

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

TESIS DE GRADO
TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÁGISTER EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

Incremento de la continuidad de la atención curativa interniveles entre la Consulta Externa Materno-Infantil y Hospitalización del Hospital Un Canto a la Vida como herramienta para mejorar la calidad de atención

MAESTRANTE: JOSÉ LUIS AYALA H.
DIRECTOR DE TESIS: EDGAR ROJAS

Quito, 9 de Marzo de 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JOSÉ LUIS AYALA HERRERA**, con cédula de ciudadanía N° 171115575-2, autor del trabajo de graduación titulado **“INCREMENTO DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN CURATIVA INTERNIVELES ENTRE LA CONSULTA EXTERNA MATERNO-INFANTIL Y HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN”**, previa a la obtención del grado académico de **MÁGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 9 de Marzo de 2015

Dr. José Luis Ayala Herrera

CC 171115575-2

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por haberme bendecido con salud y vida para poder concluir exitosamente esta meta a pesar de las difíciles pruebas que pasé.

A **Lorena, mi esposa**, consejera y amiga que nunca dejó de estar a mi lado ni un solo minuto en el camino recorrido a pesar de los baches y obstáculos. Gracias por no dejarme solo en esta vivencia académica.

A **mis hijos, Leo y Andy**, por su paciencia y comprensión de diferir la atención, la diversión y el cariño que merecen a su edad por el estudio de su padre, por ser el bálsamo que me nutre cada día.

Al **Hospital Un Canto a la Vida**, mi trabajo, mi segunda casa, por permitirme crecer profesionalmente y darme la oportunidad de demostrar lo aprendido.

A **todos**, mil gracias.

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo.....	1
Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
2. Justificación.....	5
3. Contexto.....	6
4. Diagnóstico Situacional.....	7
5. Planteamiento del Problema.....	9
6. Marco Conceptual.....	11
6.1 Calidad de la Atención.....	11
6.2 Aspectos de la Continuidad.....	12
6.3 Continuidad Interniveles.....	13
6.4 Requisitos Para una Adecuada Continuidad.....	14
6.5 Importancia de la Continuidad.....	14
6.6 Auditoría de Interface.....	15
6.7 Interface.....	15
7. Modelo Conceptual.....	16
8. Experiencias Previas.....	21
9. Alternativas de Cambio.....	23
10. Hipótesis de Cambio.....	23
11. Objetivos.....	23
12. Metodología.....	24
12.1 Tipo de estudio.....	24
12.2 Población.....	25
12.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	25
12.4 Instrucciones Operativas.....	26
12.5 Operacionalización de Variables e Indicadores.....	27

12.6 Fuentes, Instrumentos y Técnicas.....	30
12.7 Análisis de Datos.....	31
12.8 Consideraciones Éticas.....	31
13. Resultados.....	31
13.1 Evaluación Operativa.....	31
13.1.1 Normatización de un Formato de Documentación.....	32
13.1.2 Uso del Formato.....	33
13.1.3 Establecimiento y Delimitación del Flujo de Pacientes.....	34
13.1.4 Uso del Flujo de Pacientes.....	34
13.1.5 Uso del Formato y Flujo de Pacientes.....	35
13.1.6 Auditoría de Interface.....	36
13.2 Evaluación Analítica.....	36
14. Discusión.....	46
15. Conclusiones.....	48
16. Recomendaciones.....	49
17. Bibliografía.....	50
18. Anexos.....	52
Anexo 1 Encuesta de satisfacción del usuario.....	52
Anexo 2 Documento de oficialización del uso de las estrategias propuestas	53
Anexo 3 Cronograma de capacitación del personal sobre el llenado del formato	54
Anexo 4 Formato de derivación de pacientes.....	55
Anexo 5 Flujo de pacientes.....	57
Anexo 6 Cronograma de capacitación del personal sobre el uso del flujo de pacientes	59

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1	Uso del Formato de Documentación al Ingreso Hospitalario.....	33
Tabla 2	Uso del Formato de Documentación al Egreso Hospitalario (Alta).....	33
Tabla 3	Uso del Flujo de Pacientes a Través del Sistema.....	34
Tabla 4	Total del Personal Operativo que usa el Formato y Flujo de Pacientes.....	35
Tabla 5	Uso del formato y Flujo de Pacientes por Tipo de Personal.....	35

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Modelo del problema de la continuidad de la atención entre la Consulta Externa y Hospitalización en el HUCV	17
Gráfico 2	Modelo del problema de la continuidad de la atención entre la Hospitalización y Consulta Externa en el HUCV	18
Gráfico 3	Modelo prescriptivo de la intervención planteada en el sistema: diagrama de flujo de atención entre Consulta Externa y Hospitalización	19
Gráfico 4	Diagrama de flujo de atención entre Hospitalización y Consulta Externa	20
Gráfico 5	Calidad de la atención recibida valorada en pacientes postalta durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida	37
Gráfico 6	Resolución del problema de salud postalta percibida por los pacientes durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida	38
Gráfico 7	Confianza en los servicios de hospitalización y consulta externa percibida por los pacientes durante el período febrero-abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida	39
Gráfico 8	Satisfacción por la cita postalta en fecha y hora programada en los pacientes durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida	40

Gráfico 9 Percepción de la facilidad del uso del formato y flujo de pacientes en el personal de consulta externa y hospitalización durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida

..... 41

Gráfico 10 Percepción del personal sobre el cruce de información entre los servicios de consulta externa y hospitalización durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida

..... 42

Gráfico 11 Percepción del personal de consulta externa y hospitalización sobre la importancia de la continuidad de la atención durante el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida

..... 43

Gráfico 12 Apreciación del personal de consulta externa y hospitalización sobre la utilidad del uso del formato y flujo de pacientes en su trabajo y para la institución en el período Febrero-Abril 2012 en el Hospital un Canto a la Vida

..... 44

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

Basados en la *teoría general de sistemas*, los componentes de un hospital, que constituye un elemento macro, actúan como microsistemas en el que se pueden equiparar dos niveles de atención, similar a lo que ocurre en un sistema de salud: un primer nivel representado por la consulta externa y un nivel de referencia constituido por el área de internación. En ambos existe una relación estrecha pues se complementan para poder resolver las necesidades de los pacientes. Si los cambios diseñados para mejorar la continuidad interniveles a nivel de un macrosistema actúan dinámicamente cambiando de forma positiva la calidad, acciones similares de acuerdo al contexto en un sistema más pequeño tendrían el mismo efecto.

Objetivos

El objetivo general fue incrementar la continuidad de la atención curativa interniveles de los pacientes del Sistema que comprende Consulta Externa-Hospitalización. Entre los objetivos específicos se encuentran utilizar la auditoría de interface como herramienta para valorar la cooperación interniveles (Consulta-Hospitalización) y evaluar la calidad de la atención a través de la satisfacción del usuario y el personal de salud.

Metodología

La metodología de Investigación-Acción permitió introducir un cambio en un sistema para el registro de resultados sobre el comportamiento del personal y la contribución al desarrollo de nuevo conocimiento mediante la construcción de la investigación en conjunto con los propios actores aplicando un modelo y una hipótesis de cambio dinámica.

Se consideró como unidad de análisis al servicio de Materno Infantil y como universo a todos los pacientes que ingresaron mensualmente al servicio, así como a todas las altas que se registraron y se derivaron a consulta en el lapso de Febrero a Abril de 2012. Para la valoración de la percepción de los prestadores, todo el personal operativo se incluyó en la muestra. Se consideraron como criterios de inclusión: todos los pacientes niños que acudieron por Consulta Externa Materno Infantil y que requirieron ingreso hospitalario, todas las pacientes mujeres que acudieron por Consulta Externa Materno Infantil por atención del parto o cesárea y que requirieron ingreso hospitalario, y pacientes mujeres o niños que acudieron a control postalta en Materno Infantil con ingreso previo por Consulta Externa.

Para la introducción de cambios en el sistema se propusieron como acciones: la normatización de un formato de documentación, el establecimiento y delimitación del flujo de pacientes a través del sistema y la auditoría de interface.

Se utilizaron todos los datos disponibles en los archivos electrónicos y manuales de las áreas de Estadística así como de Atención al Cliente y Comunicación de la propia institución y se emplearon como técnicas la aplicación de una encuesta de satisfacción, revisión documental y la auditoría de interface. Los datos se digitaron en una base del paquete estadístico Microsoft Excel. Se validaron y se obtuvieron datos

de estadística descriptiva para definir resultados, por tratarse de datos cuantitativos. El proceso fue definido y analizado en función del cumplimiento de las instrucciones operativas y de los parámetros definidos para la evaluación, tanto operativa como analítica.

Resultados

El formato de documentación de las actividades realizadas a los pacientes reflejó un alto porcentaje de cumplimiento. El uso del flujo de pacientes se realizó de forma obligatoria y ordenó el camino de los documentos de ingreso/alta. El personal que usó menos estos dos instrumentos fueron los médicos tratantes probablemente porque, en el accionar médico hospitalario, quien cumple la responsabilidad de ejecutar las indicaciones es el médico residente.

Con la aplicación del proceso de auditoría se obtuvo un cambio actitudinal del personal sobre el papel y la importancia de la interrelación entre los servicios y el rol de la continuidad de la atención que se brinda a los pacientes. Inicialmente, el 100% del personal consideraba un obstáculo para la continuidad al sistema de manejo de información que usa el hospital, además se percibía que administrativamente no se daba ninguna importancia al tema; a partir del proceso de implementación de ambas herramientas de estudio, se aprecia que la importancia percibida por el personal respecto de la continuidad es del 69% y la mejora del cruce de información para motivos de seguimiento tiene una apreciación positiva del 75%.

La satisfacción del usuario externo fue del 81% y se valoró solamente al alta, luego de la resolución del problema que llevó al ingreso y solamente en aquellos pacientes que se evidenció llegaron a la consulta postalta. La satisfacción del personal operativo fue de un 83 %.

El reflejo de la continuidad interniveles se observa cuando en los pacientes ingresados de consulta a hospitalización se obtiene una proporción de 0,70 de datos completos usando el formulario y de los pacientes que llegaron a consulta externa con el formulario desde la hospitalización un 0,64. Se apreció una proporción de 0,15 casos en los que se repitieron los exámenes en la hospitalización a pesar de haber sido solicitados en consulta. Las prescripciones de alta cambiadas en consulta externa llegaron a 0,63.

Conclusiones

- El establecimiento de un formato normado y de un flujo que evidencia las actividades realizadas con el paciente a lo largo del sistema Consulta-Hospitalización generaron un cambio actitudinal en el personal, con lo cual, además, se apreció un incremento de la continuidad de la atención curativa.
- La calidad de la atención valorada a través de la satisfacción del usuario se incrementó con la aplicación de estrategias prácticas, económicas y ágiles.
- La auditoría de interface constituye una herramienta eficaz de colaboración entre niveles, independientemente de la complejidad.

Palabras clave: continuidad de la atención, auditoría de interface, satisfacción.

ABSTRACT

Introduction

The hospital components act as a system with two levels of care: a first level represented by the outpatient and a reference level represented by inpatient department. In both there is a close relationship as complement to meet the needs of patients. If changes designed to improve the continuity of levels act dynamically improving quality, similar actions according to the context in a smaller system would have the same effect.

Objectives

The main objective was to increase the interlevels continuity of patients care curative system comprising Outpatient-Hospitalization Attention. The specific objectives were used interface audit as a tool to assess the inter-level cooperation (Outpatient-Hospitalization) and assess the quality of care attention through user satisfaction and health personnel.

Methodology

The investigation was made within the action research by introducing a change in a system with record results for the staff behavior, development of new knowledge and construction research together with the people applying a model and a dynamic change hypothesis.

It was considered Maternal and Child Service as the unit of analysis by all patients admitted monthly at the unit and all higher medical that were register and were derived to Outpatient in the period from February to April 2012. For assessment all operational staff were included in the sample. The inclusion criteria were: all patients children who went to Outpatient Mother and Child and required hospitalization, all female patients who went to Outpatient Mother and Child for delivery or cesarean and required hospitalization and female patients or children attending Maternal and Child for control after high medical.

For changes to the system were proposed as actions the standardization of documentation format, the establishment and delimitation of patient flow through the system and audit interfaces.

All available data were used in electronic and manual files of statistical areas, Customer Service and Communication areas from the institution and used as a technique survey, document review and audit interface. The data were entered into a database from Microsoft Excel statistical package. Data were validated and descriptive statistics were obtained to define results because it is quantitative data. The process was defined and analyzed in terms of compliance with the operating instructions and parameters defined for both operational and analytical assessment.

Results

Format documentation of activities undertaken done to patients showed a high compliance rate at admission and at high medical. The flow was used mandatory and ordered the way documents admission / discharge. The high degree physicians were who least used the format and the flow probably because in the hospital who driving the responsibility of executing the instructions is the resident physician; medical residents are of greatest fulfillment and use of both tools like clinical staff secretaries.

With the implementation of the audit process and training could be obtained a change of attitude of the staff on the role and the importance of maintaining the relationship between the services and the role of continuity of care attention to patients. Initially 100% of staff considered an obstacle the hospital management and information system using hospital, plus it was perceived as administratively no importance was given to the topic. After the process of implementation of both study tools shown that the importance perceived by the staff about continuity is 69% and improving the crossing of information for tracking purposes has a positive appreciation of 75%.

External user satisfaction was assessed only at high medical after resolution of the problem that led to hospitalization and only in those patients who showed it to the outpatient after high medical. The assessment found a satisfying proportion of 81%. Staff satisfaction was 83%.

The reflection of the inter-level continuity can be seen when patients admitted to hospital from the Outpatient is obtained 0.70. Complete data using the form and patients who came to the Outpatient form from 0.64. A rate of 0.15 case in which the test were repeating hospitalization despite having been requested in Outpatient. The medical prescriptions during high medical were changed at Outpatient reached 0.63.

Conclusions

- The establishment of a normed format and a flow that shows the activities made for the patients throughout the Outpatient-Hospitalization system generated an attitudinal change in the staff personnel which also increased continuity of care when they understood the concept and importance of this quality of care in user perception.
- The quality of care assessed through user satisfaction could be increased by implementing practical, economic and faster strategies.
- The audit interface is an effective tool for collaboration between levels regardless of complexity.

Keywords: continuity of care, audit interface, satisfaction.

1. Introducción

En un mundo cada vez más pequeño pero a la vez tan complejo en sus relaciones, influido enormemente por la globalización de la tecnología y la información así como de la política y la sociedad, existen razones suficientes para considerar a la *continuidad* de la atención en salud como una dimensión primordial en el proceso en que se desarrollan sus servicios.

Entre los argumentos que justifican la necesidad de garantizar una adecuada continuidad de la atención quizás el de mayor importancia sea el nuevo papel de los ciudadanos en su interacción con los prestadores de servicios, papel de hecho garantizado en la Constitución de la República y remarcado como un derecho de los usuarios.

Es difícil hablar de calidad de los servicios sin que se asegure la continuidad de la atención. La relación entre niveles asistenciales se convierte, con esta perspectiva, en un escenario de invariable y rica dinámica entre los múltiples actores que conforman cada fase del proceso de los sistemas y servicios de salud. Si se contempla a la continuidad como una dimensión indispensable para valorar la calidad, es razonable notar que debería ser un elemento que se incorpore en los indicadores de evaluación para definir una práctica y atención adecuadas en las distintas instancias del complejo proceso de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del estado de salud de la población.

Por este antecedente, es importante estimular el desarrollo de soluciones organizativas y/o de herramientas que faciliten el progreso y la mejora de los servicios de salud a través de estrategias que permitan incorporar tecnología, gestión y protocolos, mediante la ubicación de recursos que faciliten la cooperación y coordinación interniveles, donde el fin común sea una atención de calidad.

2. Justificación

La visión sistémica dentro un ámbito macro como lo es un sistema de salud nacional no deja dudas del papel de la continuidad entre los distintos niveles de atención pues la transferencia del paciente y la responsabilidad que implica el manejo de los problemas que no se puede resolver en un sitio de menor complejidad a otro de mayor complejidad, es una herramienta comprobada para resolver los inconvenientes de salud y responder efectivamente a las necesidades de la población. Basados en este accionar, se puede imaginar al hospital como un microsistema que tiene dos niveles de atención integrados: un primer nivel representado por la consulta externa y un nivel de referencia constituido por el área de internación hospitalaria. En ambos casos, existe una relación estrecha entre los sitios de atención pues sus niveles se complementan para poder resolver efectivamente las necesidades de los pacientes. Si los cambios diseñados para mejorar la continuidad interniveles a nivel de un macrosistema actúan dinámicamente mejorando la calidad, acciones similares de acuerdo al contexto en un sistema más pequeños tendrían el mismo efecto; es decir, la continuidad de la atención interniveles trabajada a nivel hospitalario podría mejorar elementos como la *satisfacción del usuario externo*, la *satisfacción del personal*, la

optimización de recursos y tiempos de atención y el manejo de la información interna. Por esta razón el presente trabajo pretende mejorar la calidad de atención a través de acciones que influyan en los componentes del hospital, entendiendo que éste tiene un equiparable con un primer nivel, como la Consulta Externa y la Hospitalización del Servicio Materno Infantil como un nivel de referencia en el Hospital Un Canto a la Vida.

3. Contexto

El Hospital Padre Carollo Un Canto a la Vida es una institución no gubernamental con lógica pública. Se ubica en el sur de la ciudad de Quito en la parroquia Las Cuadras perteneciente a la Administración Zonal Quitumbe; tiene como área de influencia la población de las parroquias aledañas Chillotallo, La Ecuatoriana, Turubamba, Guamaní y Quitumbe. Es una unidad de segundo nivel de atención con tercer nivel de complejidad, categorizada como establecimiento de salud II-5 según la nueva tipología para la homologación de los servicios de salud por niveles de atención de la red pública integral del Ministerio de Salud Pública.

El Hospital como parte de la Fundación Tierra Nueva fue construido gracias al apoyo generoso de varios organismos de Estado como el Fondo de Solidaridad, Ministerio de Salud Pública e INFA; varias instituciones nacionales como Asociación de Damas del Cuerpo Consular, UNIFER, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Cooperativa Maquita Cushunchic, entre otros; y, el apoyo de organismos internacionales como Manos Unidas de España, Help for Hope de Suiza, Fondo Italo-Ecuatoriano, Solidarity Ecuador-Irlanda, Timmy Foundation, Kindermissionsweek, Hermana Sigmunda Schnnetzer de Alemania, además de ciudadanos autónomos e independientes.

Inició sus actividades en Enero del 2007 en una primera etapa en que funcionaba solamente el área de Consulta Externa con 14 especialidades además de los servicios de Laboratorio, Farmacia, Odontología e Imagen. Culminó su estructura física y el equipamiento en Agosto del 2010 y desde entonces se encuentra funcionando en todas sus áreas. Tiene una superficie total de 10.590 m² con un área de construcción de 6.780 m².

En el área de Consulta Externa se cuenta con 18 especialidades clínico quirúrgicas repartidas entre tres pisos: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Nefrología, Inmunología, Dermatología, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Coloproctología, Cirugía Vasculat, Cirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica, Otolología, Traumatología y Urología. De todas éstas, solamente Dermatología no hospitaliza pacientes. En cada piso existe una sala de preparación de pacientes; además, se cuenta con servicio de Terapia Respiratoria Ambulatoria, Clínica de Heridas y Vacunación. El servicio de Consulta Externa estructuralmente se encuentra dividido por especialidades: el servicio Materno-Infantil comprende las consultas de Pediatría y Ginecología. La consulta Materno-Infantil cuenta con tres consultorios de Pediatría y tres de Gineco-Obstetricia. Realiza actividades de prevención, promoción y atención de morbilidad de complejidad leve (atención curativa). Dentro de sus funciones además está el complementar las actividades realizadas por el servicio de Unidades Móviles; en el caso de requerir valoraciones de especialidad, exámenes de imagen/laboratorio u hospitalización, los

pacientes son referidos por la consulta externa. Adicional a las características descritas cumple en parte las funciones de un primer nivel ya que actúa como puerta de entrada y constituye el primer contacto con la comunidad.

El área de Hospitalización está dividida en dos plantas: en la primera se encuentra la hospitalización Materno Infantil (Alojamiento Conjunto y Pediatría), Neonatología/Terapia Intensiva Neonatal y Unidad de Cuidados Intensivos; en la segunda planta se ubica la Hospitalización Clínico Quirúrgica que comprende todas aquellas especialidades con factibilidad de manejar pacientes en internación, a su vez esta planta tiene una distribución espacial que permite ubicar pacientes de manejo clínico y quirúrgico separadamente. La hospitalización cuenta con Terapia Física y Rehabilitación, Terapia Respiratoria, equipos de imagen portátiles, factibilidad de movilización de pacientes a las distintas áreas del hospital y relación directa con Laboratorio para la toma de muestras.

La transferencia de pacientes entre ambos servicios se realiza a través de un formato de registro que consta en la historia clínica únicamente para el ingreso hospitalario desde consulta, para pacientes con alta desde la hospitalización no existe ningún documento. En ambos casos se anotan los registros en el sistema digital MEDISYS en el cual constan datos de valoración y derivación de pacientes pero que no están interconectados o relacionados a pesar de ser un mismo sistema.

La población total del área de influencia del hospital en las cinco parroquias según la proyección calculada para el 2010 por el INEC es de 210.172 habitantes. Para el año 2011 el servicio de Consulta Externa Materno Infantil realizó 13.118 atenciones pediátricas y 12.501 atenciones obstétricas, además en Hospitalización Materno Infantil se recibieron 144 ingresos pediátricos, 207 ingresos de Neonatología y 1.162 atenciones de parto (cefalovaginal y cesárea). La tasa global de hospitalización para ambas especialidades fue de 0,5 x 1000 y de forma individual fue de 0,2 x 1000 para Pediatría y de 0,9 x 1000 para Gineco-Obstetricia.¹

4. Diagnóstico Situacional

Los puntos destacados de la evaluación situacional de la Consulta Externa y la Hospitalización Materno Infantil respecto de la continuidad de la atención y sus relaciones son los siguientes:

Calidad de la atención:

- *Integralidad:* los problemas biológicos, psicológicos y sociales de los usuarios se manejan de forma independiente en cada consulta o evento de hospitalización y se hacen seguimientos individuales no interrelacionados, por lo tanto, no existe integralidad de la atención; además, no hay participación por parte de los pacientes en la toma de decisiones sobre sus problemas de salud. En las observaciones hechas en las consultas de Pediatría y Gineco-Obstetricia no se realiza ningún tipo de acción al respecto por parte de los profesionales de

¹ Departamento de Estadística. Hospital Un Canto a la Vida.

salud. Sobre los aspectos bio-sico-sociales cuando se detecta por parte de los médicos de consulta algún inconveniente de orden económico o social que pueda influenciar en el diagnóstico o tratamiento en el paciente, se limitan a conducir de inmediato la acción con el Departamento de Trabajo Social pero casi nunca queda constancia en la historia clínica. En caso de detectar patologías relacionadas con problemas psicológicos se conduce al paciente con el Servicio de Psicología a través de interconsulta; pero, tampoco es constante el asentar formalmente un pedido.

➤ *Continuidad:*

- *De Información:* el sistema de información contemplado y aprobado administrativamente para el uso interno es de índole mixto, uno electrónico para consulta externa y uno manual para hospitalización. Ninguno de los dos permite complementar y revisar los datos de eventos anteriores en relación a controles postalta o indicaciones de ingreso lo que ha dado paso a la duplicación de actividades como generar exámenes complementarios o interconsultas en el ambulatorio y la internación para el mismo paciente en el mismo evento. Este proceso repetitivo causa malestar en los usuarios, quienes se ven en la necesidad de gastar más dinero por exámenes ya solicitados y de registrar reiteradamente sus datos clínicos en diversas estancias del hospital: hecho que evidencia un uso inadecuado de la información recopilada a su ingreso. En el sistema manual se puede apreciar inconvenientes con la legitimidad de las notas por caligrafía ilegible, registros escuetos y en algunos casos, pérdida de documentos. El uso del sistema electrónico no es óptimo, por lo que se prescinden de ciertos datos.
- *De Gestión:* el paso o traslado de la información para la toma de decisiones de índole diagnóstico y terapéutico entre la Consulta Externa y la Hospitalización no es efectivo por el tipo de sistema de información que previamente se describió el cual predispone a la duplicación de la información y las acciones, lo que genera falta de coordinación entre las áreas para situaciones como el traslado de pacientes o la realización de exámenes, proceso que demora innecesariamente y no permite flexibilidad a las necesidades del paciente: no contempla situaciones específicas como la atención por el mismo médico o el pago por acto en lugar de pago por caso.
- *De Relación:* el grado de confianza que el paciente pueda tener con el prestador del servicio y su responsabilidad, no se pueden catalogar ni medir de forma adecuada pues existen dentro del personal operativo múltiples tratantes, residentes, enfermeras y auxiliares que trabajan de forma rotativa en turnos y de acuerdo a un cronograma preestablecido en las diferentes áreas hospitalarias lo cual no garantiza atenciones y seguimientos por el mismo grupo de salud, lo que genera malestar en los usuarios pues deben constantemente repetir sus datos clínicos y predispone a que exista limitación en la confianza hacia la atención especialmente cuando existe

divergencia de criterios. Esta situación determina que los pacientes se pierdan, no regresen a los chequeos o no ingresen cuando lo necesitan.

De forma general en la Consulta Externa durante el año 2011 se apreció una tasa de concentración de control prenatal de 3,7 (285 primeras consultas, 1025 subsecuentes sobre un total de 350 mujeres embarazadas para el año) cuando el mínimo ideal es de al menos cinco controles; en el caso de referencias no se pueden calcular tasas porque no existe un solo dato.

- *Integración:* no se puede apreciar de forma adecuada acciones de promoción y prevención de la salud a lo largo del tiempo en los pacientes sino solamente acciones curativas por evento que no reflejan o empatan con acciones ligadas a la hospitalización de forma directa o indirecta en un mismo problema atendido en las dos áreas; si bien existen datos de primeras consultas de control prenatal o control del niño sano en las que se valora promoción y prevención primaria, no se puede equiparar con seguimientos que entrañan la misma índole, como el chequeo odontológico a embarazadas y la vacunación en menores de un año, porque mantienen sistemas de control independientes que no coinciden. No existen datos de seguimiento de pacientes de esta clase de acciones desde Consulta a Hospitalización.
- *Efectividad/Eficiencia:* no hay datos en relación con sondeos a los pacientes que permitan determinar el porcentaje de problemas solucionados en la consulta o tras el alta de la hospitalización o la percepción del paciente respecto al proceso de atención en ninguno de estos dos servicios y peor aún que permitan comparar o valorar la atención recibida de un mismo problema en estas áreas. El costo estándar de la consulta independientemente de la especialidad es de 8 (ocho) dólares americanos por episodio lo que muchos pacientes ven como inconveniente especialmente cuando requieren consultas de seguimiento por la misma patología luego de permanecer hospitalizados. No se puede sacar un promedio del costo de receta en general por tratarse de especialidades distintas El único dato que permite valorar efectividad es el análisis de inmunizaciones en niños menores de un año, específicamente la tasa de terminación de la vacuna Pentavalente (DPT, hepatitis B, *H. influenzae* tipo b) que cuenta para el año 2009 con una tasa de 7,7 por 100.

5. Planteamiento del Problema

Con la finalidad de garantizar la continuidad hospitalaria interniveles, la Consulta Externa Materno Infantil actúa articulada al Servicio de Hospitalización, este último se constituye en el nivel de referencia pues cuenta con todas las especialidades y resuelve técnicamente y con auxiliares diagnósticos, situaciones que no se resuelven por el ambulatorio; en este caso la Hospitalización complementa la capacidad resolutoria del primer nivel que es la Consulta Externa. A partir del análisis del diagnóstico situacional y datos exploratorios registrados en entrevistas informales y encuestas se identificaron los siguientes inconvenientes:

En la Información

- La transferencia de pacientes entre Consulta Externa/Hospitalización y viceversa, conjuntamente con la responsabilidad que ello implica no es efectiva pues existe un formato de registro para la valoración y derivación de pacientes pero es

desconocido por el personal operativo que no lo usa o lo hace inadecuadamente. De un total de 16 personas que conforman la consulta Materno Infantil, solamente el 25% de ellas conocen la existencia del formato y de éstas solamente 25% saben su contenido y como usarlo; todos desconocen su potencial uso como herramienta de seguimiento y/o de toma de decisiones.

- Todos los médicos tratantes y enfermeras consideran un obstáculo el uso del sistema computarizado de historia clínica (MEDYSIS), por cuanto requieren códigos personales. La aplicación tecnológica constituiría un medio idóneo para registrar todos los datos del paciente a su ingreso y al seguimiento de su hospitalización. Actualmente, este proceso es manual, por lo cual los datos no se actualizan y se duplican las tareas.

En la Gestión

- No se ha visto la necesidad administrativa de garantizar y facilitar situaciones que brindan satisfacción y comodidad al paciente como por ejemplo que pueda ser atendido por el mismo médico, que pague por acto y no por caso, y que esté completamente informado de qué hacer en situaciones de derivación de un sitio a otro. Existe un flujo de pacientes de exclusivo trámite administrativo para ingreso y alta que no contempla otro tipo de variaciones. En una encuesta al azar de 15 pacientes en quienes se solicitó ingreso por distintas razones en distintas fechas, el 33% sabía cómo, dónde, para qué y con quién acudir a la hospitalización. En el servicio de hospitalización de un total de 20 personas que lo conforman, el 40% no sabía cómo es el trámite del alta y ninguno valoraba la importancia del seguimiento por consulta desde la perspectiva del paciente.
- Al alta los pacientes son orientados la mayoría de las veces de forma verbal para acudir a consulta externa para el control y se da una cita por escrito que debe ser tomada en caja previa cancelación, es decir, se debe cancelar antes de ser atendido; pero no existe un método que garantice el cumplimiento efectivo del paciente a su cita por este mecanismo.

En la Relación

- No se mantiene de forma efectiva el vínculo entre los médicos y los pacientes cuando se toma una decisión médica de gran influencia como el ingreso a internación o los seguimientos por consulta luego del alta. Los pacientes que requieren internación detectada por la consulta no siempre se hospitalizan a pesar de ser usuarios propios de la institución: mediante observación directa por parte del investigador durante cuatro semanas seguidas en la consulta de Pediatría, se constató que al menos un paciente al que se le indica ingreso y que era usuario regular no lo realiza y se desconocen las causas. Para el caso de aquellos pacientes que ingresan, luego del alta no siempre completan sus controles de seguimiento por la Consulta Externa: al usar la misma técnica de observación en la consulta de Gineco-Obstetricia se evidenció que luego de la atención del parto o cesárea en un período de un mes en el que existieron 112 atenciones, solamente 71 pacientes regresan al control de los 8 días al igual que el mismo número de recién nacidos al control de Pediatría y se desconocen los datos del seguimiento real durante el transcurso del mes con el resto de pacientes, por cuanto no se cruza nunca la información de hospitalización con la de consulta por tener dos distintos sistemas de información.

El no poder mantener de forma adecuada estos aspectos esenciales de la atención e importantes para el usuario denotan una **falla de la continuidad**, lo que ocasiona otros inconvenientes como:

- Los médicos no saben exactamente el resultado de su intervención, lo que impide una evaluación final de la atención brindada al paciente. En el caso de los pacientes derivados de la Hospitalización a consulta de Pediatría o Gineco-Obstetricia, no se conoce que pasó con el paciente, ya que no regresa y en los registros no existe descripción sobre la atención de especialidad, a pesar de existir registro de la referencia en la historia de hospitalización.
- El personal no dispone de antecedentes médicos o de información objetiva para orientar de mejor manera la atención. En la hospitalización, el paciente llega de forma directa al piso con orden de ingreso e indicaciones y el personal de médicos residentes y enfermeras desconocen los motivos del ingreso, ya que no existe conexión ni cruce de información entra la consulta y la internación.
- El no poder garantizar el seguimiento con el mismo médico que le atendió en la hospitalización o el pago por cada consulta, hacen que el usuario pierda confianza en el servicio.
- El no poder resolver todas las expectativas del paciente dentro del mismo hospital en situaciones que involucran, por ejemplo exámenes especiales, interconsultas con las que no se cuenta o por el hecho real del costo de atención, no permite completar el tratamiento en la institución y obliga a solicitar transferencias, lo que aumenta los costos directos e indirectos para el paciente y su familia.
- Existe insatisfacción por parte del personal de salud por el desconocimiento de los detalles que implican la atención en relación con la continuidad: sienten que las autoridades no han hecho nada al respecto y es la institución la que queda mal.

6. Marco Conceptual

6.1 Calidad de la Atención

Se define por la presencia de las siguientes características en el acto intrínseco del contacto con el usuario:

- Integración: contempla la oferta combinada de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en todo momento y de forma oportuna durante el proceso de atención e interacción con el usuario de un servicio de salud. Cuando la atención es integrada, el desarrollo de una actividad mejora la realización de otras (Mercenier P, 1997).
- Integralidad (Globalidad): es la consideración del individuo en su totalidad, es decir en los aspectos biológico, psicológico y social para una correcta resolución de su problema de salud.
- Continuidad: se la define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo (Reid

et al, 2002), es decir, el seguimiento de la historia natural de una persona a lo largo de la vida independientemente del ámbito (domicilio, escuela, trabajo, etc.) o la circunstancia (consulta externa, emergencia, hospitalización) (Zurró M, 1997).

- Eficacia: es comparar los resultados obtenidos en la actividad sanitaria con los objetivos planteados (curación o prevención), es decir, determinar el grado en que se han alcanzado los objetivos propuestos. A su vez puede tratarse de una *eficacia técnica* (en condiciones ideales) o una *eficacia operacional* llamada también *efectividad* (en condiciones reales) (Mercenier P, 1997).
- Eficiencia: es conseguir los mejores resultados al menor costo posible o con la menor utilización de recursos, es decir, plantea la comparación entre los resultados de la atención en función del mejor rendimiento de los recursos disponibles.

6.2 Aspectos de la Continuidad

La continuidad del cuidado o continuidad de la atención ha presentado una evolución conceptual a lo largo de las décadas y actualmente se la entiende como el grado en el cual una serie de eventos de atención de salud son experimentados por el usuario como coherentes, conectados y consistentes con sus necesidades médicas y su contexto personal (Haggerty J et al, 2003). De esta definición deriva el hecho de considerar indispensable para la existencia de la continuidad a la presencia de dos elementos: la relación entre un paciente y un proveedor y el cuidado que se brinda a lo largo del tiempo (Reid R et al, 2002).

Además para una adecuada continuidad debe existir también *coordinación*, que es la integración y sincronización de los servicios de salud, independientemente del lugar en el que se brindan bajo un objetivo asistencial común; y *longitudinalidad*, entendida como la presencia de la fuente asistencial a lo largo del tiempo con independencia del tipo de problema (Starfield B, 1994).

Según la percepción del usuario se describen tres tipos de continuidad en la atención:

1. De información, es decir, la percepción del usuario de que los proveedores disponen, utilizan e interpretan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales. Es el puente común entre proveedores, niveles de atención y eventos de salud.
2. De relación, es la percepción del paciente sobre la reciprocidad terapéutica constante que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores. Se la puede interpretar como el contrato implícito entre la lealtad de un paciente a su médico y la responsabilidad del proveedor hacia el paciente. Aún donde hay poca expectativa de poder establecer una relación de este tipo como en un hospital, un grupo particular o reducido del personal puede brindar al paciente una sensación de predictibilidad y coherencia en su atención (enfermeras, residentes).

3. De gestión, es la percepción del usuario de que recibe los diferentes tipos de atención y servicio de manera que sean oportunos, se coordinen, se complementen entre sí y no se dupliquen. Debe ser además flexible en adaptarse a los cambios y necesidades individuales de cada persona. Esto permite que se cree una sensación de predictibilidad y seguridad en atenciones futuras tanto para el usuario como para el prestador de servicio.

Todos estos tipos de continuidad poseen atributos estrechamente relacionados entre sí que varían en importancia dependiendo del proveedor, el proceso de atención y del nivel donde se brinde la atención

Dependiendo del proceso de seguimiento en la historia natural de una persona en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia, la continuidad también puede ser (Rodríguez-Contreras R et al., 1993):

- Intraepisodios, cuando el seguimiento de los pacientes se circunscribe al tiempo de evolución de una enfermedad o hasta la resolución de su problema de salud (por cita).
- Interepisodios, cuando la información de interés se limita a los intervalos entre enfermedades (revisión de la historia clínica de eventos pasados).

6.3 Continuidad Interniveles

Se relaciona con la transferencia de la responsabilidad y de la información referente a un evento de salud de un paciente desde un nivel asistencial a otro dentro de un sistema de salud; esto se lo hace de acuerdo al grado de complejidad y de resolución mediante los mecanismos de referencia y contrarreferencia (Mercenier P, 1997). Para tal efecto es indispensable que se cumpla con una adecuada coordinación entre los distintos niveles así como con la continuidad particularmente de información y de gestión. En vista de la complejidad que implica mantener dentro de los sistemas de salud la continuidad interniveles, se trabaja en base a mecanismos que garanticen la llegada del paciente de un sitio a otro sin solapar ni duplicar actividades y manteniendo coherencia e individualidad del trabajo. Esto se ha logrado clásicamente a través de la descripción de procesos mediante flujos de pacientes y a través de registros manuales o digitales en formularios que contemplen cada una de las actividades realizadas para el usuario en cada uno de los servidores o prestadores cuando un nivel debe complementar las acciones de otro. Entendido así el sistema de referencia y contrarreferencia es un conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos que contribuyen a garantizar la continuidad de la atención con oportunidad, eficacia y eficiencia enviado a los usuarios para la resolución de sus problemas de salud desde la comunidad o el establecimiento de menor complejidad a uno de mayor complejidad y capacidad resolutoria (Cervantes K et al 2003).

Para un adecuado accionar de la continuidad interniveles y todos los procesos descritos, se ha estandarizado el trabajo entre dos puntos básicos en todos los sistemas de salud:

a) Primer Nivel de Atención

Es la puerta de entrada a un sistema de salud, constituyendo el punto de encuentro (interface) entre la población y el sistema de salud. Se caracteriza por su capacidad de proveer todos los componentes de la calidad de atención. Sus funciones son el contacto con la población, la síntesis de información y la responsabilidad de la salud de los individuos (Mercenier P, 1997).

b) Segundo Nivel de Atención

Llamado también nivel de referencia, es el encargado de complementar las acciones del primer nivel. Su rol es garantizar la continuidad de la atención curativa a los enfermos que no pueden ser tratados ambulatoriamente o que requieren técnicas que no están disponibles en el primer nivel (Mercenier P, 1997).

Si miramos el desempeño del hospital para la transferencia de responsabilidades con los usuarios, la Consulta externa actuaría como un primer nivel de atención y la Hospitalización de cualquier especialidad como el segundo nivel.

6.4 Requisitos para una adecuada Continuidad

Partiendo del análisis de los tipos de continuidad existentes se puede inferir que para su presencia y mantenimiento es imprescindible una correcta relación médico paciente, un sistema de registro organizado, de fácil acceso y manejo que garantice la transferencia de datos y sobre todo una empatía, actitud y motivación en el equipo de salud que brinda los cuidados directos pues son ellos el pilar de la continuidad y del mantenimiento de ésta. Cuando se habla de equipo no es una alusión exclusiva al equipo médico sino que incluye a todos los miembros de la unidad prestadora: médicos (tratantes, residentes), enfermeras, auxiliares, secretarías clínicas, tecnólogos, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, farmacéuticos, camilleros, guardias, quienes deben brindar las facilidades necesarias para que pueda existir coordinación entre los distintos prestadores de salud y entre niveles asistenciales en su relación hacia las necesidades del usuario.

6.5 Importancia de la Continuidad

La presencia y mantenimiento de la continuidad de la atención se asocia a una mayor satisfacción de los pacientes, mejor calidad y calidez de la atención percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, disminución del índice de hospitalizaciones, mejora de la atención preventiva (Saultz J, 2005, Van Servellen G, 2006) y menores costos económicos (Ortún V, 1998).

La falta de continuidad además, según Mercenier (1997):

- Reduce la eficacia de la atención de salud.
- Impide al responsable de la atención conocer el resultado de sus intervenciones y dificulta su evaluación.

- Menoscaba en el usuario su oportunidad de entender y aceptar la importancia de un contacto satisfactorio con sus prestadores de salud, a lo largo del tiempo.

La continuidad es uno de los elementos indispensables para garantizar la calidad de la atención analizada desde el punto de vista del usuario o del proveedor, pues se relaciona estrechamente con la integralidad del proceso y es un complemento necesario a la calidad del servicio.

6.6 Auditoría de Interface

Es un método de evaluación que permite la cooperación entre niveles asistenciales dentro de un sistema de salud y valora la calidad de la atención. Constituye un ciclo completo de auditoría dirigido a profesionales del primer y segundo nivel de atención que trabajan coordinadamente para el bienestar de los pacientes (Sola J, 2010).

Existen dos tipos de auditoría de interface:

- Auditoría externa: estudios del desempeño de un grupo; es decir, dirigido del primer nivel de atención hacia el nivel de referencia y viceversa.
- Auditoría de proyectos conjuntos: es la comparación entre la atención del primer nivel con el nivel de referencia.

Este tipo de auditoría requiere un elevado grado de compromiso e involucramiento entre las partes además de la suficiente cooperación y trabajo en equipo para asegurar el éxito del proceso.

Sus ventajas son:

- Uso más efectivo y apropiado de recursos.
- Mejora en la imagen de atención al paciente y de su eficiencia.
- Avance en la comprensión, comunicación y colaboración entre los distintos profesionales de salud del primer y segundo nivel.

6.7 Interface

Es una entidad u organización cuya misión favorece y mejora la utilización de los resultados y conocimientos de una acción particular especialmente en el ámbito económico y social. Se considera una estructura que añade valor con sus acciones de enlace entre los diferentes entornos y en la relación entre distintos niveles. Las organizaciones de interfaz son empleadas fundamentalmente para dinamizar los procesos de innovación entre los diferentes entornos que componen los sistemas. De hecho, como proceso, lo más importante de la interface es actuar como vía de comunicación entre los elementos de un sistema para poder complementar sus acciones. Para efectos del estudio la presencia de la "interface" se relaciona con un proceso de acción conjunta que si bien no está edificada de manera permanente y

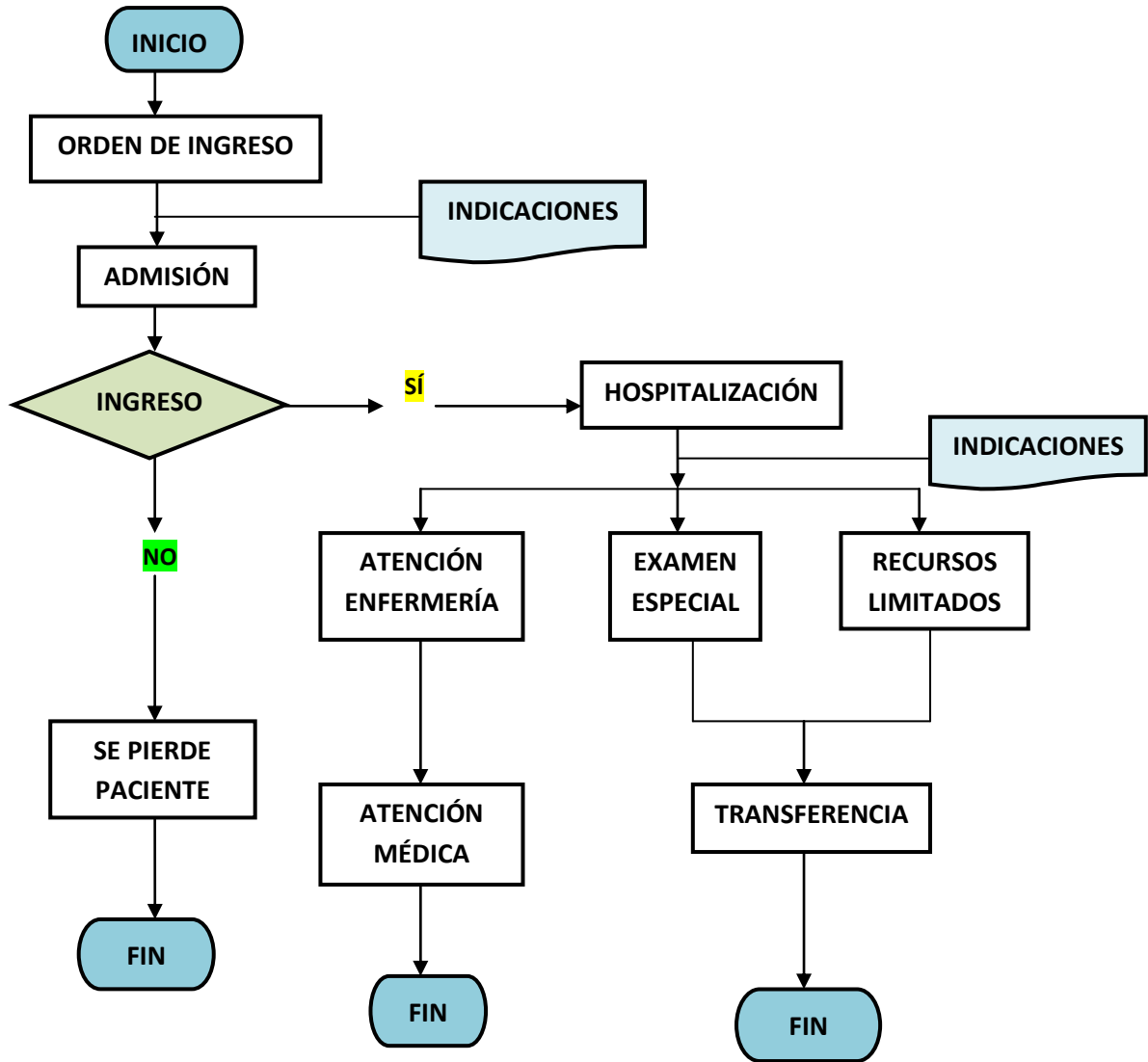
formal como una institución visible, actúa de hecho para establecer cooperación a través de acciones de cada lado de los participantes para llegar a una valoración global que permita la participación mancomunada de la toma de decisiones y elaboración de estrategias que favorezcan a todos los componentes de un sistema social ya que tienen una meta común. La *interface* constituye así una herramienta que permite la relación adecuada entre sus componentes (Ruíz U, 2000).

7. Modelo Conceptual

La propuesta para la explicación del problema se realizó de acuerdo a un modelo de diagrama de flujo como se ve a continuación:

Gráfico 1

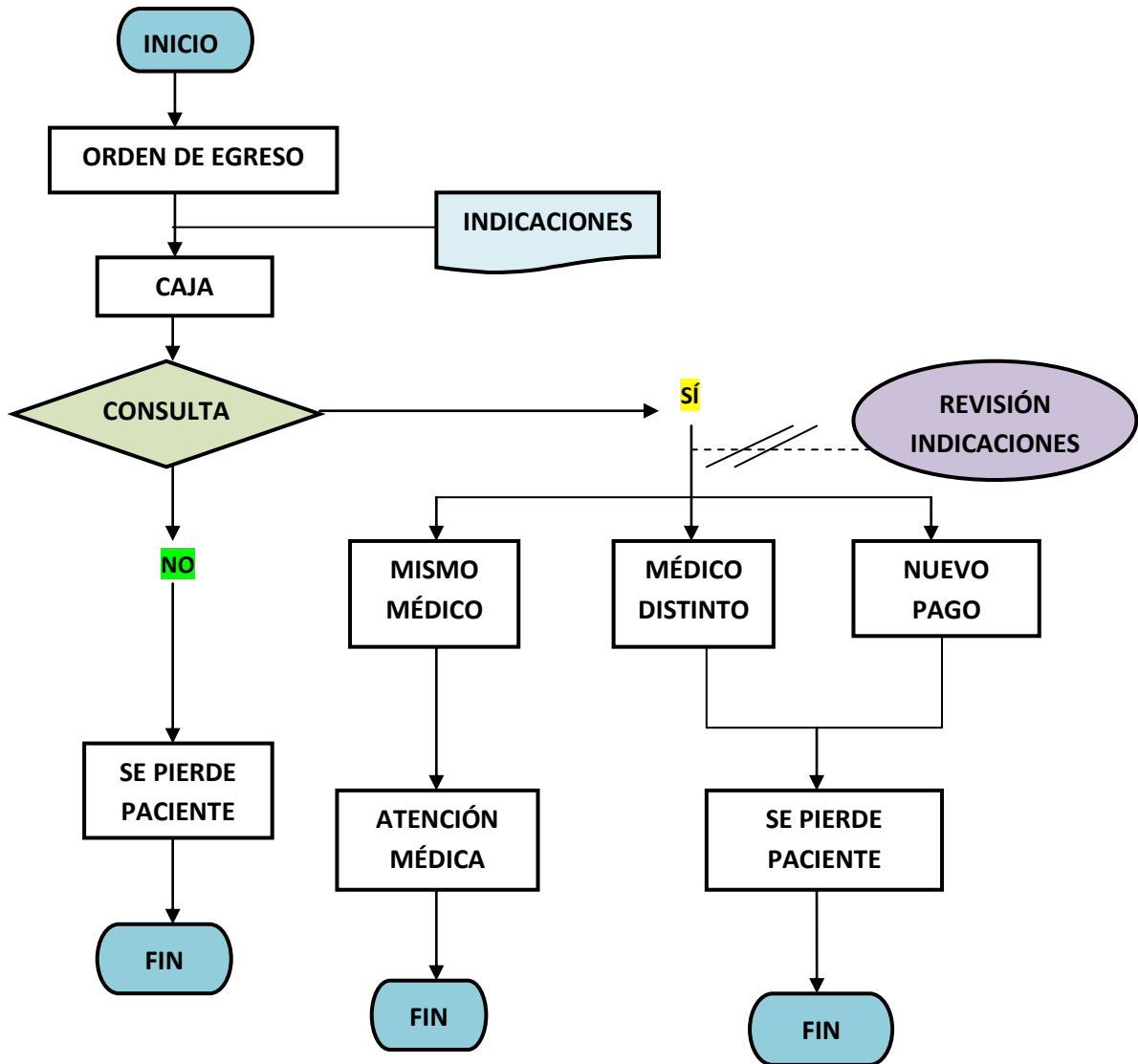
Modelo del Problema de la Continuidad de la Atención entre la Consulta Externa y Hospitalización en el HUCV



FUENTE: Departamento de Admisiones, Área de Atención al Cliente, Secretaría Clínica, Dirección Médica
ELABORACIÓN: Investigador

Gráfico 2

Modelo del Problema de la Continuidad de la Atención entre la Hospitalización y Consulta Externa en el HUCV



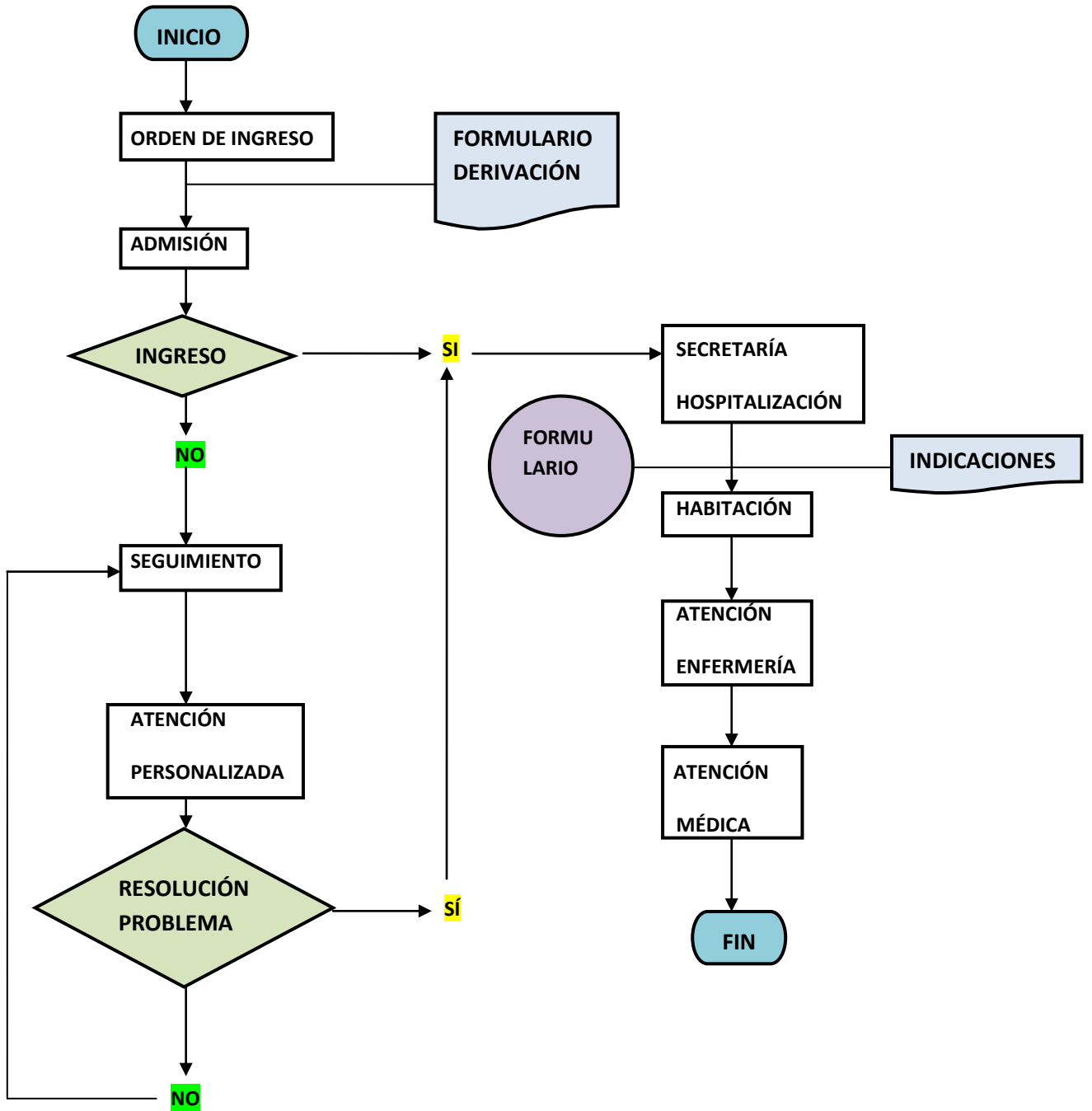
FUENTE: Departamento de Admisiones, Área de Atención al Cliente, Secretaría Clínica, Dirección Médica
ELABORACIÓN: Investigador

Para efectos del estudio se planteó un nuevo modelo que permite visualizar el impacto de las estrategias seleccionadas sobre el problema, por lo que se trabajó en base a nuevos diagramas de flujo de la siguiente manera:

Gráfico 3

Modelo Prescriptivo de la Intervención Planteada en el Sistema

DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN ENTRE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

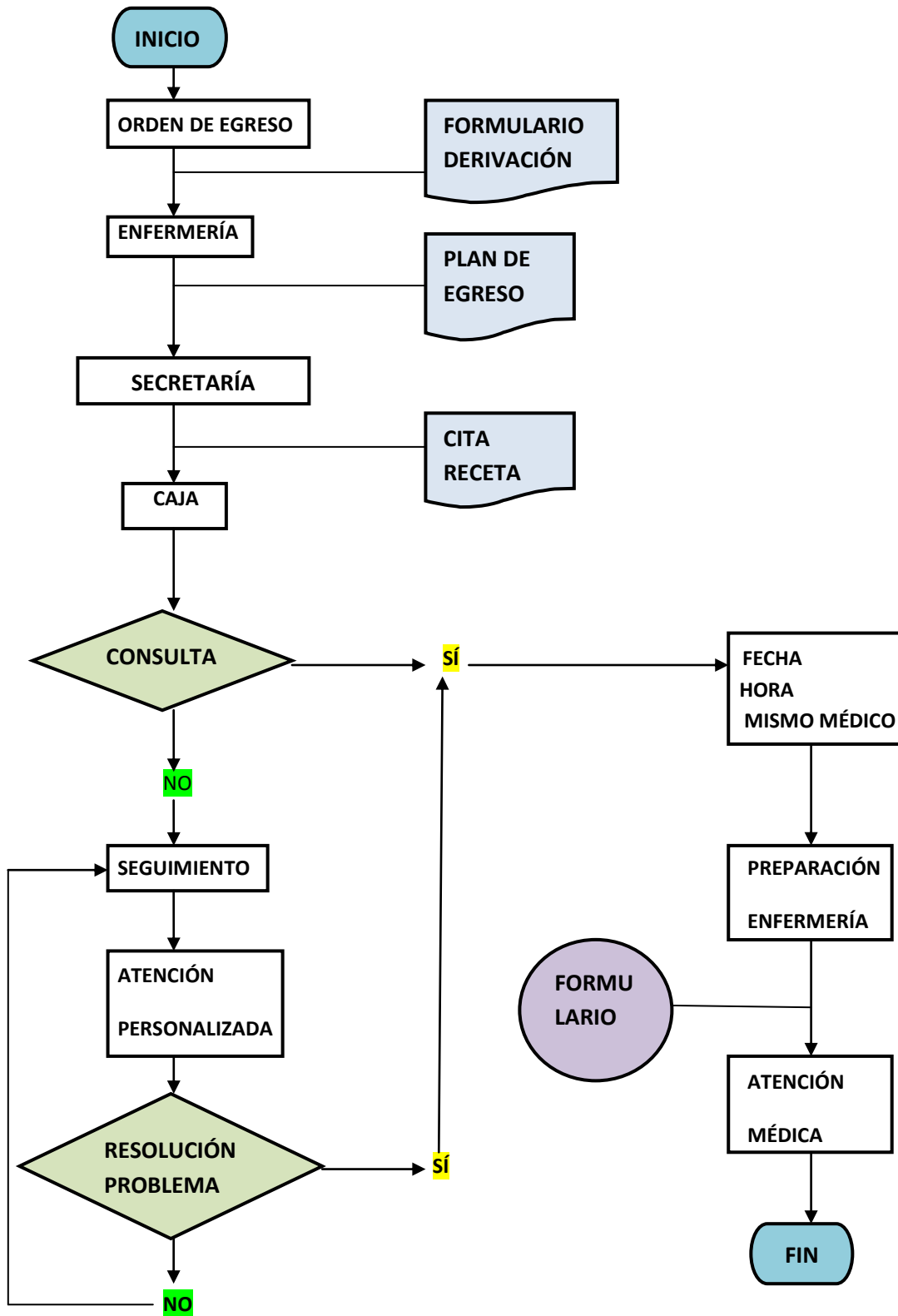


FUENTE: Dirección Médica, Dirección de Gestión de Calidad, Departamento de Admisiones

ELABORACIÓN: Investigador

Gráfico 4

DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN ENTRE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA



FUENTE: Dirección Médica, Dirección de Gestión de Calidad, Departamento de Admisiones

ELABORACIÓN: Investigador

8. Experiencias Previas

La continuidad y sus múltiples relaciones ha sido descrita en función de su rol en sistemas sanitarios amplios y ningún artículo o texto menciona su papel dentro de un hospital, al considerar la presencia de la consulta externa como primer nivel de atención y a la hospitalización (internación) como el nivel de referencia. A pesar de ello es fácil determinar que la lógica de todo sistema se cumple independientemente del tamaño, por ello que la continuidad enfocada desde la perspectiva de un hospital cumple con todas las características de su definición, tipología y dimensiones.

Las investigaciones sobre continuidad se han centrado especialmente en sus clases: la mayoría sobre la continuidad de relación, y en un solo nivel de atención, básicamente el primer nivel. Al mismo tiempo los instrumentos utilizados para su evaluación suelen ser específicos en el contexto de una patología, abarcan períodos breves de la enfermedad y tratamientos de corta duración.

Estudios que han descrito el rol de la continuidad interniveles son en su mayoría de carácter cuantitativo y validan instrumentos desde la perspectiva del usuario, básicamente cuestionarios; sin embargo, de los pocos estudios cualitativos que se describen sobre el tema, se arrojan datos interesantes respecto del rol de la continuidad y su papel en el mantenimiento de la calidad de la atención. Entre los varios estudios se puede mencionar las experiencias de los siguientes autores:

- El trabajo original de Aller M. (2010) determinó los grados de continuidad de relación, información y gestión entre niveles asistenciales percibidos por los usuarios mayores de 18 años de un sistema de salud en atención primaria y de especialidad a través de un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario estructurado. Sus resultados demostraron que los usuarios identificaron plenamente elementos que actúan como potenciales elementos de discontinuidad en la transferencia de información clínica; en la coherencia de cuidados (cuando la atención es suministrada por múltiples proveedores) y en la accesibilidad entre niveles, especialmente barreras físicas, organizativas e individuales.
- Letelier M. (2010) diseñó y validó un instrumento para medir la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva del usuario con la aplicación de un cuestionario a pacientes entre 18 y 92 años en el sistema de salud de Cataluña, durante los meses de Marzo a Junio de 2009. Lo destacado del estudio es la construcción de un instrumento en dos partes, una en que se reconstruye un episodio concreto en el cual el paciente ha utilizado más de un nivel asistencial para identificar la percepción de la continuidad y los problemas detectados por los pacientes en su propia experiencia, y una segunda parte diseñada como una escala de opinión que permite determinar el grado de continuidad percibido por el usuario.
- Pujol J, Gene B, Sans C et al (2006) definieron los componentes del producto de la atención primaria de salud a partir de las opiniones de profesionales y usuarios para establecer indicadores de evaluación a través de la aplicación de grupos focales. Los profesionales y usuarios identificaron cuatro dimensiones del producto

de la atención primaria coincidentes con sus atributos básicos: a) accesibilidad a los servicios; b) coordinación y continuidad del equipo de atención primaria con otros niveles asistenciales; c) relación entre profesionales y usuarios, y d) calidad científico-técnica de los equipos de atención primaria y cartera de servicios. Todas ellas en estrecha relación con la continuidad asistencial.

- Berendsen A, de Jong G, Meyboom J et al (2009) analizaron las experiencias de los pacientes como indicador de la calidad de atención en la transición entre el primer y segundo nivel a través de un estudio cualitativo con grupos focales aplicado a pacientes de 34 a 71 años con enfermedades crónicas, enfermedades sistémicas graves y dolencias sicosomáticas crónicas en los hospitales universitarios de las poblaciones de Groningen y Leiden de los Países Bajos, entre Noviembre de 2004 y Agosto de 2005. Los datos obtenidos permiten ver problemas en la calidad de la atención por falta de la continuidad al no existir el traspaso de información después de un alta hospitalaria hacia el primer nivel, por demora en la contrarreferencia de los pacientes desde el especialista hacia el generalista y por no considerar el deseo particular del paciente sobre la elección de su prestador de salud (institución y médico). Todas ellas constituyeron brechas a mejorar.
- Pastor R, López A, Pérez M y Gérvas J (1997), compararon la continuidad y longitudinalidad de la medicina general en cuatro países europeos a través de un estudio descriptivo en el que se analizaron los registros de los encuentros de los médicos con sus pacientes durante una semana en centros públicos y privados de España, Portugal, Finlandia y Suecia en los meses de Noviembre y Diciembre de 1993 a un total de 63 médicos. El análisis de los datos demostró un grado variable de continuidad y longitudinalidad por causas como consultas de corta duración, listas de espera de pacientes que bloquean la atención de problemas agudos , un alto uso de consulta indirecta (por teléfono) y despersionalización de la asistencia por falta de adscripción de un cupo de pacientes por médico.

Como se puede apreciar, la continuidad interniveles está plenamente identificada como un elemento importante para el usuario y el prestador, se puede medir en sus varias dimensiones, se pueden identificar las brechas en el proceso de la continuidad, pero ningún estudio hace un enfoque integral de la dinámica del proceso con la participación directa de los involucrados en la prestación de la continuidad para catalogar sus expectativas.

Existe un estudio que determina la continuidad asistencial al evaluar un programa de colaboración entre la atención hospitalaria y la atención primaria, por medio de un modelo asistencial particular que considera entre otros aspectos a la continuidad intrahospitalaria, es decir, no es un estudio exclusivo de continuidad intrahospitalaria. (Fernández A et al, 2007). En este modelo se analizó la continuidad entre las áreas de urgencias y hospitalización y entre hospitalización y consulta externa en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en Sevilla, España, en dos etapas: Octubre de 2004 a Febrero de 2005 y Octubre de 2005 a febrero de 2006, a través de las distintas fases clínicas por las que pasa el paciente durante su estadía en el hospital. Internamente, la gestión administrativa de esta institución de carácter público consideró como herramientas indispensables de esta continuidad al uso de protocolos de actuación

comunes, la transferencia de información diagnóstica y terapéutica individualizada, la presencia de equipos multidisciplinarios en todas las áreas y a una actividad compartida conjunta entre los profesionales en sesiones clínicas comunes durante la semana. Se establecieron dos fases de aplicación para evaluar los parámetros de las intervenciones del modelo, en cada una se aplicó una encuesta de satisfacción a los profesionales y se evidenció que la colaboración entre las distintas instancias hospitalarias consiguió un grado de satisfacción elevado. La conclusión final fue que la elección y aplicación de adecuados elementos de gestión permiten atender las expectativas de los usuarios aportando beneficios para el paciente y el profesional.

No hay estudios que valoren la continuidad intrahospitalaria entre las áreas internas y ambulatorias, a partir de un estudio cualitativo. Esta realidad permite que la presente investigación genere un nuevo tipo de información.

9. Alternativas de Cambio

En reunión conjunta con el Equipo de Salud, se procedió a realizar el proceso de elaboración de alternativas luego de una breve lluvia de ideas en base a la exposición y explicación del modelo de la problemática investigada. Se realizó la dinámica necesaria para facilitar la participación de todos los integrantes presentes. De acuerdo a los criterios de priorización (relevancia, duplicidad, factibilidad, aceptabilidad política, aplicabilidad, urgencia y aceptabilidad ética) las alternativas (estrategias) seleccionadas y más viables fueron:

- La normatización de un documento de registro que refleje las actividades realizadas con el usuario a través de su movimiento por todo el sistema.
- El establecimiento de un diagrama de flujo de pacientes entre los servicios de Consulta Externa y Hospitalización tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria.

10. Hipótesis de Cambio

El establecimiento de un diagrama de flujo entre Consulta Externa y Hospitalización con la normatización de un formato de documentación de las actividades realizadas al paciente incrementa la continuidad de la atención curativa en el Hospital Un Canto a la Vida e induce un cambio actitudinal en el personal responsable.

11. Objetivos

Objetivo general

Incrementar la continuidad de la atención curativa interniveles de los pacientes del sistema: Consulta Externa-Hospitalización.

Objetivos específicos

- Utilizar la auditoría de interface como herramienta para valorar la cooperación interniveles (Consulta Externa-Hospitalización)
- Valorar la calidad de la atención a través de la satisfacción del usuario y el personal de salud.

12. Metodología

12.1 Tipo de Estudio

La presente investigación se desenvuelve dentro de la investigación-acción ya que introdujo un cambio en un sistema con el posterior registro de resultados en lo que concierne al comportamiento del personal, contribución al desarrollo de nuevo conocimiento y construcción de la investigación en conjunto con los propios actores de la unidad aplicando un modelo y una hipótesis de cambio dinámica.

En primera instancia se partió de un análisis situacional que describió el contexto e identificó el problema dentro de sus elementos constituyentes naturales con todos los datos que se aportaron. Se ha recopilado los datos necesarios, mediante encuestas, entrevistas y revisiones documentales teóricas y de archivo, para enmarcar y enrumbar el proceso investigativo a través de una guía de campo desarrollada durante el primer módulo de campo académico. A esto se sumó para el caso particular de este tipo de investigación todo lo concerniente al marco teórico, lo cual vislumbró experiencias previas de potenciales realidades similares y estrategias ya probadas en estos contextos y sus resultados, de acuerdo a la bibliografía revisada.

Paralelamente, se conformó un equipo de trabajo con el personal operativo de la Consulta Externa y la Hospitalización Materno Infantil; se intercambió conocimiento, experiencias y opiniones para identificar, en un proceso participativo, al problema central y las potenciales estrategias que lo solventarían. En este contexto, el investigador actuó como moderador/facilitador del proceso. El equipo de investigación quedó conformado por el personal operativo: jefe de enfermeras de Consulta Externa, enfermera operativa de consulta, jefe de enfermeras de Hospitalización Materno Infantil, médico jefe de residentes y el investigador. En reuniones de socialización de información y de resultados, se elaboró el modelo conceptual que describe la problemática y se jerarquizaron las estrategias que facilitaron la construcción de la hipótesis dinámica del trabajo.

Finalmente para la ejecución de las estrategias se prepararon una serie de instrucciones operativas en las que se detalla la descripción del proceso, las acciones a realizar, los responsables, las formas de medición y las fuentes de datos.

12.2 Población

Se consideró como unidad de análisis al servicio de Materno Infantil (Consulta Externa y Hospitalización) y para la aplicación de los instrumentos elaborados escogidos como alternativas así como las encuestas usadas para valoración de la percepción se consideró como universo a todos los pacientes que ingresaron mensualmente al servicio así como a todas las *altas* que se registraron y se derivaron a consulta en el lapso de Febrero a Abril de 2012. El total de ingresos reportados en el trimestre fue de 501 pacientes que correspondieron a 211 atenciones en Pediatría y 290 en Gineco-Obstetricia. De todos los ingresos descritos, solamente 40 pacientes ingresaron por Consulta Externa en Pediatría y 113 en Gineco-Obstetricia. Los egresos para el último día del trimestre de aplicación en función de los datos de ingreso estuvieron dados por 35 altas en Pediatría y 100 en Gineco-Obstetricia; sin embargo, de estos últimos solamente llegaron al control de consulta postalta 33 pacientes de Pediatría y 90 de Gineco-Obstetricia. Para la valoración de la percepción de los prestadores, todo el personal operativo se incluyó en la muestra, un total de 42 personas entre médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería y secretarías clínicas.

12.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Para fines del estudio se seleccionaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Todos los pacientes niños que acudieron por Consulta Externa Materno Infantil y que requirieron ingreso hospitalario.• Todas las pacientes mujeres que acudieron por Consulta Externa Materno Infantil por atención del parto o cesárea y que requirieron ingreso hospitalario.• Pacientes mujeres o niños que acudieron a control postalta en Materno Infantil con ingreso previo por Consulta Externa.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes transferidos de cualquier casa de salud.• Pacientes de Consulta Externa mujeres o niños que no requirieron ingreso hospitalario.• Niños de Consulta Externa o Internación no pertenecientes a las especialidades del área Materno Infantil.• Pacientes mujeres de Consulta Externa o Internación con atención por una causa distinta a la atención del parto o cesárea.• Pacientes mujeres o niños que ya estaban hospitalizados previo al inicio del estudio.• Pacientes mujeres o niños interconsultados para valoración de las especialidades del área Materno Infantil.• Pacientes mujeres o niños que requirieron interconsulta a una especialidad distinta

	independientemente de la causa durante la consulta o la hospitalización.
--	--

12.4 Instrucciones Operativas

Para la introducción de cambios en el sistema se propusieron las siguientes acciones:

- Normatización de un formato de documentación: se elaboró entre la Dirección Médica, Admisiones y el equipo de trabajo un formato que plasme de forma clara las acciones realizadas para el paciente con los datos más relevantes para el personal y el usuario al momento del ingreso y egreso. Los ítems se catalogaron en función de las respuestas obtenidas por los usuarios y el personal operativo en encuestas de satisfacción y según lo que consideraron prioritario para el bienestar de la salud. El documento fue validado y aprobado para su aplicación y envió desde la Consulta Externa a la Hospitalización y viceversa en todos los pacientes de ingreso al servicio de Materno Infantil así como en todas las altas que se registraron y se derivaron a consulta en el lapso de estudio. Se verificó el llenado de cada uno de los formatos en las historias clínicas, y su uso o su descarte para el fin propuesto. La verificación final del llenado estuvo a cargo de las secretarías clínicas y de las enfermeras responsables de las áreas previamente capacitadas.
- Establecimiento y delimitación de un diagrama de flujo de pacientes a través del sistema: se revisó detenidamente el proceso de trámite administrativo entre el usuario y el personal durante el proceso de ingreso y egreso de los pacientes desde la Consulta Externa hasta su llegada a Hospitalización y viceversa y se elaboró en consenso un diagrama de flujo que plasme y describa las acciones que involucran tanto al paciente como al personal de salud durante y al final de la atención en las áreas delimitando las responsabilidades operativas y administrativas de cada uno. Este documento se elaboró en consenso con el área de Admisiones, equipo de trabajo y Dirección Médica y fue aprobado por la Dirección de Salud; además se lo representó gráficamente y se adjuntó en un sitio visible y accesible en las áreas de Consulta Externa, Admisiones y Hospitalización Materno Infantil. Se corroboró la orientación adecuada del flujo de pacientes a través de la pregunta directa a los usuarios, a manera de encuesta breve a cargo de las secretarías clínicas y las responsables de servicio de los pasos que siguió para el ingreso y para el egreso. Se calificó como uso adecuado, uso inapropiado o no uso del mismo. Para motivos de este estudio, el mismo modelo prescriptivo del problema se usó como instrucción operativa pues cumplía con todas las características de uso y evaluación.
- Auditoría de Interface: se realizó una *evaluación global de resultados* en Consulta Externa y Hospitalización. No existieron estándares de comparación, pero se establecieron márgenes obtenidos de la evaluación analítica antes y después de la aplicación de los instrumentos y durante el proceso de organización de la investigación en la conformación del equipo de trabajo. Se estableció como punto de partida del ciclo de auditoría en las áreas (Consulta Externa y Hospitalización) a la *falla de la continuidad de la atención curativa* entre ambas (identificada como problema general). No se encontró bibliografía de referencia sobre parámetros de

base respecto del manejo de la continuidad entre este tipo de áreas pero se aceptaron como consensos sobre su importancia a todas las impresiones generadas como parte del planteamiento del problema en el mismo marco de la Investigación-Acción. El equipo encargado del proceso de auditoría estuvo compuesto por un representante de cada área junto con el investigador. Los resultados obtenidos del proceso de auditoría de interface, parten del hecho de tomar como estándar la aplicación de las herramientas propuestas para el cambio; por lo tanto, los resultados finales y su evaluación son plasmados en la satisfacción del usuario y del personal.

12.5 Operacionalización de Variables e Indicadores

a) Del Proceso

Actividad	Tarea	Responsable	Indicador	Fuente
Reunión de socialización de información	Convocatoria a reunión (operativos, administrativos)	Equipo de investigación Dirección	Nº de asistentes /Nº total de personal convocado	Lista de asistentes Acta de reunión
Análisis del formato (pertinencia)	Revisión y calificación de ítems mediante check list	Dirección de Gestión de Calidad	Pertinencia SÍ o NO	Revisión bibliográfica Check list
Validación del formato	Consenso por votación	Dirección de Gestión de Calidad	Formato validado SÍ o NO	Acta de reunión
Oficialización del uso del formato	-	Dirección	Formato oficializado SÍ o NO	Archivo de Secretaría
Comunicación formal de acuerdos y normativas	Elaboración y entrega de oficios en las áreas	Dirección	Número de oficios enviados	Archivo de Secretaría
Capacitación al personal sobre llenado de formato	Cronograma de capacitaciones	RR HH Estadística	Nº capacitaciones realizadas/Nº capacitaciones programadas	Lista de asistentes Acta de capacitación
Operativización del formato	Distribución a las áreas	Estadística	Formato aplicado SÍ o NO	Historias clínicas Archivos Estadística
Designación del personal técnico para elaborar el flujo	Elaboración y entrega de oficios	Dirección Dirección de Gestión de Calidad	Equipo conformado SÍ o NO	Archivo de Secretaría Acta de conformación

Diseño del flujo de pacientes	-	Equipo técnico	Documento diseñado SÍ o NO	Revisión bibliográfica Documento de elaboración/presentación
Reunión de socialización del flujo obtenido	Convocatoria a reunión (operativos, administrativos)	Dirección	Nº de asistentes /Nº total de personal convocado	Lista de asistentes Acta de reunión
Capacitación del personal sobre el uso del flujo de pacientes	Cronograma de capacitaciones	RR HH Estadística	Nº capacitaciones realizadas/Nº capacitaciones programadas	Lista de asistentes Acta de capacitación
Operativización del flujo	Distribución a las áreas	Estadística	Flujo aplicado SÍ o NO	Historias clínicas Archivos Estadística
Auditoría de Interface	Identificación del problema Identificación de las causas del problema Implementación de estrategias	Equipo de investigación Representantes de Consulta Externa Representantes de Hospitalización	Auditoría realizada SÍ o NO	Reporte de auditoría
Análisis de auditoría de interface	Reunión de capacitación	Equipo de investigación	Nº capacitaciones realizadas/Nº capacitaciones programadas	Lista de asistentes Acta de capacitación

b) De Resultados

Variable	Característica	Actividad	Responsable	Indicador	Fuente
Satisfacción del usuario externo	-	Encuesta de satisfacción	Equipo de investigación Atención al cliente	Nº de usuarios satisfechos /Nº total de usuarios atendidos	Archivo Atención al cliente (encuesta)
Satisfacción del personal	-	Encuesta de satisfacción	Equipo de investigación Atención al cliente	Nº personal satisfecho/Nº personal	Archivo Atención al cliente (encuesta)
Continuidad	<i>De información</i>	Encuesta de satisfacción		Porcentaje de pacientes que perciben que se usan los datos clínicos de la consulta en hospitalización y viceversa	Pacientes
	<i>De gestión</i>	Revisión de historias clínicas	Equipo de investigación	Nº total de exámenes repetidos en hospitalización en pacientes referidos de consulta/Nº total de pacientes referidos	Historias clínicas
				Nº total de prescripciones de alta cambiadas en consulta externa/Nº total de prescripciones de pacientes dados el alta	
				Nº de pacientes ingresados de consulta a hospitalización	

	<i>Interniveles</i>	Revisión de historias clínicas		con datos completos/Nº total de pacientes ingresados de consulta Nº de pacientes referidos de hospitalización a consulta con datos completos /Nº total de pacientes referidos de hospitalización	Historias clínicas
--	---------------------	--------------------------------	--	---	--------------------

12.6 Fuentes, Instrumentos y Técnicas

Para el presente estudio, toda la información fue recopilada durante la fase del diagnóstico situacional y la implementación de las estrategias; se determinó como herramientas la siguiente descripción:

Fuentes: se utilizaron todos los datos oficiales disponibles en los archivos electrónicos y manuales de las áreas de Estadística así como de Atención al Cliente y Comunicación de la propia institución previa autorización escrita de los responsables.

Técnicas:

- a) *Encuesta:* Se aplicaron dos tipos de encuestas: la primera, a un total de 123 usuarios de las áreas de Gineco-Obstetricia y Pediatría mediante preguntas cerradas usando el formato de la encuesta institucional de *Satisfacción del Cliente*; debido a su uso frecuente y reconocido, no requirió una nueva validación pues se determinó con el equipo de trabajo que era factible aprovechar sus datos; su fin fue valorar la percepción de los pacientes respecto de la atención recibida (continuidad de la atención). Estas se realizaron exclusivamente en la primera consulta postalta, de carácter anónimo y fueron ejecutadas por personal de Atención al Cliente directamente a las pacientes de Gineco-Obstetricia y a los padres de los pacientes pediátricos. La encuesta se relacionaba con cinco ámbitos: satisfacción percibida, calidad de la atención recibida, confianza en los servicios que brinda el hospital, resolución del problema de salud y cita en la fecha programada y con el mismo médico. Una segunda encuesta se aplicó al personal operativo de las áreas de Consulta Externa y Hospitalización (42 personas), preguntas cerradas respecto a la percepción de la facilidad en el uso de las herramientas planteadas, del cruce de información entre los servicios, la importancia de la continuidad y de la utilidad de las herramientas usadas en su trabajo diario y para la institución. Las dos encuestas las realizó el personal de Atención Cliente manteniendo la confidencialidad de los encuestados.

Tanto la encuesta al personal interno como al usuario se aplicaron luego de la aceptación institucional de éstas como instrumentos de uso para valoración administrativa.

- b) *Revisión Documental*: se procedió a la revisión de los registros individuales de historias clínicas en las áreas de Consulta Externa y Hospitalización al ingreso y alta de los pacientes admitidos para el estudio para confirmar y evaluar el uso de las herramientas aprobadas institucionalmente, tanto en el sistema manual como en el digital. Se llevó una lista de cotejo para determinar su correcto llenado. La revisión fue llevada a cabo por dos miembros del equipo de trabajo luego del alta.
- c) *Auditoría de Interface*: como recurso adicional se realizó un ciclo completo de auditoría de flujo entre el personal del primer nivel (Consulta externa) y del segundo nivel (Hospitalización), como herramienta para valorar el grado de cooperación entre niveles y la calidad de la atención en relación a la experiencia percibida por los pacientes antes y después de la introducción de las estrategias propuestas para el cambio en la dinámica del sistema. A tal efecto y en relación a las perspectivas de los pacientes, se usó el formato de encuesta de satisfacción de los usuarios usado por la Dirección de Comunicación y el Departamento de Atención al Cliente del propio hospital.

12.7 Análisis de Datos

Todos los datos recogidos con los instrumentos elaborados se digitaron en una base de datos del paquete estadístico Microsoft Excel. Se procedió a realizar su validación de los mismos y se obtuvieron datos de estadística descriptiva para definir resultados por tratarse de datos cuantitativos.

El proceso fue analizado en función del cumplimiento de las instrucciones operativas y de los parámetros definidos para la evaluación, tanto operativa como analítica, de acuerdo al tipo de estudio.

12.8 Consideraciones Éticas

Todos los datos recopilados institucionalmente contaron con la aprobación de la Dirección Médica y la Dirección de Salud del hospital. Las encuestas fueron realizadas con el consentimiento de los usuarios y se guardó la plena confidencialidad, además los encuestadores no pertenecían al equipo de investigación (ANEXO 1)

13. Resultados

13.1 Evaluación Operativa

Se verificó el cumplimiento total de las instrucciones operativas o planificación inicial para la ejecución de las estrategias de cambios seleccionadas, como se describe a

continuación:

13.1.1 Normatización de un formato de documentación

Actividad	Tarea	RESULTADOS
Reunión de socialización de información	Convocatoria a reunión (operativos, administrativos)	Del total de 18 asistentes a la reunión de socialización, el 100% de ellos al final de la misma manifestaron reconocer la importancia de la continuidad dentro de la atención integral del paciente, hecho que antes no habían considerado.
Análisis del formato (pertinencia)	Revisión y calificación de ítems mediante check list	Los técnicos de la Dirección de Gestión de Calidad reconocieron que la revisión bibliográfica previa a la calificación del formato les facilitó equiparar los datos necesarios para el buen trato al paciente. Del total de 18 ítems planteados, se validaron 12 para el formulario Consulta Externa-Hospitalización y 15 para el de Hospitalización-Consulta Externa.
Validación del formato	Consenso	Los seis directivos de la parte administrativa no encontraron problemas en validar las herramientas, las consideraron oportunas, pues facilitan los trámites al personal y al usuario.
Oficialización del uso del formato	-	Se institucionalizaron las actividades propuestas por el equipo de trabajo a través del aval de la Dirección mediante acuerdos escritos (memorandums oficiales) lo que se logró a través del proceso de negociación. (ANEXO 2)
Comunicación formal de acuerdos y normativas	Elaboración y entrega de oficios en las áreas	Es parte del proceso de institucionalización de las actividades que se guardan en los registros de la Secretaría de la Dirección como cierre de los acuerdos de la negociación. Se enviaron comunicados entre la Dirección Médica a Estadística, Atención al Cliente, Consulta Externa Materno Infantil y Hospitalización Materno Infantil
Capacitación al personal sobre llenado de formato	Cronograma de capacitaciones	Del total de personal operativo (42) invitado a las dos capacitaciones, asistieron un 75% por considerar la propuesta innovadora y útil. El restante 25 % no acudió por falta de tiempo y por considerarlo poco importante para sus actividades. (ANEXO 3)
Operativización del formato	Distribución a las áreas Utilización del formato	El proceso de distribución de los formularios a las áreas se realizó a través de la apertura de la historia clínica como parte de la misma y como insumo normal de despacho para Consulta Externa y Hospitalización. Al momento, en Materno-Infantil - tanto en consulta como en internación- se lleva la obligatoriedad del uso de los formatos por parte del personal; se percibe un real interés por mantener satisfacción en los usuarios. (ANEXO 4)

13.1.2 Uso del Formato

Los resultados obtenidos se exponen en las *tablas 1y2*.

Tabla 1

Uso del Formato de Documentación al Ingreso Hospitalario

ÁREA	Nº	FORMULARIO COMPLETO			
		SÍ	Porcentaje	NO	Porcentaje
Pediatría	40	30	75%	10	25%
Gineco-Obstetricia	113	78	69%	35	31%
TOTAL	153	108	-	45	-
<i>Porcentaje de uso del formulario: 100%</i>					

FUENTE: Formato de documentación aplicado en la investigación

ELABORACIÓN: Investigador

Tabla 2

Uso del Formato de Documentación al Egreso Hospitalario (Alta)

ÁREA	Nº	FORMULARIO COMPLETO			
		SÍ	Porcentaje	NO	Porcentaje
Pediatría	33	27	83%	6	17%
Gineco-Obstetricia	90	72	80%	18	20%
TOTAL	123	99	-	24	-
<i>Porcentaje de uso del formulario: 100%</i>					

FUENTE: Formato de documentación aplicado en la investigación

ELABORACIÓN: Investigador

El formato de documentación de las actividades realizadas a los pacientes refleja un alto porcentaje de cumplimiento tanto al ingreso como al alta; se vio favorecido por la institucionalización del documento como de carácter obligatorio, además de convertirse en parte de la historia clínica lo cual implica un control de desempeño de las áreas por parte de Dirección Médica. El cambio actitudinal, respecto del uso del formato, es positivo pues originalmente no existía una norma de registro administrativo ni operativo para el ingreso y alta de pacientes, que garantice el seguimiento al ingreso o tras el alta.

13.1.3 Establecimiento y delimitación del flujo de pacientes

Actividad	Tarea	RESULTADOS
Designación del personal técnico para elaborar el flujo	Elaboración y entrega de oficios	Evitó que existan sesgos de parte del investigador y el equipo de trabajo, se permitió una autonomía para que se identifiquen las necesidades de la institución y el usuario en función de la socialización de la información. Se designó a tal efecto a las responsables de Admisiones y Atención al cliente, a las enfermeras responsables de Consulta externa y Hospitalización y al Director Médico.
Diseño del flujo de pacientes	-	El equipo técnico que diseñó el flujo de pacientes (tres personas) corroboró las diferencias entre un trámite administrativo y la óptica desde la perspectiva del usuario que es completamente distinta y elaboró una herramienta que tome en cuenta a al usuario. (ANEXO 5)
Reunión de socialización del producto obtenido	Convocatoria a reunión (operativos, administrativos)	Del total de 10 asistentes a la reunión de socialización, todos manifestaron reconocer la importancia de la continuidad dentro de la atención integral del paciente, hecho que antes no habían considerado.
Capacitación del personal	Cronograma de capacitaciones	Del total de personal operativo invitado a las 2 capacitaciones (42 en total) solamente asistieron un 75% por considerar la propuesta innovadora y útil. El restante 25 % no acudió por falta de tiempo y por considerarlo poco importante para sus actividades. (ANEXO 6)
Operativización del formato de flujo	Distribución a las áreas	El proceso de distribución de los formatos de flujo a las áreas se realizó a través de la lista de materiales e insumos de despacho para Admisiones, Consulta externa y Hospitalización. Al momento el flujo de pacientes es de carácter obligatorio y se lleva en las áreas de Admisiones, Consulta externa y Hospitalización Materno Infantil.

13.1.4 Uso del Flujo de pacientes

Tabla 3

Uso del Flujo de Pacientes a Través del Sistema

USO *	INGRESO		ALTA	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Adecuado	97	63%	88	72%
Inapropiado	33	22%	25	20%
No usado	23	15%	10	8%
TOTAL	153	100%	123	100%

* *Adecuado*: el paciente llega al destino en el sistema hospitalario sin contratiempos. *Inapropiado*: el paciente no llega fácilmente al destino pues presenta confusión en las indicaciones. *No usado*: no se aplicó el flujo pues no se le dio ninguna indicación al paciente.

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios, Área de Comunicación

ELABORACIÓN: Investigador

El uso del flujo de pacientes para el ingreso o alta se realizó de forma obligatoria pues se trató de una herramienta dispuesta por parte de Dirección Médica. El impacto fue positivo pues evitó confusiones tanto para el usuario interno como el externo además de ordenar el camino de los documentos de ingreso/alta, al proporcionar las facilidades que permitan resolver los problemas de los pacientes.

13.1.5 Uso del Formato y Flujo de Pacientes

Además de estos resultados, se catalogó el uso tanto del formulario como del flujo de pacientes por el tipo de personal que usó dichas herramientas en consulta y hospitalización. Los datos se exponen en las *tablas 4 y 5*.

Tabla 4

Total de Personal Operativo que usa el Formato y Flujo de Pacientes

TIPO DE PERSONAL	Nº
Médicos Tratantes	11
Médicos Residentes	10
Enfermeras	16
Secretarias Clínicas	4
Auxiliares de Enfermería	1
TOTAL	42

FUENTE: Lista de personal, Departamento de RR HH

ELABORACIÓN: Investigador

Tabla 5

Uso del Formato y Flujo de Pacientes por Tipo de Personal

TIPO	FORMATO DE DOCUMENTACIÓN		FLUJO DE PACIENTES	
	INGRESO	ALTA	INGRESO	ALTA
Tratantes	6	6	5	5
Residentes	10	10	10	10
Enfermeras	1	10	1	14
Secretarias	4	4	4	4
Auxiliares	-	-	-	-
TOTAL	21	30	20	33

FUENTE: Registro de control de historias clínicas, Secretaría Clínica de Hospitalización

ELABORACIÓN: Investigador

Estos datos reflejan que el personal que menos usa el formato y el flujo es el de médicos tratantes, probablemente porque en el accionar médico hospitalario, quien cumple la responsabilidad de ejecutar las indicaciones es el médico residente y esta clase de actividades se transfiere a este personal en formación, donde todo es evaluado. Es la razón por la que los médicos

residentes son los de mayor cumplimiento y uso de ambas herramientas, al igual que el personal de secretarías clínicas; en aquellas se verifica internamente el cumplimiento de documentación completa de la historia clínica por parte de Dirección Médica y Auditoría, para los trámites de alta.

13.1.6 Auditoría de Interface

Con la aplicación del proceso de auditoría se pudo obtener tras la capacitación un cambio actitudinal del personal sobre el papel y la importancia que mantiene la interrelación entre el servicio de Consulta Externa y Hospitalización y el rol de la continuidad de la atención que se brinda a los pacientes tanto para el personal operativo como el administrativo. Durante la fase de evaluación operativa, se realizó la socialización de la idea de la implementación del formato y flujo de atención; los resultados luego de la aplicación son equiparables a los datos obtenidos en la satisfacción del usuario interno, respecto de la percepción sobre la importancia de la continuidad, el cruce de información entre servicios y la utilidad del uso del formato y el flujo planteados. Inicialmente, la apreciación del personal era negativa, ya que el 100% consideraba un obstáculo para la continuidad al sistema de manejo de información que usa el hospital, además de que se percibía que administrativamente no se daba ninguna importancia al tema. A partir del proceso de implementación de ambas herramientas del estudio, se aprecia que la importancia percibida por el personal respecto de la continuidad es del 69% y la mejora del cruce de información para motivos de seguimiento tiene una apreciación positiva del 75%.

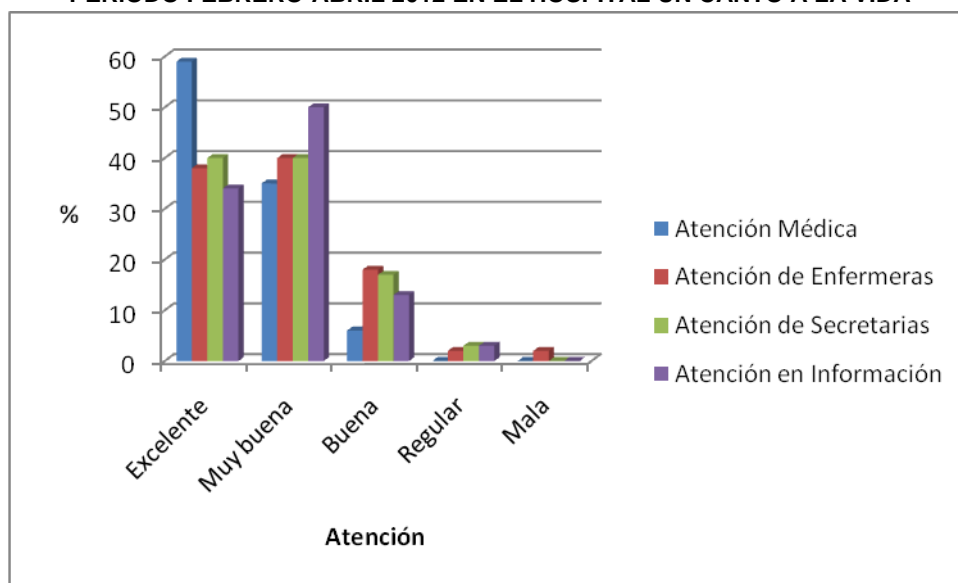
13.2 Evaluación Analítica

Los resultados obtenidos en la evaluación analítica de acuerdo a los indicadores propuestos fueron los siguientes:

- **Satisfacción del usuario externo**: se valoró solamente al alta luego de la resolución del problema que llevó al ingreso y en aquellos pacientes que se evidenció llegaron a la consulta postalta. La valoración encontró una proporción de satisfacción del 81%: la presencia y mantenimiento de la continuidad de la atención se asocia a una mayor satisfacción de los pacientes. Otros datos que se obtuvieron de la encuesta de atención al cliente del Área de Comunicación se basaron en cuatro parámetros cuyos resultados se exponen a continuación:

Gráfico 5

CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA VALORADA EN PACIENTES POSTALTA DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



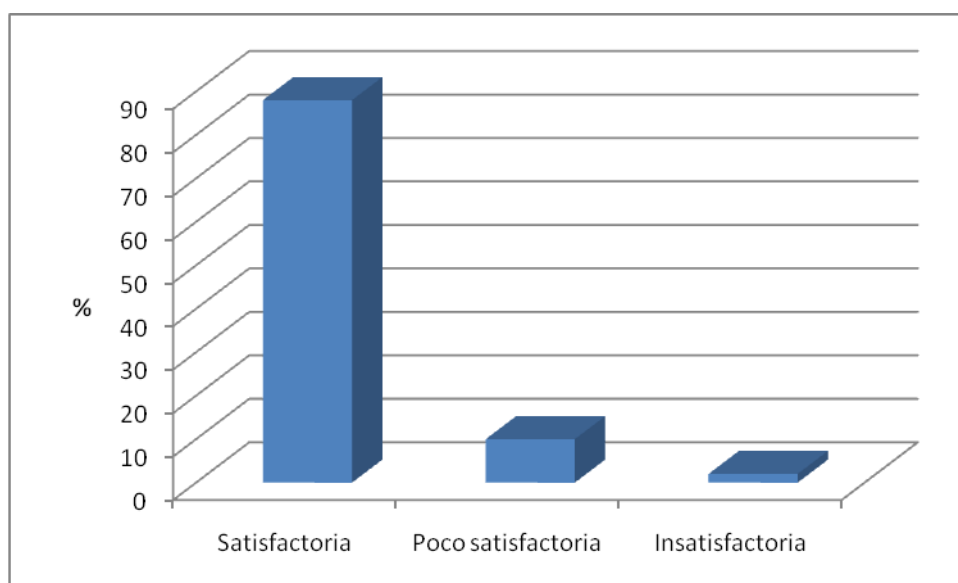
FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios, Área de Comunicación

ELABORACIÓN: Investigador

La atención del personal de Información es la que en forma más común aparece con calificativos menos satisfactorios por parte de los usuarios, las causas no se investigaron pero podría deberse a múltiples factores como presión por parte del usuario pues son la primera imagen institucional del hospital; sobrecarga de trabajo, pues son pocas personas y resuelven de forma inmediata los inconvenientes administrativos. Por otro lado, la atención sanitaria como tal (médico y enfermeras) refleja el proceso de interrelación y de resolución del problema por el cual acuden los usuarios.

Gráfico 6

RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD POSTALTA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



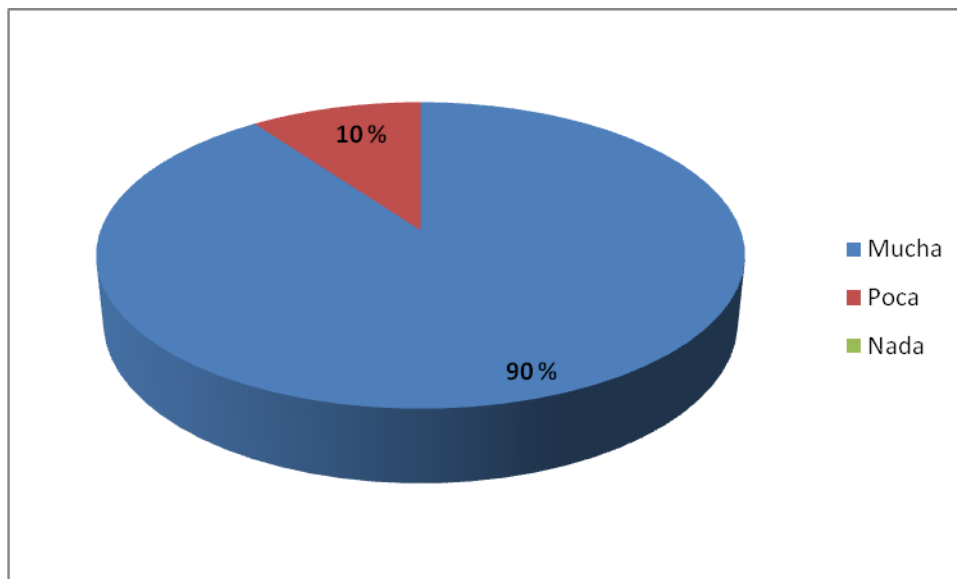
FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios, Área de Comunicación

ELABORACIÓN: Investigador

La percepción del usuario respecto de la satisfacción por la resolución de su problema de salud en las áreas de Consulta Externa y Hospitalización, nunca se había medido en este hospital; los datos obtenidos demuestran que el uso de las herramientas planteadas permitieron una apreciación positiva cercana al 90%, pero no se investigaron a fondo las causas de insatisfacción que probablemente estuvieron relacionadas con los pacientes que requirieron transferencia, por no cumplir con la adecuada capacidad resolutive.

Gráfico 7

**CONFIANZA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA PERCIBIDA POR
LOS PACIENTES DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012
EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA**



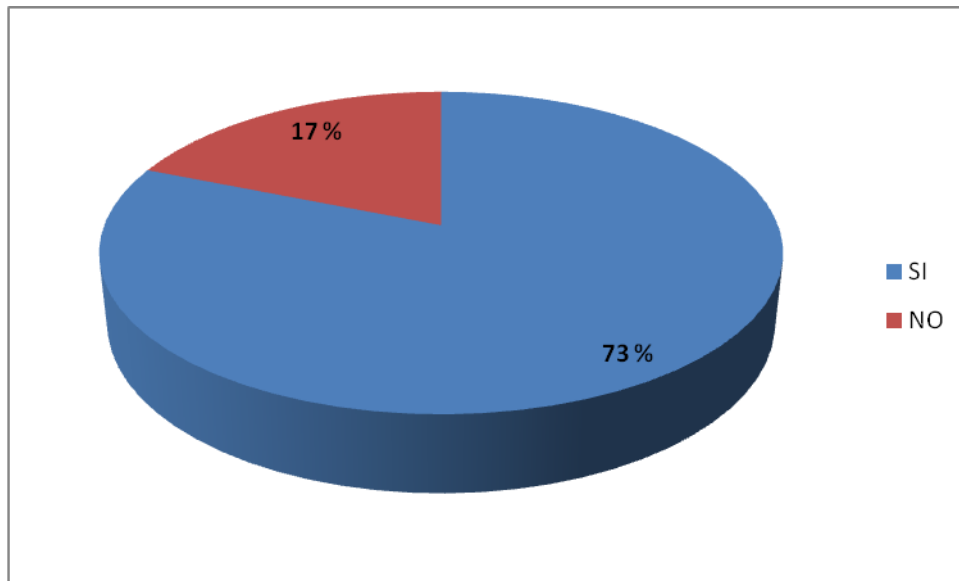
FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios, Área de Comunicación

ELABORACIÓN: Investigador

Este resultado se coordina con el grado de satisfacción por la apreciación del problema resuelto; en los casos de poca confianza, no se investigaron las causas, pero podrían asociarse a las pocas ocasiones que se requirió transferencia o algún pago extra por exámenes realizados afuera, ya que no se contaba con capacidad resolutiva en el hospital.

Gráfico 8

SATISFACCIÓN POR LA CITA POSTALTA EN FECHA Y HORA PROGRAMADA EN LOS PACIENTES DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios, Área de Comunicación

ELABORACIÓN: Investigador

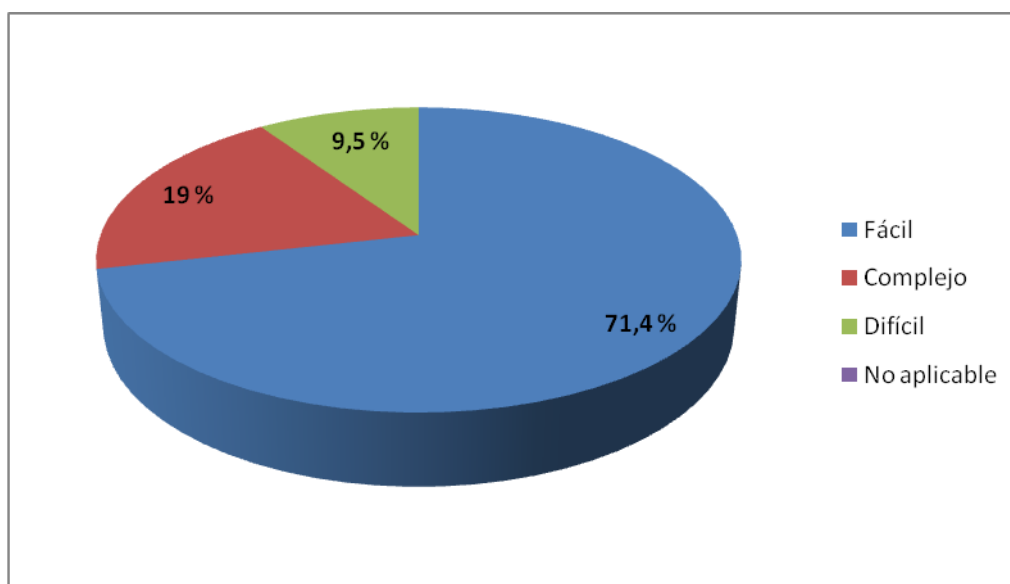
No fue posible, por cuestiones de agenda de los médicos, cumplir con la expectativa del paciente de programar sus controles postalta en la fecha deseada; a pesar de brindar turnos extemporáneos, lo cual creó malestar y se reflejó como insatisfacción por el proceso.

En general los resultados de la efectividad de la atención desde el punto de vista del usuario demostraron que el porcentaje de problemas resueltos fue 87,5% en los casos pediátricos y 98,2% en los gineco-obstétricos. Los casos en los que no fue posible resolver el problema por el que acudieron al hospital obedecieron a la falta de especialidades específicas, por lo que fue necesario transferir 5 pacientes en Pediatría (2 por problemas cardiológicos complejos que requerían resolución quirúrgica y 3 por requerir cuidados intensivos pediátricos) y 2 en Gineco-Obstetricia (ambas requerían cuidado intensivo por eclampsia y síndrome de hellp).

- **Satisfacción del personal:** la relación encontrada de satisfacción fue de un 83 %. Se valoraron además cuatro parámetros mediante encuesta realizada a los 42 integrantes del equipo operativo participante luego de finalizado el período de aplicación de las herramientas en el estudio. Los datos obtenidos para las dos áreas de estudio fueron los siguientes:

Gráfico 9

PERCEPCIÓN DE LA FACILIDAD DEL USO DEL FORMATO Y FLUJO DE PACIENTES EN EL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



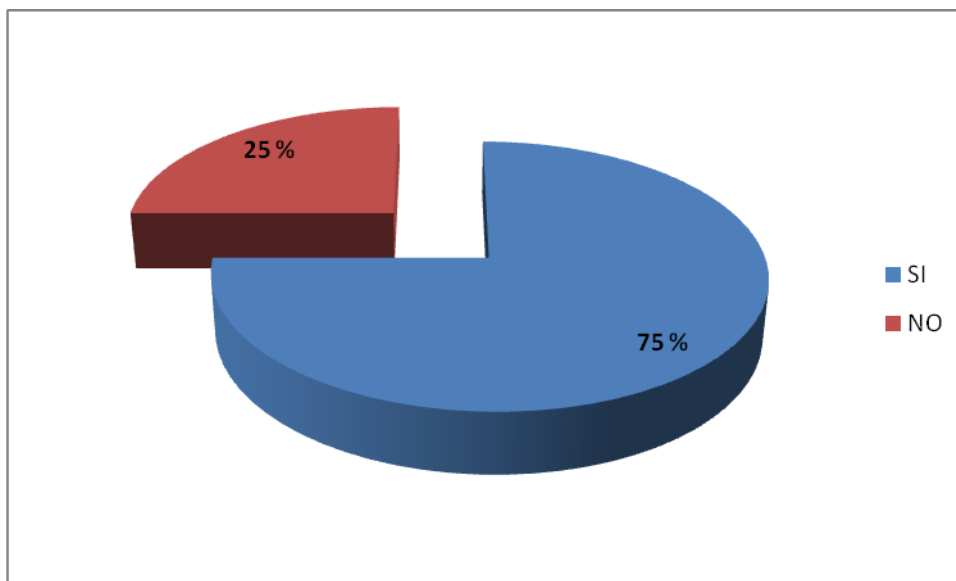
FUENTE: Encuesta aplicada al personal operativo

ELABORACIÓN: Investigador

Nunca antes existieron documentos o herramientas que permitan medir o valorar la continuidad; con el uso del flujo y el formato del estudio que se aplicó, se pudo ver que su cumplimiento fue satisfactorio y que la complejidad fue menor. Los grados de dificultad que encontró el personal, quizá se debieron a inconvenientes con la capacitación o interferencia de sus actividades relacionadas con el tiempo particular dedicado para esta actividad en relación con todas sus tareas.

Gráfico 10

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SOBRE EL CRUCE DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



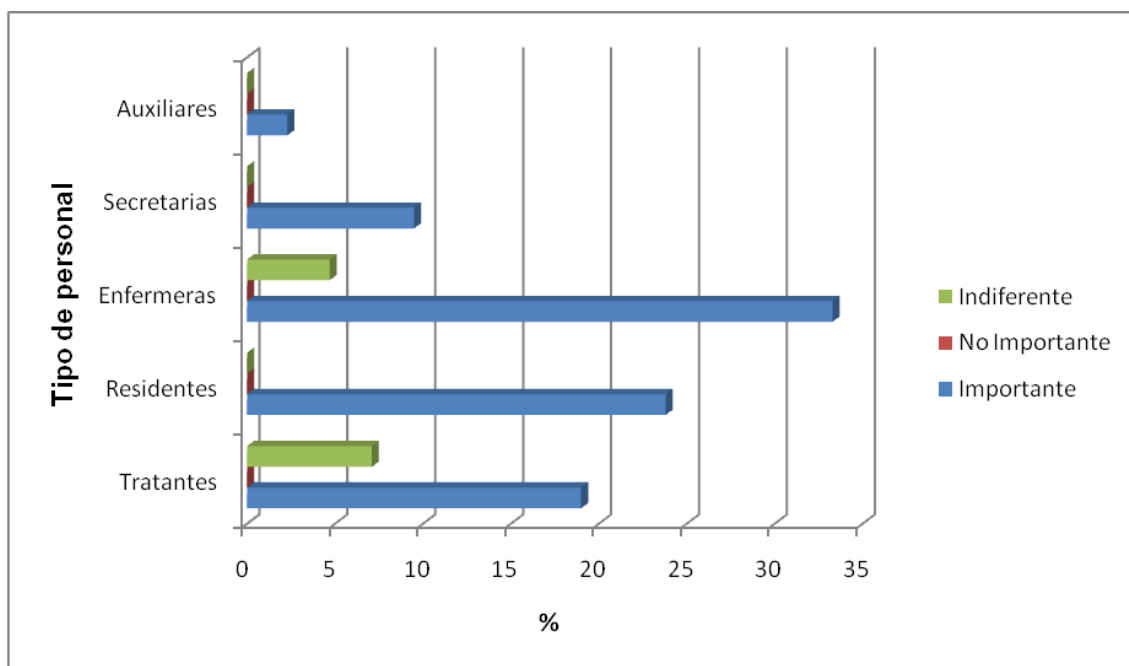
FUENTE: Encuesta aplicada al personal operativo

ELABORACIÓN: Investigador

Una de las observaciones más notorias del personal durante la fase de diagnóstico situacional y recolección de información fue que percibían que los datos de ambos servicios no se usaban adecuadamente para ayudar a los problemas de los pacientes cuando cruzaban de Consulta Externa a Hospitalización y viceversa, además de la sensación de que cuando no se disponía de la información, el que quedaba mal era el servicio. A pesar del uso monitorizado del flujo y el formato, todavía existe en el personal un gran porcentaje que considera que no se intercambia la información entre las dos áreas; sin embargo, no se investigó a fondo el fundamento de esta apreciación.

Gráfico 11

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



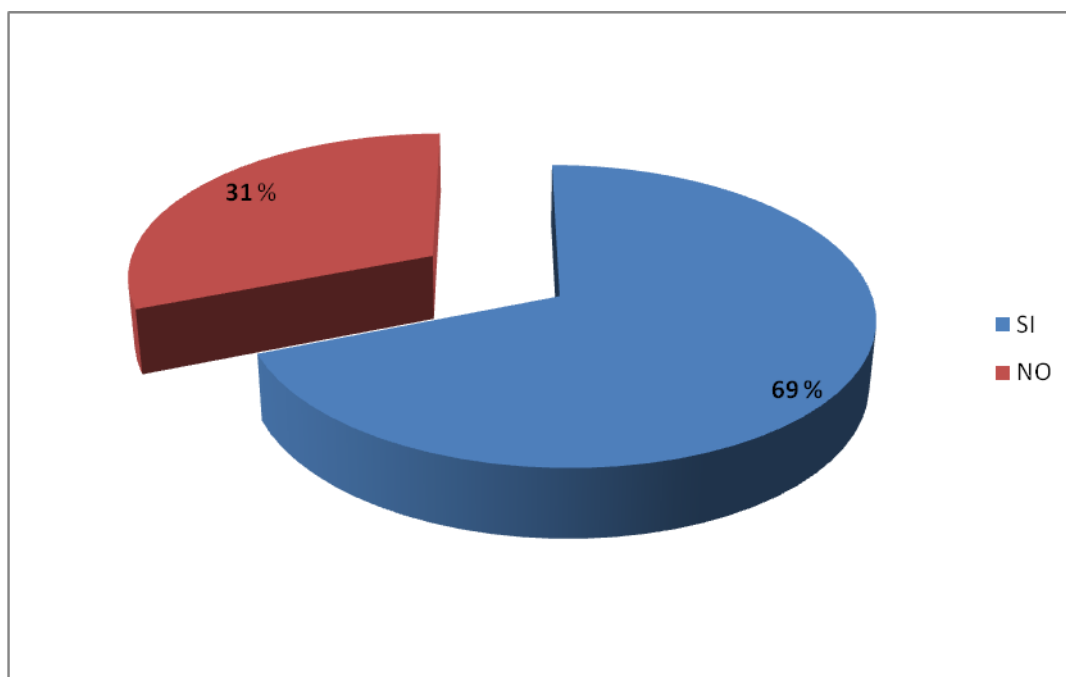
FUENTE: Encuesta aplicada al personal operativo

ELABORACIÓN: Investigador

El personal percibía de forma inicial que la continuidad no era tomada en cuenta, los datos demuestran que sí existe conocimiento sobre la importancia del problema de forma más marcada en las enfermeras y en los médicos residentes, asumiendo que ellos son quienes tienen más contacto con los usuarios. La indiferencia podría deberse al hecho de que en el caso de los tratantes, ellos pasan solamente pocas horas o minutos en contacto con el usuario y las enfermeras trabajan en turnos rotativos.

Gráfico 12

APRECIACIÓN DEL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN SOBRE LA UTILIDAD DEL USO DEL FORMATO Y FLUJO DE PACIENTES EN SU TRABAJO Y PARA LA INSTITUCIÓN EN EL PERÍODO FEBRERO-ABRIL 2012 EN EL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA



FUENTE: Encuesta aplicada al personal operativo

ELABORACIÓN: Investigador

No se puede asumir explicaciones concretas respecto de por qué parte del personal no encontró utilidad a las herramientas planteadas y usadas; sin embargo, en el lapso de estudio se puede catalogar como satisfactorio el porcentaje de apreciación positivo que tuvo la aplicación del formato y el flujo.

- **Calidad de la atención**

- *Integralidad*: los problemas más comunes identificados en la hospitalización distintos de la causa de ingreso fueron agrupados en seis grupos:
 - Bajos ingresos económicos familiares
 - Migración del padre cabeza de familia
 - Maltrato físico/emocional
 - Trastornos psicológicos (enuresis, encopresis, depresión, ansiedad)
 - Otras afecciones biológicas (anemia, infecciones recurrentes, constipación, cistocele)
 - Desestructuración familiar

Estos aspectos originalmente en la forma de trabajar de ambos servicios no se tomaban en cuenta pues se concretaban a resolver el problema de base que motivó el ingreso. Con la aplicación de las herramientas se permitió identificar estos problemas de tal forma que se permita realizar el seguimiento por Consulta Externa y de forma coordinada, no individualizada. Además se trabajó en conjunto en Hospitalización con otras especialidades de apoyo como Psicología y Trabajo Social para mantener la continuidad tras el alta.

- *Integración:* las acciones de promoción y prevención que no se correlacionaban con eventos de hospitalización y manejo por consulta o exclusivamente de consulta y que no eran medidos ni tomados en cuenta pudieron catalogarse de forma eficaz. La proporción que se obtuvo de los pacientes atendidos en consulta, en los que se incluyó consulta preventiva, fue de 0,67. Fue mucho más común en la atención pediátrica, en la que se recomendaba aspectos nutricionales, inmunizaciones y signos de alerta. En la consulta de Gineco-Obstetricia fue predominante la anticoncepción, parámetros de lactancia y cuidado de los senos. Se pudo reflejar a la integración como aspecto que facilita la continuidad y es importante para el usuario externo y para el personal de salud.

- **Continuidad**

- *De información:* se valoró en los pacientes que tras el alta regresaron a consulta externa: en el caso de Pediatría en el 100%, y en los gineco-obstétricos en el 72%, se usaron los datos de la historia clínica recopilados con anterioridad en ambos servicios, sin duplicación de la información. El reflejo de la continuidad interniveles se observa cuando en los pacientes ingresados de consulta a hospitalización se obtiene un 0,70 de datos completos, y un 0,64 desde la hospitalización a la consulta, gracias al uso del formulario.
- *De gestión:* se apreció una proporción de 0,15 casos en total en los que se repitieron los exámenes en la hospitalización a pesar de haber sido solicitados en consulta. Las prescripciones de alta cambiadas en consulta externa llegó a 0,63.

Ambos parámetros medidos denotan que existió mejor relación entre Consulta Externa y Hospitalización; por lo tanto una mejor coordinación entre los niveles, lo cual evidencia una mejora en el registro y el acceso a la información: momentos imprescindibles de la continuidad de la atención.

14. Discusión

Es lógico pensar que la asistencia brindada a los usuarios de un servicio de salud, independientemente del tipo, será de mayor calidad si es coordinada entre todos los miembros y niveles asistenciales que prestan sus acciones para el beneficio del paciente; sin embargo, la continuidad que es la base de este hecho, se dificulta por la falta de relación, la poca coordinación y el desconocimiento de las opiniones de los actores del proceso de atención como se pudo determinar durante la realización del presente estudio.

Los pacientes señalan con frecuencia que la continuidad de los cuidados sanitarios es una de las principales áreas relacionadas con su satisfacción, expresan que para conseguirla son necesarios cambios en la organización asistencial y en el proceso de relación médico-paciente (Saultz J, 2005). La organización asistencial hospitalaria establecida sobre múltiples especialidades no interrelacionadas y la atención del primer nivel sin estructuras organizativas comunes con el hospital, no facilitan la continuidad que se necesita pues se fragmenta al proceso de atención. Cabe esperar que un hospital que tiene una estructura interna que actúa como un primer nivel (la Consulta Externa) y un área de hospitalización, que acciona como un nivel de referencia, tenga menos limitaciones al respecto y supere de mejor manera las barreras de la continuidad interniveles descritas en la bibliografía.

Se ha podido establecer que una de las claves para mantener la continuidad de la atención curativa es a partir del tratamiento particular que se le dé a la continuidad de la información y para ello la *gestión de pacientes* se ha estructurado como uno de los pilares recomendados y reconocidos por los gerentes de sistemas de salud pues organiza y gestiona su movilidad por los distintos servicios que el hospital ofrece permitiendo que se coordine operativamente entre los niveles de atención (Tamayo M, 2007). Bajo este precepto, el establecimiento de un diagrama de flujo de pacientes en el entorno hospitalario, entre sus distintas áreas, constituye una herramienta administrativa útil, pues permite evaluar el acceso y la demanda de usuarios y operativamente permite al personal de salud optimizar su trabajo. Para la realización del presente estudio, la organización de las actividades realizadas con los usuarios a través de un flujo organizado fue identificada como una estrategia positiva por parte del equipo de salud y su aplicación permitió canalizar la información, independientemente del sistema que se mantenía, lo que a su vez redundó en facilitar la continuidad entre la Consulta Externa y la Hospitalización, con un grado de aceptación satisfactorio por parte del usuario interno. Hay que destacar que la iniciativa de usar un diagrama de flujo como herramienta partió de los actores durante el proceso de la Investigación-Acción, usada como metodología de estudio.

Con este dato preliminar, se puede inferir que al interior de la gestión de un sistema de salud como un hospital deben existir estructuras de apoyo que se articulen entre ellas y faciliten la coordinación entre las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica; dentro de éstas, la presencia de un Servicio de Admisión y otro de Documentación Clínica son fundamentales para empezar a trabajar en la continuidad pues son los encargados de la información con la cual se tomarán posteriormente decisiones de orden administrativo y clínico; y a su vez permiten el traslado de la responsabilidad de los pacientes entre los niveles de atención, en este caso Consulta Externa y Hospitalización (INSALUD, 2000). En el Hospital Un Canto a la Vida, si bien existe un Servicio de Admisión, no posee el rol primordial que debería tener para el manejo de la continuidad de la atención; este papel evidentemente no se ha cristalizado, porque administrativamente no se ha concebido esta función.

Por otro lado, a nivel macro, en nuestro sistema de salud, al igual que en otros sistemas a nivel internacional, se ha establecido como estrategia relacionada con la continuidad de la atención al *subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia de usuarios*, entendido como “un conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos que contribuyen a garantizar la continuidad de la atención de salud con oportunidad, eficacia y eficiencia enviando a los usuarios desde un establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor nivel de atención y complejidad y viceversa”(MSP del Ecuador-Norma del Subsistema de Referencia, 2013, p. 12). Para ello se ha establecido un conjunto de normas y procedimientos estandarizados que se llevan con formularios (formatos) siguiendo un algoritmo (flujo), para posteriores análisis estadísticos. En la forma particular de esta investigación, se plantearon estrategias similares usadas a nivel más amplio y complejo para un sistema más concreto, con un impacto similar, luego de la implementación, considerando que ambas estrategias (flujo y formato) se operativizaron por ser prácticas, económicas y rápidas versus otras estrategias de acuerdo al equipo de trabajo. De nuevo se puede ver que el manejo de la información es primordial para cualquier sistema, independientemente de su tamaño.

Una de las evaluaciones fundamentales que pretendió el estudio era medir el grado de satisfacción del usuario externo, respecto de la continuidad de la atención curativa recibida en el hospital entre Consulta Externa y Hospitalización, ya que esta medida evalúa a su vez la calidad de la atención recibida. Si bien existen varias formas de evaluar el punto de vista del paciente respecto de la atención de salud, la *encuesta de satisfacción* sigue siendo útil y en el ámbito particular de esta investigación se aprovechó la encuesta de uso ordinario realizada por el área de Comunicación y de Atención al Cliente. Los resultados son alentadores, pero dejan ver que en este ámbito, las consideraciones de prioridad respecto del usuario -en la sección administrativa- no se han trabajado con el enfoque necesario en función de la continuidad, sino que se han centrado más en otros aspectos importantes también para el usuario, como el trato del personal o las demoras injustificadas en el ámbito operativo. Hay que destacar como ítems importantes: la percepción de la resolución del problema de salud y la accesibilidad al médico (Pichert et al, 1998), factores que se pudieron mejorar notablemente luego de la aplicación de las herramientas planteadas. Esto permite corroborar que las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario y fundamentalmente a cómo se organiza el sistema sanitario y se provee las atenciones médicas entre los diferentes proveedores (Sixma et al, 1998). También hay que señalar que la gestión debe establecer prioridades en función de elementos constituidos por la percepción del paciente como receptor de los servicios de salud; dentro de estos, la *continuidad* es solamente una parte de los aspectos a evaluar para mejorar la gestión administrativa sobre la calidad en general; por lo tanto, es un punto de partida, pero no es el único a tomar en cuenta para cambiar y mejorar el accionar de los servicios de salud, independientemente de su complejidad.

La aplicación del flujo y el formato que permitieron llegar a todos estos resultados, no se hubieran podido implementar adecuadamente, sino hubiera existido la plena convicción administrativa de las autoridades de la institución a indagar en qué condiciones reales se trabajaba y a generar un cambio que potencialmente sirva para una mejora interna y externa, del usuario y del personal. Por lo tanto, la creación de un cambio actitudinal que es una de las características de la Investigación-Acción (Leclerc, 1990), se logró a nivel técnico pero también administrativo, situación que facilitó de sobremanera el inicio y culminación de esta labor investigativa. A su vez, este rol del personal administrativo y operativo sobre la solución al problema planteado y las nuevas competencias adquiridas respecto de la continuidad como evaluación de

la calidad de la atención, son también detalles propios del tipo de investigación realizada (Unger, 1993) y se vislumbraron efectivamente.

No se encontraron estudios similares que traten la continuidad de la atención curativa en un hospital, considerando la equivalencia de niveles entre consulta y hospitalización y tampoco alguno que haya analizado la continuidad desde la Investigación-Acción. Lo más cercano dentro del ámbito hospitalario señala a la relación estrecha entre hospitalización y consulta con el uso eficaz de herramientas como la protocolización de aspectos técnicos, la presencia de equipos multidisciplinarios, las reuniones conjuntas entre servicios y el papel primordial del manejo adecuado de la transferencias de información entre las partes para mejorar la continuidad de la atención (Fernández A et al, 2007). En el estudio original, no se describe exactamente la forma de llevar las reuniones conjuntas entre los servicios, pues analizan varias problemáticas, pero se acercaría a lo que se pretendió con la auditoría de interface, al reconocimiento conjunto de problemas, para mejorar la cooperación entre los niveles.

15. Conclusiones

- El establecimiento de un formato normado y de un diagrama de flujo que evidencia las actividades realizadas con y por el paciente, a lo largo del sistema Consulta-Hospitalización, generaron un cambio actitudinal en el personal operativo y administrativo, pero las estrategias debieron ser institucionalizadas para tener una plena aceptación y cumplimiento.
- Se pudo apreciar un incremento de la continuidad de la atención curativa cuando todo el personal entendió el concepto y la importancia de esta cualidad de la atención en la percepción del usuario; por lo tanto, la comprensión plena del fenómeno permite entender la perspectiva del paciente, sin ella no se hubiera podido generar una respuesta positiva a pesar del uso efectivo de las estrategias planteadas.
- La calidad de la atención valorada a través de la satisfacción del usuario interno y externo pudo incrementarse con la aplicación de estrategias prácticas, económicas y ágiles. Además, el tomar en cuenta la opinión del usuario interno en este tipo de actividades, dio un valor agregado al proceso y con la aplicación de este tipo de investigación se permitió la plena participación del personal así como del usuario.
- La auditoría de interface constituye una herramienta eficaz de colaboración entre niveles, independientemente de la complejidad de los mismos. Al tratarse de una metodología empleada en la valoración entre niveles asistenciales y al equiparar entre Consulta y Hospitalización el rol de niveles, la aplicación de la auditoría de interface no se vio afectada por el tamaño del sistema en el cual se aplicó; al contrario, se cumplió con todas las características descritas y se evidenciaron resultados similares a los esperados y vistos en la aplicación a gran escala entre un primero y segundo nivel de atención en los sistemas de salud.
- La continuidad de la atención permitió engranar en el accionar de la atención a la integralidad y la integración como parte visible de su calidad, lo que no se hacía de forma usual; esto a su vez permite apreciar que la continuidad actúa como eje de las otras características de la atención, donde todas se hallan interrelacionadas y la influencia de una actúa sobre las otras.
- A pesar de que todos los tipos de continuidad se incrementaron, el papel preponderante de la continuidad de la información parece ser central en función de

la continuidad de gestión y de relación, pues el manejo de datos generados permite a su vez organizar actividades administrativas como toma de citas y disminuir la duplicación de exámenes, actividades positivas para la satisfacción del usuario.

16. Recomendaciones

- Crear una política de gestión de pacientes que facilite y regule sus ingresos y egresos, a través del empoderamiento efectivo del Servicio de Admisión para la programación de las actividades así como de Dirección Médica para el control y autorización de las mismas. Con esto, el análisis y el seguimiento al proceso de continuidad en sus distintos aspectos será más efectivo.
- Fundamentar la adecuada toma de decisiones en beneficio de los intereses de los usuarios y el personal operativo en función de aspectos valorados para el interés común y no solamente desde la perspectiva gerencial; para ello se puede aprovechar las *encuestas de satisfacción* pero se pueden explorar otras alternativas como los grupos focales, tanto en el usuario interno y externo. En ambos casos, se pueden valorar múltiples variables del proceso de atención y no solamente la *continuidad*, lo que serviría de base para estudios futuros.
- Considerar el cambio de sistema de información tradicional y mixto que se mantiene en el hospital a uno más ágil y práctico que facilite la toma de decisiones en función de datos estadísticos estandarizados. Debe entenderse que uno de los pilares de la gestión y no solo de la valoración de la continuidad es el manejo de la información.
- Priorizar procesos de cambio entre las distintas áreas hospitalarias, al verificar su interrelación y aprovechar una herramienta práctica como la auditoría de interface, que potencialmente se podría constituir en un instrumento gerencial.
- Incentivar institucionalmente alternativas distintas a las propuestas en este estudio que faciliten y mejoren la calidad de la atención, no solo a través de la continuidad como punto de partida, sino en consideración de los otros aspectos de la calidad de la atención. Tales herramientas podrían ser la protocolización total de los servicios y los equipos multidisciplinares. Con ello, se podría comparar y equiparar resultados que busquen soluciones integrales a los problemas de atención.
- Planificar una investigación similar con todas las instancias de Consulta y Hospitalización y con otras relacionadas con el proceso de traslado de responsabilidades de pacientes como Emergencia, para obtener datos reales y proceder a trabajar sobre mejoras en la atención.

17. Bibliografía

1. ALLER M, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Llopart J, Ferrán M, Colomé LI, Vásquez M. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 84: 371-387.
2. BERENDSEN A, de Jong G, Meyboom J et al. (2009). Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 9:62.
3. CERVANTES K, Salgado R, Choi M, Kalter H. (2003). Rapid Assessment of Referral Care Systems. A Guide for Program Managers. Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.
4. FERNÁNDEZ A, García J, Palmero C, García B, Páez J, Álvarez M, Aparico R, Benticuaga M, Delgado de la Cuesta J, de la Rosa R, Escorial C, Espinosa R, Fernández J, González-Becerra C, López E, Marín Y, Mata A, Ramos A, Romero M, Sánchez-Dalp M, Vallejo I. (2007). Continuidad asistencial Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 207(10): 510-20.
5. HAGGERTY J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 327: 1219-21.
6. INSALUD (2000). Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Alcalá-Madrid.
7. LECLERC E et al. (1990). *Dictionnaires d' Epidémiologie*. Editions Frison Roche.
8. LETELIER M, Aller M, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, Llopart J, Ferrán M, Colomé LI, Vásquez M. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 24 (4): 339-346.
9. MERCENIER P, Van Balen H. (1997). Bases de Organización de los Servicios de Salud.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrarreferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública-Dirección Nacional de Normatización.
11. ORTÚN V, Martín J, Millán J, Gené J. (1998). Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; p 349-357.
12. PASTOR R, López A, Pérez M, Gérvas J. (1997). Continuidad y Longitudinalidad en Medicina General en Cuatro Países Europeos. *Rev Esp Salud Pública*. /1: 479-485.

13. PICHERT J, Miller C, Hollo H, Gauld-Jaeger J, Federspiel Ch, Hickson G. (1998). What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Journal on Quality Improvement*. 24: 303-312.
14. PUJOL J, Gene B, Sans C et al. (2006). El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 20: 209-19.
15. REID R, Haggerty J, McKendry R. (2002). *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
16. RODRÍGUEZ-CONTRERAS R, López R, Aguado A, Gastón J, Bueno A, Lardelli P, Gálvez P. (1993). La continuidad interepisodios en atención primaria de salud: propuesta de un indicador. *Bol Of Sanit Panam* 114(3): 243-247.
17. RUÍZ U. (2000). Diseño de un sistema de gestión estratégica para los servicios académicos y científicos en las universidades cubanas. Facultad de Economía. Pinar del Río.
18. SAULTZ J, Lochner J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 3: 159-66.
19. SIXMA H, Kersenns J, van Campen C, Peters L. (1998). Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*. 1: 82-95.
20. SOLA J. (2010). Auditoría de interfase de flujo o proceso. Instituto de Salud Pública. PUCE.
21. STARFIELD B. (1994). ¿Is primary care essential? *Lancet*. 344: 1129-1133.
22. TAMAYO M. (2007). Admisión y Gestión de Pacientes en Atención Especializada. Servicio de Admisión y Documentación Clínica Hospital de Cabueñes (Gijón).
23. UNGER J, Mercenier P (1993). *Applied Research Methodology for Health Services and System Organization*.
24. VAN SERVELLEN G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nurs Health Sci*. 8: 185-95.
25. ZURRÓ M. (1997). Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. En: Gómez T, Ceitlin J. *Medicina de Familia: clave de un nuevo modelo*. Madrid. Sem FYC/CIMF.

18. Anexos

Anexo 1: Encuesta de satisfacción del usuario



Atención al Cliente

ENCUESTA

FECHA:.....

SERVICIO:.....

1.- Cuanto tiempo esperó para ser atendido?

2.- En cuanto a la atención recibida :

	Excelente	Muybueno	Bueno	Regular	Pésimo
El personal de información					
El médico brindó un trato					
La enfermera le brindó un trato					
El personal de secretaria le brindó un trato					

3.- La explicación del Doctor/a fue?

Clara..... Poco Entendible.... Confusa.....

4.- Califique el trato del Doctor/a hacia usted:

Muybueno..... Bueno..... Regular..... Pésimo.....

5.- Califique en general nuestra infraestructura :

Muybueno..... Bueno..... Regular..... Pésimo.....

6.- Usted siente que la resolución de su problema de salud fue:

- *Satisfecho
- *Poco satisfactorio
- * Insatisfactorio

7.- Después de la atención recibida, confía usted en los servicios del Hospital

- * Mucho
- * Poco
- *Nada

8.- Pudo conseguir su próxima cita en las hora y fecha que usted solicito:

- *SI
- *NO

9.- Tiene algún tipo de Seguro? IESS..... Ministerio de Salud..... Privado..... Ninguno.....

10.- COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO

Ayúdenos con sus datos personales para enviarle información.

Nombre:.....

Email:.....

Gracias por su colaboración

“HOSPITAL PADRE JOSÉ CAROLLO SISTEMA DE SALUD INTEGRAL”

MEMORANDO DIRECCION MEDICA
MDM-016-2012

**PARA : Hospitalización/ Materno Infantil/
Responsables y Jefes de Servicios de Pediatría/
Gineco -Obstetricia.**

**DE: Dr. Marcelo Torres
DIRECTOR MEDICO HUCV.**

ASUNTO: EN EL ETEXTO.

FECHA: Quito DM, enero 20 de 2012.

Por medio de la presente tengo a bien informar a ustedes que a partir del lunes 23 de enero del año en curso, procederemos a manejar el formulario adjunto, correspondiente al **Direccionamiento de pacientes al ingreso y egreso de los servicios**, así como al **flujo de pacientes de trámite Operativo y Administrativo entre Consulta Externa – Hospitalización.**

Esta herramienta será llevada para control en los servicios y así como en Admisión.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,


Dr. Marcelo A. Torres
DIRECTOR MÉDICO HUCV.

HOSPITAL “PADRE CAROLO”
Un Canto a la Vida
DIRECCIÓN
MEDICA

Anexo 3: Cronograma de capacitación del personal sobre el llenado del formato

**“HOSPITAL PADRE JOSÉ CAROLLO
SISTEMA DE SALUD INTEGRAL”**

**MEMORANDO DIRECCION MEDICA
MDM-009-2012**

PARA : Personal de Hospitalización Materno
Infantil/ Consulta Externa Pediatría y Ginecología/

DE: Dr. Marcelo Torres
DIRECTOR MEDICO HUCV.

AŞUNTO: Capacitación

FECHA: Quito DM, enero 05 de 2012.

Por medio de la presente se les hace una cordial invitación a la Capacitación sobre el uso del **Formulario de Direccionamiento de pacientes al ingreso y egreso de los servicios** que se llevará a cabo en la sala de Capacitación el día 10 de enero de 2012 a partir de las 10h00am con el siguiente cronograma adjunto:

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
10H00	Presentación	Dr. Jose Luis Ayala
10H30	Uso del formulario	Lcda. Karina Quiroga
11H00	Práctica	Lcda. Karina Quiroga
11H30	Preguntas	Dr Marcelo Torres

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. Marcelo A. Torres R.

DIRECTOR MEDICO HUCV.

HOSPITAL “PADRE CAROLO”
Un Canto a la Vida
**DIRECCIÓN
MEDICA**

FORMATO DE DERIVACION DE PACIENTES
HOSPITALIZACION / CONSULTA EXTERNA

Fecha:

Nombre:.....

Edad:

Número de Historia Clínica:

Tratante:

Fecha de Ingreso: **Fecha de Alta:**

Diagnóstico de Ingreso:
.....
.....

Diagnóstico al Alta:
.....
.....

Días de Hospitalización:

Procedimientos Especiales:
.....
.....
.....

Resumen del Tratamiento:
.....
.....
.....
.....

Tratamiento al Alta (Medicamento/Dosis/Intervalo):
.....
.....
.....
.....

Fecha de la Cita por Consulta Externa: **Médico:**.....

.....

Firma y Sello

DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN ENTRE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

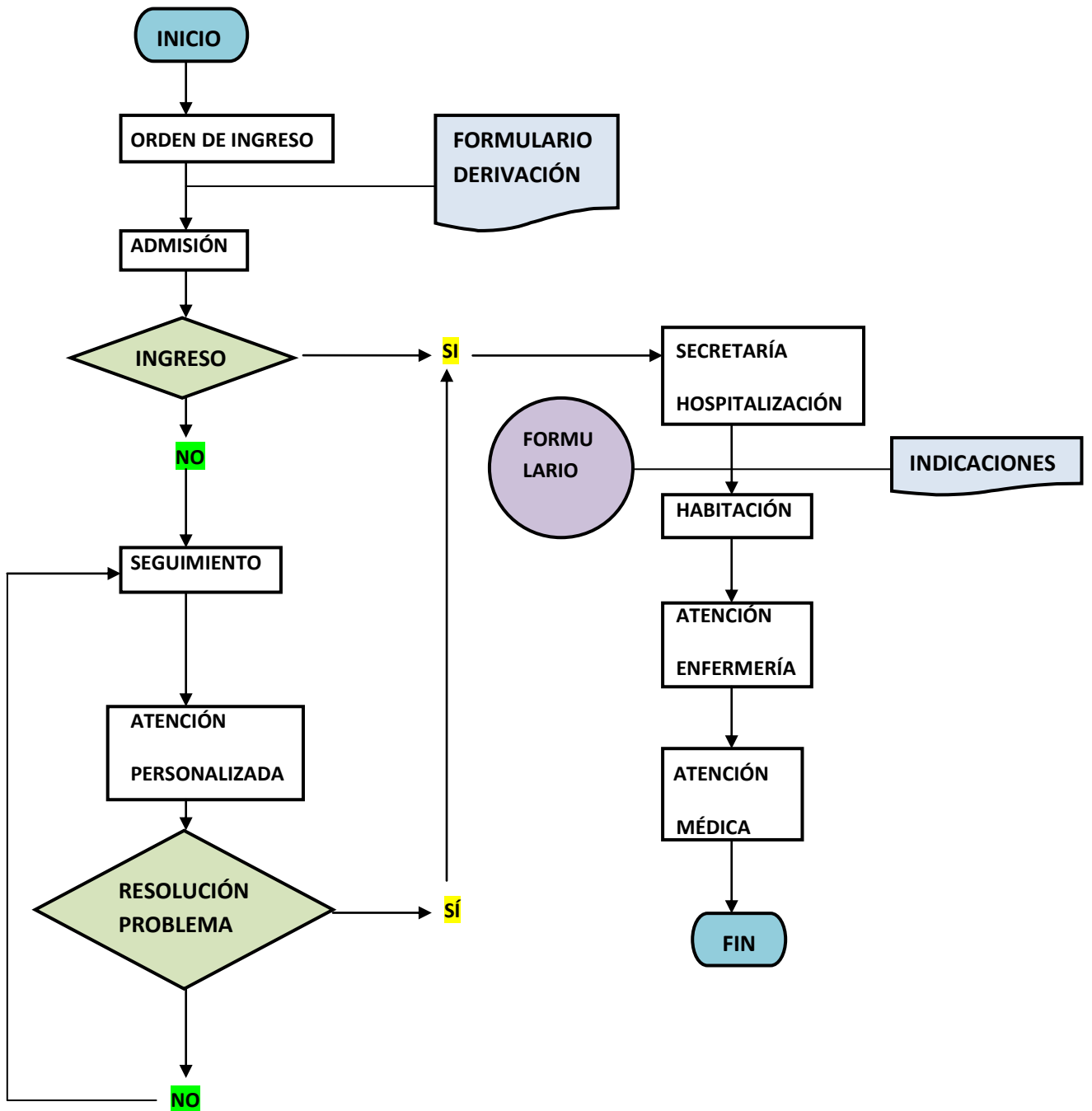
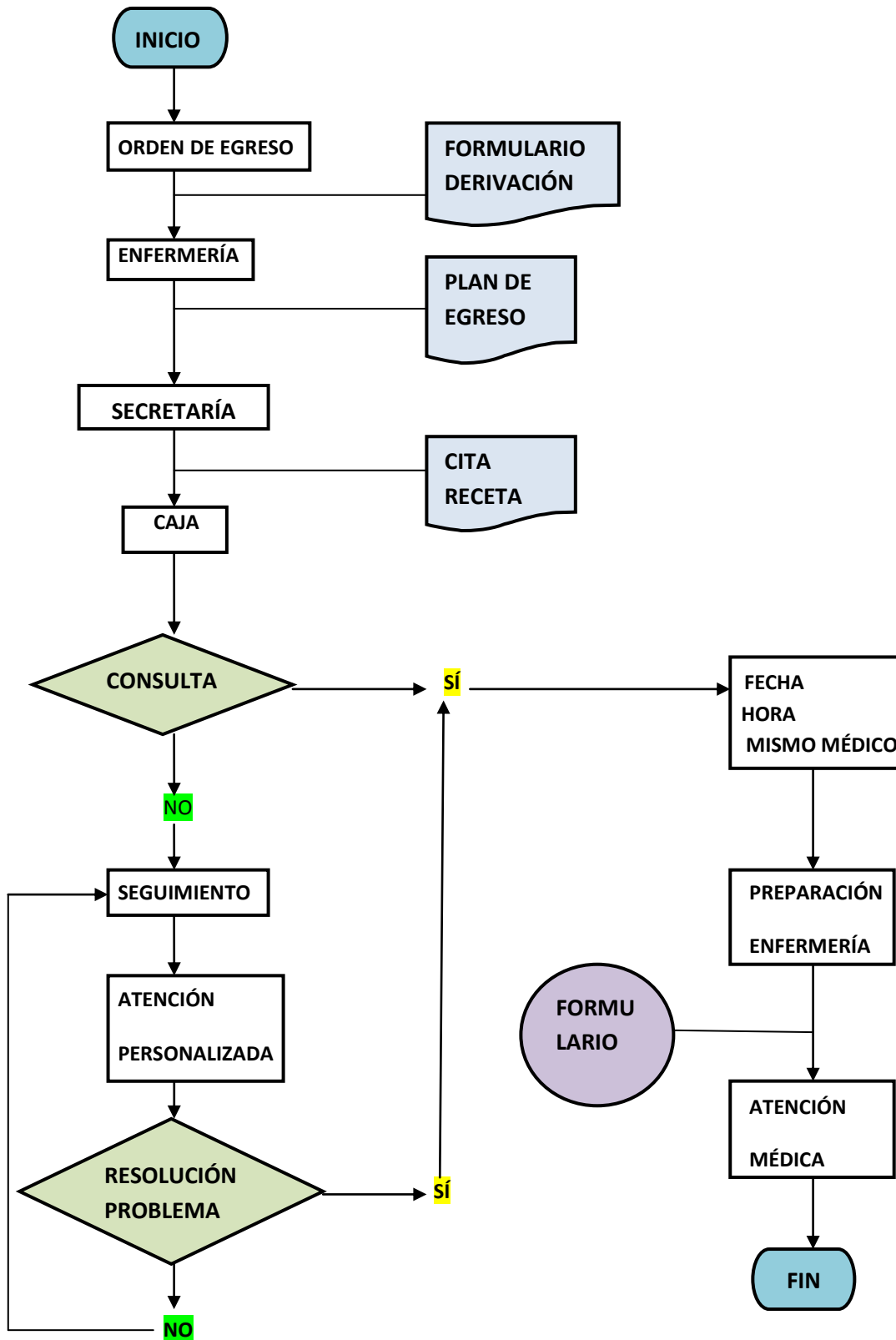


DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN ENTRE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA



Anexo 6: Cronograma de capacitación del personal sobre el uso del flujo de pacientes

“HOSPITAL PADRE JOSÉ CAROLLO SISTEMA DE SALUD INTEGRAL”

**MEMORANDO DIRECCION MEDICA
MDM-010-2012**

PARA : Personal de Hospitalización Materno Infantil/ Consulta Externa Pediatría y Ginecología/ Admisión.

DE: Dr. Marcelo Torres
DIRECTOR MEDICO HUCV.

ASUNTO: Capacitación

FECHA: Quito DM, enero 05 de 2012.

Por medio de la presente se les hace una cordial invitación a la Capacitación sobre el uso del Flujo de **pacientes de trámite Operativo y Administrativo entre Consulta Externa – Hospitalización** que se llevará a cabo en la sala de Capacitación el día 13 de enero de 2012 a partir de las 10h00am con el siguiente cronograma adjunto:

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
10H00	Presentación	Dr. José Luis Ayala
10H30	Uso del flujo	Eco. Janeth Procel
11H00	Preguntas	Dr. Marcelo Torres

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. Marcelo A. Torres R.
DIRECTOR MÉDICO HUCV


HOSPITAL "PADRE CAROLO"
Un Conto a la Vida
DIRECCIÓN
MEDICA