un cambio local, el cual se ha podido generar en el servicio de emergencias.

El sistema de salud está conformado por varios actores donde el usuario se interrelaciona de la siguiente manera. Un sujeto dentro de la sociedad pertenece a un contexto social y cultural que se moviliza en función de diversos sistemas como son: educativo, político, económico cuya búsqueda del bienestar en el cuidado de la salud está dado por un sistema de servicios de atención público o privado, formal e informal. El mismo que está dentro de la Teoría General de Sistemas donde varias subsistemas interactúan dentro de la comunidad.

GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

La administración de recursos humanos es un conjunto de políticas y prácticas necesarias para dirigir los aspectos administrativos en cuanto a las personas y sus procesos constituyen el reclutamiento, la selección, formación, remuneración y la evaluación de desempeño. (Chiavenato, 2009).

La gestión del recurso humano (GRH) es un proceso dependiente de la Dirección General, encargada del proceso de planificación de las necesidades según los requerimientos de la institución. La responsabilidad del departamento de RRHH radica en varios procesos que inician desde la planificación, contratación, desarrollo profesional y, jubilación, así como procesos de seguridad laboral. (Chiavenato, 2009).

Roberto Owen en el Reino Unido en el siglo XIX introduce la GRH como parte de la dirección de la organización a partir de las necesidades de cuidar a los trabajadores, debido a las múltiples limitaciones que se encontraban en el desempeño y resultados dentro del ámbito laboral, por lo que considera que quien ejerce el rol de gestionar los recursos humanos debe estar en capacidad de generar procesos como: empleo, educación y formación, salarios, relaciones laborales, salud, seguridad en el trabajo y bienestar. (Fuertes, 1994)

Antiguamente el recurso humano constituía un costo para la empresa ahora es considerado como una inversión, ya que está integrada a las políticas, filosofía, objetivos y logros que espera tener la empresa, por eso el recurso humano es la parte más sensible dentro de una organización, cuando este es considerado solo como un sujeto pasivo que debe ser administrado o cosificado la calidad de su rendimiento es menor, mientras que si es parte de la organización como un asociado donde se toma en cuenta su aportes, las personas constituyen el elemento más importante de la empresa y su rendimiento y empoderamiento es mayor. (Chiavenato, 2009).

Para Michael Porter en su obra “La Competitividad de las Naciones”(1985) manifiesta la importancia del recurso humano y como esta puede aportar ventajas competitivas superiores y de mucha flexibilidad para la competencia o desarrollar servicios diferenciados luego de un proceso de gestión; estimando que para lograr duplicar una ventaja competitiva requiere un período de 7 años. (González, 2008)

La planeación estratégica posibilita a las organizaciones diseñar su futuro con actividades que garanticen controlar su destino, y así gerentes y líderes ven en el recurso humano el éxito de los planes, programas y logro de metas de la organización ya que esto está ligado a su carrera laboral, por lo tanto el recurso humano se convierte en el socio estratégico capaz de potenciar áreas, potenciar el trabajo en equipo y generar un ambiente motivacional que permita sentirse parte de la organización. (Adela Ascencio Vargas, 2015)

Las funciones de la administración de recursos humanos son:

- ✓ Ayudar a la organización alcanzar sus objetivos y realizar su misión.
- ✓ Proporcionar competitividad a la organización
- ✓ Proporcionar a la organización personas bien entrenadas y motivadas.
- ✓ Aumentar la auto actualización y la satisfacción de las personas en el trabajo.
- ✓ Desarrollar y mantener la calidad de vida en el trabajo.
- ✓ Administrar e impulsar el cambio.
- ✓ Mantener políticas éticas y comportamientos socialmente responsables.
- ✓ Construir la mejor empresa y mejor equipo.

Dentro de la organización de gestión existen seis procesos básicos:

1. Integrar personas, el mismo que incluye el reclutamiento y selección del personal según las características del puesto de trabajo a desempeñar.
2. Organizar a las personas: Basado en un diseño de actividades, orientado al puesto de trabajo, con un diseño organizacional de actividades, análisis, descripción, implementación de las personas y evaluación.
3. Recompensa: Proceso que incluya recompensas o remuneraciones basado en prestaciones y servicios sociales.
4. Desarrollo personal: Consiste en capacitaciones de desarrollo personal y profesional que faciliten el adquirir o fortalecer el conocimiento.
5. Retener a las personas: Mediante canales de comunicación entre los empleados y sindicatos.
6. Auditoría: Enfocada en procesos de mejora continua basada en banco de datos y sistemas de información administrativos. (Chiavenato, 2009)

MODELO DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN SALUD

La organización de los sistemas de salud a lo largo del tiempo han ido modificando su estructura y función, así se ha pasado de estructuras dedicadas a manejar casos específicos como el control de la tuberculosis, a la construcción de grandes edificios, donde los procesos de organización han variado, pero que en el modelo de organización del servicio, ha influido con cambios sustanciales que llegan a impactar en el recurso humano (Tobar, 2002)

Existen dos amenazas que afectan la misión en los servicios de salud uno es el inmovilismo burocrático y el otro los conflictos internos:

- a. La resistencia al cambio actualmente es menor debido a la mayor demanda, influencia tecnológica, o procesos de redefinición constante de los modelos de salud.
- b. La segunda amenaza es los cambios que puedan venir desde los grupos de interés, cambios autócratas que no benefician a la colectividad. (Tobar, 2002)

La Organización Mundial de la Salud 1946, señala que los hospitales son centros de atención donde se brinda promoción y prevención con aplicación a la familia y además de centros de enseñanza. (Tobar, 2002)

En el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador la organización de los servicios de salud se establece por niveles desde el primero al cuarto nivel de atención y servicios transversales a todos los servicios de salud. Los establecimientos de salud se clasifican según el nivel de complejidad resolutoria así el primer nivel de atención son: Puesto de salud, consultorio general, Centro de salud Tipo A; B; C. El Centro de salud Tipo A, puede estar ubicado en el

área urbana o rural, brinda una cobertura de 10.000 habitantes, presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos por ciclos de vida, su atención está dada por equipos de atención integral, conformados por enfermería, medicina familiar, odontología, obstetricia, promueve la acción y la participación social. (MSP, Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al sistema nacional de salud, 2014)

MODELO DE GESTIÓN EN ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La Sociedad Española de Medicina, Urgencias y Emergencias indica tres modelos organizativos de los servicios de urgencias a lo largo del tiempo:

1.- Modelo Angloamericano: Desarrollado en Estados Unidos entre los años setenta el cual se fundamenta en la continuidad de la atención entre el sistema pre hospitalario y el hospitalario, participando el personal paramédico y médico.

2.- Modelo Franco alemán: Este modelo intenta no llevar al paciente al servicio de urgencias, sino que resolver la patología en el ámbito pre hospitalario, donde los anestesiólogos facilitan la atención.

3.-Modelo de acreditación profesional: Este modelo de organización está dado por la formación de especialistas en emergencias, quienes brindan atención a la mayoría de patologías clínico quirúrgicas y cuentan con el apoyo de otras especialidades en la resolución parcial o definitiva. Este modelo formativo permite mantener al sistema de salud dotado de profesionales entrenados. (Martinez, 2010)

ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Para analizar el sistema de urgencia es necesario considerar tres entornos donde se desarrolla la atención del servicio de urgencias y emergencias así tenemos:

- a. Entorno pre hospitalario, basado en toda la estructura proveedora al sistema hospitalario, como son unidades de primer nivel, consultorios, accesibilidad, transporte y comunicación.
- b. Entorno hospitalario tomando en cuenta los recursos humanos y físicos con capacidad resolutoria según la complejidad de la atención.
- c. Entorno pos hospitalario, considerado desde el momento en que el paciente es dado el alta, ingresado al hospital o referido a otra institución de salud de mayor complejidad o continuidad de tratamiento en el primer nivel. (Martinez, 2010)

EL MODELO DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS

Cada unidad de urgencias dentro de un hospital según el modelo establecido toma en cuenta los siguientes parámetros:

- Relevancia de la actividad asistencial urgente

- Naturaleza de la asistencia: rápida, resolutive y de calidad
- Complejidad del servicio
- Expectativas de la sociedad
- Aplicación de criterios de la dirección sobre equipos multidisciplinarios
- Conveniencia de garantizar la unidad de acción

Para lograr el modelo es necesario tener planteamientos básicos:

- ✓ Implicación de la dirección
- ✓ Planificación de la unidad
- ✓ Fortalecimiento del gobierno
- ✓ Participación y asesoramiento

Objetivos Estratégicos

- Implicación de la dirección
- Plan estratégico
- Plan de ordenación
- Impulso de estructuras directivas
- Definición del modelo
- Definición de políticas del recurso humano

Objetivos Operativos

- Normativa interna de la unidad o servicio
- Potenciación de la calidad asistencial
- Organización de procesos
- Planes de mejora
- Definir el sistema de información
- Optimizar el recurso humano
- Definir el cuaderno de control de la gestión
- Establecer canales de comunicación
- Determinar plan de formación

La planificación del servicio de urgencia debe tener:

- Misión
- Objetivos de la unidad
- Planes estratégicos
- Planes operativos

- Estructura directiva
- Modelo organizativo
- Sistema de evaluación y control

La estructura directiva puede ser unipersonal como el líder de la unidad o colectivo dado por líder de la unidad, supervisora, jefe de guardia.

Funciones definidas para el jefe de urgencias, jefe de guardia, enfermería, y supervisor de enfermería y comisión de urgencias.

La organización interna del servicio coordina aspectos de servicios centrales como: servicios rayos X, unidad de críticos, unidad de procedimientos.

Coordina servicios de soporte como: admisiones, archivo y documentación, atención al usuario, trabajo social.

Los aspectos organizativos externos constituyen: coordinar centros asistenciales de primer y tercer nivel, alternativas de hospitalización, coordinación y comunicación con un sistema de emergencias médicas.

La organización del recurso humano en el servicio de urgencia debe tomar en cuenta: horario, demanda de atención, tiempo, oferta de recursos, disponibilidad humana y tecnológica, expectativa de los usuarios, presión social y mediática.

La estructura y funcionalidad del recurso humano en un servicio de urgencias depende:

- Equipo multidisciplinario
- Diversidad de especialidades
- Complejidad de funciones
- Régimen laboral variable
- Personal propio y compartido
- Presencia de personal en formación
- Alto nivel de rotación de profesionales

Características del Recurso Humano

- ✓ Capacidad de trabajo en equipo
- ✓ Polivalencia
- ✓ Capacidad de adaptación
- ✓ Manejo de situaciones de estrés
- ✓ Saber recibir y dar órdenes

Recursos estructurales básicos de un servicio de urgencia: fácil acceso, único, unidireccional, y correctamente señalado, ubicado en la planta baja, buena comunicación y distribución interna en una sola dirección.

Distribución estructural del servicio:

- ❖ Área de información y admisión de urgencias
- ❖ Zona de clasificación / triaje
- ❖ Zona de atención ambulatoria
- ❖ Zona de atención de nivel I
- ❖ Zona de atención de nivel II
- ❖ Zona de atención inmediata
- ❖ Zona de observación
- ❖ Zona de sépticos o aislamiento
- ❖ Quirófano de urgencia
- ❖ Áreas de soporte

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS

1.- Indicadores de gestión

2.- Indicadores de calidad de la atención sanitaria

3.- Indicadores de calidad clínica y de gestión

La documentación clínica de urgencia debe garantizar la funcionalidad y privacidad como el derecho a confidencialidad del paciente.

Los registros de la historia clínica tanto médica como de enfermería y registros administrativos permiten la investigación y la gestión del servicio. (Martinez, 2010)

GESTION DE LA INFORMACIÓN

La información en la unidad de salud aporta elementos de utilidad dentro del funcionamiento que facilita las actividades de la gestión administrativa y clínica en favor de las instituciones y pacientes.

Actualmente la información del sistema nacional de salud se basa en función de los requerimientos de la atención, diferentes formularios son utilizados en cada paciente por ciclo de vida, así los componentes entre una historia clínica pediátrica y una de adulto mayor es variables.

Sin embargo, la gestión de la información dentro del sistema permite la generación de reportes y datos estadísticos del servicio e institución, con el avance de la informática se ejecutan

videoconferencias, acceso a bibliotecas y base de datos, así como telemedicina que pueden favorecer la toma de decisiones.

Por lo tanto el sistema de información permite:

- Dar información al paciente
- Actualizar la información
- Gestión de conocimiento
- Eficiencia presupuestaria
- Apoyo en actividades de docencia e investigación
- Toma de decisiones en la planificación de la institución
- Armonizar la información científica técnica con la administrativa y contable. (Oliván, 1997)

En el sistema de salud ecuatoriano la información se subdivide en información de gestión administrativa, información de atención médica e información de alerta epidemiológica, siguiendo las normativas del MSP.

En el siguiente gráfico observamos los componentes de la información correspondiente.

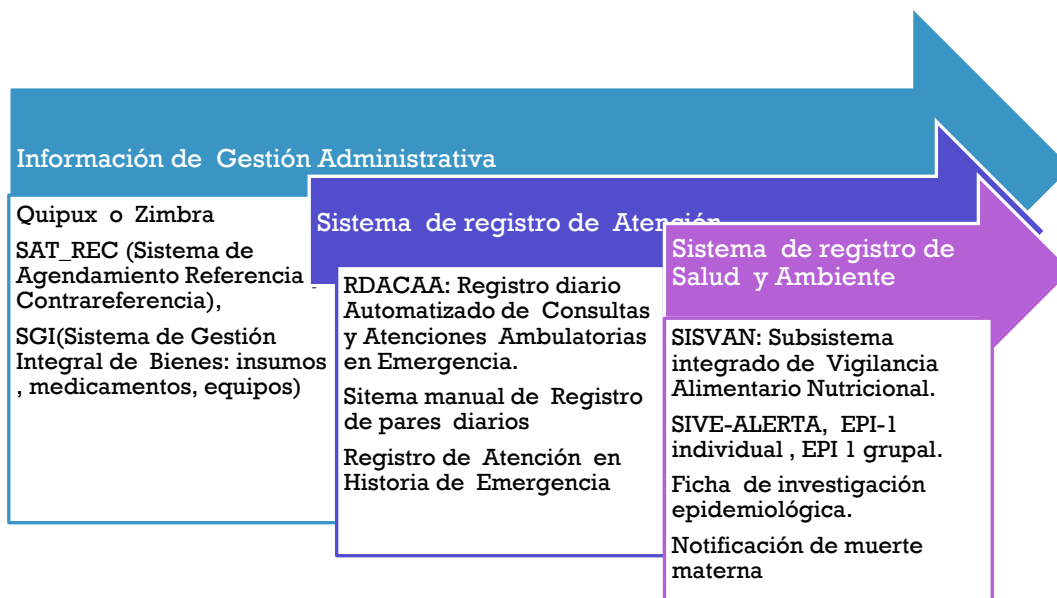


Figura 5 Sistema de Información MSP, realizado por Dra. Elva Arias

HISTORIA CLÍNICA UNICA

Es un documento médico legal que consigna la información detallada y ordenada de todos los datos relativos a un paciente o usuario, incluye la información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, estado actual y evolución, además de los procedimientos y de los tratamientos recibidos. (Pública, 2007)

Los principales formularios utilizados en la consulta externa tenemos:

- F001: Admisión y alta
- F002: Consulta externa
- F003: Anamnesis
- F004: Examen Físico
- F005: Notas de evolución y prescripciones de consulta externa
- F006: Epicrisis y Transferencias
- F007: Solicitud de Interconsulta
- F0028: Formulario infantil y escolar
- F052: Salud sexual y reproductiva
- Formulario de atención diferenciada del a dulto mayor

Actualmente el Registro de la historia clínica orientada por problemas permite una mejor visualización del proceso de atención y garantiza la calidad de los procedimientos realizados durante la atención en los servicios de salud.

Los formularios de registro de la información en la historia clínica de emergencia son:

- ✓ Formulario de Triage F05
- ✓ Formulario 008
- ✓ Formulario de evolución y prescripciones 002
- ✓ Formulario de exámenes de laboratorio F0400019
- ✓ Formulario de consentimiento informado. F024
- ✓ Formularios de interconsulta
- ✓ Formato de referencia F053
- ✓ Formulario de interconsulta. F007

Todos estos formularios deben constar en las atenciones de los pacientes en emergencia según su complejidad y necesidad.

CAPITULO IV

CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS

Dentro de la Investigación Acción diversos estudios han demostrado que la identificación de problemas sociales, la reflexión y el planteamiento de estrategias de cambio pueden ser ejecutados en el tiempo con la participación de diferentes actores.

Experiencias similares al presente estudio se han realizado alrededor del mundo cada uno con características particulares, así la investigación titulada “Organización de un servicio de urgencias, análisis de la actividad y de los modelos adaptados para mejorar la calidad”,

muestra los resultados favorables de varios años de la aplicación de un ciclo de mejora continua denominado Ciclo de Shewhart que consiste en Planificar, Desempeñar, Controlar, Ajustar, cuyo modelo inicia con la identificación de como se ha realizado, se plantea luego como mejorar, que hacer y cómo hacerlo, y finalmente hacer lo planificado. Con esto la investigación describe la organización del servicio de urgencias del hospital universitario del Sureste (HUSES), la funcionalidad y los indicadores de gestión organizacional. Entendiendo que en función de la demanda los servicios deben ser modificados, el recurso humano debe ser reajustado según la demanda y que calidad se mide en tiempos de espera, perdida de atenciones, percepción de calidad. (Molina, 2017) <https://eprints.ucm.es/41570/1/T38504.pdf>

Otra investigación titulada “Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de Enfermería en el servicio de Emergencias del Hospital Militar” de la ciudad de Quito, muestra que la capacitación en modelos de atención en admisión, triaje, atención de emergencias, mejora la eficiencia y efectividad del servicio, como lo indican sus autoras. (Aida Corina Guanín Moreno, 2015)

Otra investigación en Puerto Rico titulado “Calidad de Atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubuqui desde la perspectiva del cliente ” permitió establecer mecanismos de mejora una vez que se identificó el ciclo del servicio con sus diferentes puntos de vista desde el cliente, el tiempo de espera para la atención, determinar. Los nudos críticos en el proceso de atención y la medición de la satisfacción del usuario.

Así se denominó al proceso de implementación de cambio “Gestión de atención en emergencia” y al procedimiento “Atención del usuario en emergencia”; con esto se planificó actividades en las diferentes áreas del servicio como por ejemplo en Información se capacitó en atención al cliente; Recepción se capacito en atención al cliente. Y soporte técnico; en el área médica se trató los protocolos y clasificación de los problemas de salud; Servicio de apoyo se priorizo el uso de servicios de imagen y laboratorio, y finalmente la verificación se hizo a través del soporte técnico y la sistematización. Teniendo una información inicial y otra final donde el resultado fue favorable. (Mendez, 2008)

El estudio titulado “El servicio de emergencias de salud: Análisis de su gestión en Necochea”, muestra cómo se puede organizar un servicio de urgencia en base a la demanda, analizando particularmente la accesibilidad geográfica al servicio y planteando estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención en relación al crecimiento poblacional considerando la proyección de crecimiento poblacional de la ciudad de Quequen en Buenos Aires, Argentina. (Gil, 2015)

El estudio titulado *Participación comunitaria en salud a través de la Investigación Acción participativa del Hospital I “Dr. Darío Suarez Ocando”*; un estudio cualitativo realizado en el

Municipio de Valmore Rodríguez en el estado de Zulia Venezuela, donde la investigadora a través del método de Kemis un modelo crítico reflexivo, desarrollo la investigación centrándose en la problemática social de la comunidad y como el personal de enfermería puede intervenir en la comunidad y entender los problemas sociales, así como la comunidad es capaz de participar en el cuidado de la salud y comprender las funciones del hospital especialmente en el acceso a emergencia, en esta investigación participaron personal de enfermería del hospital, miembros de la comunidad. Dentro de las actividades se desarrollaron tres talleres: a) Taller de acción reflexión, b) Participación comunitaria, c) Sentido de pertenencia, los resultados de la investigación fueron sistematizados usando técnicas de observación participativa, entrevistas, registros de campo, talleres, categorización, triangulación y teorización. Donde se concluye que hubo mejor comprensión en el profesional de salud, la comunidad entendía mejor al hospital sin embargo necesita más estrategias de empoderamiento del cuidado de la salud, enfatiza la reflexión y el planteamiento de nuevos cambios que deben ser sentidos en la comunidad como un derecho a la salud y con responsabilidad social (Raga, 2017)

Un segundo estudio titulado *Investigación desde la APS: La experiencia Küme Mongüen Pewenche (Buena salud Pewenche)*. Esta investigación sistematiza la experiencia vivida durante la implementación de un proyecto de investigación sobre enfermedades crónicas en la comunidad rural de Alto Biobio, una comunidad indígena ubicada 600 Km de Santiago de Chile. Cuyo objetivo fue identificar las oportunidades y limitaciones que puedan orientar la implementación de programas de fortalecimiento de la investigación en centros de salud urbano y rural, no para realizar investigación “en APS”; sino “desde “y “para” la APS. Entendiéndose que realizar Investigación en la comunidad implica una serie de factores que influyen en su desarrollo, desde la motivación, el conocimiento y la oportunidad de los actores en participar.

El estudio muestra las facilidades encontradas como: la experiencia, examen de medicina preventiva de adultos mayores, formación, patrocinio institucional, disponibilidad del equipo. Entre sus dificultades están las económicas, bioéticas, logística y formativa.

Concluyendo al final que la investigación en APS exige un gran compromiso de los profesionales de salud, y que la investigación en la comunidad facilita la comprensión de los determinantes en la historia natural de las enfermedades y logra la comprensión y participación dual entre la comunidad y los servicios de salud. (Ricardo Cartes Velázquez, 2014)

El estudio titulado: *Violencia y discapacidad un modelo de intervención basado en la investigación acción participativa*. Muestra como un programa de acompañamiento y refuerzo

positivo a un grupo de personas que sufrieron lesión de la columna vertebral por arma de fuego presentó cuadriplejía y paraplejía, donde el modelo de discapacidad implementado a través de un grupo de mentores de pares permite generar cambios positivos de afrontamiento de la realidad y de oportunidades.

El estudio fue realizado en un hospital de discapacidad de Estados Unidos, con el apoyo del Departamento de Educación de Estados Unidos quienes apoyaron con el financiamiento y evaluación de las acciones a través de la universidad de Illinois. El proyecto contempló una actividad de identificación de actores claves como son personal de un hospital de rehabilitación, selección de mentores pares y la selección de miembros de la comunidad con lesión de la columna por arma de fuego.

A los mentores y miembros de hospital se capacitó sobre la caracterización de la discapacidad en función social, ofrecer a las personas con discapacidad la oportunidad de identificar como grupo minoritario con su identidad, cultura, y orgullo propio y organizado para aprender acciones colectivas destinadas a cambios de su condición social. El modelo social de la discapacidad sin cuerpo. Explica en el artículo que en esta primera actividad muchos de los participantes negaban la etiología de la lesión por arma de fuego, ya que muchos pertenecían a estratos sociales bajos, a pandillas o delincuencia, y en otros casos consideraban que su etnia negra o condición latina estaba en desventaja para acceder a servicios de atención en salud y programas de ayuda social e incluso el ser tratados por gente de color blanca hacía que sus problemas no sean comprendidos como lo esperaban. Con la evaluación inicial se vio que los actores van de un grado de participación bajo a uno alto con compromiso total.

Las fases y objetivos del proyecto de mentores semejantes se desarrollaron por fases.

En la fase I: Se desarrolló el currículo culturalmente competente para entrenar mentores semejantes, tomando en cuenta los aportes de los mentores de la intervención.

En la fase II: Implementación de un programa piloto de mentores semejantes en un hospital de rehabilitación.

Evaluar la efectividad del programa en base a la información dada de los participantes como son los mentores semejantes, personal del hospital y directores.

En la fase III: Consistió en replicar el programa en dos hospitales similares y evaluar la efectividad

En la Fase IV: Socialización del módulo a nivel local y nacional.

Mediante esta metodología se logró implementar en un grupo piloto de 20 participantes de la comunidad con discapacidad mediante la aplicación de escala de CHART conocer el grado

de discapacidad y asignar mentores de acuerdo a cada necesidad donde los mentores lograron identificar problemas como: médicos, vivienda, transporte, educación empleo, acceso público, sexualidad, migración, recreación, y en base a estos problemas se establecieron acciones como dar información, ofrecer ayuda, hacer remisiones de servicios de salud, hacer cosas juntos.

Finalmente lo que evidenció es que un mentor semejante es capaz de modificar y entender la condición de discapacidad y brindar un apoyo superior al que pueden dar otras personas que no hayan estado en la misma condición.

También se identificaron dificultades entre los mentores y el director pues muchas de las expectativas del director no se logró como por ejemplo la puntualidad de los mentores. La supervisión y sistematización de la información era de manera continua.

Logrando en el ejemplo piloto una experiencia positiva que puede ser replicada en otros espacios con similares características y modificadas según las necesidades. (Fernando E.Benalcázar, 2002)

CAPITULO V

HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

HIPÓTESIS

Mediante la capacitación del personal del servicio de emergencias en el registro adecuado de la información de la historia clínica, organización del servicio, rol del profesional de salud, triaje en la atención de urgencias y el fortalecimiento de la organización y gestión con una adecuada sistematización de procesos se mejorará la calidad de atención y de servicio en el hospital San Vicente de Paúl a mediano y largo plazo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto en la redistribución de actividades y capacitación en la implementación de cambios en la organización y gestión del personal que mejoran la calidad de registros de las atenciones en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra desde septiembre del 2017 a septiembre del 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la redistribución de tareas del personal de emergencias en los procesos del servicio a través de los indicadores básicos de atención, proceso y resultado.
2. Describir las actividades implementadas en las instrucciones operativas mediante la capacitación en registro y utilización de la historia clínica, organización del servicio de

emergencias, rol del profesional de salud, triaje, como generador de cambio en el sistema de información de la historia clínica en la atención de emergencia.

3. Caracterizar las representaciones sociales sobre la percepción de satisfacción del personal de salud y el paciente dentro de la organización del servicio y como este influye en la calidad de la gestión.

FORMAS DE INTRODUCCIÓN DEL CAMBIO

1. Capacitación de los profesionales sobre los componentes de la historia clínica por ciclos de vida, normativa Ministerio Salud Pública, con énfasis en los formularios de emergencia.
2. Manejo de la historia clínica orientada por problemas, ventajas y desventajas
3. Rol del profesional de salud
4. Bases de la organización del servicio de emergencias
5. Desarrollo profesional y personal: Técnicas de trabajo en equipo
6. Triage

ACTORES

En la presente investigación los actores son aquellas personas internas y externas que influyen de manera sistémica en el desarrollo de las actividades del servicio de emergencias del hospital San Vicente de Paúl.

INSTRUCCIONES OPERATIVAS

El desarrollo de la implementación de las instrucciones operativas basado en las alternativas de cambio para mejorar la atención en el servicio de emergencias del hospital San Vicente de Paúl se desarrollaron en cuatro reuniones en las fechas planificadas de acuerdo a la disponibilidad del personal de emergencia y de la maestrante previa coordinación con las autoridades de la institución.

Desarrollo de las actividades:

En las actividades realizadas participarán, médicos, enfermeras, líderes del servicio, líderes de otros servicios, así como autoridades del hospital.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

Como grupo de trabajo en la presente investigación participan los profesionales de salud del servicio de emergencias, la maestrante, la comunidad. Su participación se hizo a través de invitación directa de los líderes del servicio y de manera voluntaria en el proceso de capacitación, estrategias de cambio y evaluación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se basa en la metodología descrita por Grodos y Mercenier, en su documento "Health System Research: a clearer methodology for more effective action" para la investigación en sistemas y servicios de salud. (Grodos, 2000)

Se realizó en el hospital San Vicente de Paúl en el servicio de Emergencia, siguiendo los lineamientos de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, donde se aplicó la Investigación acción como modelador de la implementación de la hipótesis de cambio, las instrucciones operativas, la evaluación operativa, evidenciándose las mejoras propuestas a través de evaluación analítica.

La investigación se desarrolló por fases las mismas que han contado con la autorización y gestión de las autoridades responsables de la Maestría y del Hospital San Vicente de Paúl, teniendo así:

Fase 1.- Diagnóstico situacional del Hospital San Vicente de Paúl

Fase 2 .-Priorización y Profundización del problema de investigación en el servicio de emergencias.

Fase 3.- Implementación de Instrucciones Operativas

Fase 4.- Evaluación de Instrucciones Operativas

Fase 5.- Evaluación analítica y de impacto de generación de mejoras en base a las instrucciones operativas implementadas.

MUESTREO

El cálculo de la muestra para la revisión de historias clínicas se realizó en base a la producción mensual del servicio en el momento de la revisión documental.

Tomando en cuenta que el servicio de emergencias atiende entre 4000 a 6000 atenciones mensuales una media de 5000 atenciones según el reporte estadístico del hospital en el año 2017, se tomó una muestra de 356 historias donde se evaluó indicadores como la calidad del dato, calidad de la información, correlación clínico diagnóstica, uso de formularios de historia clínica mediante la revisión documental.

Para conocer la percepción del paciente sobre la atención del servicio se realizó una encuesta de satisfacción que visualice la calidad de atención médica, los indicadores de proceso en el momento de ser dados de alta a domicilio, referidos a otra institución o ingresados a hospitalización, con un número similar a la revisión documental, pero por motivos de tiempo se encuestó a 301 pacientes, considerando que la muestra era representativa.

Para la evaluación de la redistribución de tareas del personal y conocer el grado de satisfacción en su trabajo se aplicó una encuesta de forma anónima, participando 22 profesionales.

TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las encuestas de percepción de satisfacción fueron realizadas a los pacientes y profesionales del servicio de emergencia, durante varios días de la semana incluyendo fines de semana y feriados, mientras que la información de la historia clínica se realizó a través de la revisión documental en estadística. Cuyos resultados fueron registrados en una matriz de office Excel, mediante tablas dinámicas con el registro de todas las variables del estudio. Para luego estas ser analizadas en el paquete estadístico.

Tabla 6 Operacionalización de Evaluación Operativa

Variable	Definición	Contenido	Participantes	Responsable	Lugar	Recursos	Fecha
Taller	Actividad teórica práctica basada en grupos de trabajo con supervisión y objetivos	Componentes de la historia clínica, MSP.	Profesionales de salud servicio de emergencia . Personal de estadística. Autoridades del hospital directivos y docentes	Dra. Elva Arias	HSV P Aula ER.	Infocus Computador Papelotes Marcadores Libreta de apuntes Bibliografía	Viernes 22 septiembre 2017 2 horas
Análisis de casos	Identificación de problemas clínico quirúrgicos descritos en la historia clínica	Historia clínica orientada por problemas	Profesionales de emergencia	Dra. Elva Arias	Aula ER.	Infocus Computador Papelotes, marcadores Bibliografía	Viernes 22 septiembre del 2017 2 horas

Socio drama	Acción que muestra la actitud laboral en el trabajo de los profesionales de salud, juego roles	Rol de los profesionales de salud	Profesionales de Emergencia	Dra. Elva Arias	Aula ER.	Bibliografía Casos de trabajo en equipo	Sábado 23 septiembre 2017 2 horas
Juego de roles	Roles de los participantes que trabajen en grupos y equipos	Técnica de trabajo en grupo vs equipo	Profesionales de Emergencia	Dra. Elva Arias	Aula ER.	Casos de trabajo en grupo	Sábado 23 septiembre 2017 4 horas
Clase magistral dialogada	Actividad generada por el docente con la participación activa de los estudiantes	Investigación en sistemas y servicios de salud: Investigación acción, Investigación Operativa	Profesionales de Emergencia	Dra. Elva Arias	Aula ER.	Bibliografía Infocus Computador Material de oficina	Viernes 6 octubre y sábado 7 octubre del 2017 4 horas

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA:

Luego de la ejecución de las intervenciones planificadas y siguiendo el modelo de Grodos y Mercenier se realizó el análisis de la evaluación operativa con la finalidad de realizar ajustes necesarios a las actividades implementadas

EVALUACIÓN ANALÍTICA

La evaluación analítica permitió visualizar si las instrucciones operativas han generado los resultados planteados en la hipótesis de cambio, así como análisis del impacto y sostenibilidad de los mismos.

Dentro de las variables de análisis se evaluó la historia clínica, gestión y organización del recurso humano y la percepción del profesional de salud y paciente sobre la calidad de atención.

PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de la información se orientó a revisar el avance en los cambios implementados como son:

- ❖ Cumplimiento de mejora de registro de información de historia clínica
- ❖ Factores que influyen en la organización de servicio y su repercusión en los procesos de calidad de atención
- ❖ Evaluación operativa
- ❖ Evaluación analítica

Evaluación analítica.- La información obtenida de las variables de evaluación analítica se registró en una base de Excel según sus categorías para luego ser analizadas las variables cualitativas y cuantitativas en el programa estadístico PSSv22 para el análisis univariado y vibariado y establecer las diferentes conclusiones del estudio, así como los factores que pueden insidir en los resultados obtenidos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

Tabla 7 Operacionalización de Evaluación Analítica

EVALUACIÓN DE REGISTRO DE INFORMACIÓN							
Variable	Definición	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Unidad de medida	Técnica de medición fuente	Instrumento
Componentes de la historia clínica Formatos de Historia clínica Calidad del dato	La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.	Compleja: Formatos de Historia clínica Calidad del dato Utilización de formatos	Cuantitativa	Número de historias clínicas que contienen los formularios completos para la atención por ciclo de vida/ Número de atenciones realizadas en un mes	%	Revisión documental de la Historia clínica de emergencias	Lista de chequeo semi estructurado en base de Excel con los datos de los componentes de estructura y normatividad, pertinencia y coherencia de la información

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Variable	Definición	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Unidad de medida	Técnica de medición	Instrumento
Organización del servicio de emergencias	Es una actividad de gestión administrativa y operativa de la organización que permite evaluar las actividades dentro del servicio de salud para la mejor toma de decisiones	Compleja: Personal Estructura Procesos	Cuantitativa	Número de personal médico, enfermeras y de soporte por equipo de atención en cada área /Numero de personal planificado	%	Revisión documental de actividades administrativas: horarios Planificación Actividades docentes mensuales Total de atenciones por ciclos de vida, perfil epidemiológico de atención	Test de satisfacción del personal de salud

Registro de información de gestión del servicio	Es una actividad de gestión administrativa y operativa de la organización que permite evaluar las actividades dentro del servicio de salud para la mejor toma de decisiones	Compleja: Gestión de calidad de atención	Cuantitativa	Número de atención percibidas con calidad de atención / Total de atenciones	%	Encuesta de percepción de calidad de atención al paciente	Test de percepción de calidad de atención
Registro de información de gestión del servicio		Gestión de calidad del servicio		Número de atenciones percibidas con calidad de gestión del servicio / Total de atención	%	Encuesta de percepción de atención al paciente	Test de percepción de calidad de atención
EVALUACIÓN ANALÍTICA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES							
Variable	Definición	Dimensión	Tipo de Variable	Indicador	Unidad de medida	Técnica de medición	Instrumento

Edad	Años de vida cumplidos al momento de participar en el estudio		Cuantitativa	Número de pacientes atendidos en emergencia por rangos de edad de 10 años / Total de pacientes de la muestra seleccionada	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada
Sexo	Condición orgánica que distingue hombres y mujeres		Cuantitativa	Número de pacientes hombres o mujeres/ Total de atenciones según la muestra seleccionada	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada
Escolaridad	Período de tiempo en que una persona asiste a estudiar o termina sus estudios		Cuantitativa	Número de pacientes con escolaridad primaria, secundaria o superior/ Total de participantes en el estudio	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada
Accesibilidad geográfica	Tiempo percibido por el paciente desde su domicilio hasta el hospital.		Cuantitativa	Número de pacientes que tienen menor o mayor tiempo en llegar al hospital / total	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada

				de pacientes participantes en el estudio			
Triaje hospitalario	Clasificación de pacientes según su condición de salud para recibir la atención		Cuantitativa	Número de pacientes que se realizó el triaje por complejidad de la atención / total de atenciones	%	Revisión documental	Lista de chequeo Consta Hoja Triaje. SI NO
Estancia en el servicio de urgencias	Tiempo percibido por el paciente en su atención y estancia en el servicio de urgencias		Cuantitativa	Número de pacientes que perciben su estancia en el servicio de urgencias entre en rangos de tiempo hasta resolver su cuadro clínico / Total de pacientes atendidos	%	Revisión documental Y encuesta	Encuesta Lista de chequeo
Imagen de las instalaciones	Percepción de los pacientes sobre las instalaciones donde es atendido		Cuantitativa	Número de pacientes que perciben las instalaciones como adecuadas/Total de pacientes participantes	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada

Limpeza de las instalaciones	Valoración de la limpieza de la estructura física del servicio de urgencias		Cuantitativa	Número de pacientes que valoran las instalaciones como limpias/ Total de participantes	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada
Imagen del médico	Valoración de la imagen que proyecta el facultativo frente al paciente		Cuantitativa	Número de pacientes que valoran la imagen del médico/Total de pacientes del estudio	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada
Presentación del médico/a	Nombre del médico que se presenta durante la atención del paciente		Cuantitativa	Número de pacientes que aprecian la presentación del médico durante su atención	%	Encuesta	Encuesta semiestructurada

CAPITULO VII

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Dentro del proceso de investigación uno de los pilares fundamentales para lograr los cambios en el plan de mejoras del servicio de emergencia y facilitar la comprensión de los resultados, es considerar a los participantes como actores claves, así por medio de las autoridades del hospital se identificaron aquellos que están involucrados directamente con los diferentes problemas del servicio de emergencia, su grado de responsabilidad en la toma de decisiones, grado de interés y participación en la implementación de la hipótesis de cambio. Se realizó un inventario de los actores entre ellos profesionales médicos, profesionales de enfermería, técnicos auxiliares de enfermería, líderes del servicio a quienes se procedió a categorizarlos según su grado de participación, interés, influencia, capacidad de liderar y opinión, determinándose que los actores están a favor, en contra, y neutro como muestra el siguiente gráfico:

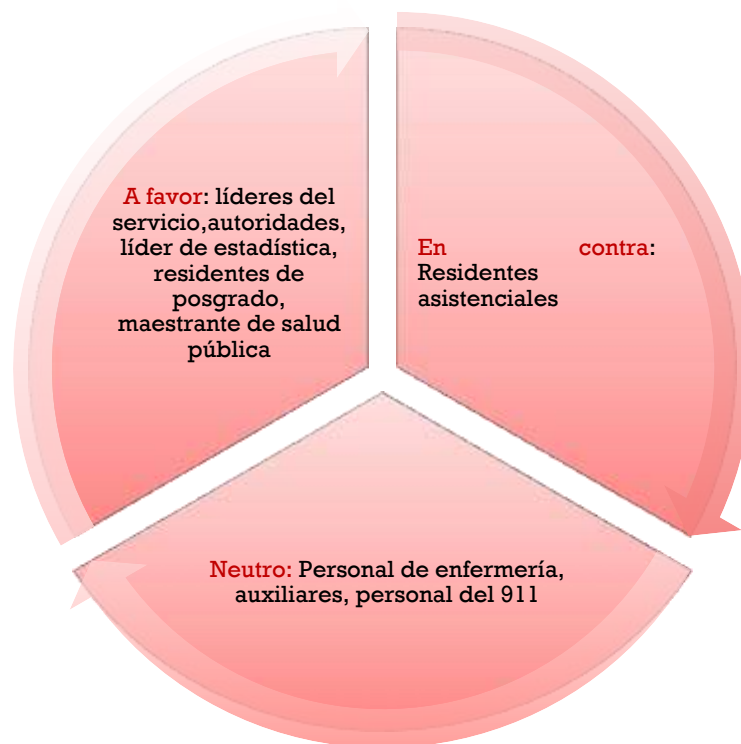


Figura 6 Actores claves, realizado por Dra. Elva Arias

INVENTARIO DE ACTORES INVOLUCRADOS

Actores	Influencia	Interés	Participación social	Reputación	Capacidad de liderar	Opinión
Directores	Alta: Toma de decisiones	Alto: Mejorar los procesos	Media: Delegación de funciones a líderes	Alta: Acorde a principios bioéticos	Alta: Gerencia administrativa y médica	Favorable
Líderes de los servicios del hospital	Media	Alto	Media	Alta	Media en relación al servicio de emergencia	Favorable
Líderes de servicio de emergencia	Alta	Alto	Media	Media	Media	Favorable
Médicos tratantes	Alta	Medio	Media	Alta	Alta	Favorable
Residentes asistenciales	Alta	Bajo	Bajo	Alta	Media	Poco favorable
Residentes de posgrado	Media	Alto	Alto	Alta	Alta	Favorable
Líderes de enfermería	Alta	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio
Profesionales de enfermería	Media	Alto	Alto	Alto	Alto	Media
Líder de estadística	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Líder de calidad	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Líder de recursos humanos	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio
Líderes proveedores del servicio (laboratorio, imagen, farmacia)	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio

Comunidad como demandantes del servicio de emergencia	Baja	Alto	Bajo	No aplica	Media	Evaluada en cada proceso de cambio
---	------	------	------	-----------	-------	------------------------------------

Tabla 8 Inventario de actores, realizado por Dra. Elva Arias

Como se observa en la tabla muchos de los actores tienen una opinión favorable al cambio, apreciándose según su grado de responsabilidad mayor interés en los líderes del servicio que en los profesionales operativos y visibilizando la necesidad de implementación de estrategias motivacionales a través del conocimiento que les facilite entender los problemas dentro del servicio y mejorar su actitud y empoderamiento en el trabajo.

MAPEO DE RELACIONES FORMALES

ACTORES	POSICIONES FORMALES Y LEYES	RESPONSABILIDADES	PROCEDIMIENTOS REGULACIONES
Autoridades administrativas (gerencia, medicina, enfermería, líderes de los servicios)	Cargos de libre remoción para el gerente administrativo y médico, líderes de los servicios nombramientos indefinidos	Gestión, Procesos, Resultados en la toma de decisiones que facilitan el funcionamiento del hospital San Vicente de Paúl.	Marco legal en la constitución del Ecuador. Normativa nacional de manejo de hospitales del MSP. Procedimientos con capacidad resolutoria de acuerdo al nivel de atención.
Médicos tratantes y residentes asistenciales y postgrado	Relación bajo Contrato colectivo. Contrato ocasional. Becarios de posgrados.	Procesos de atención directa de pacientes que acuden al servicio de emergencia del hospital.	Normativa institucional de recursos humanos, protocolos, guías de práctica clínica emitidos por el MSP, Norma asistencial docente. Marco legal de la LOES, Ley orgánica de salud

Líderes de los servicios de proveedores de Emergencia.(laboratorio, imagen, farmacia)	Relación de dependencia bajo contrato, gestores de procesos en cada una de las áreas para facilitar la atención en emergencia.	Responder la demanda de emergencia en exámenes de laboratorio e imagen. Facilitar la entrega de medicamentos según la demanda. Evitar ruptura de stock y el aumento del gasto de bolsillo	Normativa interna de solicitud de exámenes de laboratorio e imagen. Norma nacional de expendio de medicamentos basado en el cuadro básico de medicamentos.
Comunidad	Pacientes que acuden al servicio de emergencia desde la comunidad según la edad y sexo, con referencia desde el primer nivel, auto referencia.	Cuidado de la salud basado en las indicaciones de prescripción generada desde el servicio	Derecho constitucional Art 32 Objetivo 3 del desarrollo del milenio.
Autoridades del MSP, Dirección zona 1	Coordinación de entrega de indicadores de gestión, proceso y resultado de las actividades, que se realizan en el hospital.	Coordinación directa de procesos de la gestión administrativa, financiamiento, aprobación de normativas internas institucionales.	Ejecución y cumplimiento de las Normas del MSP, para la atención en hospitales de segundo nivel.

Tabla 9 Mapeo de actores, realizado Dra. Elva Arias

ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

TIPO DE STAKAHOLDER	NATURALEZA DEL INTERES EN LA ADOPCIÓN DE POLÍTICAS DE CAMBIO	IMPACTO POTENCIAL SOBRE LA POLÍTICA O DECISIÓN DE CAMBIO	IMPORTANCIA DE INTERES	IMPORTANCIA EN EL GRUPO	INFLUENCIA / PODER DEL GRUPO
1. Profesionales del servicio de emergencia	Al ser el proveedor directo de la atención de emergencia, y verse involucrado en los problemas de oferta y demanda del servicio, el interés durante el proceso de identificación de problemas fue alta, sin embargo el momento de la implementación operativa de las alternativas de cambio hasta el momento ha sido media.	El impacto ira en función de la ejecución controlada de la implementación de acciones operativas luego de la aprobación de las políticas internas de cambio en el servicio, por lo tanto el impacto positivo o negativo creara un impacto sobre el servicio, el sistema de salud.	Alta: Dada la responsabilidad en el servicio, los participantes mostraron interés en los problemas identificados y en la generación de alternativas de mejora.	Medio: al analizar a los actores en la fase de implementación se encontró que cobra mayor importancia desde un interés muy bajo a uno alto	Alta, porque participan en cada cambio implementado
2. Autoridades del HSVP	Mejorar los procesos de atención en la emergencias reflejados en indicadores de calidad en el	Indicadores de eficiencia y efectividad en la atención del servicio de emergencias	Lograr la satisfacción del usuario durante la atención. Mejorar los Procesos de referencia y	Reconocimiento en el sistema de salud como una institución pública, apegada a la misión y visión institucional y, a los	Alto: Son los ejecutores de las políticas implementadas en los servicios

	Servicio de emergencia		contra referencia entre los niveles.	objetivos de desarrollo del sostenible que contribuye a la salud de la población de la provincia y el país	
3. Representantes del Sistema de salud a través de la coordinación zonal y representantes de la comunidad.	Mantener los procesos del sistema de red pública en salud que permitan brindar oportunamente la demanda de la población.	Indicadores de eficiencia y efectividad en la atención en la red pública y el hospital	Cumplimiento de las normas establecidas desde el ente rector, para disminuir la morbimortalidad de la población.	Responder al mandato constitucional. Cumplir con los derechos de los pacientes y las responsabilidades de las instituciones público, privadas.	Alto. Responsabilidad de dar respuesta a la demanda, medida en indicadores que permitan generar políticas interinstitucionales para mejorar las políticas en salud.

Tabla 10 Análisis de grupos de interés

El reconocimiento de los roles de cada miembro participante de la institución permite coordinar acciones de cambio a través de los tomadores de decisiones y de lograr una implementación de las estrategias de cambio favorables para el servicio.

Donde autoridades, médicos operativos, enfermeras estén en la capacidad de liderar procesos de mejora continua basados en la coordinación de acciones participativas.

GRILLA DE PODER

En la grilla de poder se ha ubicado según el grado de poder y el nivel de interés apreciándose que los actores van de un bajo poder a un alto cuando el contexto se modifica con las intervenciones donde se logre satisfacer sus intereses.

Mientras que en los actores con un grado alto poder y un nivel alto interés se posicionan las autoridades responsables de la toma de decisiones y de ejecutar planes de implementación de mejora basados en la comunicación efectiva entre los líderes y el personal operativo dentro de la organización del servicio

GRILLA DE PODER

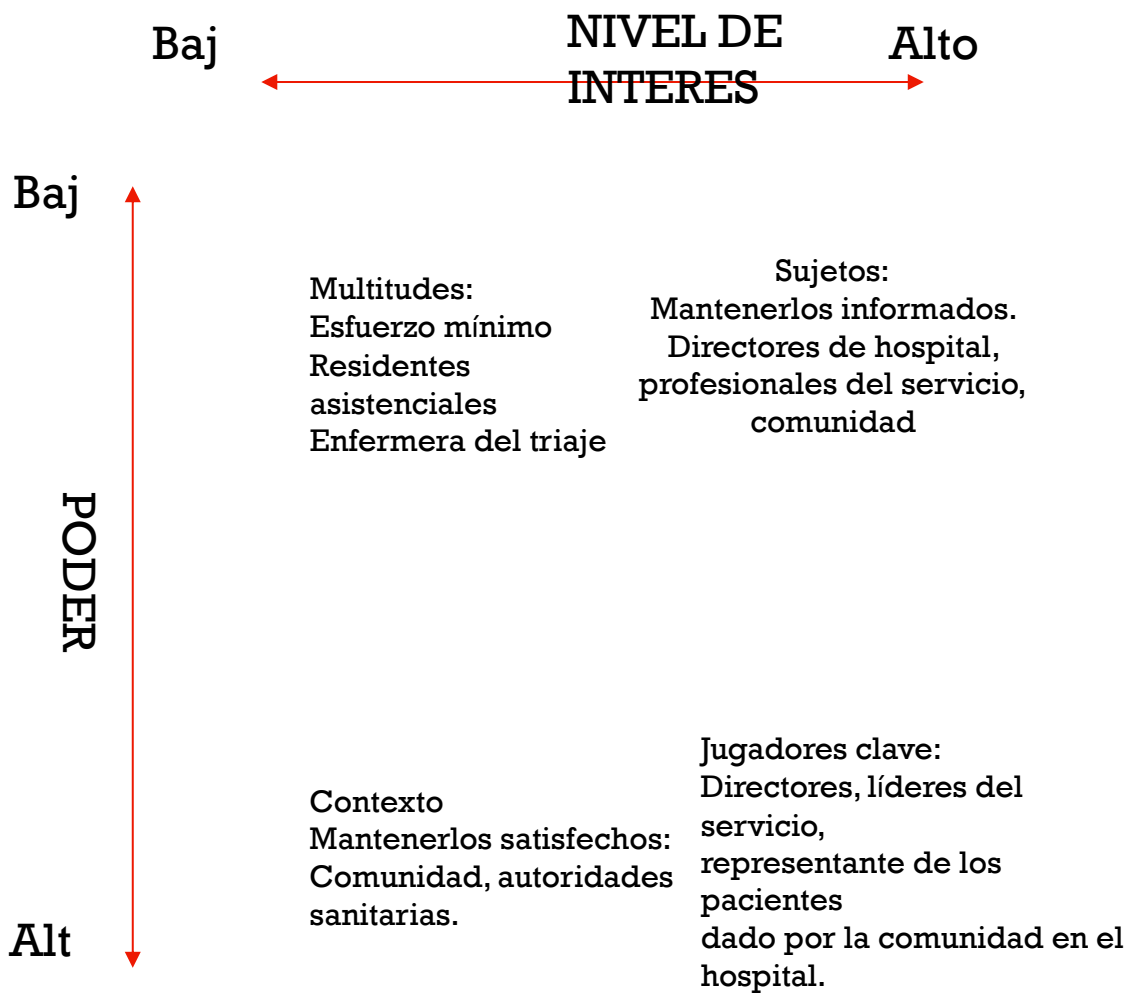


Figura 7 Grilla de poder, realizado por Dra. Elva Arias

a. EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES

Esta ubicación espacial de los actores facilita identificar el cambio esperado posterior a la implementación de instrucciones operativas, y entender en la evaluación analítica su posición con los resultados obtenidos.

Como se aprecia en gráfico en el momento del diagnóstico los médicos residentes ponen resistencia al cambio, y lo esperado a un futuro es lograr que todos los actores estén a favor del cambio.

El grupo de bajo poder y contra

POSICIÓN

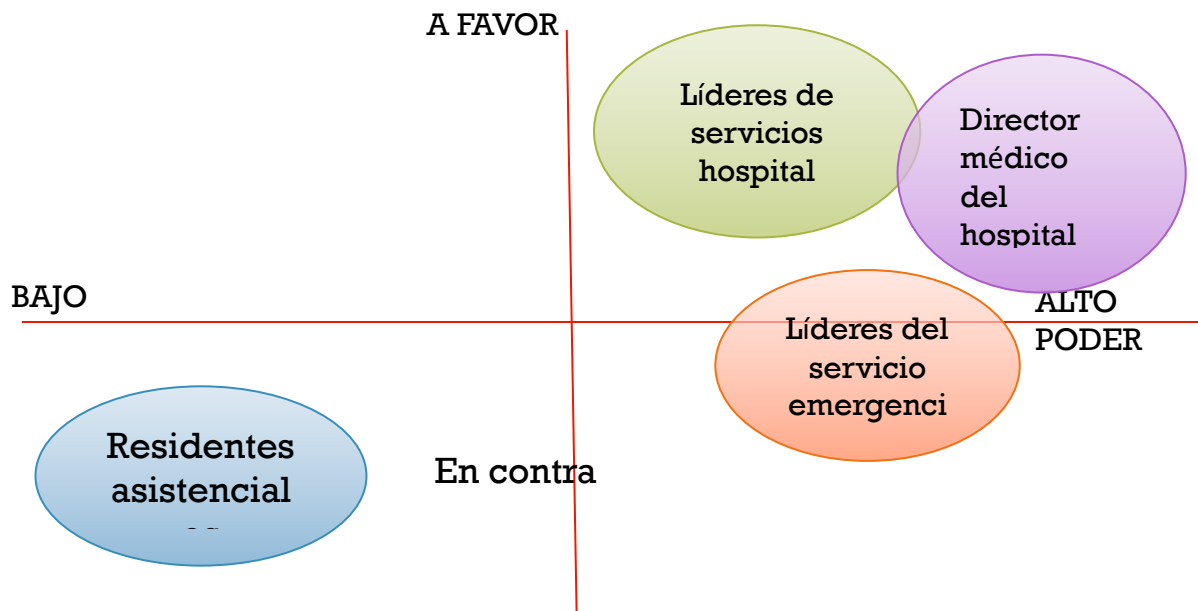


Figura 8 Posición de actores HSVP

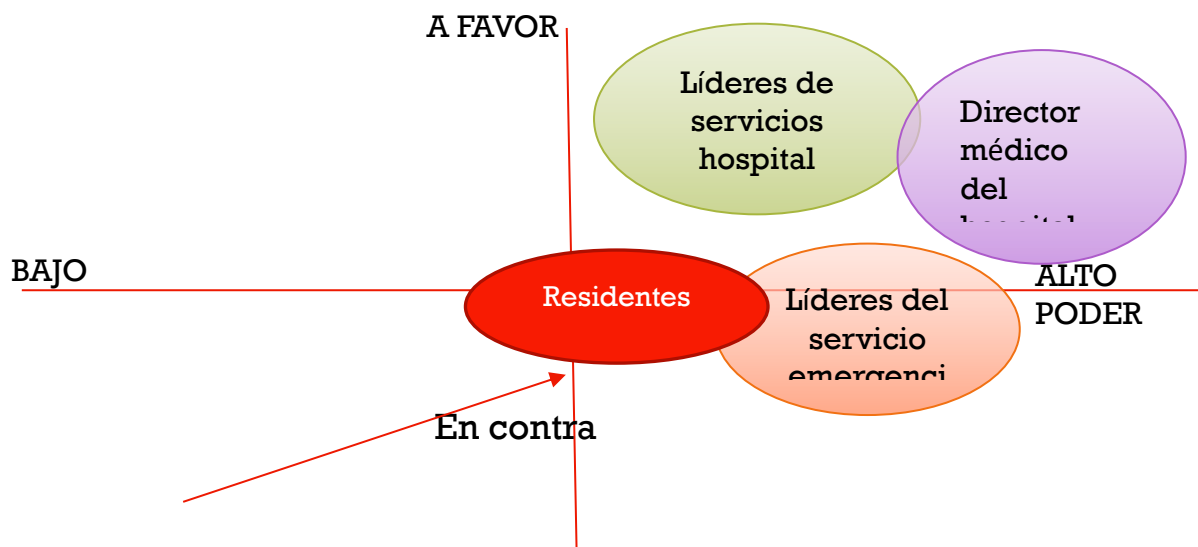


Figura 9 Posición de actores posterior a la implementación operativa

ANÁLISIS POLÍTICO: NIVEL ENDO POLÍTICO

Negativo: Médicos asistenciales emergencia

Positivo



Figura 10 Análisis endopolítico de actores

En el presente gráfico muestra el rol de las autoridades ubicadas en el centro con mayor poder, quienes tienen la responsabilidad en la toma de decisiones que influyen directamente en los siguientes niveles externos.

Dentro de la organización los líderes del servicio de emergencia y servicios del hospital coordinarán las acciones para un mejor resultado.

Quedando los residentes como entes activos de ejecución del cambio, pero sin mayor poder de decisión con quienes es necesario mantener acuerdos de mejora y cumplimiento.

INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

El desarrollo de la implementación de las instrucciones operativas basado en las alternativas de cambio para mejorar la atención en el servicio de emergencias del hospital San Vicente de Paúl se desarrollaron en cuatro sesiones de trabajo y talleres de capacitación.

Desarrollo de las actividades:

Participaron autoridades del hospital, médicos, enfermeras, líderes del servicio de emergencias y líderes de otros servicios.

Las dos primeras reuniones se realizaron con el personal de emergencia con una baja asistencia del personal, pero permitió profundizar el problema identificado anteriormente por otros actores líderes de los servicios de estadística, emergencias, autoridades del hospital

Una vez conocido la problemática del servicio, los actores mostraron mayor interés exteriorizando sentimientos de su realidad local y afirmando lo diagnosticado y priorizando como problemas y estableciendo la hipótesis de cambio.

En la tercera reunión se contó con mayor participación de los profesionales operativos, autoridades y líderes de todos los servicios del hospital donde se estableció las estrategias o acciones operativas a implementar en el servicio, partiendo con la capacitación en diversos contenidos como se planificó en las variables operativas.

Las capacitaciones implementadas fueron sobre las normativas legales de la historia clínica, componentes de registro historia clínica, calidad de la información, registro de información, codificación diagnóstica.

Luego de la reunión, se solicitó una capacitación expresa sobre el triaje en emergencias, la cual se facilitó en la siguiente sesión.

Finalmente en la cuarta reunión se centró la actividad en la capacitación con el personal del servicio de emergencias, en base al triaje y organización del servicio de emergencias, dinámica de trabajo, roles, calidad de atención y calidad de servicio.

Esta capacitación fue muy activa por parte de los participantes, aunque fue evidente el desconocimiento de sus funciones, y como debería ser idealmente un servicio de emergencias en el ámbito organizacional.

La propuesta de mejorar el registro de información de atenciones en el triaje con un nuevo documento que refleje la actividad real, tuvo resistencia por parte de los presentes, con lo que

se invitó a la reflexión dejando a consideración por parte de las autoridades la implementación de un nuevo formato y el registro adecuado según la norma.

Al final la decisión fue quitar la hoja de triaje antigua, quedando para un futuro la posibilidad de cambiar el formato de esta actividad y se consideró el uso del formato 008 para atenciones en esta área.

Actividad planificada	Tema	Número de participantes	Facilitador	Fecha
Taller	Componentes de la historia clínica	8	Dra. Elva Arias	10-10-2017
Juego de roles	Organización del servicio de Urgencias Revisión documental de historia clínica	10	Dra. Elva Arias	24-10-2017
Taller participativo Clase magistral dialogada	Plan de mejoras en emergencias historia clínica orientada por problemas	45	Dra. Elva Arias	07-11-2017
Clase magistral dialogada Juego de roles	Capacitación de Triaje. Modelo de la actividad humana	24	Dra. Elva Arias	21-11-2017

Tabla 11 Resumen de cumplimiento de actividades realizadas en la Implementación operativa, elaborado por Dra. Elva Arias

Las actividades planificadas como instrucciones operativas se cumplieron en su totalidad a pesar de que ellas fechas fueron modificadas según la disponibilidad de los participantes bajo acuerdo previo. Cada actividad realizada fue registrada en el diario de campo.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA.

Actividad	Participantes	Lugar	Dificultades	Participación
Componentes de la historia clínica	5 médicos 3 internos	Sala de docencia en emergencia	Escasa convocatoria de líder del servicio. Excesivo ruido. Puntualidad del facilitador. 20 minutos de retraso en el inicio.	Adecuada de los presentes. Bajo número de convocados
Organización del servicio de urgencias. Revisión documental de la historia clínica a Técnica: juego de roles	Participan residentes del posgrado de Medicina Familiar y residentes asistenciales Total 10	Sala de docencia en emergencias.	Se realizó la actividad 30 minutos más tarde por falta de llave para ocupar el espacio físico. Ruido excesivo. Ausencia de los líderes del servicio. Baja convocatoria de parte de la líder del servicio	Activa participación de los presentes
<p>Diálogo con Dr. Carlos Villalba Sobe la convocatoria y participación de los actores. Acuerda realizar la convocatoria denominándose Plan de Mejoras del Servicio de Emergencias</p>				
Socializar la problemática. Capacitación en Historia clínica. Organización del servicio y roles del profesional de salud.	Dos directores 14 médicos 20 enfermeras. 11 líderes 1 paramédicos	Auditorio del hospital. Adecuada comunidad. Buena iluminación	Se inició 10 minutos más tarde de la hora prevista.	Buena participación. Apoyo a los procesos de cambio y compromiso de mejorar el registro de la información. Contratación de recurso humano

<p>Acuerdos a seguir: Capacitación en Triage y organización del servicio de traje.</p>				<p>operativo tanto médicos como enfermería. Mejorar la coordinación de actividades en el servicio de emergencias y las demás áreas del hospital.</p>
<p>Capacitación en Triage personal de Emergencia Modelo actividad humana en sus diferentes roles</p>	<p>6 enfermeras 9 médicos 1 trabajador social 1 terapista 1 epidemiólogo 5 internos rotativos 1 representante de la calidad</p>	<p>Lugar Auditorio 5to piso</p>	<p>15 minutos más tarde, porque el espacio físico se encontraba ocupado con otra actividad (capacitación desechos)</p>	<p>Buena participación de los presentes. Aún hay resistencia al cambio de los médicos y enfermeras en cómo cambiar el formulario del triaje en los formularios adecuados. En cuanto a la actividad humana dentro del modelo sistémico es una representación de trabajo para mejorar como equipo.</p>

EVALUACIÓN ANALÍTICA DE LAS INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Mediante un grupo focal se evaluó las instrucciones operativas, con la participación de 7 personas de sexo femenino, cuya responsabilidad en los procesos de gestión administrativa y operativa del servicio están en capacidad de favorecer los cambios implementados.

Los líderes fueron: Recursos Humanos, Estadística, Calidad, Comunicación, Líder de médicos/as y enfermería, Líderes de unidad de cuidados intensivos.

Así a las 9:30 en el aula de docencia de Emergencia el grupo invitado y, la maestrante como moderadora se procedió a explicar la dinámica de la participación y los roles dentro del conversatorio, donde de manera espontánea pueden opinar sobre dos preguntas enfocadas en las acciones de mejora implementadas hasta el momento y cuál es la proyección en las que falte. Las preguntas fueron:

- ¿Luego de las intervenciones operativas, cuáles han sido las que se han implementado?
- ¿Luego de las intervenciones operativas, cuáles no se han implementado o cumplido y porque?

Se indica que se ha capacitado sobre la organización del servicio de emergencia, historia clínica, responsabilidades y roles del recurso humano y el triaje. Obteniéndose las siguientes respuestas:

Ante estas dos preguntas las participantes indican que a pesar de haberse realizado las instrucciones operativas aun no es posible implementarlas, ya que consideran que para que se cumplan las mismas se requiere el apoyo de la Gerencia y el compromiso del personal, el cual lo perciben aun como aún bajo y una muestra de eso es la ausencia del gerente en ese momento, se les indicó que estaba resolviendo una emergencia de una atención materna. Quedando entre dicho la responsabilidad de la gerencia y de los líderes, muestra clara que no está definido los roles para ejecutar estas funciones.

Con relación al recurso humano indican que necesitan mayor apoyo de gerencia en vista que en ocasiones se generan permisos del personal en días como feriados dejando descubierto el servicio y que esos permisos vienen de gerencia, a personal que es de contrato colectivo (líder enfermería), la planificación de los recursos humanos en ocasiones faltan y tomando en cuenta que existe un evidente requerimiento, las actividades en el servicio deben ser suplidas por los mismos profesionales presentes, aumentado su carga laboral y que puede generar cansancio y bajo rendimiento.

En relación a los insumos médicos así como medicinas, apoyo diagnóstico en laboratorio no es suficiente por ejemplo no disponen de “llaves de tres vías, recetas especiales, no cuentan con farmacia o stock de bodega en la emergencia” dejando desprovistos en situaciones de alta demanda. La líder de emergencia indica que a pesar de haber realizado las gestiones con gerencia la respuesta es baja. Que envía varios correos y sin embargo en muchos de ellos no tiene respuesta. Y que esa es la realidad al momento.

En la relación de los profesionales de salud con los pacientes, la líder de comunicación indica que el empoderamiento del personal es necesario y urgente para mejorar la atención y que ella recibe el buzón de quejas y también ha observado la presencia de distractores como el uso de teléfonos durante la consulta de los pacientes y que esto lleva a una deficiente relación con el usuario e influye en la calidad de la atención. Que se ha hecho intervenciones correctivas pero que aún no se cumplen por completo, dejando ver con esto que la responsabilidad en la atención debe ser aun considerada como un problema a tratar y mejorar de manera conjunta.

En cuanto a mejorar la calidad de la historia clínica como es el registro en los formatos dictados según la norma del MSP, la líder médica indica que se ha conformado un equipo de trabajo para evaluar las historias clínicas antes de enviar a estadística, donde se valora el uso de los formatos, la calidad del dato y la correlación clínica diagnóstica y su codificación y que se ha mejorado la entrega de los documentos a tiempo a estadística así como el registro en el sistema electrónico de atenciones de emergencias REEDACA.

En cuanto al uso del formato de triaje este se mantiene y aun no se ha decidido implementar la hoja de atención F08 para la atención de baja complejidad. Por lo que es un tema pendiente a considerar en la evaluación analítica.

Indica además que la contratación del personal de estadística está aún pendiente por falta de recursos dentro del presupuesto y esperan que se contemple en el plan de mejoras del siguiente año.

La redistribución de espacios se ha realizado únicamente en el área de urgencias como pediatría, área quirúrgica, cuartos críticos, y clínica, donde se ha mejorado la ubicación del cuarto crítico que antes se encontraba en el fondo del servicio actualmente se encuentra al ingreso del servicio. La señalética del servicio permite identificar espacios de atención por áreas clínico quirúrgicas, pediatría, ginecología y obstetricia, traumatología, dejando el espacio de hidratación y observación hasta que el paciente sea ingresado a piso. Al momento de la evaluación operativa se indica que el espacio de triaje que sigue iguales condiciones.

En relación a los procesos de capacitación a los profesionales sobre los procesos de atención en la emergencia, (líder de emergencia) indica que se realizan continuamente y espera se mejoren luego de las instrucciones operativas realizadas. Que los temas tratados van en función de la prevalencia de casos y normativas del MSP como actualización de guías y protocolos de manejo del paciente de emergencias.

La líder de comunicación indica que como responsable de recibir las quejas de los pacientes las personas perciben el trabajo del servicio con baja planificación de la organización, una actitud de los médicos no adecuada el momento de relacionarse con los pacientes y familiares en dar información.

Las líderes de emergencia manifiestan ante este comentario que se debe trabajar con el primer nivel, y que debe existir personal adecuado para brindar educación a la población y personal de salud de cómo debe ser tratado el paciente y quienes deben ser atendidos en el hospital. Este es un punto fundamental y de responsabilidad conjunta entre el servicio de urgencias y los diferentes distritos, y miembros de la comunidad para conocer las funciones del hospital y los derechos de los pacientes, que al tener la información ellos puedan percibir una atención de calidad en el servicio. Y se plantea una campaña informativa desde el hospital a través de comunicación. Con la finalidad de mantener una buena comunicación y que disminuya la negativa percepción de los pacientes donde por falta de recursos humanos y habilidades de comunicación y tiempo no se logra informar adecuadamente al paciente, a sus familiares en especial en casos graves.

En cuanto a la contratación del personal para el servicio la líder de recursos humanos indica que se han contratado 10 profesionales entre ellos médicos, enfermeras y camilleros, aún hay déficit del 37 %, las gestiones con la zonal 1 depende del presupuesto. Explica que le gustaría poder solucionar este problema sin embargo las gestiones administrativas están encaminadas, pero que la falta de recursos económicos limita la contratación por el momento, y espera que la situación cambie.

Lo tratado en el grupo focal se complementó con la observación al servicio, donde se constató los cambios en la organización de los espacios y, se indicó desde estadística que han disminuido los tiempos de entrega de los documentos de la historia clínica y que si han visto mejoría en el registro de la información pero que aún necesitan mejorar.

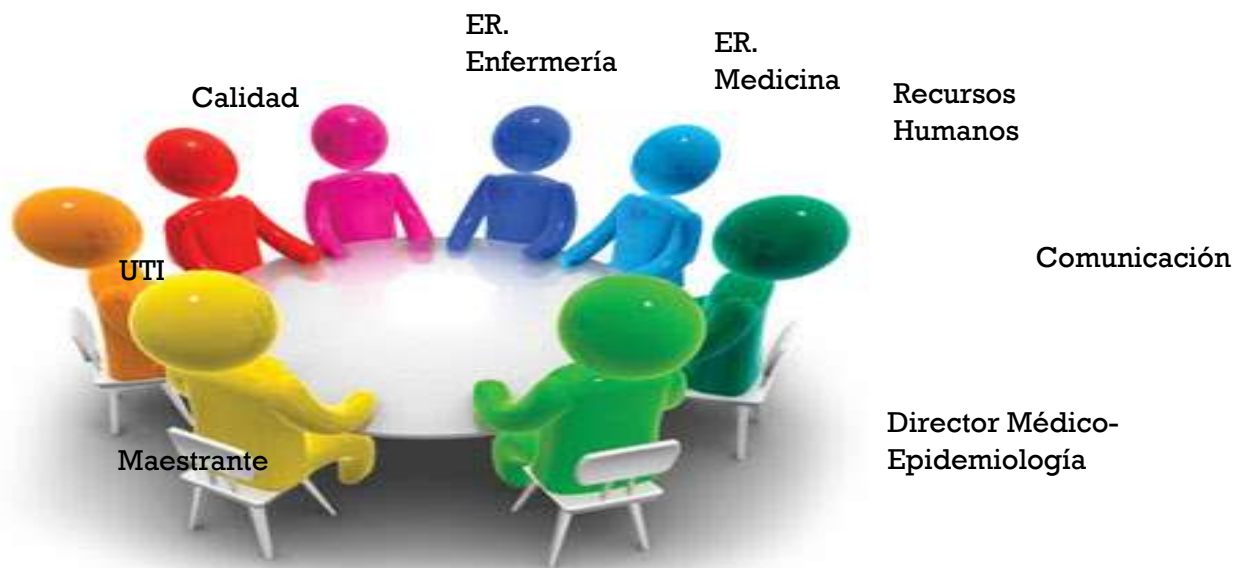


Figura 11 Representación gráfica Grupo Focal, HSVP 2018

Análisis del grupo focal- Evaluación operativa

Lugar: Sala de docencia servicio emergencia, HSVP.

Fecha: enero 2017

Participantes	Área	Afirmaciones	Categoría	Observaciones
4	Emergencia	instrucciones operativas aun no es posible implementarlas” “se requiere el apoyo de la Gerencia “	Liderazgo	Ausencia del director en el grupo focal
3	Emergencia Y Recursos Humanos	“recurso humano indican que necesitan mayor apoyo de gerencia” “permisos del personal en días feriados” “planificación de los recursos humanos” “aumentado su carga laboral” “cansancio y bajo rendimiento. “los recursos económicos limita la contratación”	Organización del servicio	Autorizaciones sin consideración de la necesidad del servicio.

1	Emergencia	Insuficiente cantidad de insumos médicos, medicinas, apoyo diagnóstico” ejemplo “llaves de tres vías, recetas especiales, no cuentan con farmacia o stock de bodega en la emergencia”	Calidad del servicio	Indican que las gestiones se realizan y no hay respuesta
2	Estadística y Emergencia	<p>“ se ha conformado un equipo de trabajo para evaluar las historias clínicas antes de enviar a estadística”</p> <p>“se ha disminuido el tiempo de entrega a estadística”</p> <p>“se realiza el registro en sistema electrónico REEDACA”.</p> <p>“el uso del formato de triaje se mantiene y aun no se ha decidido implementar la hoja de atención F08 para la atención de baja complejidad”</p>	Calidad de información en historia clínica	Aún queda pendiente fortalecer las acciones y la Autorización desde la gerencia.

2	Comunicación Emergencia	<p>“Bajo empoderamiento del personal” “urgente mejorar la atención” “reporte buzón de quejas presencia de distractores como teléfonos durante la consulta” “deficiente relación con el usuario” La líder de comunicación indica “las personas perciben el trabajo del servicio con baja planificación de la organización, una actitud de los médicos no adecuada el momento de relacionarse con los pacientes y familiares en dar información”.</p> <p>“brindar educación a la población y personal de salud, de cómo debe ser tratado el paciente y quienes deben ser atendidos en el hospital”</p>	Calidad de atención	<p>Las intervenciones realizadas aun no muestran resultados.</p> <p>Se generó un disconfort entre las participantes líderes de emergencia y comunicación</p> <p>Acuerdo: Mantener una responsabilidad conjunta entre el servicio de urgencias y los diferentes distritos, y miembros de la comunidad para conocer las funciones del hospital.</p>
---	----------------------------	--	---------------------	---

7	Emergencia	Todos coinciden que los planes de mejora implementados darán un fruto siempre que se cuente con el apoyo de todos.	Innovación Y compromiso	Se realizó una visita al servicio y constató los cambios en la organización y distribución de áreas, y con la presencia de autoridades se comprometió a continuar fortaleciendo el servicio hasta lograr los objetivos.
---	------------	--	----------------------------	---

Tabla 13 Análisis grupo focal

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ El desarrollo de la investigación en sistemas y servicios de salud permite visualizar la organización de los mismos y requiere el apoyo de autoridades, líderes, responsables de procesos que faciliten la implementación de cambios basados en un modelo de investigación acción.
- ✓ Reconocer a cada uno de los actores dentro del proceso de organización de los servicios facilita la identificación de nudos críticos que pueden llegar a facilitar o no el desarrollo de las actividades cotidianas de los servicios de salud, plantear los cambios donde todos sean actores claves y que con la aprobación mayoritaria se logren los mejores resultados.
- ✓ La experiencia de compartir como estudiante en un servicio público de salud donde los recursos son limitados, pone a prueba la habilidad de sus actores para responder a la demanda de la población en la solución de los problemas.
- ✓ El cumplimiento de las instrucciones operativas planificadas se cumplieron por las dos partes, se cambiaron fechas, y se repitió la capacitación de organización del servicio de emergencias y de registro de información en la historia clínica, lo que puede favorecer en el resultado.
- ✓ El establecer varios cambios en los servicios de salud debe ser basado en la investigación acción y medido a fin de obtener experiencias locales significativas para el profesional y los servicios de salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

Luego de nueve meses de haber concluido la implementación operativa, se realiza la evaluación analítica mediante la aplicación de encuestas de percepción de satisfacción de los profesionales de salud, percepción de calidad de atención por los pacientes y la auditoría de historias clínicas de atenciones en emergencia como medición de impacto que influyen en el proceso de cambio.

Así encontramos:

Que la hipótesis de cambio a través de la capacitación se cumplió e influyó positivamente en la calidad de atención, en la organización del servicio y particularmente en el registro de información de la historia clínica.

Entre los cambios de organización y estructura de las áreas del servicio se reubicaron algunos espacios físicos como por ejemplo el área crítica que se encontraba en un espacio de difícil acceso, fue cambiado a uno más funcional, la señalética del servicio fue más clara, se habilitó el área de admisiones pero aún no se contrató el recurso humano. En el área de triaje y atenciones de baja complejidad se colocaron separadores tipo biombos, de igual forma en las otras áreas estas fueron individualizadas por cada camilla, cuidando así la privacidad de la atención.

El recurso humano es insuficiente para la demanda, sin embargo se hicieron contrataciones de médicos, enfermeras y personal de apoyo. Manteniéndose horarios según la norma.

El registro de información se modificó en el área de triaje, anulándose el uso del formato antiguo de atenciones de triaje. Por el uso de formato 008, para todas las áreas del servicio y adicional otros formatos según la necesidad de la atención. Quedando abierta la posibilidad de usar la propuesta del nuevo formato de triaje.

Estos cambios han generado un efecto sistémico con los otros servicios del hospital, facilitando la integración en la solución de problemas de gestión administrativa con un menor tiempo de entrega de documentación a estadística, mejor comunicación interna del personal, apoyo de otros servicios a través de la interconsulta, generando una mejor satisfacción del usuario interno y externo.

RESULTADOS PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La encuesta de percepción de satisfacción de la atención en el servicio de emergencias del HSVP, de la ciudad de Ibarra, evaluó los indicadores de gestión e indicadores de proceso mediante una encuesta semiestructurada.

Se aplicó 301 encuestas a pacientes que fueron dados de alta, u hospitalizados desde el servicio de emergencia, se consideraron las variables sociodemográficas y, la percepción de la calidad de atención y calidad de servicio.

Los resultados obtenidos son: la edad mínima fue de 1 año y máxima de 92 años, con una media de 30.14, mediana 26. El sexo femenino corresponde 172 (57.1%) y masculino 129 (42.9%), mostrando una mayor utilización del servicio por parte de las mujeres.

En cuanto a la educación el nivel secundario es 40.53 %. Según el estado civil, las personas solteras 164(54.5%), son las que más acuden seguido de los casados 88 (29.2%).

La organización de la atención en el servicio está distribuida en una área de triaje y atención de baja complejidad, atenciones clínico quirúrgicas y traumatología, área de pediatría y ginecología - obstetricia, encontrándose que las emergencias de baja complejidad alcanzan el mayor porcentaje.

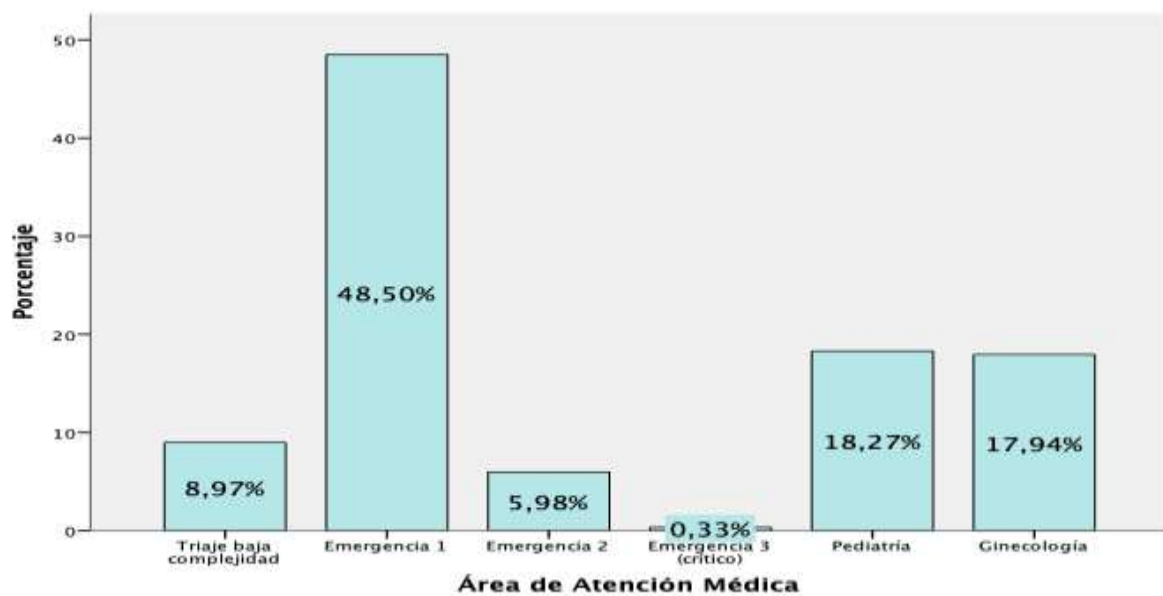


Figura 12 Distribución de áreas servicio de emergencias HSVP 2018

El reconocimiento por parte del paciente de quien recibió la atención, la mayoría identifica al médico tratante, siendo esta una ventaja, pues muestra la posibilidad de mejor capacidad resolutive en el tratamiento

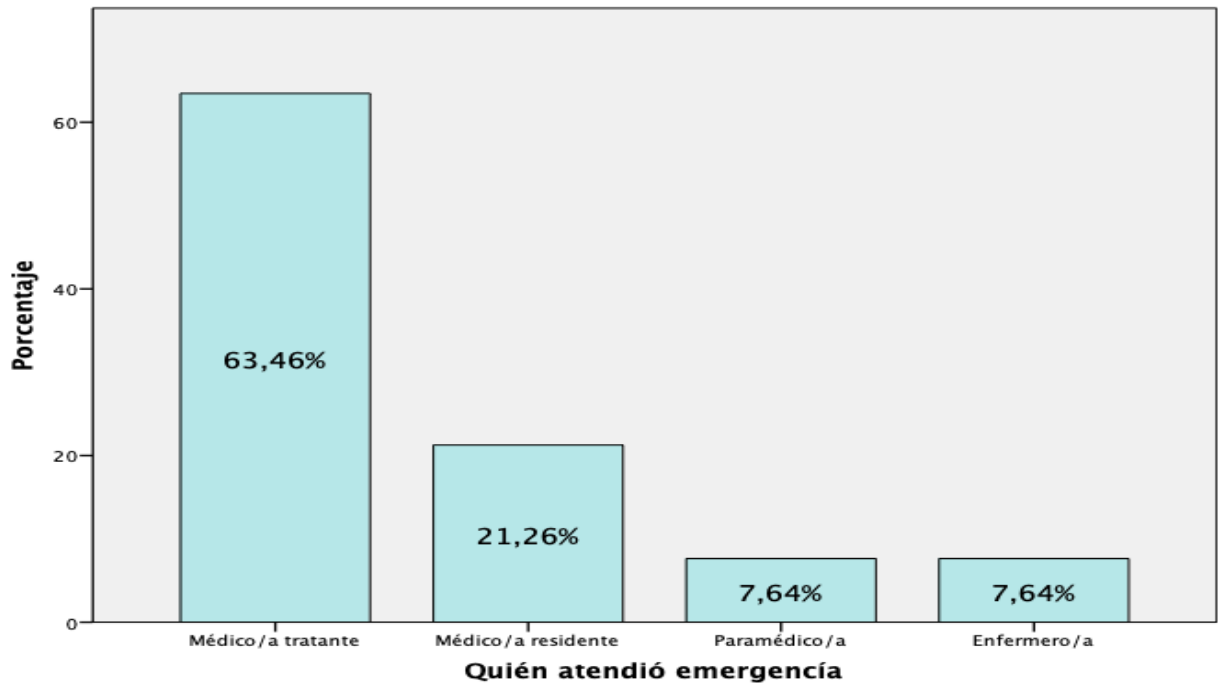


Figura 13 Distribución del personal de salud servicio de emergencia HSVP, 2018

Al evaluar la confianza en la institución se preguntó si los pacientes acudían por primera ocasión o no así indicaron que SI: 138 (45.85%), NO 163 pacientes (54.15%).

Al consultarles si habían sido atendidos antes por personal del hospital tenemos que 138 (47.18%) pacientes fueron antes atendidos y 163 constituyó su primera vez (52.82%).

Al consultarles a los pacientes si el profesional médico dio a conocer su nombre previo a la atención, respondieron que SI: 131(43.52%) y NO: 170 (56.48%).

Se preguntó si recuerda el nombre del médico respondiendo que S: 80 (26.58%), NO: 221(73.42%).

Para evaluar la estructura y estado de las instalaciones según la comodidad y seguridad los pacientes contestaron como: excelente y bueno, lo que indica que la infraestructura es la adecuada para brindar atención en el servicio.

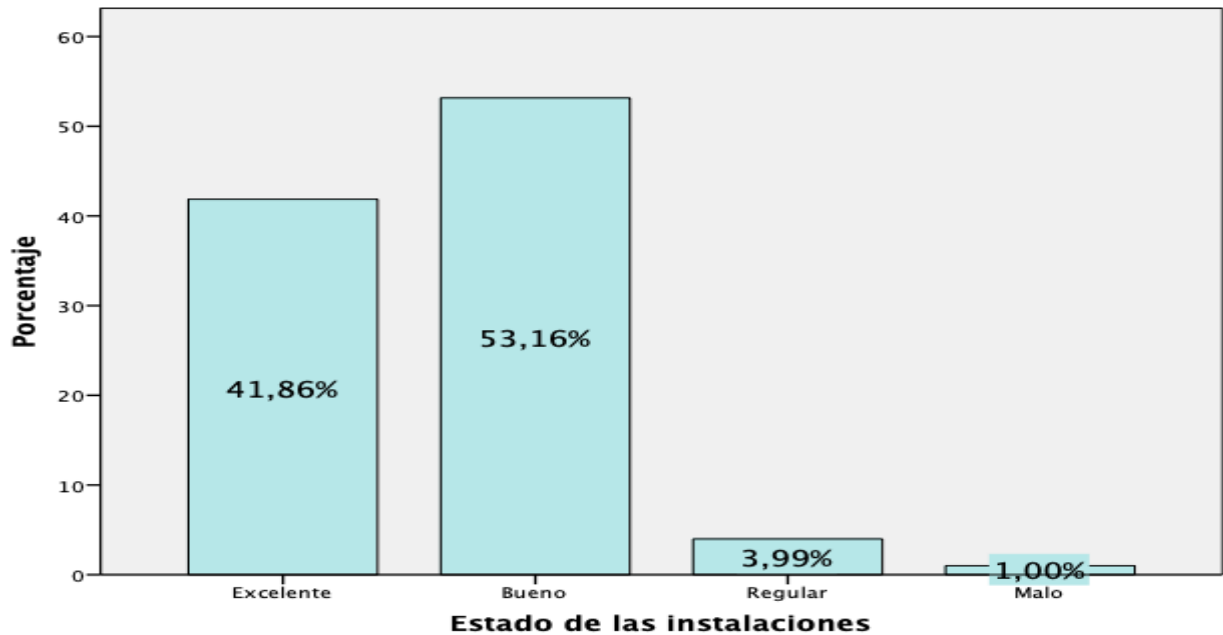


Figura 14 Evaluación de la calidad de las insataciones HSVP,2018

Al pedirle al paciente que califique estado de limpieza y aseo de las instalaciones valoraron como excelente 116 (38.54%), bueno 165 (54.82%), regular 20 (6.64%).

Al consultarle si la presentación personal del profesional calificaron como: excelente en 149 (49.50%), bueno 135 (44.85%), regular 16 (5.32%), malo 1 (0.33%).

El proceso de atención se analizó con la evaluación del tiempo de espera en el triaje y, la duración de la atención. Encontrándose que menos de 5 minutos se atendía a 176 (58.47%), 106 (35.22%) entre 5 minutos y una hora y 19 (6.31%) en un tiempo mayor a una hora.

Esto se explica por la demanda del servicio, la misma que es variable entre semana, horas de mayor demanda entre las 5 y 9 de la noche y feriados; la disponibilidad de camillas puede influir además en que los tiempos de espera en el triaje puedan ser superiores a una hora.

Esto según las normas internacionales como Manchester, de atención en triaje está dentro de lo esperado para un servicio de emergencia hospitalaria.

Al evaluar el tiempo de duración de la atención médica tenemos que 64 (31.56%) fueron atendidos en >25 minutos, mientras que en los demás grupos el tiempo fue similar.

Esto se correlaciona con el perfil epidemiológico y el tipo de atención que en su mayoría es de baja complejidad en donde el tiempo empleado en la atención estaría dentro de lo esperado. A pesar de no existir una normativa en tiempos de atención en un servicio de emergencia, se considera que atenciones de baja complejidad pueden ser resueltas en este tiempo.

Sin embargo se aprecia tiempos muy cortos de atención en el 24.25 % de los pacientes de la muestra responde haber sido atendido entre 0- 5 minutos, lo que podría generar evaluaciones de baja calidad y resultados negativos para el paciente.

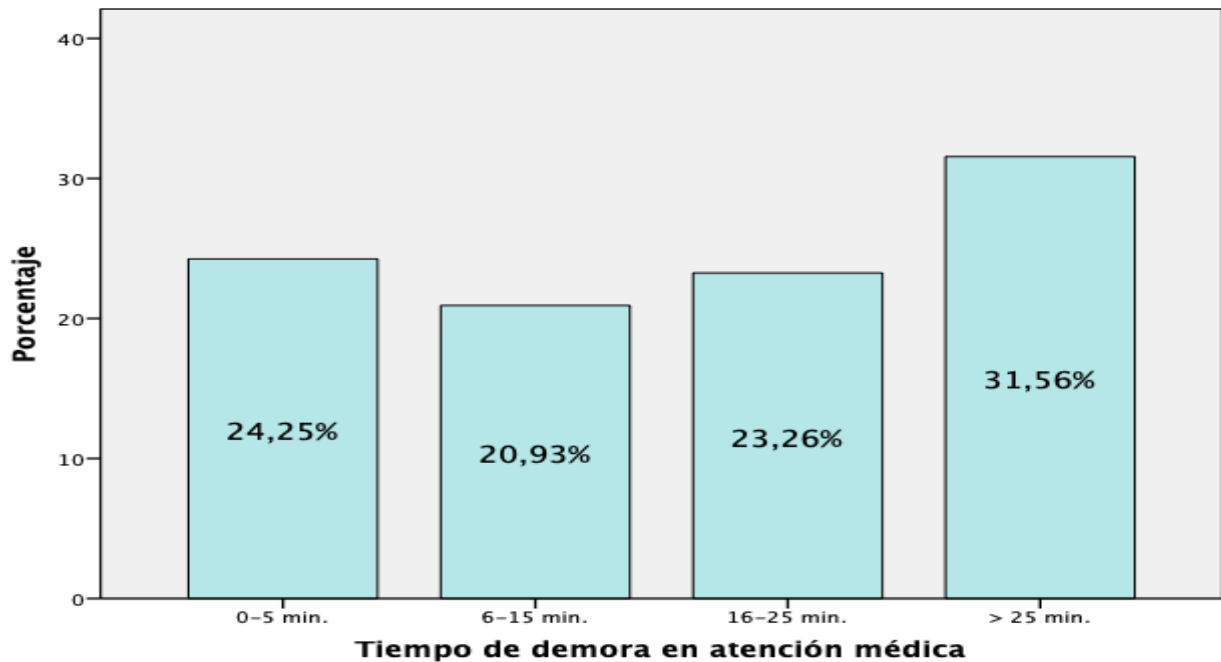


Figura 15Tiempo de atención servicio de emergencia HSVP, 2018

La accesibilidad geográfica fue evaluada por el tiempo desde el domicilio hasta el hospital encontrándose que, 95 (31.56%) emplea entre 0-15 minutos, 121 (40.20%) emplea entre 16 - 30 minutos, 59 (19.60%) entre 31 - 45 minutos, 26 (8.64%) más de 45 minutos. El horario de atención del servicio fue del el 99 % calificado como favorable.

El hospital goza de buena accesibilidad geográfica por estar ubicado en el centro de la ciudad de Ibarra, donde existen buena vialidad y transporte, mantener el servicio de atención las 24 horas permite responder a la demanda de la comunidad.

RESULTADOS ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD EMERGENCIAS HSVP, 2018.

La encuesta de percepción de satisfacción del personal de salud tiene los siguientes componentes, valoración del trabajo actual, valoración del trabajo en general, interacción con el jefe inmediato, oportunidad de progreso, remuneraciones e incentivos, relaciones con mis compañeros y ambiente en el trabajo consta de 22 preguntas las mismas que en una escala de Likert teniendo 1 como mínimo y 5 como máximo se valoró el grado de satisfacción.

La encuesta fue anónima, se aplicó al personal de salud del servicio de emergencia. Dentro de las variables se consideró la descripción del puesto de trabajo. Con la finalidad de conocer

el grado de responsabilidad, actividades y equipos organizados en el servicio. Donde la mayoría se identificó como personal asistencial.

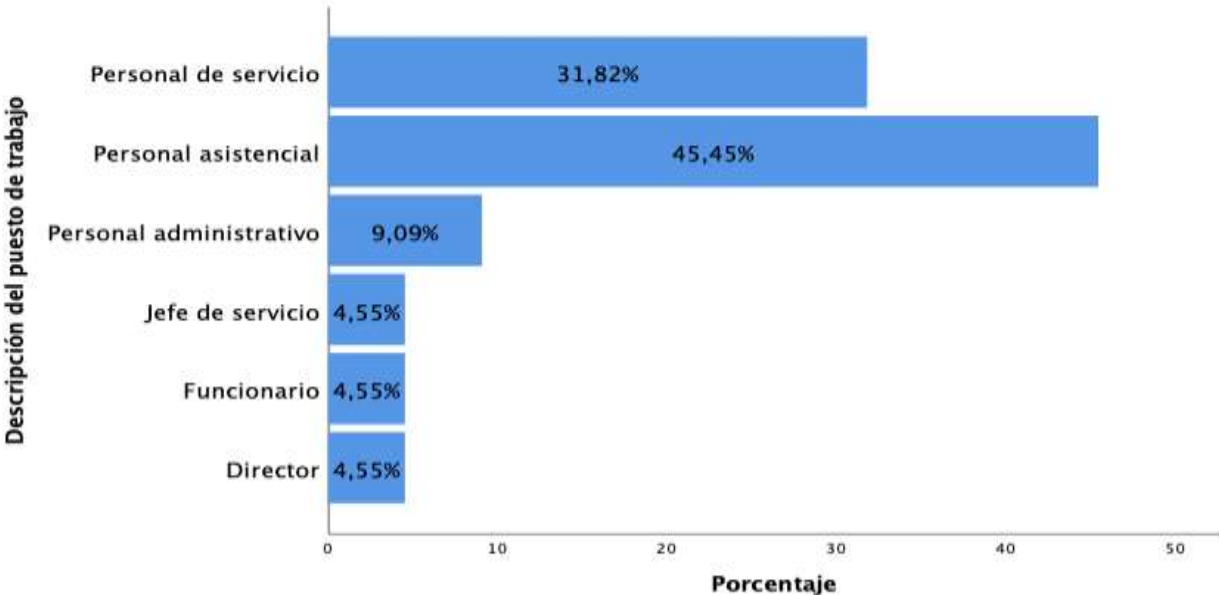


Figura 16 Distribución de puesto de trabajo emergencias HSVP, 2018

El equipo de turno está compuesto por médicos y enfermeras casi en similares condiciones.

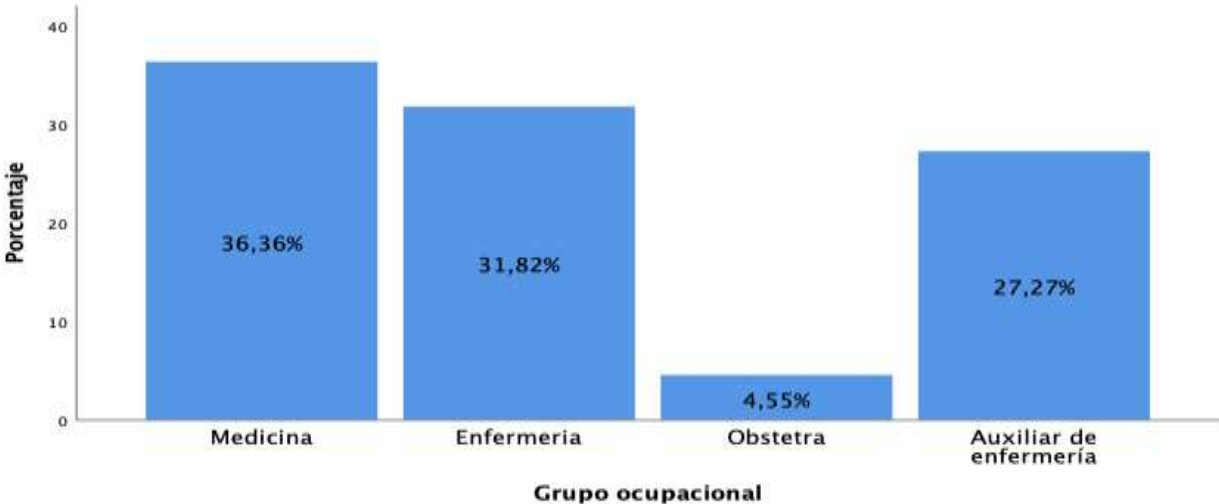


Figura 17 Distribución del personal de salud por ocupación emergencia HSVP, 2018

La estabilidad laboral para el trabajador un nombramiento se encontró que el 68.18 % de los profesionales, que nos indica estabilidad en el trabajo.

El relación al tiempo de trabajo, un 18.18 % es nuevo y es quien puede apoyar mejor los cambios, mientras que aquellos con más de 5 años podría requerir más tiempo.

El trabajo actual valora la organización del servicio, el desarrollo humano y de habilidades, la evaluación de desempeño y comunicación oportuna desde las autoridades al personal operativo. Teniendo como resultado Indiferencia.

El trabajo general valora la dotación de recursos necesarios para el desempeño de actividades en el servicio, interacción con el jefe inmediato, la comunicación efectiva, y el reconocimiento. Cuyo resultado Indiferente.

La capacidad técnica organizativa para ejercer sus actividades por parte de los líderes fue percibida solo 13.64 % como favorable.

El grado de participación, es satisfactoria en 13.64 %, indicando que la mayoría de acciones solo son disposiciones aplicadas, y esto podría explicar la indiferencia en el 27.27 %.

La comunicación oportuna sobre asuntos de interés y rumbo de la institución se encontró que el 18.18% está satisfecho.

Las oportunidades de progreso como desarrollo de habilidades asistenciales el 13.64% está satisfecho y el desarrollo humano el 18.18% está satisfecho.

En relación a las remuneraciones e incentivos se aprecia que solo el 18.18% indica satisfacción total, y el 40.91% indiferencia en relación al sueldo recibido. Sin embargo muestra un 27.27% está satisfecho con relación al interés institucional por la persona.

La interrelación con los compañeros de trabajo es percibida como satisfactoria en el 45.45%, y totalmente de acuerdo en el 22.73 %.

El ambiente de trabajo ha sido percibida como satisfactoria en 31.82 % en relación al conocimiento de las políticas institucionales y en relación a percepción de trato igualitario independiente del cargo que ocupan el 18.18% está totalmente satisfecho.

La posibilidad de expresar sin temor a represalias permite entender un ambiente cordial y de respeto a la opinión dentro de los servicios de salud, el 18.18 % expresa total satisfacción, y un 36.36 % expresa indiferencia.

En relación a la satisfacción y pertenencia institucional el 54.55 % está totalmente satisfecho, seguido de 40.91% se encuentra mayormente de acuerdo.

Finalmente la satisfacción percibida fue indiferente en todos los componentes de la encuesta, interpretación que puede corresponder a un grado de temor a la represalia por parte de la institución, a que los procesos de cambio necesitan mayor compromiso de todos los actores y a la propia dinámica de trabajo de un servicio de emergencias.

Donde el profesional está sistémicamente relacionado con los servicios internos como farmacia, laboratorio, rayos x, hospitalización y lo más importante con pacientes que buscan

una solución inmediata a los problemas de salud, porque la carga de presión es mayor a la considerada en otras áreas hospitalarias.

Influyendo directamente en la organización, calidad de la gestión administrativa y operativa y en el impacto de la calidad de atención percibida por los usuarios.

Esta evaluación permitió determinar a profundidad las características del recurso humano y el impacto en la redistribución de actividades, en la organización del servicio, y en la calidad de atención. Generando nuevas posibilidades de intervención de mejora continua que motiven al personal de salud a desarrollar mejor sus habilidades profesionales y personales, para lograr mejores resultados, y que al momento han generado una experiencia positiva, aunque la percepción sea indiferente, esto invita a seguir trabajando en el bien más importante de una organización como es el recurso humano.

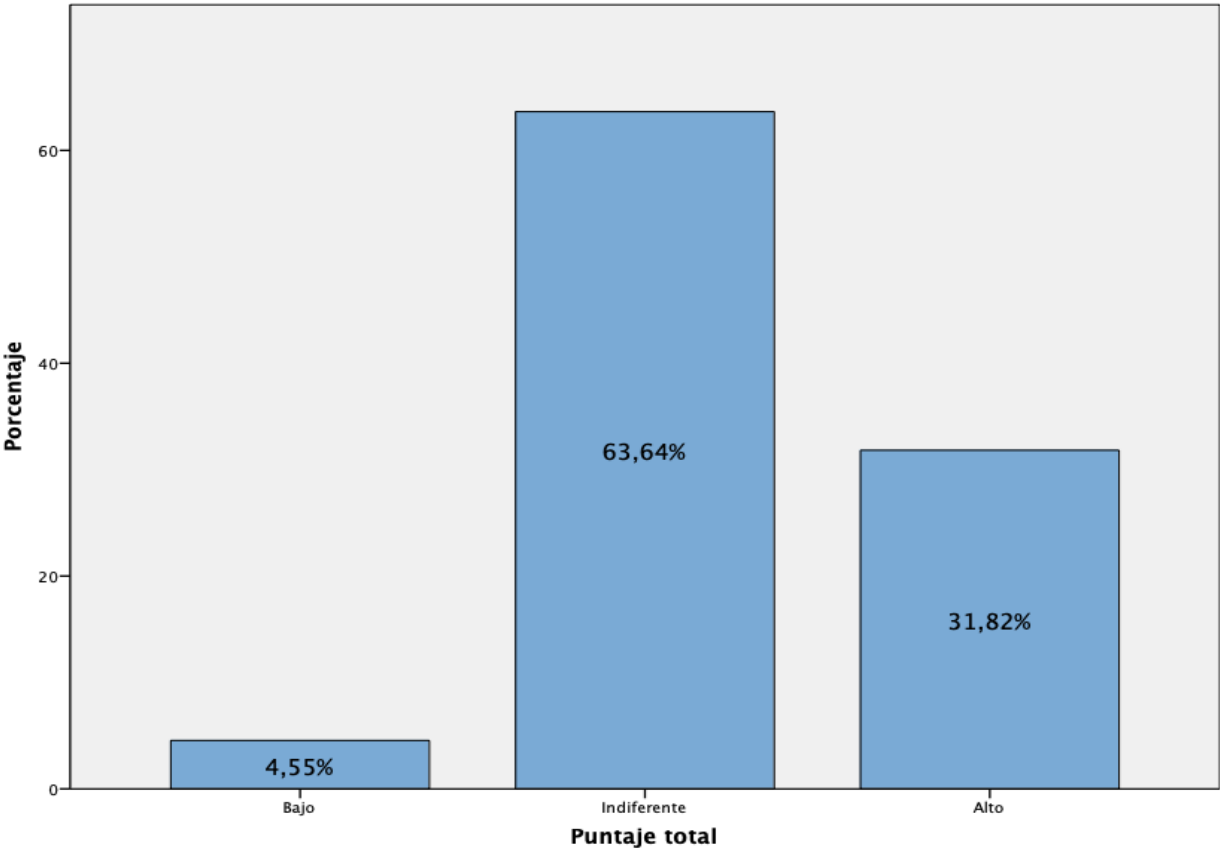


Figura 18 Distribución de la percepción de satisfacción de los profesionales de salud de emergencia HSVP, 2018

RESULTADOS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIAS DEL HSVP, 2018

El proceso de auditoría clínica, se realizó en el área de estadística con la revisión de 356 historias, escogidas al azar, de atenciones generadas entre los meses de octubre a diciembre del 2018. Las variables analizadas según la propuesta fue el uso adecuado de formato de atención, calidad del dato, correlación clínica, codificación diagnóstica, tipo de atención, perfil epidemiológico.

El tipo de atención se basó en el análisis de parámetros como signos vitales, motivo de consulta, anamnesis, examen físico, diagnóstico, exámenes de laboratorio si son pertinentes, valoración de otras especialidades, y resolución del caso con alta a domicilio, o ingreso hospitalario. Determinándose la atención según su complejidad.

Las características de la población con los variables edad y sexo.

Los componentes de la historia clínica se basaron en la evaluación de la utilización de formatos adecuados según la atención brindada. Entre ellos se consideró el formato de emergencia F008, formato de evolución clínica, hoja de laboratorio, interconsulta, referencia y contra referencia.

La evaluación de la calidad del dato se hizo mediante la observación de las historias clínicas específicamente en la claridad y comprensión de la letra en todos los documentos de la atención.

La calidad del dato refleja la actividad en la atención de emergencia y constituye un recurso para la investigación cualitativa y cuantitativa de otros tipos de investigación como fuente secundaria. Esto permite comprender la correlación clínico diagnóstico y evitar errores fruto de una letra de mala calidad, como también conocer la capacidad resolutoria de los profesionales.

La codificación diagnóstica de los problemas de salud según la norma del MSP es el CIE10, facilitando con esta información el reconocimiento del perfil epidemiológico del servicio. Información que puede servir para la para la gestión de diferentes procesos administrativos como la obtención de recursos para insumos médicos, planificación del recurso humano, planificación de la organización del servicio de salud.

Teniendo como resultado que la capacitación realizada influyó positivamente en los resultados obtenidos, como muestra la siguiente tabla.

Edad	Sexo	Tipo de atención	Uso de formatos	Calidad del dato	Correlación clínica diagnóstica	Codificación CIE 10
Niños: 72 (20.22 %)	Femenino 204 (58.87%)	Baja 198 (55.62%)	Completa 317 (89.04%)	Comprensible 269 (75.56 %)	Adecuada 317 (89.04 %)	SI 321 (89.89 %)
Adolescentes 49 (13.76%)		Mediana 147 (45.29%)				
Jóvenes 136 (38.20%)	Masculino 146 (41.13 %)		Incompleta 39 (10.96 %)	No comprensible 87 (24.44 %)	No adecuada 39 (10.96 %)	NO 36 (10.11 %)
Adultos 99 (27.81%)		Alta 11 (3.09%)				

Tabla 14 Resultados de la auditoría de historias clínicas de atención de emergencia HSVP, 2018

El perfil epidemiológico se categorizó en 22 diagnósticos, siendo las infecciones respiratorias altas: resfriado común, faringitis, faringoamigdalitis, otitis, sinusitis.

Los traumatismos: fracturas, lesiones de tejidos blandos, politraumatismos.

Problemas ginecológicos y embarazo, infecciones urinarias y embarazo, infecciones genitales.

El dolor abdominal: dispepsia, colecistitis, colelitiasis, pancreatitis, gastroenteritis.

Se encontró que 8.71 % no tiene registro de CIE 10 en el formato 008. Y el 8.15% de la documentación revisada no coincide el código CIE10, con un verificador electrónico.

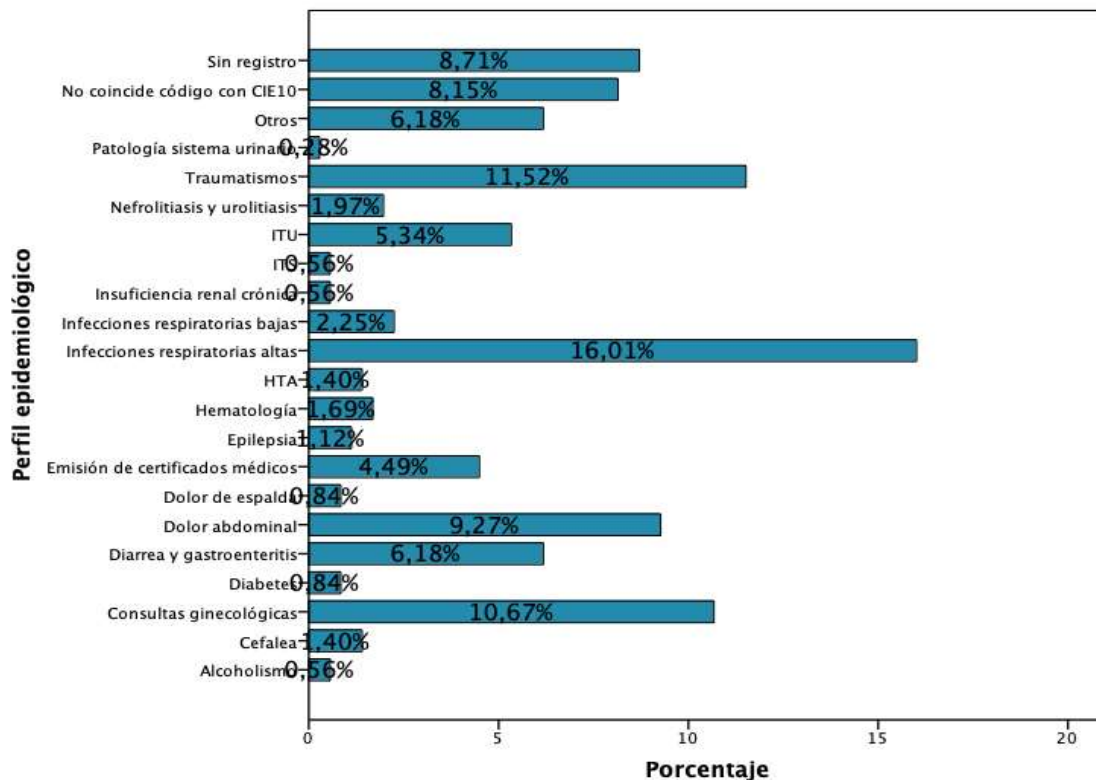


Figura 19 Distribución del perfil epidemiológico de atenciones de Emergencia HSVP, 2018

El perfil epidemiológico resultado de la auditoría no mostró diferencias entre el antes de la intervención operativa y ahora.

Información que ratifica que el servicio de emergencias tiene una demanda de cuadros agudos, que responde a la demanda del primer nivel y es la interface hacia el tercer nivel en el sistema de salud pública con capacidad resolutive adecuada.

Donde el recurso humano está en capacidad de responder a las necesidades del servicio y la comunidad, de desarrollar mejor sus habilidades personales y profesionales reflejadas en el registro de información de la historia clínica como se encontró en el presente estudio. Donde el modelo de investigación aplicado tiene un impacto local importante.

Sin embargo aún quedan acciones por mejorar, las cuales podrán ser realizadas por los mismos actores y ajustadas según su necesidad.

ANÁLISIS BIVARIADO

Para establecer si existe correlación asociada entre la percepción de satisfacción de los usuarios y la atención recibida se realizó el análisis bivariado obteniéndose resultados significativos que aportan positivamente en la organización y gestión del servicio de emergencia. Como se aprecia en la siguiente tabla:

Variables	Valor de p
Sexo y Tiempo de atención	0,001
Grupos de edad y Tiempo de atención	0,000
Sexo y área de atención	0,000
Grupos de edad y área de atención	0,000
Grupo de edad y Triage	0,006
Grupo de edad y tiempo de atención	0,004
Estado civil y área de atención	0,000
Nivel de educación y área de atención	0,000
Nivel de educación y Tiempo de demora en la atención	0,006

Tabla 15 Resumen del análisis bivariado de la encuesta de percepción de satisfacción de usuarios que acuden a emergencia del HSVP 2018. Elaborado por Dra. Elva Arias

Con la finalidad de aceptar o rechazar la hipótesis y objetivos planteados en la investigación se realizó una diferencia de proporciones entre los resultados encontrados en el diagnóstico situacional del servicio de emergencias, previo a la intervención operativa y, se comparó con los resultados encontrados en la fase analítica, se procedió analizar si hubo algún cambio particularmente en el registro de información de la historia clínica, correlación clínico diagnóstica y codificación CIE 10, y así confirmar que la investigación acción bajo del modelo de Grodos Mercenier es aplicable en la investigación en servicios de salud y contribuye a generar cambios dentro de un sistema, siendo los actores parte activa del proceso.

Como se observa en la siguiente tabla los resultados más importantes luego de la implementación operativa se dieron en el registro de información, mejorando la calidad del dato, la correlación diagnóstica y la codificación.

Resultados que son positivos para la gestión administrativa, la investigación, la planificación, y la calidad de la atención al paciente, garantizando un mejor cuidado.

HISTORIA CLÍNICA					
Calidad del dato		2017	2018	Valor Z	Valor p
	Comprensible	1%	75.56%	88.73	0.000001
	No comprensible	99%	24.44 %		
Correlación clínico diagnóstica	SI	17.54 %	89.04 %	16	0.0000000
	NO	71.5%	10.96 %		
Codificación CIE 10	ADECUADA	28.4	89.89%	17	0.0000
	NO ADECUADA	71.6%	8.5%		
Codificación CIE 10	NO registrado	28.4 %	10.11	4.7	0.000

Tabla 16 Resultados de la capacitación evidentes en el registro de información emergencias HSVP entre el año 2017 y 2018

Este resultado no sería posible sin el compromiso de los actores involucrados, en sus diferentes niveles quienes durante el proceso de implementación operativa mostraron un mejor interés y compromiso en el cumplimiento de las normativas de calidad de atención y del servicio apoyado en el proceso de capacitación.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN CON DATOS DE REFERENCIA

La investigación acción propuesta por Kurt Lewin a mitad del siglo XX es una propuesta metodológica de carácter activo del grupo participante, que permite una reflexión crítica, una desmitificación de los determinantes de la situación como un paso previo a la acción, donde los investigados son co-investigadores, el investigador un facilitador del proceso, un catalizador de conflictos y apoyo técnico en la difusión de resultados, consideraciones que en presente estudio fueron desarrollados. (LLanes, 2005).

El estudio contó con la participación de los actores en el proceso desde el inicio hasta su culminación cuyos pasos fueron el diagnostico situacional, la identificación de los problemas, priorización, sistematización, planteamiento de hipótesis de cambio, intervenciones

operativas, análisis de la implementación operativa, y evaluación analítica, las cuales son comparables metodológicamente con un estudio realizado en La Habana. (Reinaldo Pablo García, 2015)

Estudios similares han analizado las variables demográficas de los pacientes que acuden a emergencia así en el HSVP en relación al sexo son las mujeres son quienes buscan más atención, similar a estudios realizados en Loja (Díaz, 2011), Santo Domingo de los Tsáchilas. (Walter Patricio Castello Rivas, 2016), Patronato de Pichincha (Alarcon, 2013); a diferencia del HCAM donde acuden más los varones (Marcillo, 2009).

El nivel de educación en el HSVP un 40.5% es secundario, en comparación con población que acude al hospital Isidro Ayora de Loja que tiene un 22,85% secundaria, (Díaz, 2011), en el hospital Carlos Andrade Marín de Quito, secundaria 44.6%, (Marcillo, 2009).

El tiempo de espera en el triaje en el hospital se alcanza 58.47% < de 5 minutos, entre 5 minutos a 1 hora el 35.22%, y más de 1 hora 6.31%, comparado con tiempo esperado en hospital en Loja < a hora el 47 %, (Díaz, 2011). 78% en hospital Augusto Egas, (Walter Patricio Castello Rivas, 2016) y 6.54 % 5 minutos y comparado con Hospital San Vicente de Paúl del 58.47%. Condición que se encuentra acorde a normas internacionales de atención y tiempo en el triaje.

La atención profesional en el HSVP fue 63.46% médico tratante, médico residente 21.26 %, mientras que en hospital Augusto Egas el 49.21% fue atendido por médico y 29% por enfermería. (Walter Patricio Castello Rivas, 2016) En el HCAM médico tratante el 43% y el médico residente el 57 %. Esto muestra que el sistema de salud ecuatoriano en servicio de emergencias está basado en un modelo angloamericano, donde los servicios son atendidos por médicos tratantes en emergencias y residentes asistenciales o residentes de posgrado en formación como los hospitales mencionados.

La accesibilidad y confianza se basó en la asistencia de los pacientes por primera vez y subsecuentes así el 48.85 % asiste por primera vez; el 47.18% ha sido atendido por el mismo personal. Mientras que un trabajo similar en hospital San Juan de Dios de Aljarafe, el 82% recomendaría el servicio de urgencias, 59.6% afirma que este hospital es mejor que otros. Aunque en nuestro estudio esto no puede afirmarse, sin embargo al mantenerse con una ubicación accesible a la población facilita la atención.

El HSVP está organizado por diferentes áreas según la complejidad de atención como Medicina Interna, Cirugía y Traumatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Similar al Hospital San Juan de Aljarafe (V.Ruiz Romero, 2011) y a todos los servicios de emergencias del sistema de salud en el Ecuador.

El tiempo de atención tiene un máximo de > 25 minutos en el 31.56%, < de 5 minutos el 24.25%, comparado con centros del patronato en Pichincha de 18.37 minutos (Alarcon, 2013), en el HCAM se analizó el tiempo de atención como satisfactorio en 29.3%, pero en la investigación no se estima el rango establecido de tiempo (Marcillo, 2009).

El HSVP goza de una infraestructura valorada por los usuarios como excelente en el 41.86 %, la limpieza excelente en 38.54 %; el Hospital San Juan de Dios de Aljarafe la limpieza es valorada excelente en 96.6%, en hospital Augusto Egas limpieza 22.25%, con una infraestructura regular en el 43.98%. En Hospital Isidro Ayora de Loja la limpieza y orden fue en el 50 %. En hospital de Maracay la limpieza fue 58%, seguridad y confort 48%. Con lo que podemos decir que el HSVP tiene mejor estructura, confort y limpieza comparado entre los hospitales del país, mientras que es menor en comparación con hospitales europeos e incluso con el de Venezuela (Wuilman Edith Gómez Guerra, 2017).

La relación médico paciente en el HSVP como indicador de satisfacción se consideró la presentación personal 49.5%, presentación del nombre 43.52%, conocer el nombre del médico 26%; lo que comparado con un estudio de satisfacción en Cuba el 62.4 % no conoció el nombre del médico (Iraola Ferrer, 2006), a pesar de haber recibido una capacitación en los roles y funciones del profesional de salud, acción similar a nuestro estudio. A pesar de no obtenerse los mejores indicadores de satisfacción, este sería un punto a mejorar con las siguientes intervenciones.

La percepción de satisfacción de los profesionales del HSVP fue indiferente en 90.9%, comparado un centro en México donde la insatisfacción del personal fue del 72% con los servicios internos del centro médico y que esto influía en el 97.15 % en la mala atención del servicio de emergencias. (Valero, 2015). Igual se encontró un nivel medio de satisfacción en hospital N°25 del IMSS, donde se evaluó la satisfacción por antigüedad, respeto, confianza, reconocimiento. (Rafael Alejandro Chavarría Islas, 2009). Mientras en Murcia la media de satisfacción fue del 69.5%, sin embargo el 87 % de satisfacción adecuada con los compañeros de trabajo y el 76.7 % en estabilidad y empleo. (C.Carrillo García, 2014)

Datos como estos plantean un reto a la gestión del recurso humano, quienes deberán implementar estrategias motivacionales, capacitaciones que faciliten el desarrollo personal y profesional para alcanzar una mejor satisfacción.

La percepción de satisfacción con el jefe inmediato y oportunidad de progreso en el presente estudio es similar a otro en México mostrándonos que somos prácticamente similares, y que mantener adecuados canales de comunicación puede garantizar un mejor desenvolvimiento en el servicio. (Noé Arellano Hernández, 2012)

La evaluación de la calidad del registro de información, encontrada en el diagnóstico situacional del servicio de emergencia es comparable a estudios realizados en Perú, (Rocano, 2008). Donde se encontraron deficiencias importantes en el registro y uso de formatos de la historia clínica y que sirvieron para diseñar estrategias de mejora. Como en el presente estudio se identificó el problema y establecer cambios basados en una realidad local permite diseñar en conjunto un plan de mejora. Que resulta favorable como en el HSVP, la correlación clínico diagnóstica fue adecuada en 89.04 % mientras que en la clínica de Chiclayo en Perú se encontró el 36.4 %, Perú en 2016. (Claudia Elizabeth Guevara Ramirez, 2017) La comprensión del dato fue en el 75.56 % adecuada en el HSVP, mientras el 49.4 % en otro estudio. (Astuhuaman, 2017)

La codificación CIE10 se encontró en 89.89% en HSVP, mientras en otro estudio en Perú no se encontró la codificación (Rocano, 2008). En otro estudio se muestra la correlación diagnóstica y la codificación CIE10 con una compatibilidad de 49.2 % en el estudio hecho por Pestana, con un diagnóstico correcto y CIE10 del 50.5%. (Juan P Matzumurra Kasano, 2014)

Con todo lo desarrollado a lo largo de la investigación y una vez obtenidos los resultados se considera que la metodología utilizada fue la correcta, la participación de los actores en el proceso es fundamental para generar cambios, que los datos obtenidos tienen validez y confiabilidad porque están basados en el método científico y son aplicables en la investigación de sistemas de salud donde las características particulares juegan con la habilidad de los actores para lograr los mejores resultados

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

Al término del trabajo de investigación se tiene las siguientes conclusiones:

- ✓ La capacitación como una estrategia de mejora de procesos dentro del servicio de emergencia del HSVP, fue pertinente como hipótesis de cambio, al lograr un mejor registro de información en la historia clínica; la acción participativa, reflexiva sumada al mayor compromiso de los actores en la fase de implementación, permitirá la sostenibilidad de los cambios implementados.
- ✓ La identificación y análisis de actores permitió identificar los nudos críticos que intervienen en desarrollo de los procesos de atención, logrando que disminuya la resistencia y aumente el compromiso e interés por mantener el cambio y mejorar la calidad del servicio.
- ✓ Las instrucciones operativas implementadas al ser propuestas en conjunto dentro del proceso de investigación acción, fueron válidas para resolver los problemas

identificados en el servicio y contribuyeron en la organización, gestión e impacto de la calidad de la atención y del servicio.

- ✓ El registro de información en la historia clínica constituyó el cambio más significativo posterior a la implementación operativa, logrando significancia estadística y dando validez a la capacitación como una estrategia de mejora continua en investigación de sistemas y servicios de salud.
- ✓ La participación de la comunidad valorada por medio de encuestas de percepción de satisfacción fue positiva en cuanto a la calidad de atención y del servicio, con tiempos de triaje acorde a normas internacionales y, con tiempos de estancia en el servicio acorde al perfil epidemiológico.
- ✓ La percepción de satisfacción de los profesionales fue Indiferente en relación al trabajo actual, trabajo general, relación con el jefe inmediato y motivación, sin embargo indicaron mejor grado de satisfacción en relación a sus compañeros y ambiente laboral.
- ✓ El perfil epidemiológico que atiende el servicio de emergencias del HSVP, constituyen cuadros agudos de manejo ambulatorio, hospitalario de acuerdo a la capacidad resolutive del recurso humano del servicio y la complementariedad de los servicios de hospitalización y consulta externa.

RECOMENDACIONES

- ✓ Considerar los resultados de la presente investigación como línea de base para mantener un plan de mejoras de manera continua en el servicio de emergencias del HSVP.
- ✓ Fortalecer la participación de los actores en la toma de decisiones, para lograr mayor compromiso, en el desarrollo de implementaciones operativas futuras.
- ✓ Mantener parámetros de calidad de registro de información en la historia clínica, mediante un proceso de auditoría interna como el implementado hasta el momento.
- ✓ Evaluar cada una de las acciones ejecutadas de tal manera que puedan realizarse ajustes, según la temporalidad.
- ✓ Valorar los resultados positivos y negativos obtenidos durante el proceso de investigación acción, basados en el marco conceptual de referencia y las experiencias previas.

Bibliografía

1. Adela Ascencio Vargas, J. E. (2015). Relevance of strategic planning human management areas in organizations. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigo* Vol3 N°1, 116-122.
2. Aida Corina Guanín Moreno, M. R. (2015). Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital Militar. Quito.
3. Alarcón, D. V. (2013). Estudio de satisfacción del usuario externo e interno en servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha. Quito.
4. Astuhuaman, K. G. (2017). Calidad de historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del centro médico naval en el tercer trimestre año 2016. lima-Perú.
5. Bonilla, Y. C. (2015). PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015-2017 HSVP. Ibarra.
6. C. Carrillo García, M. R.-G. (2014). Satisfacción laboral de los médicos de unidades móviles de emergencias del centro coordinador de la gerencia de urgencias y emergencias 061, región Murcia. *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 29, N6. pp. 299-368.
7. Carlos Bañas Constantino Ruiz, V. M. (2011). Un programa de Investigación - Acción con profesores de secundaria sobre la enseñanza-aprendizaje de la energía. *Didáctica de la Química, Educación Química*, 332-339.
8. Chiavenato, I. (2009). *GESTION DEL TALENTO HUMANO*. MEXICO: MAC GRAN HILL.
9. Claudia Elizabeth Guevara Ramírez, P. B. (2017). Calidad de registro de las historias clínicas en una clínica de la ciudad de Chiclayo-Perú, 2016. *Revista de salud Sipanense*, 42-49.
10. CZI, C. z. (2015). Rendición de cuentas 2015. Imbabura.
11. Daniel Grodos, P. M. (2000). *Health Systems Research: a clearer methodology for more effective action*. Studies in Health Services Organisation.
12. Díaz, E. A. (2011). Mejoramiento de la gestión de la calidad en el servicio de emergencia hospital general Isidro Ayora de Loja. Loja.
13. Director Médico Hospital San Vicente de Paúl. (11 de enero de 2017).
14. Emergenciólogo del servicio. (11 de enero de 2017).
15. Emergenciólogo del servicio de emergencias. (11 de enero de 2017).

16. Fernando E. Benalcázar, B. H. (2002). Violencia y Discapacidad: Un modelo de intervención basado en la investigación acción participativa. *Intervención Psicosocial*, 183-199.
17. Fuertes, A. S. (1994). CONFERENCIAS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIONES. LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS. Alcalá de Henares: I.D.O.E. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ.
18. Funcionario servicio emergencias HSVP. (15 de enero de 2017).
19. Gema, M. E. (2010). El entorno humano y terapéutico en la atención de pacientes de urgencias.
20. Gil, G. (2015). El servicio de emergencias de salud: Análisis de su gestión en Necochea. Buenos Aires.
21. González, F. (2008). La Planificación Estratégica. *Revista de Administración Pública, Modernización de la gestión pública*, 77.
22. Grodos, D. &. (2000). Health system research: a clearer methodology for more effective action. *Studies in Health services organization and policy* 15.15.
23. Guayanlema, L. (2004). Shell-Pastaza Ecuador Datos Geográfico. La tierra.
24. GUZMÁN*, M. I. (2015). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 4.
25. HSVP, E. (2017). Estadística HSVP. Ibarra.
26. INEC. (2010). Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo provincial de Imbabura.
27. INEC. (2014). Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades.
28. Inge Debrouwere, K. P. (2006). Lineamientos para una metodología de enseñanza-aprendizaje sobre Investigación en Sistemas de Salud. Quito: PUCE.
29. Iraola Ferrer, O. G. (2006). Satisfacción en el servicio de urgencias de un hospital cubano. Informe de usuarios. *Revista emergencias*, vol.18, 285-290.
30. Josep Gómez Jiménez, P. R. (2010). Manual para la Implementación de un sistema de triaje para los cuartos de Urgencias. Washington D.C.
31. Juan P Matzumurra Kasano, H. G. (2014). Evaluación de la calidad de registros de historias clínicas consultorios externos del servicio de Medicina Interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 75, N3,
32. Karen Pesse, P. D. (sf). La Investigación-Acción y La Investigación Operativa: Herramientas para la investigación de los sistemas de salud. Instituto de Salud Pública, PUCE. Quito.
33. Líder servicio Estadística. (11 de enero de 2017).

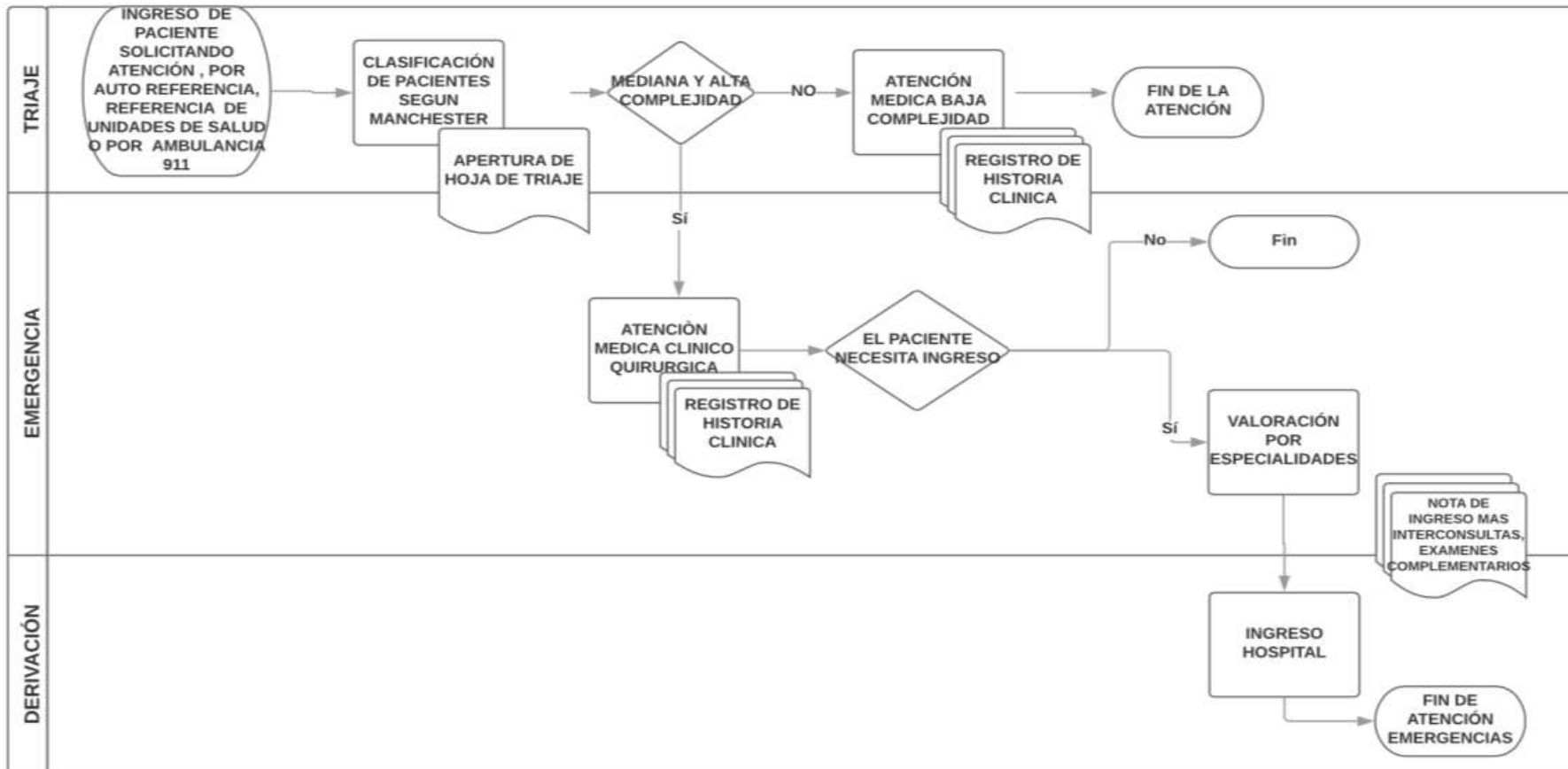
34. LLanes, G. D. (2005). La investigación acción en el primer nivel de atención. *Revista Cubana de. Medicina General Integral*, Vol.21.N3-4.
35. Marcillo, A. C. (2009). Niveles de satisfacción de los usuarios de servicios de urgencias del hospital Carlos Andrade Marín y diseño de un programa de gestión de calidad. Quito.
36. Martínez, E. G. (2010). Organización, Coordinación y Marco Legal de los Servicios de Urgencias. El entorno humano y terapéutico en la atención al paciente de urgencias. IL 3 -UB Formación Continua, Universidad Barcelona, 5-8.
37. Médica Familiar. (2017). Quito.
38. Méndez, E. G. (2008). Calidad de atención del servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubuqui desde la perspectiva del cliente. Puerto Rico.
39. Molina, F. J. (2017). Organización de un servicio de urgencias, análisis de la actividad y de los modelos adaptados para mejorar la calidad. Madrid.
40. MSP. (2014). Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al sistema nacional de salud. Quito.
41. MSP. (2015). Tipología para homologar establecimientos de Salud por niveles, Acuerdo Ministerial 5212.
42. Noé Arellano Hernández, M. G. (2012). Satisfacción de los usuarios de urgencias basados en la sistematización del servicio hospital general Dolores Hidalgo, Guanajuato, México. *Archivos de Medicina de Urgencias*, 13-19.
43. Olivan, J. A. (1997). Sistema de Información Hospitalarios: el C.M.B.D. Scire.
44. OPS, O. P. (2008). Perfil de sistemas de salud del Ecuador. Washington DC.
45. Organización Mundial de la Salud, O. (2003). Informe de la salud en el mundo.
46. Oscar Chiva Bartoll, C. C. (2018). Investigación -acción sobre un programa de aprendizaje-servicio en la didáctica de la Educación Física. *Revista de Investigación Educativa*, 277-293.
47. Pino, E. A. (Sf). Enciclopedia del Ecuador. Ecuador.
48. Pública, M. S. (2007). MANUAL DEL MANEJO ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLINICAS. Quito.
49. Rafael Alejandro Chavarría Islas, E. S. (2009). Satisfacción laboral del personal médico en el servicio de urgencias adultos en un hospital general regional. *Revista CONAMED*, Vol2. 27,35.
50. Raga, M. D. (2017). Participación comunitaria en salud a través de la Investigación Acción Participativa del Hospital I "Dr. Darío Suarez Ocando". *Interacción y Perspectiva. Revista Trabajo social*, 91-100.

51. Reinaldo Pablo García, C. M. (2015). El análisis de la situación de salud y la investigación acción participativa en la formación médica. *Gaceta Medica Espirituana*, versión online ISSN1608-8921, Vol. 17.N3.
52. Residente Posgrado Medicina Familiar. (11 de enero de 2017).
53. Residente Servicio de Emergencias. (11 de enero de 2017).
54. Ricardo Cartes Velázquez, C. N. (2014). Investigación desde APS: La experiencia Kúme Mongüen Pewenche. *Horiz Med*, 19-22.
55. Rivera, J. L. (2006). Gestión de Recursos Humanos, Enfoque Sistémico. *Revista de Psicología UNMSM*, 109-126.
56. Rocano, E. P. (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes fallecidos en servicio de emergencias de hospital general. *Revista Sociedad Perú Medicina Interna*, vol. 21 (2).
57. Ruth Lucio, N. V. (2011). Sistema de Salud Ecuador. *Salud Pública México*, 53.
58. Tobar, F. (2002). Modelo de gestión en las organizaciones de salud, particularidades. En F. Tobar, *Modelo de Gestión en Salud* (págs. 42, 43, 44,45). Buenos Aires.
59. V.Ruiz Romero, J. M. (2011). Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios de Aljarafe. *Revista de Calidad Asistencial*, 111-122.
60. Valero, C. N. (2015). Satisfacción de usuarios internos y externos de todos los servicios de una clínica de medicina familiar del sector salud en Estado de México. *Revista CES Salud Pública*, vol. 6. 136-145.
61. Vargas, A. D. (2013). Estudio de satisfacción de usuario externo e interno en servicios de salud Patronato Provincial de Pichincha Como estrategia de una gestión de calidad. Quito.
62. Verónica Espinosa, C. A. (2017). La reforma en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41.
63. Villalba, D. C. (11 de enero de 2017). Director Hospital San Vicente de Paúl. (D. E. Arias, Entrevistador)
64. Villaña, I. (15 de enero de 2017). Estadística del Hospital San Vicente de Paúl. Ibarra.
65. Walter Patricio Castello Rivas, A. F. (2016). Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Revista cubana de enfermería*, Vol32.N3.
66. Wuilman Edith Gómez Guerra, R. A. (2017). Satisfacción del usuario en la emergencia del Hospital Central de Maracay. *Revista de Salud Pública (XXI)*, 286.
67. www.encyclopediadelecuador.com. (s.f.).

68. Zamora, O. L. (2004). Transcrito "Pastaza una provincia que apasiona". Shell.

4. ANEXOS

ANEXO 1 FLUJOGRAMA DE ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HSVP (Modelo Descriptivo)



ÁRBOL DE PROBLEMAS RELACIÓN CAUSA EFECTO

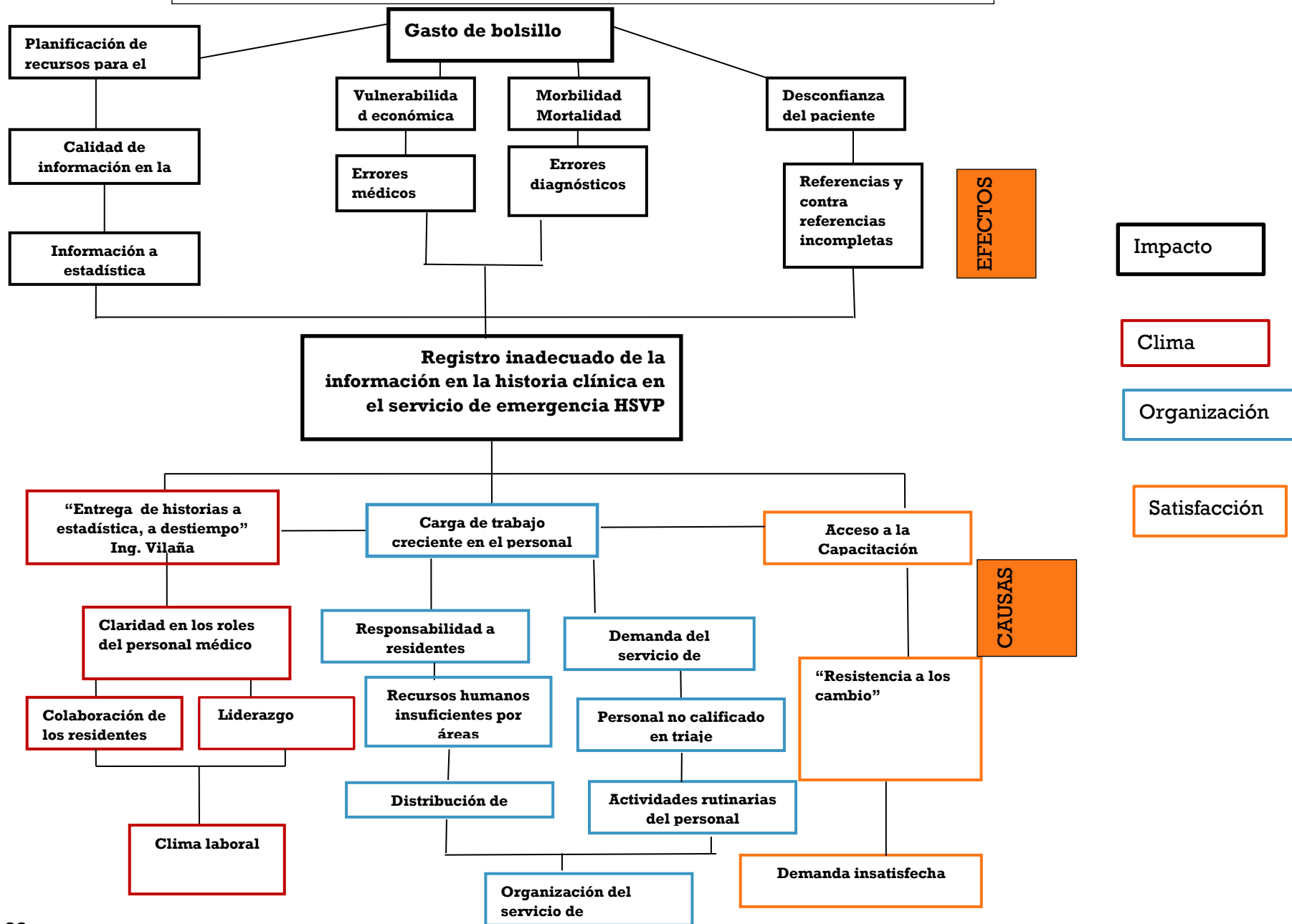


Imagen 1 Respaldo fotográfico de actividades de implementación operativa HSVP 2017



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

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

Consentimiento Informado

Elva Beatriz Arias Terán
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Instituto de Salud Pública

Nombre del proyecto de investigación:

“LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS EXPRESADA EN LA RE-DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES Y CAPACITACIÓN, COMO GENERADOR DE MEJORAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN QUE SE EVIDENCIAN EN LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE IBARRA, DESDE SEPTIEMBRE 2017 A SEPTIEMBRE 2018 ”

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Elva Beatriz Arias Terán, estudiante de la Maestría en salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y estoy realizando el proyecto de investigación Intitulado “LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS EXPRESADA EN LA RE-DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES Y CAPACITACIÓN, COMO GENERADOR DE MEJORAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN QUE SE EVIDENCIAN EN LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE IBARRA, DESDE SEPTIEMBRE 2017 A SEPTIEMBRE 2018 ”, le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda y con gusto procederé a explicarle.

Propósito

Conocer la organización del servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, posterior a la Implementación de cambios ejecutados con la capacitaciones en el registro de información y gestión organizacional en las actividades del personal de salud y su influencia en la calidad de atención y del servicio.

Tipo de Intervención de Investigación

Este estudio incluirá la diferentes estrategias de evaluación entre ellas se encuentra la aplicación de la encuesta de percepción de satisfacción del personal de salud, de los pacientes y de los procesos de registro de información en la historia clínica, la evaluación

de indicadores de gestión en la atención y servicio servirá para mantener o mejorar las estrategias de cambio implementadas. Tomará alrededor de 15 minutos y los datos recopilados serán totalmente confidenciales.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad

Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. No se rebelará la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada. No será compartida ni entregada a nadie excepto Elva Beatriz Arias Terán y al Tutor de la investigación Dr. Hugo Pereira.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted y la institución antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no afectará en ninguna forma en su actividad de trabajo o atención en el servicio de emergencias. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en el hospital. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como funcionario o paciente. Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Elva Beatriz Arias Terán

Quito, Pedregal y Hernández Girón N35 Conjunto San Martín. Torre 16 Departamento 204;
Teléfono: 0984993584.

ebarias@puce.edu.ec / elarteran@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Unidad de titulación y Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la Facultad de Medicina.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca” “La gestión del talento humano en el servicio de emergencias expresada en la re-distribución de actividades y capacitación, como generador de mejoras

en los procesos de atención que se evidencian en los registros de las Historia Clínica en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde septiembre 2017 a septiembre 2018. “

Entiendo que debo realizar una encuesta y contestarla con la verdad. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi trabajo o atención en el servicio de Emergencias del Hospital san Vicente de Paúl

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha_____ (Día/mes/año)

Dra. Elva Arias_____

ANEXO 4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

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

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Estimado profesional, la presente encuesta desea conocer la satisfacción en el trabajo según el desempeño en el cual labora, con la finalidad de mejorar los procesos de atención al usuario interno y al usuario externo en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, septiembre 2017 hasta septiembre 2018, luego del proceso de capacitación ejecutado como mejora para el servicio.

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación actual como trabajador del HSVP.

1. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?

a) Director b) Funcionario..... c) Jefe de Departamento.....

d) Jefe de servicio..... e) Jefe de Establecimiento..... f) Personal Administrativo

g) Personal asistencial..... h) Personal de servicio..... i) Otros (especifique)

2. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?

a) Médico..... b) Enfermeras..... c) Obstetra.....

d) Odontólogo..... e) Psicólogos..... f) Nutricionista.....

g) Trabajadora social..... h) Técnico de enfermería/Auxiliar.....

i) Técnico administrativo..... j) Otro (especifique)

3. ¿Cuál es su condición laboral en el HSVP?

a) Nombramiento..... b) Contratado.....

4. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el HSVP?

a) Menos de 1 año.

b) De 1 a 4 años.

c) De 5 años a más.

5. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo?

.....

APRECIACIONES SOBRE SU CENTRO DE LABORES

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que Usted desempeña. Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 5, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado. El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

CODIGO	Estoy :
--------	---------

5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
4	MAYORMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
2	POCAS VECES DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN

Pregunta.	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
Trabajo Actual						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	5	4	3	2	1

Como se muestra en el ejemplo, usted podrá marcar 4 si esta MAYORMENTE DE ACUERDO con que los objetivos y responsabilidades de su puesto de trabajo son claros, por tanto sabe lo que se espera de usted.

(Luego de haber entendido las instrucciones dé vuelta a la hoja y por favor, conteste TODAS las preguntas)

Con relación a las siguientes preguntas, marque con un aspa (X) o cruz (+) sobre el código que responda de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud 14

Pregunta.	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
Trabajo Actual						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	5	4	3	2	1
2	El trabajo en mi servicio está bien organizado.	5	4	3	2	1
3	En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades.	5	4	3	2	1
4	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados.	5	4	3	2	1
Trabajo en General						
5	Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo	5	4	3	2	1
6	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas	5	4	3	2	1

	e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.					
7	En términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral	5	4	3	2	1
Interacción con el Jefe Inmediato						
8	Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho.	5	4	3	2	1
9	Los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras.	5	4	3	2	1
10	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones.	5	4	3	2	1
11	Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento.	5	4	3	2	1
12	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	5	4	3	2	1
Oportunidades de progreso						
13	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
14	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano.	5	4	3	2	1
Remuneraciones e Incentivos						
15	Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo.	5	4	3	2	1
16	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal.	5	4	3	2	1
Interrelación con los Compañeros de Trabajo						
17	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.	5	4	3	2	1

18	Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores.	5	4	3	2	1
Ambiente de Trabajo						
19	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución.	5	4	3	2	1
20	Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
21	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	5	4	3	2	1
22	El nombre y prestigio del Hospital San Vicente de Paúl es gratificante para mí.					

SECCION DE COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
Si existen asuntos especiales que Usted desea destacar escriba sus comentarios en esta página. POR FAVOR: NO FIRME. (Recuerde que esta encuesta es anónima). Siéntase en libertad de expresar su opinión sobre el tema(s) que le preocupen y desee hacer de conocimiento:

1) _____

2) _____

3) _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

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

ENCUESTA PARA PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE IBARRA

Mi nombre es Elva Beatriz Arias Terán egresada de la Facultad de Medicina de la Maestría de salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y voy a realizar una encuesta con fines académicos para el estudio "La gestión del talento humano del servicio de emergencias expresada en la re-distribución de actividades y capacitación, como generador de mejoras en los procesos de atención que se evidencian en los registros de las Historia Clínica en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde septiembre 2017 a septiembre 2018, y como estos influyen en la calidad de atención y del servicio.

Presento a continuación la encuesta con la intención de conocer su opinión sobre este tema. Sus respuestas serán absolutamente confidenciales y su uso servirá para medir el nivel de satisfacción, durante su atención de emergencias.

Marque con una **X** lo que usted crea conveniente.

1. **Sexo:** a. Femenino b. Masculino
2. **Edad:** _____
3. **¿Hasta qué grado o curso estudió?** _____
4. **Estado civil:** a. Soltero/a b. Casado/a c. Unión Libre
d. Viudo /a e. Divorciado/a
5. **¿Cuál es el área de atención donde recibió la atención médica?**
a. Triage b. ER_I c. ER_II pediatría
e. Ginecología f. g.
6. **¿Qué médico brindó la atención?** A. Médico/a tratante b. Médico Enfermería.
7. **¿Cuánto tiempo se demoró en el área de triaje?**
a. Menos de 5 minutos b. De 5 minutos a una hora c. Más de 1 hora
8. **¿Cuánto tiempo se demora en trasladarse desde su casa hasta el Hospital?**
a. De 0 a 15 minutos b. De 16 a 30 min c. De 31 a 45 min e. Más de 45 min
9. **¿Cuánto tiempo esperó hasta ser atendido por el médico?**
a. De 0 a 5 minutos b. De 6 a 15 min c. De 16 a 25 min d. Más de 25 min
10. **¿Cuánto tiempo duró la atención médica?**

a. Menos de 5 minutos b. De 5 a 15 min c. De 16 a 25 min d. Más de 25 min

11. ¿El horario en que atiende el Hospital le parece adecuado para su necesidad?

a. Si b. No

12. ¿Es la primera vez que acude a Emergencias del HSVP?

a. Si b. No

13. ¿Ha sido atendido antes por personal de este hospital?

a. Si b. No

14. Califique el estado de las instalaciones, tomando en cuenta la comodidad y seguridad que ofrece.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

15. Califique el estado de limpieza y aseo de las instalaciones.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

16. Califique la presentación personal del médico que le atendió.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

17. ¿El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?

a. Si b. No

18. ¿Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?

a. Si b. No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6 CHECK LIST DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Tipo de atención	Emergencia I – II- III
Utilización de los componentes de la Historia clínica Formatos en cada atención	Completa o Incompleta
Calidad del Dato	Comprensible- No comprensible
Correlación clínico Diagnóstica	Adecuada No adecuada
Codificación CIE 10	SI - NO
Edad por grupos etarios	Niños, adolescentes, jóvenes, adultos
Perfil epidemiológico	Número de Pacientes atendidos por patología según CIE10
Sexo	Hombre - Mujer

