

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**  
**Licenciatura en Promoción de la Salud**

**Propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total, año 2017.**

Proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud

**Proponente:**

Karina Vanessa León Campos

Carné: B23662

**Sede Universitaria Rodrigo Facio Brenes**

**-2018-**

## Acta de aprobación de la defensa pública



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

ESP

Escuela de Salud  
Pública

### ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 02-2018

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día jueves 22 de marzo 2018, a las 2:00 pm con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Karina Vanessa León Campos	B23862	2016

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de Proyecto para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por.

Dr. Juan Carazo Salas	Presidente
Dra. Luisa Villanueva Salazar	Profesora invitada
Dr. Mauricio Vargas Fuentes	Directora T.F.G.
Dra. Ileana Vargas Umaña	Miembro del Comité Asesor
Licda. Karol Rojas Araya	Miembro del Comité Asesor

### ARTICULO I

La persona que preside el acto informa que el expediente de la persona postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y por lo tanto se solicita que proceda hacer la exposición.



**ARTICULO II**

La persona postulante realiza la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **"Propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total, año 2017"**.

**ARTICULO III**

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador realiza las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el proceso, el Tribunal procede a deliberar en privado.

**ARTICULO IV**

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación

APROBADO (  )      NO APROBADO (  )

**Observaciones**

*Aplicar la herramienta de diagnóstico y análisis de la situación de la organización, a partir de los componentes de calidad total, en el servicio de emergencias, a fin de analizar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de emergencias, en relación con la incorporación de componentes de calidad total, a fin de mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de emergencias.*



ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica a la postulante el resultado de la deliberación siendo esta aprobatoria por lo que lo declara acreedora al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se le indica que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 36 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se le informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las \_\_\_\_\_ se levanta la sesión en \_\_\_\_\_

Nombre:

Firma:

Handwritten names in the 'Nombre' column: Ana Helena Rojas, Juan Carlos Vargas, Luis Rojas, etc.

Handwritten signatures in the 'Firma' column.

Estudiante

Handwritten signature of the student.

Alguna otra observación

Horizontal line for observations.

c Oficina de Registro

SELLO

Expediente

Postulante

## **Derechos de propiedad intelectual**

**Reservados todos los derechos de propiedad intelectual. Queda prohibida la reproducción total o parcial de la presente obra, por cualquier medio existente, sin el consentimiento previo y escrito de la autora.**

## **Dedicatoria**

A Dios, a quien corresponde la gloria y el honor, por guiar cada uno de mis pasos, y por permitirme lograr esta meta.

A mis padres, Luz y Rafael, por todo su esfuerzo, amor, apoyo, enseñanza, ejemplo y formación. A mis hermanos, Jorlenny, Alexander y María, por ser mi ejemplo y por su cariño incondicional. A mi abuela Martha (+) que me acompaña desde el cielo.

A los maestros y profesores de escuela, colegio y universidad, por enseñarme tanto de lo que hoy sé, desde los aspectos más sencillos. A los amigos y compañeros de todas las etapas de mi vida, que han sido parte de este proceso y a los cuales llevo en mi corazón.

A Cristhian, por estar siempre a mi lado, por ser mi complemento, soporte y compañero.

**Karina.**

## Resumen

**Introducción:** Cada vez más se incluye en los servicios de salud la calidad como un pilar fundamental de la atención y una de las filosofías para trabajarlo ha sido la calidad total y mejora continua. En esta investigación se aborda desde la promoción de la salud, debido a que esta trabaja sobre los determinantes de la salud y los servicios de salud son uno de estos. Además, la promoción de la salud busca la creación de espacios saludables, entre ellos los laborales, y una forma exitosa de lograrlos según la OMS ha sido desde la mejora continua incorporando a los funcionarios en el proceso. **Objetivo:** El propósito del estudio fue diseñar una propuesta de reorientación hacia la promoción de la salud del Servicio de Emergencias (SE) del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) a partir de la incorporación de componentes de calidad total. **Material y método:** El estudio se realizó en el año 2017 con los funcionarios del servicio. Corresponde a un estudio descriptivo y transversal con enfoque mixto. La parte cuantitativa se abordó mediante un censo poblacional (cuestionario) y la parte cualitativa mediante una muestra a conveniencia (grupo focal a diez personas por tipo de funcionario). El procesamiento de la información se realizó con programas como Excel, Word, SPSS y Atlas Ti. **Resultados:** Se encontró que la mayor cantidad de consultas fueron en el grupo de 1 a 5 años (12,5%), en mujeres (55%), y que se dieron principalmente en el cantón Central de Heredia (41%), en el II turno de atención los días lunes, sábado y domingo. Las áreas y equipamiento coinciden con lo establecido por autores e instituciones sobre lo que debe tener un servicio de emergencias. Sobre componentes de calidad total, se encontró que se realiza evaluación del desempeño (97%), predomina la comunicación buena y muy buena (46,2%), se realiza trabajo en equipo (64%), se ha realizado inducción (43%), se dan capacitaciones (77%), la mayoría está motivado (60%) y se da poco reconocimiento a los funcionarios (15%). **Conclusiones:** El comportamiento es similar a otros servicios de emergencias y los recursos son distribuidos acorde a la demanda de los turnos. Además los resultados permiten identificar que se puede hacer un abordaje desde otros niveles de atención. En cuanto a componentes de calidad total, los resultados son positivos pero conforme a esta filosofía, deben ser mejorados continuamente respetando el funcionamiento del sistema (CCSS) y trascendiendo de lo meramente clínico. Esta propuesta viene a ser un aporte para un conocimiento más profundo de la demanda presentada, se convierte en una oportunidad para fortalecer los procesos que ya se realizan y para contemplar otros factores condicionantes, donde el SE del HSVP pueda incidir desde la promoción de la salud en abordajes más holistas, trabajo más articulado, descongestión del servicio u otros.

**Palabras clave:** Reorientación, promoción de la salud, servicio de emergencias, calidad total.

### **Ficha bibliográfica**

**Título:** Propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total, año 2017.

**Autora:** Karina Vanessa León Campos

**Unidad Académica:** Escuela de Salud Pública.

**Grado:** Proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

**Director del trabajo final de graduación (proyecto):** Dr. Mauricio Vargas Fuentes.

San José, Costa Rica, 2018.



## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradezco a los miembros de mi comité asesor. Al director, Dr. Mauricio Vargas Fuentes por su acompañamiento y por compartir su conocimiento conmigo mediante este proyecto. A los profesores lectores, Licda. Karol Rojas Araya y Dra. Ileana Vargas Umaña, por su valioso aporte en este proyecto final de graduación.

Al Hospital San Vicente de Paúl por la oportunidad de realizar esta investigación ahí. A los doctores Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Dra. Priscilla Balmaceda Chaves y Dra. Katherine Mata Rojas por abrirme las puertas del centro médico. A los doctores Dra. Marisabel García Rojas y Dr. Max Morales Mora por la información y ayuda brindada. A Katherine, Rosemary, Iveth, María y Marlen, por su amabilidad y colaboración.

A la Dra. Marny Ramos Rivas, Dr. José Soto Roldán y Dra. Lizbeth Granados, por su compromiso y apoyo incondicional. A todos los funcionarios del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, que han sido parte de esta investigación.

Al personal docente y administrativo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, quienes han contribuido con su conocimiento, acompañamiento y colaboración, en cada una de las etapas de mi formación profesional. De los administrativos, especialmente a Yulia Zúñiga Chaves, Pamela Solano Vargas y Melissa Sequeira Nema.

Finalmente, a todas aquellas personas que han contribuido de una u otra forma a la realización del presente proyecto final de graduación.

## Tabla de Contenido

Acta de aprobación de la defensa pública.....	ii
Derechos de propiedad intelectual .....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	vii
Agradecimientos .....	ix
Tabla de Contenido.....	x
Índice de Cuadros .....	xiv
Índice de Tablas .....	xiv
Índice de Figuras .....	xiv
Índice de Gráficos.....	xv
Significado de Abreviaturas .....	xvi
I. Introducción.....	17
1.1 Contextualización del proyecto.....	18
1.1.1 Situación geográfica.....	18
1.1.2. Situación histórica .....	19
1.1.3 Situación organizacional .....	20
1.2. Delimitación del problema .....	22
1.2.1. Justificación.....	22
1.2.2. Pregunta de investigación.....	24
1.2.3 Objetivos .....	24
1.3. Antecedentes.....	25
1.3.1. Internacional.....	25
1.3.2. Regional.....	27
1.3.3. Nacional .....	31
II. Marco Teórico.....	32
2.1 Salud.....	32
2.2 Salud pública .....	33

2.2.1	Determinantes de la salud .....	35
2.2.2	Funciones esenciales de la salud pública .....	37
2.3	Promoción de la Salud .....	40
2.4	Calidad de la atención.....	43
2.5	Calidad total .....	45
2.5.1	Evolución histórica de calidad total.....	45
2.5.2	Definición de calidad total .....	47
2.6	Análisis demanda-oferta .....	49
2.6.1	Enfoque sistémico .....	49
2.7	Plan de Acción .....	53
2.7.1	Definición .....	53
2.7.2	Objetivos .....	54
2.7.3	Acciones.....	54
2.7.4	Recursos .....	54
2.7.5	Plazos.....	54
III.	Metodología .....	55
3.1.	Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	55
3.1.1	Identificación del campo de estudio y del período a analizar .....	56
3.1.2	Selección de las fuentes de información .....	56
3.1.3	Realización de la búsqueda.....	57
3.1.4	Gestión y depuración de los resultados de la búsqueda .....	57
3.1.5	Análisis de los resultados.....	58
3.2	Metodología general.....	58
3.2.1	Perspectiva de investigación .....	59
3.2.2	Enfoque de investigación .....	59
3.2.3	Tipo y diseño de investigación .....	59
3.2.4	Delimitación espacio-temporal del proyecto.....	60
3.2.5	Población y objeto de estudio.....	60

3.2.6	Diseño muestral .....	61
3.2.7	Criterios de inclusión y exclusión .....	61
3.2.8	Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	62
3.2.9	Operacionalización de las variables/categorías .....	63
3.2.10	Plan de trabajo y cronograma .....	66
3.2.11	Plan de recolección, procesamiento y análisis de información.....	70
3.2.12	Recursos utilizados .....	71
3.2.13	Plan de garantía ética.....	74
3.2.14	Comité Asesor .....	76
3.2.15	Limitaciones .....	77
IV.	Desarrollo.....	79
4.1	Capítulo 1: Análisis de las necesidades de los usuarios frente a la oferta de recursos del SE del HSVP.....	79
4.1.1	Características de la demanda del SE del HSVP en el año 2016.....	79
4.1.2	Características de la oferta del SE del HSVP en el año 2016 .....	89
4.1.3	Análisis de la relación oferta y demanda del SE del HSVP año 2016 .....	95
4.2	Capítulo 2: Componentes de Calidad Total en el SE del HSVP .....	97
4.2.1.	Mejora continua .....	98
4.2.2.	Capacitación y educación .....	112
4.2.3.	Enfoque al empleado .....	122
4.3	Capítulo 3: Líneas de acción para el SE del HSVP .....	128
4.3.1	Descripción de la propuesta .....	128
4.3.2	Metodología de referencia .....	130
4.3.3	Población beneficiaria.....	132
4.3.4	Objetivos de la propuesta.....	134
4.3.5	Actividades/Acciones .....	137
4.3.6	Recursos necesarios.....	144
4.3.7	Plazos de ejecución .....	148
4.3.8	Evaluación .....	151

V. Conclusiones y recomendaciones .....	153
5.1 Conclusiones .....	153
5.2 Recomendaciones .....	159
VI. Referencias Bibliográficas.....	163
VII. Anexos .....	185
7.1 Anexo 1. Mapa de cantones de la provincia de Heredia.....	185
7.2 Anexo 2. Guía de grupo focal.....	186
7.3 Anexo 3. Cuestionario.....	188
7.4 Anexo 4. Consentimiento informado.....	191
7.5. Anexo 5. Principales causas de consulta SE-HSVP, 2016. Números absolutos... 194	
7.6 Anexo 6. Principales causas de consulta del Servicio de Emergencias del HSVP, según distrito, año 2016.....	195
7.7 Anexo 7. Mobiliario general y clínico de un servicio de urgencias.....	197
7.8 Anexo 8. Agrupación en categorías de los temas identificados de capacitaciones recibidas por los funcionarios del SE del HSVP.....	199
7.9 Anexo 9. Matriz DAFO .....	201
7.10 Anexo 10. Encuesta de medición de experiencia del paciente con base en herramienta de HCAHPS .....	202

## Índice de Cuadros

Cuadro 1. Casos de mejora en estadísticas a partir de la incorporación de una filosofía de calidad total.....	30
Cuadro 2. Proceso de depuración de los resultados de búsqueda.....	58
Cuadro 3. Forma de abordaje metodológico de los enfoques cuantitativo y cualitativo.....	61
Cuadro 4. Tipos de servicios y secciones del SE del HSVP.....	84
Cuadro 5. Equipo e insumos del SE del HSVP.....	91
Cuadro 6. Tipos de funcionarios del SE del HSVP.....	92
Cuadro 7. Distribución de especialistas en el SE del HSVP.....	95
Cuadro 8. Formas de evaluación del desempeño de funcionarios del SE del HSVP.....	100

## Índice de Tablas

Tabla 1. Porcentajes de incidencia en mortalidad y gasto público invertido según factores determinantes de la salud identificados por Lalonde.....	37
Tabla 2. Costos del Trabajo Final de Graduación.....	73
Tabla 3. Cantidad de consultas según grupo etario SE-HSVP, 2016.....	80
Tabla 4. Cantidad de funcionarios según turno del SE del HSVP.....	94

## Índice de Figuras

Figura 1. Organigrama del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl...	20
Figura 2. Modelo de Determinantes de Dahlgren y Whitehead, 1992.....	35

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de consultas según grupo etario SE-HSVP, 2016.....	81
Gráfico 2. Porcentaje de consultas según sexo SE-HSVP, 2016.....	82
Gráfico 3. Número de consultas según zona de residencia (cantones) SE-HSVP, 2016.....	83
Gráfico 4. Número de consultas según turno y día de la semana SE-HSVP, 2016.....	85
Gráfico 5. Principales causas de consulta SE-HSVP, 2016.....	87
Gráfico 6. Conoce usted los resultados de las evaluaciones del desempeño.....	103
Gráfico 7. Cómo califica los procesos de comunicación a lo interno del SE.....	105
Gráfico 8. Medios que frecuentemente se utilizan para comunicarse en el SE.....	107
Gráfico 9. Se brinda a los funcionarios espacios de opinión participativos sobre aspectos del SE.....	109
Gráfico 10. Considera usted que en el SE se realiza un trabajo en equipo.....	111
Gráfico 11. Recibió usted un proceso de inducción al incorporarse al SE.....	113
Gráfico 12. Aspectos que contempló el proceso de inducción.....	114
Gráfico 13. Se dan capacitaciones en el SE.....	115
Gráfico 14. Temas de capacitaciones recibidas por los funcionarios SE-HSVP, 2016 .....	117
Gráfico 15. Forma de asistencia a las capacitaciones.....	118
Gráfico 16. A cuántas capacitaciones ha asistido.....	120
Gráfico 17. Años que tienen de laborar los funcionarios en el SE del HSVP, 2016.....	121
Gráfico 18. Se siente motivado en su trabajo.....	123
Gráfico 19. Se dan en el SE reconocimientos a los funcionarios por su buen desempeño.....	125

## Significado de Abreviaturas

HSVP	Hospital San Vicente de Paúl
SE	Servicio de Emergencias
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIBDI	Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información
UCR	Universidad de Costa Rica
EBSCO	Elton B. Stephens Company
OPAC	Catálogo de bibliotecas público en línea
DOAJ	Directory of Open Access Journals
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
DAA	Dolor Abdominal Agudo
DA	Diarrea Aguda
IVRS	Infección en las Vías Respiratorias Superiores
ASIS	Análisis Situacional Integral en Salud
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
DAFO	Matriz de estrategias de aprovechar fortalezas y oportunidades para contrarrestar debilidades y amenazas
SV	Signos Vitales
MC	Miocardopatía
IV	Intravenosa
UNED	Universidad Estatal a Distancia
UCLA	Universidad de California, Los Ángeles
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
COLAM/OUI	Colegio de las Américas, Organización Universitaria Interamericana
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social



## I. Introducción

Cuando se habla de calidad de un servicio de salud, además de pensar en la satisfacción del paciente que recibe la atención, es importante tomar en cuenta también a los funcionarios que lo brindan, y los procesos en sí que se incluyen en dicho servicio. Además, según Malagón, Galán y Pontón (2008), cada vez más los cambios en los sistemas de salud, incluyen la calidad como un pilar fundamental en la prestación de estos servicios (p.616).

Para ello, se ha trabajado la calidad desde diferentes enfoques y uno de ellos es el de calidad total y mejora continua, que ha sido empleado en salud desde los ochenta (Gilmore y Moraes, 1986, p.4). Con la incorporación de este enfoque, se ha evidenciado una mejora en los indicadores hospitalarios, como disminución de errores, aumento en las indicaciones médicas, mejora en la satisfacción del paciente, etcétera (Munehika, Sano, Jin y Kajihara, 2014, p.895).

Aunado a ello, la promoción de la salud tiene como segunda línea de acción la creación de espacios saludables, entre los que se encuentran los espacios laborales, y según la OMS (2010) una forma exitosa para lograrlos es a través de la incorporación de los trabajadores en procesos de mejora continua (pp.65.68-69). Al mismo tiempo, también se vincula con la quinta línea de acción que corresponde a la reorientación de servicios de salud, ya que en ella se responsabiliza a funcionarios e instituciones, a incorporar la promoción de la salud en los servicios sanitarios. Por otra parte, estudios indican que incorporar la promoción de la salud en servicios de emergencias, puede significar impactos positivos como reducción de costos, mejora de la salud comunitaria, entre otros.

Esta relación entre promoción de la salud y servicios de emergencias, se enmarca en el tanto que las acciones de promoción de la salud tienen como centro la actuación sobre los determinantes sociales de la salud (De la Torre y Oyola, 2014, p.2) entre los cuales se ubican a su vez los servicios sanitarios (Siede, s.f., p.14). Por lo tanto, se realiza este proyecto en el Hospital San Vicente de Paúl

(HSVP de aquí en adelante), localizado en la provincia de Heredia, y más específicamente con los funcionarios del Servicio de Emergencias (SE de aquí en adelante): médicos, enfermeros (as), administrativos y asistentes de registros médicos.

El estudio se realizó desde el enfoque mixto, que permitió identificar las características de la población consultante en el SE y los recursos que se tienen para responder a las mismas; el conocimiento de los funcionarios sobre la calidad total y como algunos de sus componentes se aplican o no en el SE. A partir de ello, se elabora una propuesta dirigida a la jefatura del SE, que contribuya a mejorar la salud de los funcionarios y también la calidad de la atención que se brinda.

Finalmente, con la realización de este proyecto se tiene un sustento teórico y práctico sobre la complementariedad que puede tener la promoción de la salud con la calidad total, para incidir positivamente en las condiciones de salud de las personas, y en este caso específico, como a través de dicha vinculación se pueden mejorar los servicios de emergencias hospitalarios.

## **1.1 Contextualización del proyecto**

A continuación, se presenta la situación geográfica, histórica y organizacional del SE del HSVP.

### **1.1.1 Situación geográfica**

El presente estudio se desarrolló en el HSVP, el cual se localiza en la provincia de Heredia, que es la número cuatro del país. Dicha provincia, limita al norte con Nicaragua, al este con la provincia de Limón, al sur con la provincia de San José y al oeste con la provincia de Alajuela. Asimismo, se encuentra dividida en 10 cantones: Central, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, San Isidro, Belén, Flores, San Pablo y Sarapiquí. (*Ver Anexo 1*) El HSVP se sitúa en el

distrito uno de esta provincia, es decir el distrito Central, y su dirección oficial es 800 metros al sur del Palacio de los Deportes. Cabe destacar, que este distrito según datos de la Municipalidad de Heredia (s.f), cuenta con una extensión geográfica de 282, 6 km<sup>2</sup> (párr. 1).

### **1.1.2. Situación histórica**

Una vez descritas las características geográficas de la ubicación del HSVP, se procede a explicar lo referente a algunos aspectos de su historia. En cuanto a su creación, Ortega (2011), menciona que el HSVP se inaugura en la provincia de Heredia, el 08 de diciembre de 1890, adscrito bajo la Junta de Protección Social (JPS), pasando a manos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) hasta el año 1976 (p.1).

Para esa época, a dicho centro médico le correspondía la atención de 428.000 habitantes y se encontraba ubicado en un área de 7325,43 m<sup>2</sup> de construcción y 3569,77 m<sup>2</sup> de parqueo, distribuido entre los siguientes insumos: 163 camas, 12 consultorios, 4 salas de operaciones, 2 salas de partos, 3 salas de diagnóstico por imágenes y 10 camas de observación (p.1).

Posteriormente, por la deteriorada e insuficiente infraestructura

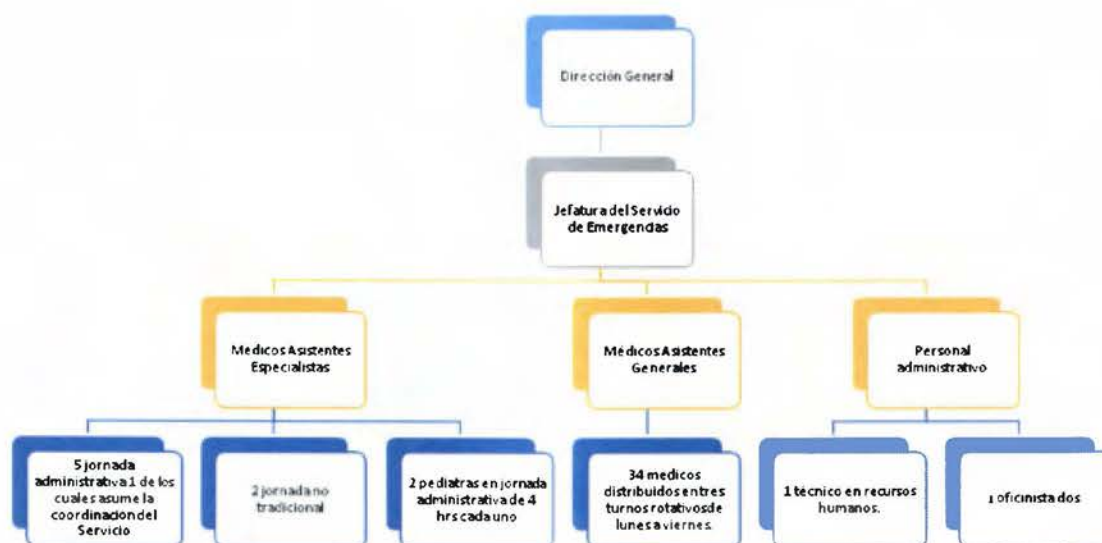
el 04 de Mayo del 2010 se inaugura el Nuevo Hospital San Vicente de Paúl de Heredia con un área de construcción cercana a los 36.000,00 m<sup>2</sup>, cuenta con seis edificios, tiene una capacidad de hospitalización de 246 camas, 42 consultorios médicos (Ortega, 2011, p.1).

Del mismo modo, de este hospital se ha seleccionado para esta investigación el SE, del cual se exponen algunas características en el siguiente apartado.

### 1.1.3 Situación organizacional

Según el Manual del SE del HSVP (2016), este departamento cuenta con 7 médicos especialistas, 2 pediatras, 34 médicos generales, 1 técnico en recursos humanos y 1 oficinista de la jefatura (p.32). Esta distribución de puestos, se puede evidenciar en el siguiente organigrama:

**Figura 1. Organigrama del Servicio de Emergencias, Hospital San Vicente de Paúl**



Fuente: Tomada de Manual del Servicio de Emergencias (2016).

Asimismo, como se nota en el organigrama anterior, los médicos especialistas se dividen en 7 de jornada administrativa, 1 en jornada no tradicional y 2 pediatras en jornada administrativa de 4 horas. Además, es significativo indicar que este organigrama no incluye los enfermeros (as), auxiliares de enfermería, asistentes de pacientes, ni registros médicos. Sin embargo, según datos brindados por la asistencia

médica de la dirección general del HSVP, este servicio cuenta con 34 enfermeros (as), 75 auxiliares de enfermería, 37 asistentes de pacientes, 2 administrativos dependientes de la jefatura de enfermería y 9 asistentes de registros médicos, los cuales son distribuidos en tres turnos.

Por otra parte, el SE responde a una misión, visión y objetivos, que funcionan como orientadores en el accionar de este servicio, y por ende son importantes para esta investigación. Con respecto a la misión y visión, estas se presentan en el Manual del SE (2016) y son las siguientes:

**Misión:** Asegurar a todo paciente con alguna condición de salud que amenace a corto plazo su integridad vital una atención oportuna, eficaz, humanizada, y consecuentemente contribuir a disminuir la mortalidad y las secuelas de sus patologías; en un entorno agradable, digno y de gran humanidad (p.11).

**Visión:** El Servicio de Emergencias de Hospital San Vicente de Paúl dentro del marco normativo de los principios fundamentas de la seguridad social, buscará ser líder en el manejo del paciente agudo; proporcionando una atención de óptima calidad que pueda constituirse en modelo a seguir en el sistema nacional de salud (p.11).

En lo que corresponde a los objetivos del SE, estos se indican en la presentación del informe de rendición de cuentas de ese servicio, y son los siguientes:

- Brindar prestaciones de salud en el Servicio de Emergencias, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad.
- Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia.
- Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en el Servicio de Emergencias.
- Evaluar a todos los enfermos que acuden al Servicio de Emergencias, dando prioridad para su atención a aquellos pacientes donde su queja pueda llegar a comprometer su vida en un momento dado.

A partir de los anteriores, es posible identificar que el SE, contempla algunos componentes que pueden ser trabajados desde la calidad total, como lo es el caso del primer objetivo, donde tienen al usuario y su satisfacción como fin último, y del tercero, donde se busca el uso eficiente de los recursos. También, se contempla la demanda y oferta, pretendiendo brindar esta última en función de las necesidades de los pacientes, que es lo que se buscó en el primer objetivo específico de este estudio.

## **1.2. Delimitación del problema**

Como parte de la delimitación del problema, se presentan a continuación la justificación de este estudio, la pregunta de investigación, los objetivos y los antecedentes.

### **1.2.1. Justificación**

Esta investigación parte del interés de los directivos del HSVP de realizar una intervención en el SE debido a que es un servicio que se congestiona por la alta demanda de pacientes y que a su vez presenta constantes quejas. Al mismo tiempo, por una entrevista realizada, la jefatura identificó que algunos aspectos asociados a la cultura organizacional, como lo es la baja proactividad, constantes incapacidades y baja motivación de los funcionarios podían estar asociados a un trato inadecuado a las personas en la atención y largos tiempos de espera principalmente (M. Morales, comunicación personal, 18 de abril de 2016).

A partir de lo anterior, es que se propone trabajar desde calidad total, la cual según Carro y González citando a Bates 1993 "...se focaliza en las necesidades del cliente y en la mejora continua de procesos" (2012, p. 1). De esta manera, se enlazan las problemáticas identificadas por los directivos del HSVP y la jefatura del SE (mejora continua de los procesos como factor interno), con la calidad de la atención que se está brindando (necesidades del usuario), lo cual es un aspecto que está también presente en la misión, visión y objetivos de este servicio.

Ahora bien, aunque este enfoque es propio de disciplinas como administración e ingeniería industrial, Gilmore y Moraes (1996) en el manual de gerencia de calidad, mencionan que ha sido utilizado desde la década de los ochenta por diversos profesionales de salud (p.4).

Por otra parte, la relación y pertinencia desde la promoción de la salud, radica en la línea de acción de reorientación de servicios de salud contemplada en la carta de Ottawa de 1986, y que resalta la responsabilidad de las instituciones y funcionarios de incluir la promoción de la salud en los servicios sanitarios. Además, indica que para lograr esta reorientación de servicios, se trabaja desde las condiciones de un ambiente laboral sano para el personal sanitario.

Aunado a ello, en la quinta conferencia mundial de promoción de la salud, desarrollada en México en el año 2000, el tema técnico seis correspondía a la reorientación de servicios de salud, donde el Dr. López Acuña resalta como una de las tres medidas clave de esta línea de acción, el promover la calidad de la atención.

Del mismo modo, Vargas (1990) en su libro Gerencia de Servicios de Salud, incluye como una de las funciones que tienen los hospitales, una atención médica integral, en donde menciona que los centros hospitalarios deben "...actuar en actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, así como de mejoramiento del ambiente" (p.99).

Del mismo modo, como parte de la política nacional de salud Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier (2015), en el ámbito I sobre articulación intra e inter sectorial, un área de intervención corresponde a la calidad en salud. En ella se mencionan políticas y estrategias orientadas a desarrollar procesos de mejora continua y de mejora de la calidad de la fuerza de trabajo (pp.65-70), los cuales son elementos presentes en el enfoque de calidad total.

Por otra parte, un aspecto importante para la viabilidad de esta investigación, correspondió a la apertura de los directivos del centro hospitalario, hacia la promoción de la salud. Además, se indicó por parte de la comisión de

calidad del HSVP, que la propuesta viene a ser un aporte para accionar diversas ideas que tienen pensado desarrollar en el tema de calidad en este servicio.

Finalmente, cabe destacar que aunque se han desarrollado algunas investigaciones sobre la temática en este centro médico, ninguna ha incursionado en una propuesta de promoción de la salud, sino que se han limitado a identificar necesidades o factores influyentes en la salud laboral de los funcionarios.

### **1.2.2. Pregunta de investigación**

A partir de las razones anteriormente descritas, se planteó para efectos de este estudio la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo reorientar hacia la Promoción de la Salud el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl desde el enfoque de Calidad Total?

### **1.2.3 Objetivos**

#### **1.2.3.1. Objetivo general**

Diseñar una propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total.

#### **1.2.3.2. Objetivos específicos**

1. Analizar las necesidades de los usuarios (demanda) frente a la oferta de recursos del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.
2. Describir la aplicación de los componentes de Calidad Total presentes en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.
3. Formular líneas de acción para el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl que incorpore componentes de Calidad Total.



### **1.3. Antecedentes**

A continuación, se presentan una serie de investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, y se exponen en un orden internacional, regional y nacional. Específicamente, de los antecedentes seleccionados, se contempló aspectos como importancia teórica, metodología utilizada, resultados obtenidos y referencias utilizadas.

#### **1.3.1. Internacional**

En el ámbito internacional, Carmen de Nieves Nieto y Lorenzo Ros McDonnell, en el año 2006 publicaron la investigación "Comparación entre los modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige"; la cual forma parte del X Congreso de Ingeniería de Organización desarrollado en Valencia.

Dicha investigación ofreció como principal aporte, las bases teóricas de los diversos modelos de gerencia total de la calidad y lo que estos incluyen y se utilizó como eje central para este estudio el modelo de William Deming, por los criterios en que este se basa: liderazgo, cooperación interna y externa, aprendizaje, gestión de proceso, mejora continua y satisfacción del empleado. Asimismo, se utilizó como referente debido a que tiene una orientación hacia el personal.

Otro aporte es de Shazia Razvi, quien realizó una tesis de maestría en el año 2002, en la Universidad de Concordia en Canadá, denominada "Total quality management: addressing organizational culture in a healthcare institution" (Gestión de calidad total: hacer frente a la cultura en un establecimiento de salud). De esta investigación, se tomó como base algunas dimensiones que Razvi incluye en sus instrumentos de recolección de datos, que están relacionadas a los elementos de la calidad total que fueron tomados en cuenta en este estudio.

En concreto, las dimensiones identificadas corresponden a: aprendizaje, relación con los supervisores, satisfacción del empleado, empoderamiento, conformación; monitoreo y cumplimiento de metas, relaciones con compañeros de

trabajo, planeación de metas de trabajo, tareas versus intereses de las personas, e iniciativas individuales. Igualmente, algunas de estas dimensiones se asocian con los componentes de calidad total y de reorientación de servicios de salud seleccionados en esta investigación, como lo es el aprendizaje, la satisfacción del empleado, el monitoreo, cumplimiento de metas y las iniciativas individuales.

Otro antecedente internacional es un estudio de Masahiko Munechika, Masataka Sano, Haizhe Jin y Chisato Kajihara, del año 2014, y titulado “Quality management system for healthcare and its effectiveness” (Sistema de gestión de calidad para la atención de salud y su eficacia). En esta investigación se seleccionó un sistema de gestión de calidad de una empresa manufacturera y se aplicó a un centro de salud, concluyendo la efectividad de esta aplicación.

Particularmente, este representó uno de los principales antecedentes para esta investigación, debido a que explica un modelo de calidad total en la atención en salud y específicamente en un hospital. Además, se menciona que la implementación del modelo, incrementó aspectos como instrucciones médicas sobre medicación y rehabilitación en el alta, disminuyó errores médicos y repetición de rayos X, y mejoró el porcentaje de satisfacción del paciente.

Por otra parte, se consultó una investigación de Florian Rothlin del año 2013, que se denomina “Managerial strategies to reorient hospitals towards health promotion” (Las estrategias de gestión para reorientar los hospitales hacia la promoción de la salud); en la que además de tratar la temática de reorientación de servicios en los centros hospitalarios, las estrategias que se brindan están asociadas a algunos aspectos de calidad total.

Propiamente, estas estrategias mencionadas son: integración de la promoción de la salud en los niveles tomadores de decisión; gestión y liderazgo continuo y de apoyo; mecanismos de gestión estratégica recursiva; mecanismos de gestión estratégica participativa, y gobernanza indirecta del programa profesional. Las anteriores se relacionan con calidad total en componentes como:

planificación, filosofía organizacional desde la calidad y mejora, liderazgo, mejora continua de los procesos, y capacitación.

Finalmente, se revisó un estudio de Aurora Fontova, del año 2015 y que correspondió a una tesis doctoral en la Universitat de Girona en España. Dicha investigación se titula “Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario”. Cabe destacar que los principales aportes correspondieron a la similitud de población y el lugar del estudio, ya que se contemplan funcionarios de un servicio de emergencias.

En el estudio, se mencionan cuatro estrategias de implementación propuestas por la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud: fomentar la participación y crear compromiso, mejorar la comunicación, la información y educación; usar metodologías y técnicas de desarrollo organizacional y gestión de proyectos; y aprender de la experiencia. De igual forma, se indica que los beneficios de incluir la promoción de la salud en los servicios de urgencias, “...pueden ser una reducción de costes, una mejora del (sic) entendimiento de la salud comunitaria, la educación, seguridad y estabilidad, facilitar el acceso o mejorar la salud de la comunidad entre otros” (Fontova, 2015, p.53).

### **1.3.2. Regional**

En Latinoamérica, Jesús Perdomo y Javier González, desarrollaron en el año 2004, un artículo que forma parte de los cuadernos de administración de Bogotá, Colombia y se denomina “Medición de la gestión de la calidad total: una revisión de literatura”. A partir de ello, el principal aporte corresponde a diversas escalas aplicadas a la medición de gerencia total de la calidad, que se tomaron como referente para la elaboración de la propuesta de este proyecto. Estos instrumentos contienen una serie de preguntas o enunciados con escalas de medida, que tienen como principales dimensiones: apoyo de la dirección y liderazgo; relación con los proveedores; información y evaluación para la calidad;

gestión de procesos; entrenamiento, formación y aprendizaje; diseño de producto; diseño organizacional, comunicación y estrategias; y variable criterio o resultados.

Se concluye que los instrumentos de medida, son de gran relevancia para poder consolidar la calidad total como campo de estudio en diversas disciplinas. Igualmente, se identifica la importancia de aplicar los instrumentos en diversos escenarios para consolidar la fiabilidad de estos.

Por otra parte, Raúl Peña presentó en el 2002 un artículo en la Revista Mexicana de Medicina de Urgencias, llamado "Calidad en la Medicina de Urgencia, una necesidad en nuestros días", en el cual el autor describe algunos puntos clave de modificación de la actitud y la organización de un servicio de urgencias, que buscan la mejora continua y el pensamiento de calidad.

Estas estrategias se presentan a continuación:

- Iniciar el cambio con una buena administración de la jefatura del servicio de urgencias
- Las acciones médicas son fundamentales para reducir ingresos innecesarios y disminuir el tiempo de estancia en urgencias
- Información
- Amabilidad y cortesía
- Apoyo diagnóstico y terapéutico
- Expediente clínico adecuado
- Supervisión de los procesos

Por último, Alexandre Pazzeto y Marli de Carvalho publicaron en el 2005 un artículo llamado "Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileira" (Los reflejos de la gerencia para la calidad total en institutos hospitalarios brasileños). En este caso el aporte correspondió a la incorporación de la filosofía de calidad total y su influencia en la satisfacción del cliente interno (funcionarios), que lleva a su vez a una mejora en las estadísticas hospitalarias.

Lo anterior, se demuestra en cuatro experiencias que los autores recopilan, y donde se hace explícitos los componentes que se pusieron en práctica para lograr mejorar las estadísticas. Los principales resultados obtenidos se muestran en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1. Casos de mejora en estadísticas a partir de la incorporación de una filosofía de calidad total**

<b>Caso</b>	<b>Componentes de calidad total aplicados</b>	<b>Principales resultados</b>
<b>Unidad de Cardiología del Hospital de San Pablo. Universidad Federal de Sao Paulo. Escuela Paulista de Medicina</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 S</li> <li>2. Mejora continua</li> <li>3. Resolución de problemas</li> </ol>	Elevado número de pacientes atendidos que buscan la atención de esa institución.
<b>Hospital Casa de la Santa Misericordia. RS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Movilización de la calidad</li> <li>2. Formación de recursos humanos</li> <li>3. Planificación de la implementación</li> <li>4. Aplicación de gestión de la calidad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Premio UNICEF como Hospital amigo de la niñez.</li> <li>2. Destacado de año por calidad en procesos administrativos y de asistencia.</li> <li>3. Satisfacción de usuarios.</li> <li>4. Reconocimiento de la sociedad.</li> <li>5. Instituciones interesadas en conocer sus procesos.</li> </ol>
<b>Maternidad Darcy Vargas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambio en la gestión de procesos.</li> <li>2. Racionalidad de acciones.</li> <li>3. Maximización de recursos humanos y financieros.</li> <li>4. Reducción de costes.</li> <li>5. Bienestar de los empleados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento de la satisfacción del cliente interno.</li> <li>2. Reducción del índice de mortalidad materna e infantil.</li> <li>3. Reconocimiento municipal, estatal y federal.</li> <li>4. Satisfacción del paciente.</li> </ol>
<b>Hospital Israelita Albert Einstein</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfoque centrado en el cliente.</li> <li>2. Satisfacción de personal.</li> <li>3. Auditorias, registros y herramientas estadísticas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución en la frecuencia de muertes.</li> <li>2. Innovación institucional.</li> <li>3. Espacios de discusión participativos para mejorar estándares de calidad.</li> </ol>

Fuente: Elaboración propia.

### **1.3.3. Nacional**

En lo que a Costa Rica se refiere, se revisó la tesis de maestría de Adriana Lapeira en el año 2006, de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) titulada “Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Marta, durante el año 2005”, fue realizada en un servicio privado y el nombre Santa Marta es ficticio para mantener la confidencialidad de los datos. En este estudio se utilizó la técnica de cuestionario como aporte metodológico, la clasificación de triage, el servicio al cliente y la interacción del usuario con el funcionario como aporte teórico.

Además, Sofía Jiménez Carvajal desarrolló en el 2015 una maestría en el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) que se titula Fortalecimiento a los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud Golfito. Dicho estudio ha sido seleccionado como antecedente, por ser una propuesta de fortalecimiento a un servicio de salud y por ser específicamente desde la promoción de la salud.

El abordaje se hizo desde una propuesta metodológica basada en un modelo de planificación participativa, que incluye a su vez componentes como: capacitación continua y trabajo interdisciplinario. Del mismo modo, se consideran las estrategias de comunicación, educación, participación y abogacía, y los temas de hábitos saludables. A partir de ello, se indica que las guías metodológicas orientan al personal para abordar los diversos grupos etarios de acuerdo a sus necesidades.

## II. Marco Teórico

Como parte de la elaboración de este proyecto, es pertinente describir el referente teórico en el que este se enmarca, definiendo y explicando los principales elementos de la propuesta, y a su vez los aspectos que los conforman. Para ello, se explican los constructos propiamente presentes en el título de esta propuesta, así como algunas temáticas relacionadas a este estudio.

### 2.1 Salud

Según la OMS (1948), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedad (p.1). Sin embargo, a lo largo del tiempo, diversos autores han identificado algunos inconvenientes en esta conceptualización.

Para Entralgo (1986), citado por León y Berenson (s.f.) esta definición corresponde a una utopía, debido a que, aunque se espera que los malestares a nivel físico, mental y social sean contrarrestados y suprimidos, es difícil que esto ocurra de forma real y selectiva (p.1). Este mismo autor, indica que para definir si alguien está sano, se deben contemplar algunos aspectos objetivos y uno subjetivo.

Como parte de los criterios objetivos, se encuentran los aspectos morfológico, etiológico, funcional, utilitario y comportamental. El primero de ellos, corresponde a la composición anatómica, celular, subcelular y bioquímica; el segundo a agentes como virus y/o bacterias; y el tercero a los parámetros de normalidad que se asignan a las constantes vitales (pp.1-2).

En cuanto al criterio utilitario, este hace referencia a que tan útil es una persona con respecto a los años de vida que tiene, mientras que el criterio comportamental corresponde a la conducta "normal" de las personas, establecida por la sociedad (p.2). Además, Entralgo indica que existe un criterio subjetivo de suma importancia, el cual es el sentimiento de las personas de estar sano, donde



se incluyen elementos de carácter psicológico, que hacen que el individuo se considere sano o no (p.2.).

A partir de críticas como las anteriormente descritas, realizadas a la definición de salud de la OMS, algunos autores han propuesto otras definiciones de este concepto, como lo son León y Berenson (s.f), los cuales indican que salud es cuando un individuo,

además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente (p.2).

Por otra parte, Briceño-León (2000) citado por Alcántara (2008), define la salud como "...una multiplicidad de procesos, de lo que acontece en la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional" (p.95). Por lo tanto, se puede decir que la salud no es estática, sino que es dinámica y que para que ella se dé, deben converger diversos factores que determinan la misma. Esto último, se explica más a profundidad en el apartado que se presenta a continuación.

## **2.2 Salud pública**

Según Sarmiento (2013), la definición de salud pública más utilizada, corresponde a la dada por Winslow (1923), la cual describe como "el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, recuperar la salud y evitar las consecuencias de la enfermedad mediante la acción colectiva de la población" (p.152).

Por otra parte, Sarmiento indica que la OMS, la define como "...las acciones colectivas e individuales, tanto del Estado como de la sociedad civil, dirigidas a

mejorar la salud de la población" (p.152). Además, la misma OMS en el Glosario de Promoción de Salud (1998) explica que

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (p.12).

Todas estas definiciones anteriores, tienen en común principalmente que se busca potenciar la salud de las personas y prevenir la aparición de enfermedades. Asimismo, se evidencia también que se incluye el factor de participación, ya que se habla de acciones colectivas y coordinadas.

Sin embargo, también se ha venido hablando de una nueva salud pública, la cual según la OMS en el Glosario de Promoción de la Salud (1998) menciona que incluye:

...la forma en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. (p.12)

Esta nueva concepción de la salud pública, es una definición más holista e integradora, que abarca otros elementos que influyen en la condición de salud de las personas y que deben ser contemplados cuando se habla de la salud de la población. Estos condicionantes se denominan determinantes de la salud, y son explicados a continuación.

### 2.2.1 Determinantes de la salud

Según la OMS (1998) los determinantes de la salud, son el “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (p.16). Además, menciona que estos “comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos” (p.172).

Sobre estos determinantes, uno de los modelos que se han establecido es el desarrollado por Dahlgren y Whitehead en 1992, en el cual se coloca al individuo en el centro, junto a características de edad, sexo y factores genéticos, y le siguen tres capas que indican la influencia que tienen ciertas condiciones en la salud de las personas, donde entre mayor proximidad mayor incidencia. Esto se puede observar con mayor detalle en la siguiente figura:

Figura 2. Modelo de Determinantes de Dahlgren y Whitehead, 1992.



Fuente: Tomada de Kuri, P; (2013).

A partir de esto, se puede decir que esta propuesta al estar enfocada a los funcionarios del SE del HSVP, se relaciona directamente con los determinantes de condiciones de vivienda y trabajo, específicamente con el ambiente laboral y los servicios de salud. Asociado a este último, Lefio (2013) en un estudio sobre el sistema de salud como determinante de la salud, menciona que

El sentido común y la evidencia respaldan con fuerza la importancia del sistema sanitario, [...], para impactar positivamente en la salud de una determinada población. Cuando un sistema de salud facilita el acceso, se orienta a la calidad, empodera a sus comunidades y actúa intersectorialmente, produce un efecto diferencialmente mejor sobre la salud de la sociedad en la cual este se ha construido. (p.164)

Por otra parte, Marc Lalonde en 1974, establece una caracterización de los determinantes en cuatro factores, mostrando un porcentaje de la incidencia de cada uno de ellos en la salud de las personas. Para Lalonde, citado por Jiménez (2012), cada uno de esos factores tiene un porcentaje de incidencia en la mortalidad de los individuos y un porcentaje de gasto público. Dichas cifras se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Porcentajes de incidencia en mortalidad y gasto público invertido según factores determinantes de la salud identificados por Lalonde.**

<b>FACTOR DETERMINANTE</b>	<b>INCIDENCIA EN MORTALIDAD</b>	<b>GASTO PÚBLICO</b>
<b>BIOLOGÍA HUMANA</b>	27%	6,9%
<b>AMBIENTE</b>	19%	1,5%
<b>ESTILO DE VIDA</b>	43%	1,2%
<b>SERVICIOS SANITARIOS</b>	11%	90,6%

Fuente: Elaboración propia con base en Jiménez 2012.

A partir de los datos anteriores, es posible evidenciar que aunque la mayor incidencia está en el estilo de vida, la inversión pública que se hace en este es la más baja. Además, se identifica que aunque los servicios de salud tienen el porcentaje más bajo en incidencia, representan la mayor inversión que se hace en materia de gasto público. Por lo tanto, esta propuesta al ser para un servicio de salud, pretende a su vez trabajar elementos de la calidad total que se relacionan al estilo de vida (condiciones laborales y personales: mejora continua, motivación, entre otros) y que serán explicados en la sección de calidad total.

### **2.2.2 Funciones esenciales de la salud pública**

Una vez definido anteriormente el concepto de salud pública, y lo que se entiende por determinantes de la salud, es pertinente también mencionar un poco las funciones esenciales de la salud pública. Según Muñoz et.al (2000), estas funciones corresponden a "...las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública" (p.127) y son descritas brevemente a continuación:

**1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población:** trata sobre las tendencias de salud del país, estadísticas de la situación de salud de

grupos de especial interés, identificación de las necesidades de la población, entre otros (p.130).

**2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública:** incluye aspectos como estudios epidemiológicos, control de enfermedades infecciosas, campañas de vigilancia y preparación de las autoridades correspondientes ante respuestas rápidas en situaciones de riesgo (p.130).

**3. Promoción de la salud:** refiere a las acciones para maximizar la salud de las personas y reducir los factores de riesgo, por medio del trabajo intersectorial, el empoderamiento de las comunidades, la inclusión del personal sanitario, entre otros (pp.130-131).

**4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud:** incluye las alianzas, las comunidades organizadas en prevención y promoción, el aprovechamiento de los recursos comunitarios en pro de su salud, etcétera (p.131).

**5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional:** se refiere a las decisiones políticas, la planificación estratégica, las regulaciones y leyes, la gestión de la salud pública, entre otros (p.131).

**6. Regulación y fiscalización en salud pública:** trata de la fiscalización del cumplimiento de códigos sanitarios, nuevas leyes y regulaciones, y protección a los consumidores principalmente (p.131).

**7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios:** son todas aquellas acciones que se realizan con el fin de reducir y eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, y de esta forma buscar la mayor equidad posible en dicho acceso (pp.131-132).

**8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública:** incluye los elementos de formación, capacitación y evaluación del personal sanitario, así como el desarrollo de capacidades para trabajar de forma interdisciplinaria (p.132).

**9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos:** son las características de calidad que deben cumplir los proveedores de servicios de salud, evaluación para toma de decisiones, y búsqueda del máximo nivel de calidad de los servicios (p.132).

**10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública:** trata sobre la innovación constante y la investigación científica formal, y alianzas de instituciones académicas. Busca con ello poder apoyar las decisiones que toman las autoridades sanitarias (p.132).

**11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud:** corresponde al trabajo interdisciplinario que realizan diversos sectores, con el fin de tener acciones de prevención, mitigación, respuesta y contingencia ante situaciones aunadas a la salud pública (p.132).

Por lo tanto, a partir de la descripción de las funciones anteriores, se evidencia que esta investigación tiene relación con las siguientes funciones:

- La número tres, de promoción de la salud, por ser la carrera profesional en la cual se desarrolla esta investigación y por otros aspectos que son explicados en la siguiente sección.
- La quinta función, se relaciona por ser un enfoque gerencial y por estar esta propuesta dirigida los tomadores de decisiones del SE.
- La función ocho, de capacitación y formación del recurso humano, se vincula con uno de los principios de calidad total que se explican más adelante.
- La novena función, se relaciona directamente por estar asociada con la calidad total, que es el principal eje de esta investigación.

## 2.3 Promoción de la Salud

Según la OMS, en el Glosario de Promoción de la Salud (1998), esta disciplina se define como un proceso político y social que busca modificar condiciones sociales, ambientales y económicas, a partir del fortalecimiento de habilidades y capacidades individuales, y así mitigar su impacto en la salud pública e individual. Se indica también, que ésta permite a las personas aumentar su control sobre los determinantes de la salud y por ende, mejorarla (p.10).

Del mismo modo, el Ministerio de Salud de Brasil, en sus cartas sobre promoción de la salud (2002), la describen como el proceso en el cual se capacita a la colectividad para que actúe “en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso” (p.19).

Asimismo, la promoción de la salud tiene como centro la actuación sobre los determinantes sociales de la salud, pues sus acciones buscan generar cambios más profundos que busquen influenciar en dichos determinantes (De la Torre y Oyola, 2014, p.2). Esto permite sustentar que la presente propuesta es desde la promoción de la salud, puesto que el SE es un servicio de salud y estos son a su vez un determinante de salud (Siede, s.f., p.14).

Por otra parte, en cuanto a las líneas de acción de promoción de la salud definidas en la Carta de Ottawa (1986, pp.2-3) se tienen:

- La elaboración de una política pública sana.
- La creación de ambientes favorables.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios sanitarios.

De las anteriores, esta propuesta se basa en la quinta línea que es la reorientación de servicios de salud, la cual ha sido retomada en otros documentos y conferencias desarrolladas posteriormente, y pretende que el sector sanitario sea un ámbito donde se incorpore cada vez más la promoción de la salud y se



trascienda de la prestación de servicios clínicos-médicos, hacia una atención más integral e integradora.

Por otra parte, la OPS/OMS en el documento de La Renovación de la Atención en la Atención Primaria de Salud en las Américas del año 2007, mencionan que la reorientación de servicios de salud

...requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención [...mediante...] la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, [...] el uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios. (p.iv)

Además, estas mismas entidades (OMS/OPS), en el módulo cuatro del curso virtual sobre funciones esenciales de la salud pública en el año 2010, mencionan que esta línea de acción incluye como marco de acción los nuevos perfiles del personal, los cambios de actitud, fortalecimiento de habilidades, conocimientos y metodologías participativas (pp.8-9). Por lo tanto, se identificaron para esta investigación, los aspectos de educación y comunicación, cambio de actitud y organización de los servicios, que pueden ser abordados desde los componentes de calidad total seleccionados.

Asimismo, dentro del marco de acción de la reorientación de servicios de salud se incluye el brindar a los trabajadores de la salud ambientes laborales sanos; por lo que, también se relaciona esta propuesta con la segunda línea de acción sobre el favorecer los espacios saludables, debido a que se busca que favoreciendo un espacio laboral saludable desde los componentes de calidad total seleccionados, se pueda reorientar el SE del HSVP.

No obstante, esta investigación no solo se enmarca en las dos líneas de acción anteriormente descritas, sino que también se relacionan los siguientes aspectos de promoción de la salud definidos por la OMS (1998):

- **Hospitales promotores de salud:** son aquellos que "...abarcen los objetivos de la promoción de la salud [y que...] desarrollan una estructura y una cultura organizativa de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla." (p. 22)

Este elemento, se ha tomado en cuenta, debido a que con la realización de este proyecto, se espera que el HSVP se oriente aún más a la promoción de la salud, facilitando espacios participativos para pacientes y funcionarios, haciendo de este un lugar que impulse las condiciones para la salud de ambos grupos.

- **Ganancia de salud:** "...forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud" (p.20).

Se ha tomado en consideración, porque esta propuesta es una forma de intervención sanitaria, que relaciona la reorientación de servicios de salud con el enfoque de calidad total. De esta forma, se pretende que esta dualidad de acción, sirva como una estrategia de mejora del SE, tanto para el cliente externo (usuario) como para el interno (funcionarios).

- **Resultados de la promoción de la salud:** "...son cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de promoción de la salud" (p.23).

Con base en lo anterior, se espera que este proyecto sea una forma innovadora de incluir la promoción de la salud, en el nivel hospitalario de nuestro país, en donde usualmente sus acciones se orientan más a la atención curativa. Asimismo, con la implementación de esta propuesta, se espera evidenciar un cambio positivo en las estadísticas, desempeño y opiniones del servicio.

- **Infraestructura para la promoción de la salud:** "son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas,

reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de la promoción de la salud, a los temas y desafíos de la salud pública” (p.25).

Dicha infraestructura, se considera relacionada con esta propuesta, debido a que con la implementación y seguimiento de esta última, se busca dejar una base para poder incorporar la calidad total en todo el HSVP, e incluso a la red que este pertenece. Además, podría servir como plataforma para desarrollar una política local que sirva de modelo para otros centros de salud nacionales e internacionales.

- **Escenarios para la salud:** “el lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar” (p.30).

En este sentido, sería idóneo que el SE potencie las acciones en pro de la salud de usuarios y funcionarios, a partir de una planificación que considere aspectos ambientales, organizacionales y personales. Finalmente, por todo lo anteriormente descrito, se visualiza a la promoción de la salud, como un elemento necesario de la calidad en la atención de los servicios de salud y una forma de trabajar la calidad total en un servicio de salud. Esto se profundizará en las secciones posteriores.

## **2.4 Calidad de la atención**

Cuando se habla de calidad de la atención, el doctor Avedis Donabedian citado por González et.al (2004) y que es considerado como el padre de esta filosofía, considera algunas relaciones entre “...cantidad y calidad de la atención, beneficios y riesgos, calidad técnica y calidad interpersonal, calidad individual y calidad social” (p.4).

Por lo anterior, debido a que son tantos los aspectos que interactúan en la calidad, Donabedian indica que no es posible conceptualizarla incluyendo todos los aspectos en dicha definición. Por lo tanto, él la define como “el tratamiento que

es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos” (p.4).

Por su parte, de una manera más precisa, González et.al (2004), la definen como aquellas acciones que se realizan con el fin de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, con “...unas prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida” (p.5).

A partir de ello, es que en esta investigación se contemplaron en el objetivo uno, elementos relacionados a las necesidades sanitarias de las personas que asisten al SE (demanda), y los recursos y procesos que se brindan en este servicio como respuesta a dichas necesidades (oferta).

Del mismo modo, según Net y Suñol (s.f) para Donabedian existen tres componentes que deben tomarse en consideración al hablar de la calidad de la atención: el técnico, el interpersonal y los aspectos de confort (p.1). El componente técnico, se refiere a “...la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos” (p.1). El componente intrapersonal, son las relaciones entre las personas caracterizadas por las normas y los valores sociales (p.1) y los aspectos de confort, “...son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable” (p.1). Para este estudio, se trabajan los tres componentes, ya que se contemplan los recursos de la organización (técnico), el enfoque al empleado, la capacitación y formación (intrapersonal) y la mejora continua (aspectos de confort).

En la calidad de la atención, también se identifican las siguientes dimensiones a tomar en cuenta, según la clasificación de Palmer (1983) citado por Net y Suñol (s.f.):

- **Efectividad:** es el cumplimiento de los objetivos planteados, a partir del desarrollo de un procedimiento o tratamiento (p.1).

- **Eficiencia:** uso óptimo de los recursos existentes para la prestación de servicios de salud (p.2).
- **Accesibilidad:** “facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc” (p.2).
- **Aceptabilidad:** nivel de satisfacción de la atención recibida por parte del cliente externo (usuario) (p.2).
- **Competencia profesional:** “capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios” (p.2).

De las dimensiones mencionadas se consideran específicamente las dimensiones de efectividad, eficiencia y competencia profesional; abordadas desde el análisis demanda-oferta y el principio de formación y capacitación de la calidad total. Ambos aspectos se desarrollan en el siguiente apartado.

## **2.5 Calidad total**

Un eje central de esta investigación corresponde a la calidad total, por lo que es preciso profundizar en aspectos como su origen, definición conceptual y componentes.

### **2.5.1 Evolución histórica de calidad total**

Juan José Tarí Guilló en su libro “*Calidad total: fuente de ventaja competitiva*”, identifica cinco etapas clave de este desarrollo conceptual:

#### **I. Edad Media y Revolución Industrial**

En esta etapa, el término calidad es utilizado en el gremio artesanal, haciendo la diferencia entre el trabajo manual y el directivo. Dicha diferencia

radicaba en la magnitud de los talleres, en donde un taller más pequeño atendía los requerimientos de los consumidores, teniendo una relación más cercana con estos. “Durante esta fase, anterior a la producción en masa, la calidad se basaba en la habilidad y reputación de los artesanos” (Tará, 2000, pp. 14-15).

## **II. Revolución Industrial-Finales Siglo XIX**

La principal característica de esta etapa, consiste en que algunos de los artesanos se comenzaron a transformar en dueños de sus propias empresas u operarios de algunas de ellas, lo que viene a complementar la incorporación de las máquinas que aumentaban la producción de los artículos. La calidad en este entonces se definía aún por los requisitos del cliente, buscando cumplir sus expectativas (Tará, 2000, pp. 15-16).

## **III. Administración Científica-II Guerra Mundial**

En esta, comienza a debilitarse y a casi desaparecer la relación comunicativa entre el fabricante y el consumidor, ya que lo más importante se orientaba a la productividad de las empresas. “Este trascendental cambio provocó inicialmente un perjuicio en la calidad del producto o servicio” (Tará, 2000, p. 16). Los primeros conflictos sobre calidad se referían principalmente a productos defectuosos y por ende, se comenzó a asignar a una persona que identificara estos artículos, limitándose solamente a procesos de inspección (Tará, 2000, pp. 16-17).

## **IV. II Guerra Mundial-Década de los Setenta**

Después de la II Guerra Mundial, la calidad comenzó a sufrir un cambio en las empresas japonesas, en las cuales se adoptó la filosofía de Joseph Juran, que trascendía el proceso de inspección y se pensaba en producir correctamente los artículos desde el comienzo de esa producción.

Para lograrlo, se identificó que

...era preciso que todas las divisiones de la empresa y todos sus empleados participaran en el control de la calidad. Esto significaba que

quienes intervenían en la planificación, diseño e investigación de nuevos productos; así como, quienes estaban en la división de fabricación y en las divisiones de contabilidad y personal entre otras, tenían que participar sin excepción (Tarí, J., 2000, p. 19).

A partir de la implementación de esta ideología en las empresas japonesas, es que se comenzó a tener una mayor diferencia entre estas empresas y las estadounidenses, ya que "...en Japón se requerían menos horas y era más barata la fabricación de productos exactamente iguales que en los países occidentales" (Tarí., 2000, p. 19).

## **V. Década de los Ochenta y Noventa**

En esta última etapa, se menciona que las empresas de occidente, al ver el éxito de sus homólogas en Japón, comienzan a incorporar esta ideología en sus organizaciones. En otras palabras, "la calidad pasa a ser un requisito necesario para la competitividad de la empresa" (Tarí, J., 2000, p. 21).

### **2.5.2 Definición de calidad total**

Para Bates (1993) citado por Carro y González (2002), la calidad total es un "método administrativo que se focaliza en las necesidades del cliente y en la mejora continua de los procesos. Cada proceso sea operacional, administrativo o interdepartamental, es continuamente definido y mejorado" (p.1). Por su parte, Joseph, Rajendran y Kamalanabhan (1999) citados por Perdomo y González (2004) la definen como "...una filosofía de gestión integral basada en el mejoramiento continuo de la calidad de productos y procesos, para alcanzar la satisfacción del consumidor" (p.96).

Para este estudio, se tomó como referencia la filosofía de William Deming quien estableció catorce puntos para lograr calidad total, de los cuales se han seleccionado los siguientes:

### **2.5.2.1 Mejora continua**

Este criterio, se enfoca en los lineamientos administrativos que buscan mejorar constantemente la calidad en todas las actividades de la organización, desde el inicio del proceso hasta su finalización. Se puede decir que es un elemento transversal de todo el accionar de la organización, que incluye: el análisis, la comprensión y el mejoramiento del proceso con una perspectiva a largo plazo (Villaverde, 2012, pp.16-20).

Por otra parte, Echezuría, Gutiérrez y Rondón (2006) mencionan que “corresponde a todos los miembros de la organización en general, y requiere el trabajo en equipo, mejora en los métodos y procedimientos y en conocer las necesidades del cliente o del usuario (p.18). Además, según Mendoza, Orgambidez y Carrasco (2010) “...son necesarios buenos canales de comunicación para que las ideas y/o sugerencias de los trabajadores [...] circulen de manera fluida y permitan una adecuada retroalimentación para la mejora de la calidad” (p.356).

Por lo tanto, se ha incluido en este estudio algunos elementos como evaluación del desempeño, comunicación interna y trabajo en equipo del SE.

### **2.5.2.2 Capacitación y educación**

Villaverde (2012) citando a Deming “...los trabajadores son el activo más importante, ningún otro activo de la empresa mejora con el tiempo como un empleado” (p.20). Por lo tanto, la organización debe destinar los recursos necesarios para la preparación y capacitación de sus empleados. Esta capacitación incluye el proceso y orientación a la hora de vincularse a la empresa, capacitación para las responsabilidades y cargos, entre otros (Villaverde, 2012, pp. 20. 34).

Aunado a ello, Malagón, Galán y Pontón (2008), mencionan que “los hospitales deben organizar los programas para mantener actualizado a su personal de todos los niveles, como un compromiso ineludible frente a la exigencia



de calidad” (p.451). Además, Vargas (1990) indica que la calidad de la atención mejora cuando se desarrollan acciones docentes en el ámbito hospitalario (p.99). A partir de esto, se contempló para este estudio, el proceso de inducción, las sesiones informativas y formativas; y las temáticas de las capacitaciones del SE.

### **2.5.2.3 Enfoque al empleado**

En relación con este componente, Echezuría, Gutiérrez y Rondón (2006) indican que “la calidad total no solo significa mejores productos y servicios, sino también mejores hombres. Esto es reconocer el potencial de cada ser humano para que se apropie de su trabajo y se enorgullezca de lo que realiza” (p.31). Por ello, para este proyecto se consideraron los aspectos de motivación y reconocimiento, que se brinda a los funcionarios del SE.

Finalmente, según Mendoza, Orgambídez y Carrasco (2010) “un trabajador satisfecho, comprometido, que siente que sus aportaciones son tenidas en cuenta y que trabaja en equipo, tenderá a manifestar una mayor diligencia en el desempeño de su trabajo” (p.355), lo cual refuerza la necesidad de abarcar este tema en el SE, como respuesta a la problemática identificada.

## **2.6 Análisis demanda-oferta**

Como se ha mencionado anteriormente, para tener un mayor acercamiento a la realidad de las organizaciones, es necesario conocer las características de la población demandante y los recursos y procesos que se están desarrollando para satisfacer las necesidades de los mismos. Por lo tanto, se explica a continuación la teoría que enmarca este análisis y los aspectos que lo componen.

### **2.6.1 Enfoque sistémico**

La teoría general de sistemas, llamada también enfoque sistémico, ha sido propuesta por Bertalanffy para ser aplicable a diversas disciplinas, sin limitarse

meramente a estudios biológicos, ya que esta "...permite una mayor comprensión que va del todo a sus partes, observando en amplitud los sistemas que se quieren comprender" (Bosch y Merli, 2013, pp.11-12).

Por esta razón, es que se ha aplicado este pensamiento a los sistemas de salud, con el fin de comprender la interrelación entre sus partes y así potenciar su desarrollo (OMS, 2009. Citado por Erazo, 2015, p. 248). De igual forma, Riascos (2006) menciona que con la visión sistémica se espera que las partes de la organización interactúen entre sí para lograr sus objetivos, así como la satisfacción del cliente (p.42).

Además, es relevante indicar que un sistema puede abarcar otros dentro de sí mismo, esto a partir de la complejidad y los propósitos que estos tengan. A partir de esto, se pueden identificar tres niveles: supra-sistema, sistema y sub sistema (Bosch y Merli, 2013, p.12). En el caso de este estudio, la CCSS representa el supra –sistema, el HSVP el sistema y el SE el subsistema, debido a que es un subsistema que se puede estudiar en una totalidad, y que es conformado por otros elementos (Bosch y Merli, 2013, p.13).

Aunado a lo anterior, se pretende estudiar desde la perspectiva sistémica el SE del HSVP, mediante el análisis de algunos de los elementos que lo conforman; para así, poder brindar una propuesta que potencie su desarrollo. Con esta visión se espera como fin último la satisfacción del cliente, que es también lo que busca la calidad total.

Por otra parte, Arnold y Osorio (1998) definen dos tipos de sistemas: abiertos y cerrados, en donde los primeros reciben elementos externos para garantizar su continuidad y están en constante intercambio con su ambiente; mientras que en los segundos ningún elemento entra y ninguno sale (p.48). En el caso del SE del HSVP, corresponde a un sistema abierto que constantemente recibe información y/o materia (usuarios), y que está en constante relación con el ambiente en el que se encuentra inmerso.

Asimismo, "...el enfoque sistémico permite el análisis de las organizaciones a través de la identificación y diseño de indicadores de acuerdo con cinco áreas de evaluación: demanda, oferta, proceso, resultados e impacto..." (Vargas, 1990, p.105). En el caso de la demanda y la oferta, estas son entradas del sistema (p.80) y son las que se toman en cuenta para efectos de este estudio, por lo cual se profundizan seguidamente.

### **2.6.1.1 Demanda**

En lo que respecta a la demanda, esta es considerada como el "ámbito relacionado con el acceso y uso de satisfactores relacionados con salud y servicios de salud" (Arredondo, A. y Recaman, A., 2002, p.43). Según Vargas (1990), como parte de la demanda "...se caracterizan las necesidades de salud de la población del área de influencia a través del análisis de dos variables: la demográfica y la epidemiológica" (p.66) y "además, se considera el análisis de factores condicionantes..." (p.81). De acuerdo con Malagón, Galán y Pontón (2008), además de los factores demográfico y epidemiológico, se deben considerar los factores: geográfico, demanda efectiva atendida y no atendida, entre otros (p.607).

Para este estudio, se hizo énfasis en los factores demográficos y epidemiológicos, sus condicionantes y factores de demanda efectiva.

#### **2.6.1.1.1 Factores demográficos**

Dentro de este primer grupo, se consideran principalmente aspectos como "...edad, sexo, zona y región, el crecimiento incorporado, el análisis de indicadores de natalidad, mortalidad, migración y los factores que condicionan tanto la estructura como el crecimiento demográfico" (Malagón, Galán y Pontón, 2008, p.607). En particular, en este estudio se seleccionaron las variables de edad, sexo, zona y región, con el fin de identificar en la demanda del SE, las consultas según grupo etario, sexo y zona de residencia.

### **2.6.1.1.2 Factores epidemiológicos**

En el caso de estos factores, se miden elementos de morbilidad, mortalidad y migración principalmente. (Malagón, Galán y Pontón, 2008, p.607) Por lo tanto, para esta investigación se seleccionó el aspecto de morbilidad, más específicamente las causas de consulta de los usuarios al SE, y los factores que se relacionan con estas causas de consulta.

### **2.6.1.1.3 Factor demanda efectiva**

Este último factor seleccionado de la demanda, refiere a los usuarios atendidos y no atendidos por los organismos prestadores de servicios de salud (Malagón, Galán y Pontón, 2008, p.607). De este, se hizo énfasis en la demanda atendida; y en particular en las consultas realizadas según los turnos establecidos en el SE del HSVP.

### **2.6.1.2 Oferta**

Caracteriza el volumen y tipo de recursos existentes en el área, desagregados en físicos, humanos y financieros. Se incluye también la organización y administración de estos recursos con el propósito de determinar si dan la respuesta requerida para la solución de las necesidades identificadas en el área de demanda (Vargas, 1990, p.81).

Por lo tanto, para esta investigación se seleccionaron los elementos de organización y de insumos, los cuales se detallan a continuación:

#### **2.6.1.2.1 Organización**

Este primer elemento, "...incluye complejidad, niveles de responsabilidad, niveles de atención médica y la reglamentación formal o informal vigente"

(Malagón, Galán y Pontón, 2008, p.607). Asimismo, del SE del HSVP, se trabajó este elemento mediante la identificación del tipo de funcionarios, y la distribución de estos por cada turno del servicio.

#### **2.6.1.2.2 Insumos**

En cuanto a los insumos o recursos, estos abarcan los recursos físicos, humanos y económicos de la organización a analizar (Malagón, Galán y Pontón, 2008, p.607), de los cuales en este estudio se incluyeron los recursos humanos y físicos. Estos últimos por medio de la identificación de las secciones del SE, y su respectivo equipamiento.

Con cada uno de estos elementos descritos anteriormente, se espera identificar si los recursos del SE (oferta) son suficientes para la cantidad de personas que hacen uso de él (demanda), y así poder definir lineamientos en el plan de acción que se elabora en el tercer objetivo específico de esta investigación.

### **2.7 Plan de Acción**

Como se ha indicado, el tercer objetivo de esta propuesta corresponde a la formulación de líneas de acción que respondan a las necesidades y problemas identificados en relación a la demanda, oferta y calidad total, lo cual se trabajó con base en un plan de acción. A continuación se conceptualizan los elementos que componen el plan de acción:

#### **2.7.1 Definición**

Según Castro (2003), se entiende como plan de acción aquella "...herramienta de gestión que permite a [...la administración...] orientar estratégicamente sus procesos, instrumentos y recursos disponibles, hacia el logro

de objetivos y metas...” (p.5). Los siguientes son los elementos que se contemplan en dicho planteamiento:

### **2.7.2 Objetivos**

Delimitan el propósito que se quiere lograr con la realización del proyecto, es decir, el fin último que se desea alcanzar con la propuesta (Castro, 2003, p.9). Asimismo, para cada objetivo se contempla la medición en metas e indicadores, de lo que se espera realizar.

### **2.7.3 Acciones**

Estas refieren al conjunto de “...las diferentes tareas y pasos que son necesarios y suficientes realizar para obtener los productos y/o servicios de un proyecto” (Castro, 2003, p.10).

### **2.7.4 Recursos**

Se contemplan los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo la propuesta. Específicamente, los recursos humanos correspondieron a las personas responsables de ejecutar la propuesta; los recursos materiales a la tecnología blanda o dura e infraestructura requerida y finalmente los recursos financieros; correspondientes a los gastos necesarios para llevar a cabo la propuesta planteada (Patiño, 2013, pp. 100-101).

### **2.7.5 Plazos**

En relación con este aspecto, se contempla el cronograma de ejecución, que es “un registro gráfico que determina el orden y las fechas previstas para la ejecución de las actividades...” (Castro, 2003, p.10). Los plazos se definieron en la elaboración de la propuesta, que se formuló para el cumplimiento del tercer objetivo específico.

### **III. Metodología**

Una vez definido en los apartados anteriores el planteamiento del problema y el marco teórico del presente estudio, es de suma importancia describir el proceso para ejecutar el mismo. Este proceso, llamado marco metodológico, es definido por Arias (2006) como, el “conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” (p.16), mientras que, Tamayo y Tamayo (2003), indican que es “un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (p. 37).

A partir de ello, se han establecido dos apartados: el primero sobre la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada y el segundo sobre los aspectos metodológicos generales. En cuanto a la estrategia de búsqueda bibliográfica, esta corresponde al proceso para obtener las referencias teóricas para esta investigación; por su parte la metodología general, incluye aspectos como: perspectiva, enfoque, tipo, diseño, técnicas e instrumentos de investigación y plan de garantía ética, entre otros.

#### **3.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica**

En una investigación, uno de los primeros pasos es la búsqueda sistemática de bibliografía, la cual es la estrategia que permite obtener la información relacionada al campo de estudio, desarrollo del marco teórico, selección de metodología adecuada para el estudio, formulación de hipótesis, entre otros (Medina, Marín y Alfalla, 1989, pp.13-14). Específicamente, Sekaran y Boggie (2010), citado por Medina, Marín y Alfalla, (1989, pp.13-14), lo definen como:

un proceso en fases que implica la identificación de los trabajos publicados (y no publicados, como los documentos de trabajo -working papers-), procedentes de fuentes secundarias, sobre la materia de interés; la

evaluación de estos trabajos en relación con el problema de investigación planteado y la documentación de este trabajo (p.14).

Por lo tanto, a partir de la definición anterior, se expone a continuación el proceso que se llevó a cabo en esta investigación, según las fases que Medina, Marín y Alfalla (1989) proponen desarrollar:

### **3.1.1 Identificación del campo de estudio y del período a analizar**

El campo de estudio correspondió a la reorientación de los servicios de emergencias hospitalarios a partir de la incorporación de componentes de calidad total. Igualmente, se consideraron la demanda, la oferta, y formulación de un plan de acción; debido a que fueron parte del proceso para alcanzar el objetivo general de este estudio.

Por su parte, en cuanto a la profundidad temporal, se consideró la obtención de fuentes del año 2000 en adelante con algunas excepciones de fuentes consideradas significativas para el sustento del presente estudio. Del mismo modo, se hizo la búsqueda de referencias en idioma español, inglés y portugués.

### **3.1.2 Selección de las fuentes de información**

Se aprovechó el recurso del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica (UCR), el cual, aparte de los documentos en físico, cuenta con una serie de bases de datos de texto completo y de referencia indexadas a la universidad. De estas, se hizo consulta de EBSCO, Cochrane, Info + Fácil, Kimuk y el catálogo en línea de las bibliotecas, el OPAC. Por otra parte, se revisaron bases de datos de acceso libre, como lo fueron DOAJ, Redalyc, Scielo, Pubmed y Google Académico.



También, cabe destacar que de las fuentes anteriores, se hizo uso de artículos de texto completo, libros, tesis (tanto de forma física como en digital), e internet. Este último se utilizó para las bases de datos de acceso libre y páginas de algunas instituciones relevantes, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) de España, entre otras.

### **3.1.3 Realización de la búsqueda**

Se utilizaron los siguientes términos o descriptores: reorientación de servicios de salud, promoción de la salud, calidad total, servicios de emergencias, calidad de la atención, hospitales promotores de salud, análisis demanda-oferta y plan de acción, principalmente. Es importante mencionar, que estos descriptores se utilizaron relacionándose entre sí, como por ejemplo: servicios de emergencias y promoción de la salud, calidad total y servicios de emergencias, reorientación de servicios y calidad total, entre otros.

Asimismo, se hizo uso de operadores básicos como “AND” y “OR”, en donde se combinan dos descriptores. El primero de ellos, hace que las referencias encontradas tengan los dos términos de búsqueda, mientras que el segundo, hace que se tenga alguno de los dos (Medina, Marín y Alfalla, 1989, p.21).

### **3.1.4 Gestión y depuración de los resultados de la búsqueda**

Una vez definidos los criterios de búsqueda, es importante contar con un software que permita organizar las referencias que se van obteniendo. En el caso de este estudio, los recursos utilizados, fueron el programa Microsoft Excel y el gestor de referencias Mendeley. A partir de estos, se realizó la depuración de los resultados que se muestra a continuación:

**Cuadro 2. Proceso de depuración de los resultados de búsqueda**

<b>Depuración de los resultados de búsqueda</b>	
Total de resultados	61.200
Resultados descargados/recopilados	371
Resultados seleccionados	122

Fuente: Elaboración propia.

Correspondiente a las fuentes descargadas, estas se obtuvieron por el título o el resumen de cada una, mientras que la selección se hizo por una lectura más a profundidad de estas fuentes y la relación directa con esta investigación.

### **3.1.5 Análisis de los resultados**

Finalmente, la última fase corresponde al análisis de los resultados, en la cual "...se debe proceder a revisar y analizar cada uno de los trabajos seleccionados, realizando un análisis crítico de los mismos" (Medina, Marín y Alfalla, 1989, p.27). Para ello, en esta investigación se consideraron principalmente el marco teórico, las variables analizadas, las técnicas utilizadas, los principales resultados y las referencias (Medina, Marín y Alfalla, 1989, pp.27-28).

### **3.2 Metodología general**

Una vez descrito el proceso seguido para la obtención de las fuentes que sustentan esta investigación, se detallan a continuación los aspectos metodológicos relacionados a la perspectiva, enfoque, diseño de investigación, población de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, entre otros.

### **3.2.1 Perspectiva de investigación**

Se seleccionó para esta investigación la perspectiva de la teoría de sistemas, debido a que esta se caracteriza por ser "...holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen [...y que también] ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades" (Rodríguez y Osorio, 1998, p.40). Con esta se identificaron los recursos y procesos del SE y su comprensión como un todo, es decir, la interrelación de esas partes y desde ello la elaboración la propuesta.

### **3.2.2 Enfoque de investigación**

Corresponde a un enfoque mixto, el cual Hernández y Mendoza (2008) citados por Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen como el "conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias de toda la información recabada..." (p. 546).

Se seleccionó este enfoque con el fin de comprender más a profundidad el fenómeno estudiado, así como tener diversas perspectivas, lo cual como lo definen estos autores, representa una riqueza interpretativa, con mayor validez y variabilidad de los resultados obtenidos (p.550). Asimismo, este enfoque se aplica por medio de técnicas de muestreo, instrumentos y formas de análisis, que desde los enfoques cuantitativo y cualitativo, permitan obtener datos más claros y precisos, que a su vez puedan complementarse y profundizar más el objeto de estudio.

### **3.2.3 Tipo y diseño de investigación**

Además, el tipo de investigación es descriptivo, debido a que es un estudio que "busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las

personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010, p.80). Del mismo modo, el diseño es no experimental-transversal, por ser una investigación en la que no se manipularon las variables, sino que se observaron en su estado natural para luego analizarlas, y por recopilar la información en un momento único (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010, pp.149.151).

#### **3.2.4 Delimitación espacio-temporal del proyecto**

La delimitación espacio-temporal de la investigación correspondió al SE del HSVP, en el cual se recopilaron los datos desde marzo 2017 hasta setiembre 2017.

#### **3.2.5 Población y objeto de estudio**

En cuanto a la población de estudio, esta correspondió a los funcionarios del SE del HSVP, los cuales son 203 personas, distribuidas en: 8 médicos especialistas, 2 pediatras, 34 médicos generales, 34 enfermeros(as), 37 asistentes de pacientes, 75 auxiliares de enfermería, 1 técnico en recursos humanos, 3 administrativos y 9 auxiliares de registros médicos.

Ahora bien, el objeto de estudio correspondió a la reorientación hacia la promoción de la salud del SE desde la calidad total, y los sujetos de estudio, a los 203 funcionarios desde el enfoque cuantitativo y a 8 funcionarios desde el enfoque cualitativo. Para explicar mejor la forma en que se abordan ambos enfoques, se presenta el siguiente cuadro:

**Cuadro 3. Forma de abordaje metodológico de los enfoques cuantitativo y cualitativo**

	<b>Enfoque Cuantitativo</b>	<b>Enfoque Cualitativo</b>
<b>Método de abordaje</b>	Censo poblacional	Muestra a conveniencia
<b>Técnica/Instrumento</b>	Cuestionario	Grupo focal
<b>Unidad de Análisis</b>	Cada cuestionario aplicado	Transcripción de registros (grabación y notas)

Fuente: Elaboración propia.

### **3.2.6 Diseño muestral**

A partir de la información anterior, se evidencia que, para el enfoque cuantitativo no se requirió muestra, mientras que, para el enfoque cualitativo si se trabajó con un muestreo a conveniencia. Este último, es definido por Casal y Mateu (2003) como "...la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la "representatividad" la determina el investigador de modo subjetivo" (p.5).

### **3.2.7 Criterios de inclusión y exclusión**

Tanto para la forma de abordaje del enfoque cuantitativo como cualitativo, se tuvo como criterios de inclusión: ser funcionario del SE del HSVP, mayor de edad, saber leer y escribir. Por su parte, como criterios de exclusión se tuvo: los funcionarios de limpieza y seguridad del SE, los estudiantes de internado universitario y los funcionarios que cubren incapacidades y guardias (funcionarios no fijos).

### 3.2.8 Técnicas e instrumentos de recolección de información

En lo que respecta a las técnicas e instrumentos utilizados, estos se explican a continuación:

**Grupo de enfoque:** los grupos de enfoque o grupos focales, son considerados por algunos autores como

una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.425).

En el presente estudio se realizó un grupo focal con 8 personas, una por cada tipo de funcionario del SE, que fueron seleccionadas a conveniencia de la investigadora; para lo que se elaboró una guía de preguntas (*Ver Anexo 2*)

**Cuestionario:** “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.217). Como ya se ha mencionado, en esta investigación se utilizó un cuestionario, aplicado a los 203 funcionarios del SE (*Ver Anexo 3*).

**Análisis documental:** “esta técnica permite conocer qué han escrito las personas, ya sea como individuos o como integrantes de organizaciones” (Valles, 1997. Citado por Arteaga, 2006, p.153).

En este caso, se tomó como insumo el Manual del SE, bases de datos del servicio, y otros documentos institucionales. Cabe destacar, que no se tomaron en cuenta los expedientes o historias clínicas de los pacientes; sino estadísticas y datos, principalmente para el análisis de demanda-oferta. A su vez, se incluyó también en esta técnica la revisión de fuentes de referencia para el análisis y para la elaboración del plan de acción del tercer objetivo específico.

### 3.2.9 Operacionalización de las variables/categorías

**Objetivo General:** Diseñar una propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total.

**Objetivo Específico 1:** Analizar las necesidades de los usuarios (demanda) frente a la oferta de recursos del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.

Variable/Categoría	Definición	Dimensión	Sub dimensión	Técnica
Análisis demanda-oferta	<p><b>1. Demanda:</b> "Ámbito relacionado con el acceso y uso de satisfactores relacionados con salud y servicios de salud." (Arredondo, A. y Recaman, A., 2002, p.43)</p>	<p>1.1. Factores demográficos</p> <p>1.2 Factores epidemiológicos</p> <p>1.3 Otros factores</p>	<p>1.1.1 Consultas según grupo etario</p> <p>1.1.2 Consultas según sexo</p> <p>1.1.3 Consultas según zona de procedencia</p> <p>1.2.1 Causa de consultas</p> <p>1.3.1 Consultas por turno</p>	Análisis documental
	<p><b>2. Oferta:</b> "Estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción en insumos requeridos para satisfacer la demanda." (Arredondo, A. y Recaman, A., 2002, p.43)</p>	<p>2.1 Recursos físicos</p> <p>2.2 Esquemas organizacionales</p>	<p>2.1.1 Planta (Secciones del Servicio de Emergencias)</p> <p>2.1.2 Equipos e instrumentación</p> <p>2.2.1 Especialización de funcionarios</p> <p>2.2.2 Funcionarios por turno</p>	

Fuente: Elaboración propia.

**Objetivo Específico 2:** Describir la aplicación de los componentes de Calidad Total presentes en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.

Variable/Categoría	Definición	Dimensión	Sub dimensión	Técnica
Calidad Total	<p><b>1. Calidad total:</b> Método administrativo que "...se focaliza en las necesidades del cliente y en la mejora continua de los procesos. Cada proceso sea operacional, administrativo o interdepartamental, es continuamente definido y mejorado". (Bates, 1993. Citado por Carro y González, 2012)</p>	1.1 Mejoramiento continuo	<p>1.1.1 Evaluación del desempeño</p> <p>1.1.2 Comunicación interna</p> <p>1.1.3 Trabajo en equipo</p>	<p>Cuestionario (Ver Anexo 3)</p> <p>Grupo Focal (Ver Anexo 2)</p>
		2.1 Capacitación y educación	<p>2.1.1 Proceso de inducción</p> <p>2.1.2 Sesiones formativas e informativas</p> <p>2.1.3 Temáticas</p>	
		3.1 Enfoque al empleado	<p>3.1.1 Motivación</p> <p>3.1.2 Reconocimiento</p>	

Fuente: Elaboración propia.



**Objetivo Específico 3:** Formular líneas de acción para el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl que incorpore componentes de Calidad Total.

Variable/Categoría	Definición	Dimensión	Sub dimensión	Técnica
Plan de acción	<b>1. Plan de acción:</b> "...tipo de plan que prioriza las iniciativas más importantes para cumplir con ciertos objetivos y metas. De esta manera, un plan de acción se constituye como una especie de guía que brinda un marco o una estructura a la hora de llevar a cabo un proyecto". (Borello, 1994. Citado por Campo, 2012)	1.1 Objetivos	1.1.1 Metas 1.1.2 Indicadores	Análisis documental
		1.2 Acciones	1.2.1 Actividades previas 1.2.2 Actividades de implementación 1.2.3 Actividades de evaluación y control	
		1.3 Recursos	1.3.1 Recursos humanos 1.3.2 Recursos materiales 1.3.3 Recursos financieros	
		1.4 Plazo de ejecución	1.4.1 Duración de la propuesta	

Fuente: Elaboración propia.

### **3.2.10 Plan de trabajo y cronograma**

En lo que respecta al plan de trabajo, este se realizó en cuatro fases, tomando como referencia a Rodríguez, Gil y García (1996), los cuales, aunque hacen esta identificación de fases desde el enfoque cualitativo, se aplicó en este estudio también para el enfoque cuantitativo. Dichas fases se exponen a continuación:

#### **3.2.10.1 Fase preparatoria**

Esta primera fase, se encuentra a su vez integrada por otros dos momentos: la etapa reflexiva y la etapa de diseño. En lo que corresponde a la etapa de reflexión, se elabora el marco teórico-conceptual de la investigación, a partir de los conocimientos y experiencias del investigador. Por otra parte, la etapa de diseño, refiere propiamente a la planificación de las actividades que se desarrollarán en las siguientes fases (Rodríguez, Gil y García, 1996, p.65).

Por lo tanto, de acuerdo a la descripción de las etapas anteriores, se exponen las actividades llevadas a cabo en la fase preparatoria de este estudio.

#### **A. Etapa reflexiva**

- Identificación de la temática y delimitación del problema.
- Selección del lugar del estudio.
- Proceso formativo de la investigadora.

#### **B. Etapa de diseño**

- Selección de modelo para el abordaje del problema (Estrategia).
- Elaboración de la propuesta de protocolo de Trabajo Final de Graduación.

### **3.2.10.2 Fase de trabajo de campo**

En lo que respecta a esta fase, al igual que la anterior, también se subdivide en dos momentos: el acceso al campo y la recogida productiva de datos. Sobre el acceso a campo, García (1994) citado por Rodríguez, Gil y García (1996), indica que "...es un proceso casi permanente que se inicia el primer día en que se entra al escenario objeto de investigación [...] y que termina al finalizar el estudio" (p.72).

En cuanto a la recogida productiva de datos, esta refiere al proceso en el cual se obtiene información al aplicar los diversos instrumentos o técnicas. Por lo tanto, las actividades del acceso a campo y de la recogida de datos de esta investigación, fueron las siguientes:

#### **A. Acceso a campo**

- Primer acercamiento a los participantes del estudio (Presentación y consentimiento).
- Reajustes (En caso de que lo amerite).

#### **B. Recogida productiva de datos**

- Aplicación del cuestionario.
- Desarrollo del grupo focal.
- Transcripción y ordenamiento de la información.

### **3.2.10.3 Fase analítica**

Esta tercera fase, contiene el proceso analítico posterior a la recogida de datos y transcripción. Se puede decir, que en esta fase se incluye la reducción de datos, la transformación de estos y la obtención de los resultados y las respectivas conclusiones (Rodríguez, Gil y García, 1996, p.75). A partir de ello, las acciones que conformaron la fase analítica fueron:

- Análisis de los datos.
- Elaboración del plan de acción (Propuesta).

#### **3.2.10.4 Fase informativa**

Finalmente, la fase de cierre o salida corresponde a la fase informativa, la cual tiene como fin presentar y difundir los resultados obtenidos del estudio. En otras palabras, es la fase en la que "...el investigador no sólo llega a alcanzar una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio, sino que comparte esta comprensión con los demás" (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 76).

Contemplando lo anterior, las actividades de esta fase fueron las siguientes:

- Elaboración del informe final.
- Devolución de resultados a la institución.
- Defensa del Trabajo Final de Graduación.

A partir de lo anterior, se presenta a continuación el cronograma de la propuesta de proyecto del Trabajo Final de Graduación:

### 3.2.10.5 Cronograma de actividades

Actividad	2017										2018			
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Reajuste del proceso (De ser necesario)														
Reunión con equipo asesor														
Primer acercamiento a la población participante. Presentación y aplicación del consentimiento informado														
Recolección de los datos (Aplicación del cuestionario)														
Reunión con equipo asesor														
Logística para grupo focal														
Desarrollo de grupo focal														
Transcripción y ordenamiento de datos														
Análisis de los datos														
Reunión con equipo asesor														
Elaboración del plan de acción														
Reunión con equipo asesor														
Elaboración del informe final														
Logística para la defensa del Trabajo Final de Graduación														
Reunión con equipo asesor														
Defensa del Trabajo Final de Graduación														
Devolución de resultados a la institución														

Fuente: Elaboración propia.

### 3.2.11 Plan de recolección, procesamiento y análisis de información

Ahora bien, una vez identificados los pasos y métodos utilizados para obtener la información, se procede a explicar el proceso de análisis realizado. Para este, se identificaron las siguientes etapas:

**Etapa 1.** Una vez recopilados los datos a partir de la aplicación de las diversas técnicas e instrumentos, se procedió a realizar la transcripción de estos. Para ello, se utilizaron los programas informáticos de Microsoft Word, para el grupo focal y las preguntas abiertas de los cuestionarios; y Microsoft Excel para las preguntas cerradas de estos.

**Etapa 2.** En esta segunda fase, se trabajó con los datos cualitativos mediante la organización y codificación de lo transcrito. Posteriormente, se procedió a identificar aquellas ideas muy similares, haciendo una unificación de las más importantes y prescindiendo de las que no eran relevantes para el estudio. A partir de esto, se hizo una reagrupación de las ideas que quedaron.

**Etapa 3.** En esta etapa, se realizó un análisis de los datos cuantitativos, con base en los datos transcritos en Microsoft Excel. En este mismo programa, se analizan los datos con algunas fórmulas estadísticas, para utilizarlas posteriormente en la siguiente fase.

**Etapa 4.** Se hizo uso en esta etapa de los programas Atlas Ti y SPSS. Con el primero, se hizo un análisis de contenido desde las categorías que quedaron en la etapa 2, mientras que con el SPSS, se importaron los datos de Excel y se compararon los cálculos de ambos.

**Etapa 5.** Una vez depurados los datos cuantitativos (preguntas cerradas del cuestionario) y cualitativos (grupo focal y preguntas abiertas del cuestionario), se procedió a realizar una triangulación concurrente. Esta última, corresponde al método para "...confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades" (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.570).

Por último, se cruzaron los resultados cuantitativos y cualitativos, conjuntamente con la teoría que fundamentó los mismos.

### **3.2.12 Recursos utilizados**

En el presente apartado, se definen los recursos requeridos para la elaboración de este proyecto en el SE del HSVP, y que han sido clasificados en humanos, tecnológicos y presupuestarios. La descripción de cada uno de ellos se presenta a continuación:

#### **3.2.12.1 Recursos humanos**

Según Chiavenato (2007), en la Administración de Recursos Humanos (ARH), se puede concebir a las personas desde dos grandes perspectivas: las personas como tales y las personas como recursos. (p. 43) En la primera de ellas, se toman en cuenta aspectos como: personalidad, aspiraciones, actitudes y motivaciones, entre otros; mientras que en la segunda, se consideran: "...habilidades, capacidades, destrezas y conocimientos necesarios para la tarea organizacional" (p.43).

Por consiguiente, se incluyó en este proyecto los siguientes funcionarios del SE del HSVP:

- Médicos especialistas
- Médicos generales
- Enfermeros (as)
- Auxiliares de enfermería
- Asistentes de pacientes
- Administrativos
- Técnico en recursos humanos
- Auxiliares de registros médicos

### **3.2.12.2 Recursos tecnológicos**

En lo que respecta a los recursos tecnológicos, estos son definidos por Morin (1992) citado por Estrada y Sabando (2001), como un “conjunto de medios materiales (herramientas, métodos, patentes) y sobre todo inmateriales (conocimientos científicos y técnicos, [...]) de que la empresa dispone y/o que le son accesibles [...] para concebir, fabricar, comercializar, facturar... sus productos o servicios...” (p.2).

Aunado a ello, se consideró como recursos tecnológicos inmateriales la consulta a expertos relacionados al objeto de estudio. Específicamente, este tipo de recursos se evidenciaron con el acompañamiento del Comité Asesor, de la Dra. Ramos quien es parte de la Comisión de Calidad; y finalmente de las jefaturas del SE.

Por otra parte, los recursos tecnológicos y materiales requeridos para este proyecto fueron: computadora, grabadora de voz, fotocopias, lapiceros, llave maya y programas informáticos como Microsoft Word, Microsoft Excel, Atlas Ti y SPSS.

### **3.2.12.3 Recursos presupuestarios**

Los recursos presupuestarios o financieros son definidos por Sánchez (2008) como aquellos que incluyen las entradas y salidas de efectivo, que deben ser controladas en la organización por medio del presupuesto (p.59).

A continuación, se presenta la tabla con el desglose detallado de los costos requeridos en este proyecto:



**Tabla 2. Costos del Trabajo Final de Graduación**

Tipo de costo	Insumo	Cantidad/ Tiempo	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento	Costos reales a invertir
Capital	Computadora portátil. Acer Aspire One.	1	278,990	278,990	Estudiante	-
	Impresora. Epson Xp231.	1	29.000	29.000	Estudiante	-
	Internet	16 meses	9,405	150,480	Estudiante	-
	Grabadora de voz	1	31,600	31,600	Estudiante	-
Operación	Bachiller en Promoción de la Salud	16 meses	515,986*	8, 255, 780	Estudiante	-
	Fotocopias	1800	15	27,000	Estudiante	27,000
	Lapiceros	50	125	6,250	Estudiante	6,250
	Impresiones B/N	100	15	1,500	Estudiante	1,500
	Refrigerio para grupo focal	10	1,500	15,000	Estudiante	15,000
	Impresión del documento final	3	5,500	16,500	Estudiante	16,500
	Empaste de lujo	3	6,500	19,500	Estudiante	19,500
	Transporte	16 meses	-	69,740	Estudiante	69,740
<b>SubTotal</b>	-	-	876,636	8,901,340	-	155,490
<b>5% Imprevistos</b>	-	-	-	445,067	-	7,775
<b>Total</b>		-	<b>876,636</b>	<b>9,346,407</b>	-	<b>163,265</b>

\*Salario mínimo para un profesional bachiller universitario, con base en lo estipulado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. I Semestre, 2016.

**Fuente:** Elaboración propia. Con base en Rojas y Vargas (2015, p.63)

### 3.2.13 Plan de garantía ética

En lo que respecta a las consideraciones éticas para esta investigación, se buscó el respeto de los derechos y la dignidad humana de los funcionarios del SE del HSVP, las cuales son aspectos que se enmarcan en el reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica. Por otra parte, se buscó a lo largo del proceso, el beneficio de las personas participantes en esta investigación.

De la misma forma, a partir de los cuatro principios de la bioética, hecha por Beauchamp y Childress en 1979, se tomaron en cuenta la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Cada uno de ellos se define a continuación y se explica brevemente la manera en la que fueron aplicados en esta investigación.

**Autonomía:** “se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen” (Sánchez, 2009, p.231). Este principio, se aplicó mediante el respeto a las personas participantes del estudio, incluyendo su voluntad, sus decisiones, creencias y opiniones personales. Se consideró también la libertad de las personas de abandonar el proceso en el momento que lo desearan.

**Justicia:** “consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación...” (Sánchez, 2009, p. 232). Tomando en cuenta este concepto, se buscó que los beneficios que se obtuvieron de esta investigación, incluyeran a todos los participantes, sin discriminar por puesto de trabajo, género, edad, sexo, orientación sexual, etnia, religión u otro aspecto.

**Beneficencia:** “es la obligación de hacer el bien” (Sánchez, 2009, p.232). En el caso del presente estudio, se pretendió identificar aspectos de calidad total presentes en los funcionarios del SE del HSVP; y a partir de ello, brindar una propuesta de reorientación para ese servicio. También, se buscó que los participantes se sintieran cómodos en la investigación.

**No Maleficencia:** “hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente” (Siurana, 2010, p.124). A partir de esta definición, se buscó a

lo largo de este estudio, no causar ningún tipo de daño a las personas participantes, incluyendo el daño físico, psicológico y/o emocional y social.

Aunado a ello, se desarrolló un consentimiento informado (*Ver Anexo 4*), con base en los lineamientos del reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica. En dicho documento se contemplan aspectos como:

- Invitación a las personas de ser parte del estudio.
- Objetivo de la investigación.
- Uso que se le dará a la información que ellos brinden.
- Posibles riesgos que se tendrían al ser parte del estudio.
- Beneficios directos o indirectos que se tendrían al ser parte del estudio.
- Nombre completo y número telefónico de la investigadora.
- Nombre del reglamento en que se enmarca la investigación y donde pueden consultarlo.
- Número telefónico y nombre de la oficina de la Universidad de Costa Rica donde pueden hacer alguna consulta.
- Explicación de una participación voluntaria.
- Explicación de la protección de su identidad (confidencialidad).

Una vez que los participantes leyeron el documento y se les aclaró las dudas respectivas, procedieron a firmar el mismo, dejando un ejemplar a la investigadora y una copia para ellos.

A su vez, se explicó previamente a las personas los siguientes aspectos:

1. *Duración del estudio*: se pretendió desarrollar la recopilación de los datos de la investigación en el primer semestre del año 2017.

2. *Lugar del estudio*: el proceso de la investigación, se hizo en el mismo HSVP, es decir, las personas participantes no tuvieron que trasladarse a otro lugar en ningún momento del estudio.

3. *Uso de la información:* el uso de la información fue con fines académicos, y se hizo a partir de ella una propuesta al HSVP. Se utilizó la información protegiendo en todo momento la identidad de los participantes.

4. *Almacenamiento de la información:* los datos obtenidos serán almacenados por la investigadora por un periodo de dos años a partir del momento en que se inició con el estudio. La misma será guardada de manera electrónica, en la casa de habitación de la investigadora, localizada en San Bosco de Santa Bárbara de Heredia.

Finalmente, de forma oral y escrita se hizo el debido proceso de devolución de resultados, tanto a las personas participantes del estudio, como a las autoridades del centro hospitalario.

#### **3.2.14 Comité Asesor**

En lo que respecta al equipo que se ha elegido para dar asesoría en esta investigación, estos correspondieron a docentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Los datos de su formación profesional y las razones por las que fueron elegidos, son las siguientes:

- **Director:** Mauricio Vargas Fuentes.

Médico -Cirujano de la Universidad de Costa Rica y master en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia. Además, cuenta con estudios de especialización en Administración de Servicios de Salud en Universidad de Costa Rica-CENDEISSS.

Por la experiencia y conocimiento que posee el Dr. Vargas en temas como servicios de salud, planificación estratégica; gestión de cambio; formas innovadoras de gestión; recursos humanos, servicios integrales de salud, entre otros, se eligió como director de este proyecto.

- **Lectora:** Karol Rojas Araya.

Licenciada en Enfermería de la Universidad de Costa Rica y bachiller en Sociología de la Universidad Nacional.

Cuenta con una especialidad en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud del ICAP / OPS; así como diplomaturas en Salud Global del INSP México, Economía y Salud de FLACSO Chile, y en Gestión de los Determinantes Sociales de la Salud del COLAM/OUI.

Aunado a los estudios anteriores, se eligió a la Lic. Rojas principalmente por su experiencia en política pública estatal en salud, trabajo con institucionalidad en salud, promoción de la salud y los niveles de atención del sistema de salud.

- **Lectora:** Ileana Vargas Umaña

Licenciada en Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica.

Cuenta con una maestría en Ciencias en Servicios de Salud en la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), así como una maestría en Psicopedagogía en la Universidad Estatal a Distancia (UNED).

Además de los estudios anteriores, la Dra. Vargas ha desarrollado diversos proyectos universitarios de promoción de la salud asociados a la prestación de servicios de salud, específicamente el programa de navegación de pacientes donde se brinda acompañamiento holista a las pacientes con cáncer de mama en hospitales nacionales y regionales. Por estas razones se ha elegido como parte del comité asesor de esta investigación.

### **3.2.15 Limitaciones**

Como únicas limitaciones identificadas, se tienen:

- No se logró obtener la respuesta a los cuestionarios de un 15% de funcionarios debido a razones como: funcionarios incapacitados, funcionarios que contaban con permisos sin goce de salario, salidas del

HSVP a otros hospitales, llegada de varias emergencias al momento de la recolección de datos, negación a contestar el cuestionario, y la gran mayoría por cambio repentino de turno entre los funcionarios (no según el asignado).

- Lo anterior influyó a su vez en una extensión del periodo de recolección de datos, los cuales estaban destinados para ser recopilados en dos meses, y al final tuvo una duración de seis meses.

## **IV. Desarrollo**

### **4.1 Capítulo 1: Análisis de las necesidades de los usuarios frente a la oferta de recursos del SE del HSVP**

Para poder comprender más a fondo la realidad del SE del HSVP y definir en el tercer capítulo líneas de acción en la propuesta, es preciso describir e identificar una serie de elementos que den un panorama más claro de su funcionamiento. Para ello, se contrastaron aspectos de las necesidades de los usuarios (demanda) con aspectos de la oferta de recursos que este servicio brinda.

Según Malagón, Galán y Pontón (2008), tanto la demanda como la oferta son las entradas de un sistema, que luego de pasar por uno o varios procesos, tienen resultados e impacto. Por lo tanto, para el desarrollo de este primer capítulo, se desarrollan tres apartados: el primero de ellos describe las características de la demanda, el segundo las características de la oferta y el tercero hace una relación sobre si la oferta da o no respuesta a la demanda.

#### **4.1.1 Características de la demanda del SE del HSVP en el año 2016**

Cuando se habla de demanda en salud, esta se refiere a aquello relacionado con la caracterización de las necesidades de salud de los individuos (Vargas, 1990, p.66), el acceso a los servicios de salud y la búsqueda de satisfactores con respecto a su salud (Arredondo, A. y Recaman, A., 2002, p.43). En otras palabras, las personas asisten a los servicios de salud con el fin de satisfacer sus necesidades sanitarias, y los SE son uno de los servicios más demandados por la población.

En los últimos años, los SE de la CCSS, son de los de mayor demanda y por ende mayor consumo de recursos (Segura y Rodríguez, 2006, p.iv). Para el año 2016 la CCSS registró un aumento del 5,4% en las atenciones de los SE, es

decir, un incremento de aproximadamente 290.000 atenciones (Solís, 2017, párr.8).

Para ese mismo año, el HSVP registró un total de 165.661 atenciones, las cuales se muestran a continuación según grupo etario.

**Tabla 3. Cantidad de consultas según grupo etario SE-HSVP, 2016.**

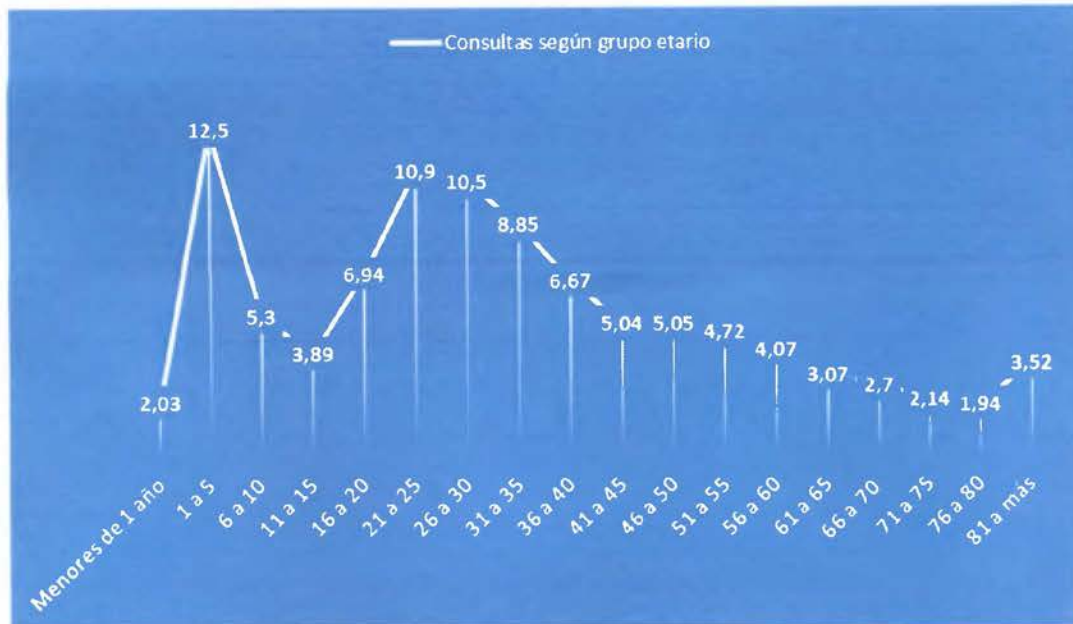
<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Cantidad de consultas</b>
<b>Menores de 1 año</b>	3377
<b>1 a 5</b>	20741
<b>6 a 10</b>	8784
<b>11 a 15</b>	6454
<b>16 a 20</b>	11503
<b>21 a 25</b>	18132
<b>26 a 30</b>	17464
<b>31 a 35</b>	14675
<b>36 a 40</b>	11050
<b>41 a 45</b>	8359
<b>46 a 50</b>	8366
<b>51 a 55</b>	7831
<b>56 a 60</b>	6747
<b>61 a 65</b>	5089
<b>66 a 70</b>	4476
<b>71 a 75</b>	3548
<b>76 a 80</b>	3221
<b>81 a más</b>	5844
<b>Total</b>	<b>165 661</b>

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Servicio de Emergencias del HSVP.

Del total de consultas, el grupo de 1 a 5 años comprendió la mayor cantidad de atenciones, representando un 12,5%, seguido del grupo de 21 a 25 con un 10,9%. Los grupos que menos atenciones registran, corresponden a los menores de un año (2%) y de 75 a 80 (1,9%). Estos datos se pueden apreciar en el siguiente gráfico:



**Gráfico 1. Porcentaje de consultas según grupo etario SE-HSVP, 2016.**



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Servicio de Emergencias del HSVP.

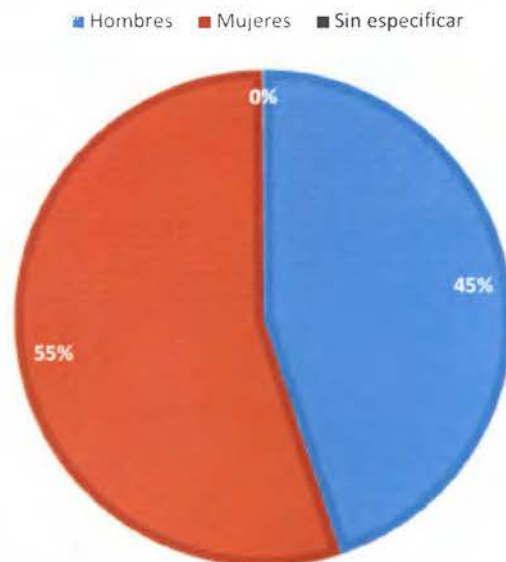
Como se mencionó, el grupo etario de 1 a 5 años, es el que consulta más al SE. Se debe tomar en consideración que son una población que asiste a los servicios de emergencias acompañados de sus padres y/o encargados, los cuales por conocimientos insuficientes o equivocados o la búsqueda inmediata y precoz de diagnósticos y tratamientos, asisten a estos servicios por aspectos que no son urgencias reales, sino urgencias sentidas (Pérez, Begara, Núñez y Navarro, 1996, p.324).

Además, es necesario indicar que los niños constituyen uno de los grupos más vulnerables en cuanto a morbilidad y mortalidad se refiere, debido a las condiciones características de las etapas perinatal e infancia, asociadas a los procesos biológicos de reproducción, crecimiento y desarrollo (Quizamán y Neri, 2008, s.p). Por lo tanto, los hábitos y prácticas como lavado de manos, el protocolo de estornudo y de toser, la noción de lo que tocan y lo que comen (por ejemplo si algo es peligroso o está contaminado), representan aspectos a

fortalecer desde los hogares, guarderías, escuelas y demás escenarios donde se desenvuelven.

Por otra parte, en cuanto a las consultas atendidas en el SE en el año 2016, se presenta una variación entre las consultas según sexo, en donde predominan las mujeres (91535) sobre los hombres (73981) consultas, lo que representa el 55% y 45% respectivamente. Lo anterior se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2. Porcentaje de consultas según sexo SE-HSVP, 2016.**



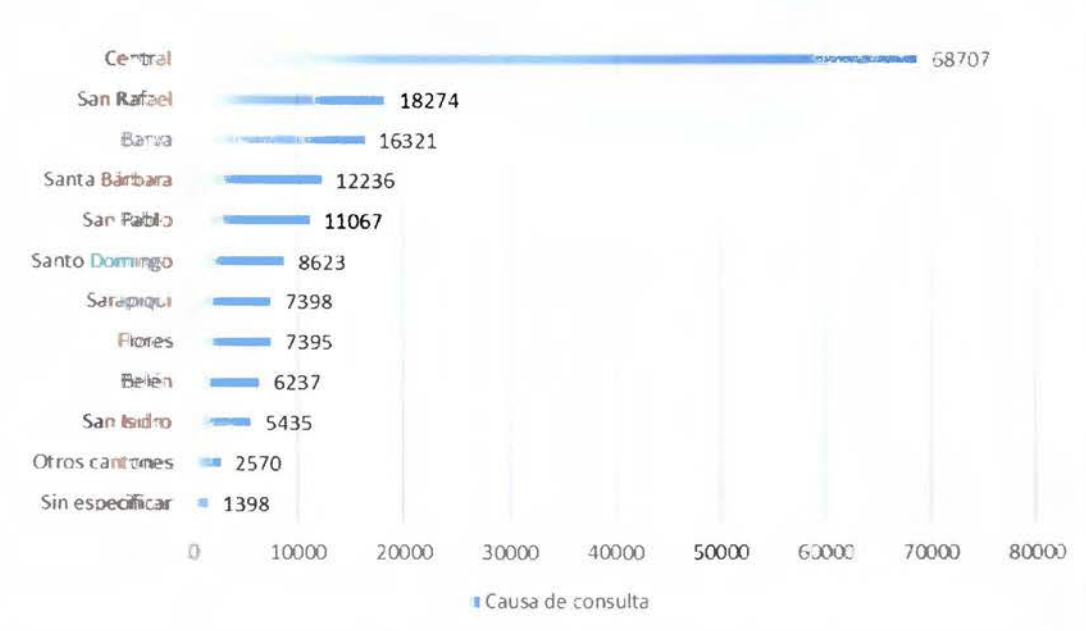
Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP.

Al contrastar los datos anteriores con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2011), de la provincia de Heredia (229 651 mujeres y 231 501 hombres), se observa que no hay correspondencia; lo cual puede estar asociado a diversos motivos, como lo es el aspecto cultural, donde muchas veces se concibe a la mujer como "cuidadora" de la familia, y por ende quien más consulta (Pinto y Trelles, 2012, p.42).

Según otros autores, otros aspectos relacionados a este comportamiento pueden ser que las mujeres tienen peor percepción de su salud, presentan más síntomas y mayor sensación de dolor; así como, una mayor notificación de enfermedades crónicas en comparación con los hombres (Rosa, Montijano, Herráiz y Zambrana, 2005, p.518); estos aspectos podrían ser trabajados en el primer y segundo nivel de atención, para descongestionar así el SE.

En el gráfico número 3 se presenta la distribución de las consultas según zona de residencia:

**Gráfico 3. Número de consultas según zona de residencia (cantones) SE-HSVP, 2016.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP.

Como se puede evidenciar, predominaron las consultas procedentes del cantón Central con un total de 68 707, seguido por el cantón de San Rafael con 18 274 y el cantón de Barva con 16 321 consultas. Llama la atención la asistencia de

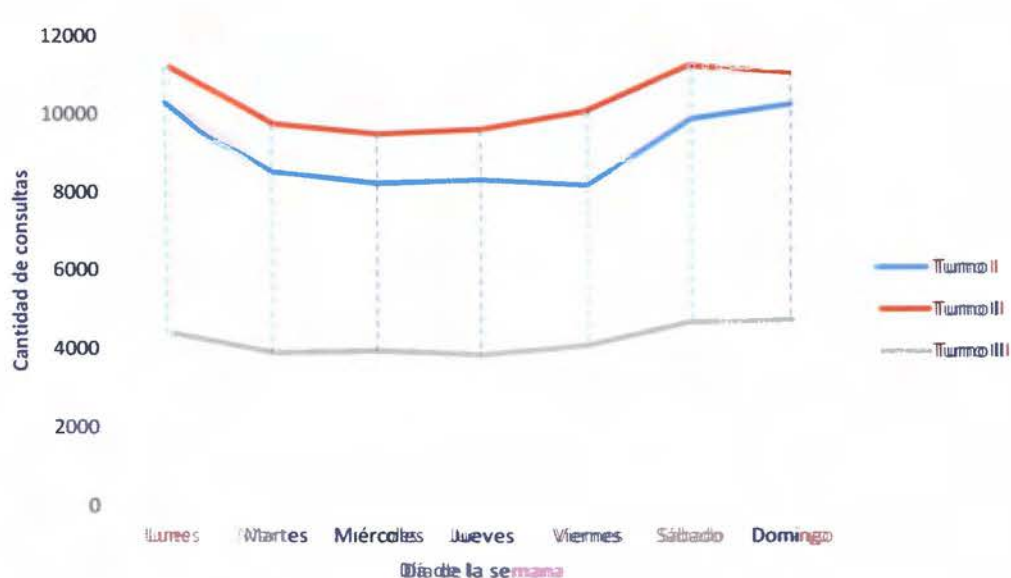
2570 personas que consultaron de otros cantones del país, fuera del área de atracción.

En el caso del cantón Central, este incluye distritos con mucha población, como lo es San Francisco, que a su vez incluye la comunidad de Guararí, la cual se caracteriza por ser una zona en riesgo social, con una cantidad considerable de población migrante y que se encuentra muy cerca del HSVP. Este último aspecto de índole geográfico se ha descrito como uno de los principales factores determinantes en la saturación de los servicios de emergencias, por la menor distancia con la residencia, la cultura de la inmediatez, de acceso y de rapidez a tratamientos (Novelli, Neves, Muglia y Carvalho, 2011, p.6).

Otro factor que se ha descrito, influye en la frecuencia de consulta según zona de residencia, corresponde a la falta de servicios en consultorios comunales (Marín, 2008, p.iv), lo que involucra en este caso a los EBAIS y las Áreas de Salud. Un ejemplo de esto es el cantón de Santo Domingo, que según el INEC (2016), es el tercer cantón más poblado de Heredia (47200 habitantes), pero que no ocupa uno de los primeros puestos en cuanto a consultas en el SE; lo que podría asociarse con que el Área de Salud de Santo Domingo (Clínica Dr. Hugo Fonseca Arce) brinda múltiples servicios como rayos X, electrocardiografía, ultrasonidos obstétricos, etcétera, que no se brindan en otras Áreas.

Como otro factor importante de analizar en la demanda, se examinó la cantidad de consultas, según turno y día de la semana, que se registraron en el SE durante el año 2016. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

**Gráfico 4. Número de consultas según turno y día de la semana SE-HSVP, 2016.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP

Como se puede observar, los días de la semana en los que se presentó mayor demanda de consulta, corresponde a los días lunes, sábado y domingo. El turno que registró mayor demanda fue el segundo turno, que va de las 2:00 a las 10:00 p.m. Este comportamiento se puede relacionar con los horarios de los EBAIS y las Clínicas que cierran a las cuatro de la tarde, por lo que optan por los servicios de emergencias hospitalarios.

De acuerdo con Guerrero y Fernández (2010), se ha comentado en foros y artículos a nivel nacional que si se aumentara la capacidad resolutive del primer nivel, se lograría un impacto positivo en la descongestión de servicios de urgencias hospitalarias (p.71). Además, estos autores mencionan que algunas de las razones por las cuales las personas optan por los servicios de emergencias son: la respuesta no satisfactoria de su necesidad por parte del EBAIS, los

horarios de atención, la capacidad y recursos del servicio, así como la confianza que tienen en el mismo.

Del mismo modo, Rodríguez y Bustelo (2008) indican que el horario de atención usual de primer nivel (8:00 a.m. a 4:00 p.m.), no se adapta a las necesidades de la población trabajadora (pp.16-17), y que lo dificulta aún más el tener que sacar cita en las mañanas. No obstante, este aspecto se ha mitigado con el uso del Expediente Único en Salud (EDUS), al permitir a las personas sacar cita vía internet. También se menciona que la asistencia a los servicios de emergencias limita la captación de las personas para atención integral y programas preventivos (p.17).

Para finalizar con la caracterización de la demanda, se indagaron las causas o diagnósticos por los cuales las personas hicieron uso del SE, durante el año 2016; tomando en cuenta el diagnóstico presuntivo, el de estudio y el final. En el primero, el médico genera las hipótesis a partir de signos y síntomas, en el segundo se incluye nueva información, exámenes y pruebas complementarias para descartar entre las hipótesis generadas, y en el tercero se confirma o descarta el diagnóstico de las etapas anteriores (Capurro y Rada, 2007, pp.535-537).

Asimismo, es necesario indicar que, como el SE se encuentra en proceso de digitalización total de la información, hay 12 813 diagnósticos (7,73% de las consultas), que no se ingresaron digitalmente, sino que por rapidez de la atención o decisión del médico, se hicieron en forma física en el expediente del paciente. Cabe destacar que se trabajó únicamente con las bases de datos digitales facilitadas por la jefatura. Teniendo en cuenta ambos aspectos, se expone el siguiente gráfico:

**Gráfico 5. Principales causas de consulta SE-HSVP, 2016. 1**



1. Ver números absolutos en el Anexo 5.

Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP, 2016.

Como se observa, la causa de consulta más frecuente corresponde al dolor abdominal agudo (DAA) con un total de 7287 casos, mientras que el segundo lugar lo ocupa la diarrea aguda (DA) con 6776 casos, seguido por las infecciones en las vías respiratorias superiores (IVRS) con 6189 casos. Cabe destacar que estas primeras diez causas de consulta, representan el 26% del total de consultas registradas.

Se entiende por DAA, al "...dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación" (Montoro y Casamayor, 2012, p.91). El DAA implica una alta complejidad en su diagnóstico y se estima que "...solo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso son diagnosticados correctamente" (Montoro y Casamayor, 2012, p.91). El hecho de que se presente como la principal causa de consulta en el SE del HSVP, no difiere con lo indicado

por Jiménez et.al, quienes lo mencionan como uno de los síntomas más frecuentes en urgencias, representando un 85% de los casos (2010, p.3).

La DA se presenta como la segunda causa de consulta; se debe a un aumento en la pérdida de agua y electrolitos (principalmente), por medio de las heces (Román, Barrio y López, 2010, p.11) y puede presentar síntomas como fiebre, náuseas, vómitos y/o dolor abdominal (p.11). Por otra parte, estos autores mencionan que la DA es una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda sanitaria (p.11), lo cual tiene relación con el grupo etario que más consultas registró.

Como tercera causa de consulta, se registraron las IVRS, las cuales son aquellas infecciones que afectan la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales (Macedo y Mateos, 2008, p.137). De acuerdo con Simón (2010), las infecciones respiratorias representan un 3% de las atenciones en servicios de urgencias (p.18), lo cual no está lejos de la realidad del HSVP, donde se dio un 3,73%. Conjuntamente, en casi el 30% de los casos las IVRS o gripes, no representan en sí una urgencia hospitalaria (p.18) y ambas aparecen en las diez primeras causas registradas en el 2016 en el HSVP. Además, es importante resaltar que estas tres primeras causas de consulta, predominan en la mayoría de los distritos de la provincia de Heredia. En 29 de los distritos la primera causa fue DAA, en 8 de ellos fue DA, y en 4 las IVRS. (*Ver Anexo 6*)

Finalmente, es importante conocer el contexto de la población, el perfil específico de cada causa de consulta, el estilo de vida de los pacientes, el ambiente, etcétera, ya que podrían ser factores determinantes de la demanda, que podrían abordarse desde la Promoción de la Salud en diversos escenarios y desde los otros niveles de atención; ya que el conocimiento general de la demanda supone en sí una reorganización del servicio, que lleva a la mejora de la calidad del mismo por medio de la planificación y organización de sus recursos (Martín y Murillo, 2004, pp.110-111).



#### 4.1.2 Características de la oferta del SE del HSVP en el año 2016

Una vez descritas las características de la demanda del SE del HSVP, es preciso identificar y describir también los elementos de la oferta. Según Vargas (1990), la oferta involucra los recursos existentes, incluyendo los recursos físicos, humanos y financieros; y algunos elementos organizativos y administrativos, con la finalidad de determinar si éstos están siendo coherentes con la demanda. (p.81)

En este caso, el SE del HSVP para dar respuesta a la demanda presentada, cuenta con diferentes servicios y secciones, las cuales se especifican en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4. Tipos de servicios y secciones del SE del HSVP.**

<b>Servicio</b>	<b>Secciones</b>
<b>Recepción</b>	-Área exclusiva de recepción -Sala de espera
<b>Observación</b>	-Críticos -Agudos -Sección A -Sección B -Sección C -Sección D -Inhalo terapia
<b>Consultorios</b>	-Clasificación (Triage) -Atención General -Ginecobstetricia -Ortopedia -Sala de Cirugía Menor
<b>Pediatría</b>	-2 Consultorios -Observación -Inhalo terapia

Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP, 2016.

Además de los servicios y las secciones descritas anteriormente, se cuenta con salas de shock, cuarto de procedimientos, comedor para funcionarios y un aula para docencia o reunión de los mismos. Esto coincide con lo estipulado por Martínez (2010), quien indica que los servicios básicos en un servicio de urgencias son: área de información o admisión, clasificación, atención ambulatoria, atención nivel I y nivel II, atención inmediata, observación, área de sépticos, quirófano y áreas de soporte (pp.17-18).

Asimismo, la infraestructura en términos generales, se encuentra en buenas condiciones, debido a la recién construcción del centro hospitalario hace siete años, convirtiéndolo en el más nuevo de la CCSS. No obstante, en cuanto a la capacidad de este servicio, no se puede decir lo mismo, dado que se ha habilitado un pasillo con camillas y sillones para los pacientes en observación, debido a la falta de espacio en las salas destinadas para este fin. Este aspecto, no corresponde con lo mencionado por la Consejería de Sanidad de España (2012), que indica que los servicios de emergencias deben garantizar la intimidad visual y auditiva de los pacientes y deben ser flexibles para crecer según las circunstancias de la demanda. (p.26) No obstante, según el inventario facilitado por la jefatura del SE, la sala de espera no cuenta con las condiciones adecuadas.

Aunado a lo anterior, cada una de las secciones identificadas en el SE, cuenta a su vez con diversos equipos e insumos, los cuales se exponen con más detalle a continuación:

**Cuadro 5. Equipo e insumos del SE-HSVP.**

Sección	Equipo e insumos
Recepción	Área destinada para clasificación, sistema automatizado de recepción, servicio sanitario, sillas y área para sillas de ruedas.
Consultorios	Camilla para exploración, escritorio, sillas de pacientes, silla del médico, computadora, dispensador de jabón, dispensador de alcohol en gel, dispensador de toallas, basurero bio peligroso, basurero de desechos punzocortantes, basurero desechos corrientes, equipo diagnóstico, esfigmomanómetro, guantes de exploración, baja lenguas, negatoscopio.
Salas de shock	Acceso fácil desde todas las áreas del SE, equipo adecuado para sala de reanimación, monitoreo de signos vitales (SV), posibilidad de MC invasivo, equipo de vía aérea, carro de paro, camilla de transporte, lavamanos, dispensador de jabón, dispensador de alcohol en gel, dispensador de toallas, basurero bio peligroso, basurero de desechos punzocortantes, basurero desechos corrientes, otoscopio, esfigmomanómetro, guantes de exploración, baja lenguas, negatoscopio, colgantes para terapias IV, glucómetro, salidas de aire comprimido, salidas de oxígeno, salidas aéreas, cilindro oxígeno transporte, vacuum para succión, reloj de pared, desfibrilador, electrocardiógrafo, bombas de infusión, ultrasonido portátil.
Equipo mínimo en el SE	Electrocardiógrafo, monitor de SV, equipo portátil para toma de SV, glucómetro, aspirador, equipo para nebulizar, sistema de cómputo, sillas de ruedas, camillas de transporte/atención directa.

Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP, 2016.

Además de lo anterior, el SE cuenta con un laboratorio satélite, protocolos de evacuación y de atención en desastres masivos, guías clínicas de atención

actualizadas, y un sistema de comunicación con el sistema extra hospitalario y tercer nivel. También, existen protocolos de seguridad ante una emergencia, y preparación de los funcionarios ante estas situaciones, pero sin hacer simulacros. Estos aspectos, son coherentes con lo que indica el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010), sobre la necesidad de contar con manuales que incluyan la cartera de servicios, recursos estructurales, equipamiento, instrumentos de coordinación con otros servicios y protocolos ante situaciones de emergencias (p.43).

Asimismo, el equipamiento del SE del HSVP, concuerda en su mayoría con lo indicado por la Consejería de Sanidad de España (2012), acerca del mobiliario general y clínico con el que deben contar los servicios de urgencias hospitalarios (pp.35-40); sin embargo, se requiere de mayor privacidad en el área de clasificación (*Ver Anexo 7*). Por su parte, lo que respecta a las guías clínicas, sería importante estudiarlas con mayor detalle posteriormente, para conocer si son coherentes con la demanda presentada y con la percepción y satisfacción del usuario.

Ahora bien, en lo que respecta al recurso humano por tipo de funcionario, el SE cuenta con lo siguiente:

**Cuadro 6. Tipos de funcionarios del SE-HSVP**

<b>Tipos de funcionarios</b>	<b>Cantidad</b>
Emergenciólogos	8
Pediatras	2
Médicos generales	34
Enfermeros (as)	34
Auxiliares de enfermería	75
Asistentes de pacientes	37
Administrativos	4
Asistente de registros médicos	9

Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP.

Martínez (2010), identifica dentro de la composición del equipo de recursos humanos del servicio de urgencias a los especialistas, médicos, enfermeras, supervisora, auxiliares, técnicos y personal de soporte, entre otros (pp.15-16). Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010) describe como parte del personal del servicio de urgencias lo siguiente: un responsable de la unidad, médicos, responsable de enfermería, enfermeros, auxiliares de enfermería, gestión auxiliar y personal auxiliar administrativo (pp.83-85).

De lo anterior, sobre el responsable de la unidad y el responsable de enfermería, en SE los médicos especialistas, médicos generales y dos administrativos dependen de la jefatura médica del servicio (responsable de unidad), mientras que los enfermeros (as), auxiliares de enfermería, asistentes de pacientes y dos administrativos dependen de la jefatura de enfermería de ese servicio (responsable de enfermería). En el caso de los asistentes de registros médicos, estos dependen del departamento de admisión del hospital.

En caso de que la causa de consulta requiera de otro especialista específico como dermatólogo, urólogo, obstetra, etcétera, se debe esperar a que este llegue al SE, o bien se lleva al paciente al área del hospital que corresponda. Por lo tanto, al trabajar de la mano en forma interdepartamental e interdisciplinaria, es necesario fortalecer desde diversos programas y políticas, el trabajo en equipo y la comunicación, los cuales son componentes de calidad total que se profundizarán en el segundo y tercer capítulos.

Por otra parte, los funcionarios se distribuyen en tres turnos de atención, que van de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. (Turno I), de 2:00 p.m. a 10: 00 p.m. (Turno II) y de 10:00 p.m. a 6:00 a.m. (Turno III). La cantidad de funcionarios según turno se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Cantidad de funcionarios según turno SE-HSVP.**

	<b>Turno I</b>	<b>Turno II</b>	<b>Turno III</b>
<b>Médicos Generales</b>	11	12	8
<b>Enfermeros (as)</b>	12	12	10
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	25	27	23
<b>Asistentes de Pacientes</b>	11	13	10
<b>Registros Médicos</b>	3	3	3
<b>Total</b>	62	67	54

Fuente: **Elaboración** propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP

A partir de la información anterior, es posible evidenciar, que la mayor cantidad de funcionarios se ubican en el segundo turno de atención (2:00 p.m. a 10: 00 p.m.), mismo que más demanda registró en el año 2016. Esto corresponde a lo indicado por el Defensor del Pueblo de España (2015), acerca de la necesidad de adecuar la disponibilidad del recurso humano a la demanda propia del servicio de urgencias (p.28). Aunado a ello, es importante mencionar que en lo que respecta a la revaloración médica, le corresponde a cada médico revalorar a sus pacientes y solamente cuando hay cambio de turno, el seguimiento lo realiza el médico que recibe.

Ahora bien, en cuanto a la distribución de los especialistas, esta varía con respecto a la de los demás funcionarios, tal como se muestra seguidamente:

**Cuadro 7. Distribución de especialistas en el SE-HSVP.**

Especialidad	Cantidad	Horario
Emergenciólogos	7	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
	1	Cada 4 días de 4:00 p.m. a 7:00 a.m.
Pediatras	1	Lunes a Jueves de 7:00 a.m. a 11:30 a.m. Viernes de 7:00 a.m. a 11:00 a.m.
	1	Lunes a Jueves de 11:30 a.m. a 4:00 p.m. Viernes de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.

Fuente: Elaboración propia con datos del Servicio de Emergencias del HSVP

En relación con esta distribución de especialistas, es posible evidenciar que se cuenta con siete emergenciólogos en jornada ordinaria, y uno en jornada no tradicional, mientras que en el caso de pediatría, se cuenta con uno en horas de la mañana y uno en horas de la tarde. Para los horarios que no aparecen en la distribución anterior (4:00 p.m. a 7:00 p.m.), se mantiene cubierto con las guardias que hace otro médico. Esto se relaciona con lo que menciona Reveco y Weber (2011), sobre la necesidad de que en todo momento haya en los servicios de urgencias, un mínimo de un médico en cada especialidad (p.70).

Ahora bien, una vez descritas las características tanto de la demanda como la oferta del SE del HSVP, se procede en el siguiente apartado a determinar la coherencia de los recursos existentes con la demanda sanitaria que se presenta.

#### **4.1.3 Análisis de la relación oferta y demanda del SE del HSVP año 2016**

Según los apartados anteriores, el grupo etario más demandante correspondió al de 1 a 5 años, representando un 12,5% de las consultas del año 2016. Específicamente para esta población, el SE cuenta con 2 consultorios: observación e inhala terapia; así como, un equipamiento muy completo en todo el servicio. Además, cuenta con dos pediatras, uno para la mañana y otro para la tarde; después de las 4:00 p.m. no se cuenta con este especialista en el SE, por lo

que sería importante incorporar uno que atienda este turno o bien mantener a los funcionarios actualizados sobre la atención de la población infantil. Por otra parte, las áreas y el equipamiento se encuentran en buenas condiciones, lo que puede potenciarse mediante la educación en los funcionarios, acerca del cuidado y la optimización de los recursos disponibles.

En lo que respecta a la demanda según sexo, la mayor cantidad de consultas correspondió a las mujeres con un 55%. Este comportamiento pudo estar asociado con la quinta causa de consulta que correspondió al embarazo de término, dado que todos estos casos sin excepción entran por este servicio. Para ello, el SE oferta un consultorio específico para gineco-obstetricia pero no cuenta con un especialista en esta área, por lo que es preciso tener una buena coordinación con el área de ginecología del HSVP, por si se presenta algún caso que no se pueda manejar en el SE. Asimismo, debido a este comportamiento, es importante mantener una formación constante a los médicos en aspectos asociados al embarazo, para así brindar una mejor atención al público femenino.

Por su parte, de las consultas según zona de residencia predominan las del cantón Central con 41,47% lo cual es un comportamiento que, como se ha indicado, puede estar relacionado principalmente con un factor condicionante geográfico debido a que la mayor cantidad de consultas fueron procedentes de zonas muy cercanas al centro hospitalario. Por lo tanto, algunos aspectos a mejorar corresponden a procesos de educación a los usuarios para un uso adecuado de los servicios de emergencias, y a un fortalecimiento del trabajo en red con los otros niveles de atención para lograr la descongestión del SE; debido a que de acuerdo con la base de datos de las consultas del 2016, el 76% (128414 casos) fueron consultas no urgentes.

Del mismo modo, relacionado a las consultas según turno y día, estas registraron mayor afluencia de pacientes los días lunes y sábado en el II turno, que va de las 2:00 a las 10:00 p.m. lo que es coherente con la distribución de funcionarios del SE, debido a que la mayor cantidad de estos laboran en este turno. No obstante, se podría mejorar este aspecto con la presencia de un pediatra



que esté presente en todo el segundo turno, ya que como se ha evidenciado, después de las 4:00 p.m. (de lunes a jueves) y desde las 3:00 p.m. (viernes) no hay ninguno en el SE, y en el III turno el grupo que más consultó fue el de 1 a 5 años. Además, este comportamiento refleja la importancia de seguir gestionando a nivel de CCSS, las propuestas de extender el horario de consulta y atención de emergencias de los EBAIS y las Áreas de Salud.

En lo correspondiente a las causas de la consulta, estas fueron encabezadas por DAA (4,39%), la DA (4,09%) y las IVRS (3,74%). Ante ello, el SE en cuanto a tipos de recursos materiales y humanos, si cuenta con la oferta para dar respuesta a estos motivos de consulta, pero es necesario su optimización y la buena relación con los servicios de apoyo. Por ejemplo, en cuanto al DAA al no ser una patología como tal, sino que puede estar asociado a varios padecimientos, por lo general son necesarios exámenes complementarios para realizar el diagnóstico final, por lo que se requiere de una buena coordinación intra institucional con los servicios de rayos X, laboratorio y farmacia principalmente.

Asimismo, las tres principales causas de consulta, deben analizarse a la luz de los determinantes de la salud, principalmente el factor ambiental y el de estilo de vida, y así poder incidir en ellos mediante la promoción de la salud y el trabajo articulado de los diferentes niveles de atención, y de esta forma lograr reducir la congestión del SE. Finalmente, como se ha indicado en varios momentos, es importante que los funcionarios hagan un uso óptimo de los recursos existentes y que conozcan las características de la demanda, para así orientar las acciones según las necesidades de la población. Por lo tanto, estos son aspectos que se retomarán más adelante en el tercer capítulo correspondiente a la propuesta de reorientación.

## **4.2 Capítulo 2: Componentes de Calidad Total en el SE del HSVP**

Corresponde como siguiente paso caracterizar algunos componentes de calidad total presentes en este servicio. La calidad total, como se detalló en

apartados anteriores, es “una filosofía de gestión integral” (Perdomo y González, 2004, p.96) que se basa en los clientes y la mejora continua de los procesos (Carro y González, 2002, p.1).

Este método administrativo ha sido aplicado en salud desde la década de los ochenta (Gilmore y Moraes, 1996, p.4) y se utilizó como enfoque de este estudio debido a que tiene relación con lo que abarca la promoción de la salud, principalmente en su quinta línea de acción de reorientación de servicios de salud, la cual incluye aspectos como perfiles del personal, fortalecimiento de habilidades, conocimientos y metodologías; brindar ambientes laborales sanos a los trabajadores de la salud, entre otros (OPS, 2010, pp.8-9).

Específicamente; de la filosofía de calidad total, se seleccionaron para este estudio los elementos de mejora continua, capacitación y educación y el enfoque al empleado. Cada uno de ellos se describe y detalla en los siguientes apartados.

#### **4.2.1. Mejora continua**

Específicamente, en este se busca la mejora constante de la calidad en todas las acciones de la organización, mejorando cada uno de los procesos desde su comienzo hasta su finalización (Villaverde, 2012, pp.16-17). Esta mejora involucra a todos los miembros en general, haciendo énfasis en el trabajo en equipo y en el conocimiento de las necesidades de los usuarios (Echezuría, Gutiérrez y Rondón, 2006, p.18). Sobre este componente, se trabajaron los elementos de evaluación del desempeño, comunicación interna y trabajo en equipo.

##### **4.2.1.1 Evaluación del desempeño**

Se consultó en primer lugar acerca de si se realiza o no evaluación del desempeño en el SE, a lo cual un 97% indicó que si se realiza esta evaluación. La evaluación “es un proceso sistemático, cíclico, formal y participativo” que evalúa

las competencias de cada funcionario y el grado de cumplimiento de los objetivos, por medio de la valoración cuantitativa y cualitativa (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2010, p.13). Además, Sum (2015) indica que las organizaciones actuales y más orientadas al servicio, no solo evalúan las actividades del puesto de trabajo, sino que incluyen también “acciones del ambiente psicológico de la organización” y aquellas asociadas a la falta de productividad (p. 27).

Por lo tanto, la evaluación del desempeño realizada en el SE del HSVP, puede ser una herramienta que se utilice en pro de la identificación de aspectos a mejorar, ya sea a nivel de cuestiones personales de los funcionarios o de aspectos de la organización que están incidiendo en esos resultados. Además, es necesario dar atención a las propuestas de mejora que se brinden en los casos donde el desempeño es bajo para darle el respectivo seguimiento; podría analizarse también si estas propuestas son ganancia de salud, la cual según la OMS (1998) corresponde a ver las ventajas de una forma de intervención frente a otra para conseguir el máximo beneficio en salud (p. 20).

Asimismo, se les consultó a los funcionarios sobre la forma en que se evalúa su desempeño, a lo cual se obtuvo la información que se muestra en el cuadro 8. Cabe destacar que por la variedad de las respuestas, se procedió a hacer una categorización de quien evalúa, con qué se evalúa, entre otros.

**Cuadro 8. Formas de evaluación del desempeño de los funcionarios del SE del HSVP.**

<b>Categoría</b>	<b>Tipos de respuesta</b>	<b>Cantidad</b>
<b>¿Quién evalúa?</b>	<b>Supervisores / Jefaturas</b>	<b>33</b>
	Enfermeros profesionales	6
	Una / dos enfermeras	3
	Una enfermera y una supervisora	1
<b>¿Cada cuánto se evalúa?</b>	<b>Evaluaciones anuales</b>	<b>33</b>
	Cada 6 meses	8
<b>¿Con qué se evalúa?</b>	<b>Formulario institucional (CCSS)</b>	<b>20</b>
	Cuestionario	12
	Entrevista	8
	Hoja de calificación	7
	Escala	5
	Rubros/Criterios	5
	Test	3
	Formulario	2
	Instrumento que no evalúa desempeño sino opciones personales / Instrumento obsoleto y subjetivo	2
	Todos los días con registro de acciones, y observados para corregir anomalías	2
Cápsulas de excelencia	1	
<b>¿De qué forma se evalúa?</b>	<b>Escrita</b>	<b>21</b>
	Presencial/Personal/Directa	12
	Calificaciones digitales	8
	Machote sistematizado	5
	Verbal	3
<b>¿Qué se evalúa?</b>	<b>Parámetros de desempeño</b>	<b>7</b>
	Las funciones	1
	Conocimientos	1
	Cómo realiza un procedimiento	1

**Cuadro 8. [Continuación] Formas de evaluación del desempeño de los funcionarios del SE del HSVP.**

<b>Categoría</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad</b>
<b>¿Qué se evalúa?</b>	Puntualidad, capacidad resolutive, colaboración con el servicio y con los compañeros.	1
	Puntualidad, conocimiento y liderazgo.	1
<b>Otros</b>	<b>Con derecho a aceptar o no la calificación</b>	2
	Cada día cuando me doy cuenta que puedo hacer más por el prójimo	1
	Varía si es profesional, interino o en propiedad	1
	No me evaluaron en 2015 ni 2016	1
	Brindando servicio de mejor calidad	1
	No estoy clara si se analizan en base de datos la cantidad de pacientes valorados y si aleatoriamente se valoran evoluciones.	1

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la información anterior, es posible identificar que la mayoría indicó que la evaluación la realiza la supervisión o jefatura, lo cual coincide con lo que menciona Sum (2015), que en la mayoría de las ocasiones las evaluaciones las realiza los supervisores inmediatos del empleado (p.30). No obstante, también se mencionó en una ocasión, que quien evaluó fue un profesional que no ha trabajado con el funcionario, lo cual también se mencionó en el grupo focal:

*Yo tuve una experiencia, me calificaron muy mal, pero alguien que en la vida había trabajado conmigo, entonces yo creo que es bueno que lo califique alguien con quien uno haya trabajado (FPSE7, 2017).*

A este último punto, se le debe dar la atención necesaria para corregirlo, lo cual podría hacerse por medio de una evaluación más objetiva, aplicada no solo por una persona sino por un equipo y que haya trabajado con el funcionario para conocer sobre su forma de trabajo, sus conocimientos, su interrelación con los pacientes y compañeros, entre otros.

Por otra parte, en lo que respecta al instrumento que se utiliza y la forma en la que se evalúa, lo que más indicaron fue que se utiliza un formulario institucional (CCSS) que es en forma escrita. En particular, en el grupo focal se mencionó que el instrumento es

*“Estándar para la institución, y le soy sincero, me parece que es una forma de evaluación muy light, está hecha para que todos se queden, aunque hagan mal las cosas. Mi opinión. Es una herramienta institucional, como le digo, pero está hecha para que nadie saga mal. Es decir, es un examen hecho para que todos lo pasen. Mi punto de vista personal” (FPSE3, 2017).*

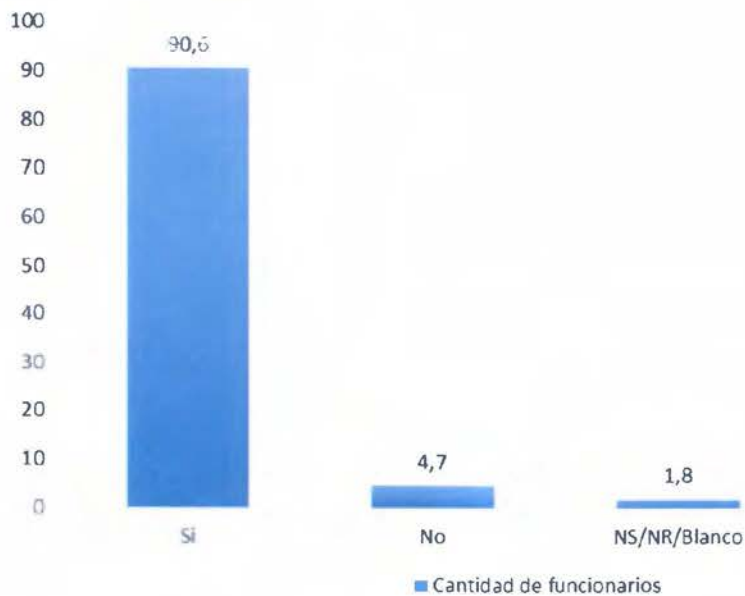
Lo anterior, no coincide con lo mencionado por Sum, donde se indica que la evaluación del desempeño es una herramienta para la toma de decisiones, que puede involucrar ascensos, despidos, transferencias o planes correctivos (2015, p.27). Esto lo refuerza el Ministerio de Salud de Perú que señala que esta evaluación brinda “información esencial para tomar decisiones sobre la situación de los trabajadores, [...], determinar las necesidades de capacitación, políticas de desarrollo, motivación, rotaciones, ascensos, bonificaciones, etc., que sean necesarias para mantener y mejorar la productividad individual y colectiva” (1999, p.101).

También, otro aspecto que se observa en el cuadro 8 corresponde a la categoría de los aspectos se evalúan; a lo cual se dieron respuestas como: funciones, conocimientos, puntualidad, colaboración en el servicio y con los

compañeros, entre otros. Esto es coherente con lo indicado por Sum (2015), que menciona que la evaluación del desempeño evalúa resultados de las tareas individuales (eficacia de las tareas de cada puesto), conductas, comportamientos de los funcionarios y rasgos de personalidad de los funcionarios que inciden en su trabajo (p.28).

Por otra parte, Carmona, Miranda y Santa Cruz (2003) mencionan que es importante que los resultados de la evaluación no sólo sean para los tomadores de decisiones, sino que los funcionarios también deben ser destinatarios de los resultados de la evaluación que se les aplicó (p.38). Este aspecto también se les consultó a los funcionarios del SE, y se obtuvo los siguientes valores:

**Gráfico 6. Conoce usted el resultado de las evaluaciones del desempeño**



Fuente: Elaboración propia.

Como es posible observar en el gráfico anterior, un 90,6% indicó que si conocen los resultados, lo cual es un porcentaje muy alto y positivo, debido a que

Carmona, Miranda y Santa Cruz (2003) mencionan que al recibir los funcionarios los resultados de la evaluación aplicada, les permite identificar aquellos aspectos que la institución desea que mejore; permitiéndole así, mejorar su desempeño (p.44). Además, Sánchez y Calderón (2012) señalan que una vez obtenido el resultado de la evaluación, la siguiente etapa es realizar una entrevista de evaluación y retroalimentación con el funcionario donde de forma clara y fluida se conozca, si es el caso, las razones que están afectando su desempeño (párr.29-30), lo cual se realiza en el SE de la siguiente forma:

*El formulario lo que trae digamos son las propuestas, o sea, la jefatura se reúne con el sub alterno, le hace la evaluación y si se requiere, el mismo formato trae tres planes de mejora, para la próxima evaluación, entonces la jefatura da tres y nosotros damos tres (FPSE2, 2017).*

De acuerdo con Maya (1993), esta forma de retroalimentación a los funcionarios, permite concretar “planes con metas importantes y factibles de alcanzar, dentro de un período razonable de tiempo, [...no solo limitándose...] a planear para el empleado, [...sino para...] mejorar en forma general” (p.54), lo cual coincide con lo que busca el componente de mejora continua.

Además, según la OMS (2010), “...la participación de los trabajadores en la planeación, implementación y evaluación de los cambios” fue un factor determinante para el éxito de “...muchas de las intervenciones efectivas en el ambiente físico del trabajo”, incluidas las intervenciones de promoción de la salud (pp.53-54). Por lo tanto, la forma de retroalimentación utilizada en la evaluación del desempeño, podría potenciar las acciones de mejora en el SE, ya que permite que las propuestas correctivas o de mejora sean no solamente desde la jefatura, sino que el mismo funcionario puede ser parte del plan y así dar un aporte desde

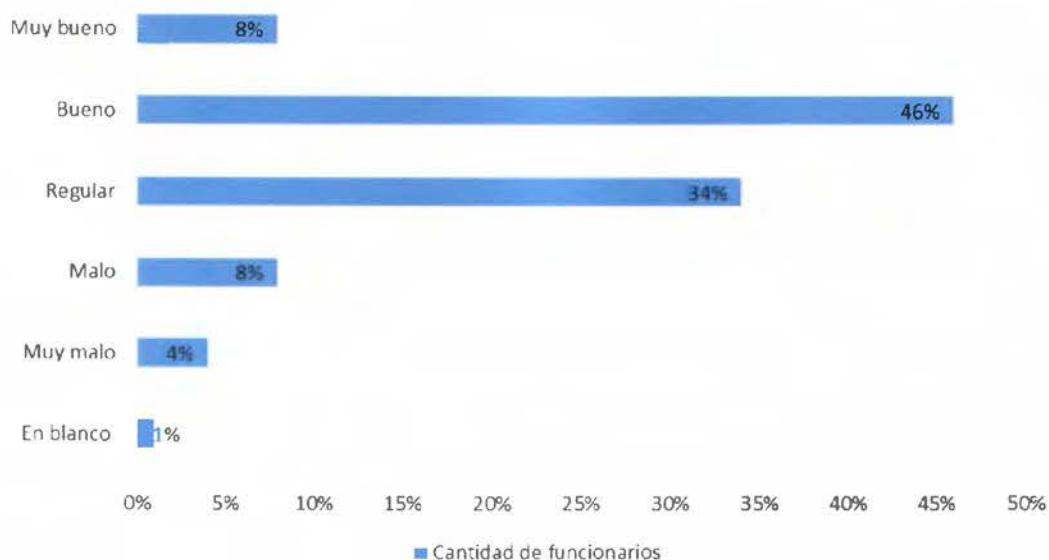


su punto de vista, específicamente desde el entorno en el que se desenvuelve. Esto también permite que las personas se sientan más comprometidas con el cambio y se fortalezca su sentido de pertenencia al SE.

#### 4.2.1.2 Comunicación interna

Otro de los factores que incluye el componente de mejora continua, corresponde a la comunicación a lo interno de la organización. Este aspecto fue calificado por los funcionarios como sigue:

**Gráfico 7. Cómo califica los procesos de comunicación a lo interno del SE**



Fuente: Elaboración propia.

Aunado al gráfico anterior, dos funcionarios(as) mencionaron que:

*La comunicación con respecto a lo que es la ayuda de un paciente es muy buena (FPSE6, 2017).*

*Tal vez en algunos aspectos puede haber tal vez más problemas de comunicación entre enfermería y médicos, pero ya eso es más individual. No general (FPSE3, 2017).*

Además de lo que complementan las opiniones anteriores, en el gráfico 7 se observa que un 54% calificaron como bueno y muy bueno, 34% como regular y solo un 12% como malo y muy malo. Sin embargo, aunque predomina la calificación buena, hay que tomar muy en serio los porcentajes de regular, malo y muy malo, ya que según Bermúdez (2016) citando a García (1998), la comunicación interna es un recurso gerencial para lograr los objetivos organizacionales, funcionales y estratégicos, generando así beneficios como sentimiento de pertenencia, mayor motivación, unión entre las distintas áreas, entre otros (pp.7.14).

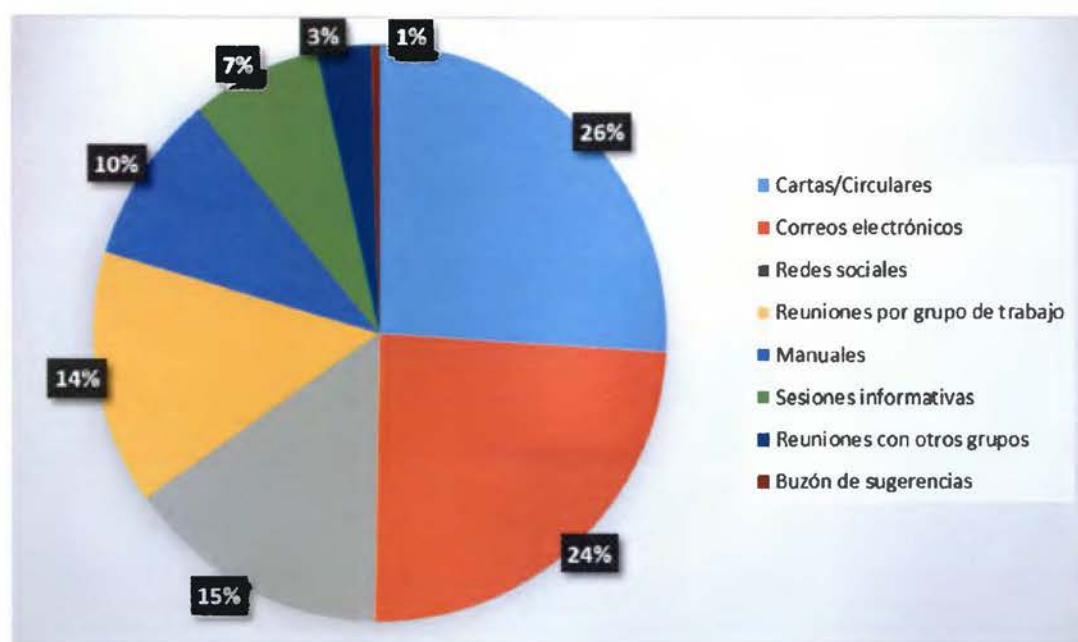
Del mismo modo, Llacuna y Pujol (2003), indican que la comunicación es un instrumento de cambio que contribuye al desarrollo de las organizaciones y que "...al incrementar la posibilidad de participación, [...y...] favorecer las iniciativas, [...] moviliza [...] la creatividad [...y...] se convierte en un factor de integración, motivación y desarrollo personal" (pp.3-4). Además, señalan que la comunicación interna es un pilar esencial de la calidad total, porque permite la mejora de la calidad de vida laboral y la calidad de lo ofrecido en la organización (p.4).

A partir de esto último, es importante trabajar continuamente la comunicación efectiva en el SE, para que esto impacte positivamente la salud

laboral de los funcionarios y a su vez los procesos de atención a los pacientes. Esto último puede ser trabajado desde la comunicación en salud, con estrategias que tomen en cuenta las necesidades existentes, los recursos disponibles y el trabajo conjunto entre pacientes y funcionarios, entre otros.

Ahora bien, se consultó también a los funcionarios sobre los medios que frecuentemente se utilizan para la comunicación, a lo cual indicaron los siguientes:

**Gráfico 8. Medios que frecuentemente se utilizan para comunicarse en el SE**



Fuente: Elaboración propia.

Tal como se evidencia en el gráfico 8, los medios más utilizados corresponden a las cartas o circulares y los correos electrónicos, representando entre ambos un 50%, seguido de las redes sociales con un 15%. Este comportamiento también fue mencionado por los funcionarios en el grupo focal:

[Para...] *más formalismo [...] notas. Manejamos mucho correo electrónico* (FPSE2, 2017).

*Lo más oficial es correo electrónico, menos oficial WhatsApp (FPSE3, 2017).*

*Yo en realidad uso el WhatsApp para todo. En grupos (FPSE4, 2017).*

*[WhatsApp] Para ponernos de acuerdo (FPSE1, 2017).*

A partir de ello, es posible observar que predominan las formas de comunicación indirectas (Llacuna y Pujol, 2003, p.3), lo cual coincide con lo que indica Fernández (2006), que dentro de las organizaciones predomina la comunicación escrita, y entre estas a su vez las cartas y los correo electrónicos (pp.173-174). Por su parte, con respecto a las redes sociales, Kouss (2015) menciona que estas son una herramienta de comunicación con gran poder, que debe ser controlada para que sea beneficiosa y no más bien perjudicial para la organización (p.39).

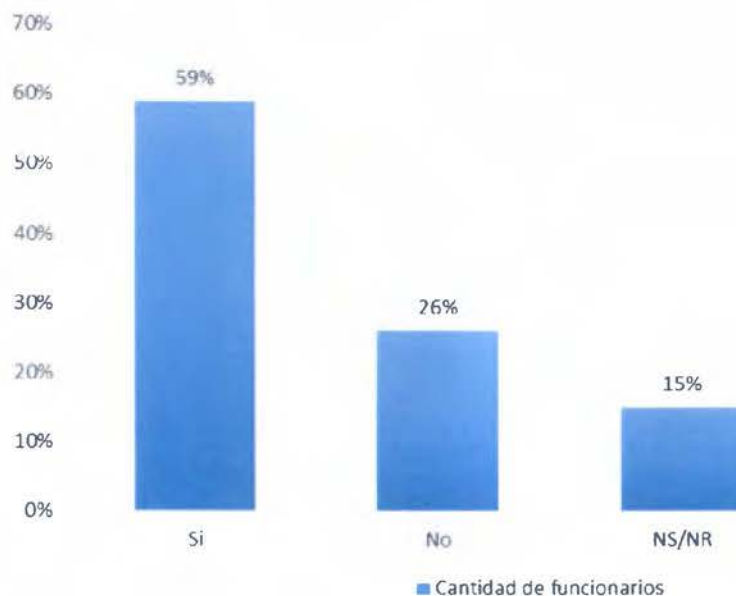
Asimismo, en los últimos puestos se colocaron las sesiones informativas, las reuniones con otros grupos y el buzón de sugerencias, sumando entre los tres un 10%. Estas son herramientas de comunicación que facilitan la escucha de las partes involucradas y el intercambio de información y permiten a su vez conocer las opiniones, sugerencias o propuestas de los funcionarios con respecto a diversos asuntos de la organización (Gómez, 2007, pp.210-211).

En relación con lo anterior se identifica que predomina una comunicación descendente, es decir, desde las jefaturas a los funcionarios, lo cual podría potenciarse para comunicar la filosofía de calidad total y mejora continua en todo el SE. Asimismo, es necesario fortalecer las otras direcciones de comunicación: ascendente, que es de funcionarios a jefaturas, y horizontal que es entre funcionarios. Del mismo modo, se podría potenciar más las formas de

comunicación que propicien diálogos interdisciplinarios y también aquellas en las que se tome en cuenta la opinión de los funcionarios.

Aunado a esto último, Bermúdez (2016) indica que en los procesos de comunicación la participación es indispensable (p.8), mientras que Cruz (2007) menciona que no se puede concebir el mejoramiento continuo sin la plena participación de los funcionarios (p.82). A partir de ello, se les consultó a los funcionarios sobre si cuentan con espacios de opinión participativos en el SE, a lo cual se obtuvo los siguientes resultados:

**Gráfico 9. Se brinda a los funcionarios (as) espacios de opinión participativos sobre aspectos del SE**



Fuente: Elaboración propia.

Como es posible observar, la mayoría de los funcionarios indicaron que si se dan estos espacios en el SE, específicamente un 59% afirman la existencia de los mismos, mientras que un 26% respondieron negativamente y un 15% no saben

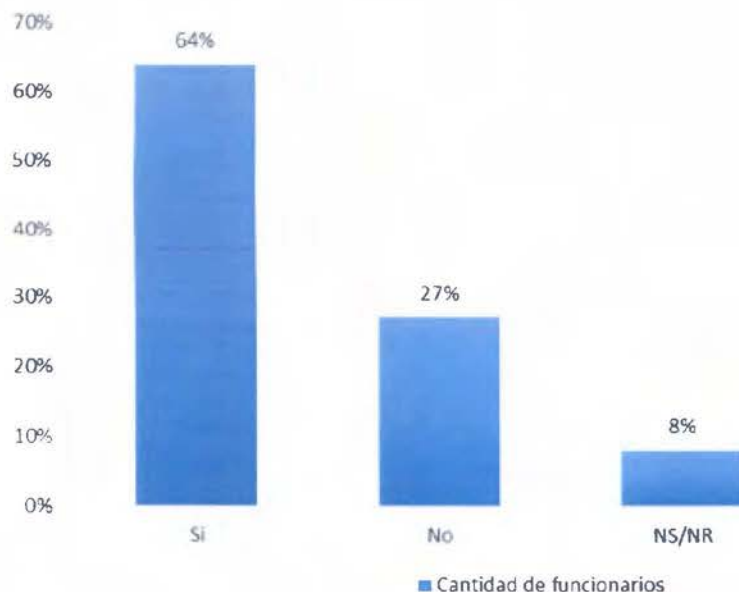
o no respondieron a esta pregunta. Según Pesoa (2016), es de vital importancia que a los trabajadores se les otorgue participación por medio de la expresión de sus opiniones, ideas y sugerencias, ya que esto permite que se sientan útiles, importantes y tomados en cuenta (p.39). Esto último contribuye a tener un mejor clima laboral, lo cual conduce al desarrollo de un escenario para la salud por medio de un espacio laboral saludable.

Por otra parte, Cruz (2007), señala que la participación del funcionario en los procesos de mejora continua, no solo influye en mejores resultados para la organización, sino que también inciden directamente en el clima laboral, la puntualidad y la satisfacción del empleado. Esto también se relaciona con resultados de promoción de la salud, en los cuales según la OMS (1998) se incluyen los cambios en las características y habilidades personales aplicables a las actividades asociadas a la promoción de la salud (p.23).

#### **4.2.1.3 Trabajo en equipo**

El último de los elementos de mejora continua que se consideró para este estudio es el trabajo en equipo, que es un elemento decisivo "...para mantener empleados altamente involucrados y motivados..." (Cruz, 2007, p.88). Por lo tanto, al consultarle a los funcionarios del SE del HSVP acerca de este aspecto, se obtuvieron los resultados que muestra el siguiente gráfico:

**Gráfico 10. Considera usted que en el SE se realiza un trabajo en equipo**



Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior, se identifica que un 64% de los funcionarios consideran que en el SE se realiza trabajo en equipo, lo cual fue expresado por dos funcionarios(as) del SE como sigue:

*Hay mucho trabajo en equipo (FPSE1, 2017).*

*Prácticamente es todo. Sino trabajamos en equipo y no nos vemos como equipo, no vamos a trabajar bien (FPSE3, 2017).*

Esto es importante, debido a que según Bautista, Devesa, Guitart, Palma y Pérez (2008), "la mayoría de las personas están más satisfechas cuando son partícipes de la programación, organización y control de su trabajo", donde se le tome en cuenta su capacidad de desarrollo tanto en el ámbito personal como profesional (p.31). No obstante, aunque la mayoría afirma que si se hace trabajo

en equipo en el servicio, un 27% no lo piensa de esa forma, lo cual es importante de considerar, puesto que los trabajadores donde se implemente la filosofía del trabajo en equipo, se sienten motivados y comprometidos con el presente y el futuro de la organización (Ministerio de Salud de Perú, 1999, p.57).

Además, este factor es importante debido a que la participación de los funcionarios y la interdisciplinariedad de los equipos de trabajo, contribuyen a una implementación más holista y práctica de la promoción de la salud en el entorno en el que se encuentran inmersos. Con esto último, se finaliza la descripción de los factores del componente de mejora continua y se expone a continuación los resultados obtenidos en lo que respecta al sexto punto de calidad total identificado por William Deming sobre educación y capacitación.

#### **4.2.2. Capacitación y educación**

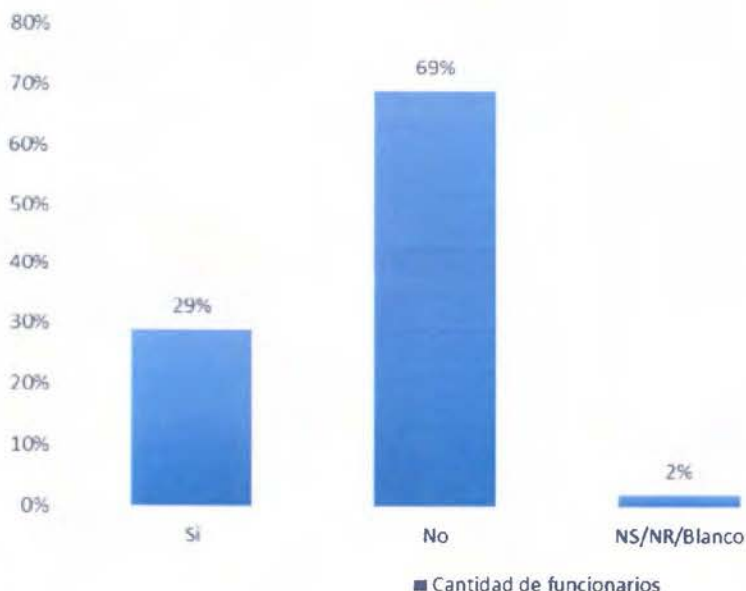
Según Malagón, Galán y Pontón (2008), los centros hospitalarios deben mantener a su personal actualizado como un compromiso ineludible de calidad (p.451), lo cual Vargas (1990) refuerza señalando que la calidad de la atención mejora cuando se desarrollan acciones docentes en el ámbito hospitalario (p.99). Por lo tanto, para identificar este componente se analizó principalmente los aspectos de proceso de inducción y capacitaciones.

##### **4.2.2.1 Proceso de inducción**

En lo que respecta a este factor, se consultó primero a los funcionarios si recibieron un proceso de inducción al ingresar al SE, lo cual registró los resultados que se muestran en el siguiente gráfico:



**Gráfico 11. Recibió usted un proceso de inducción al incorporarse al SE**

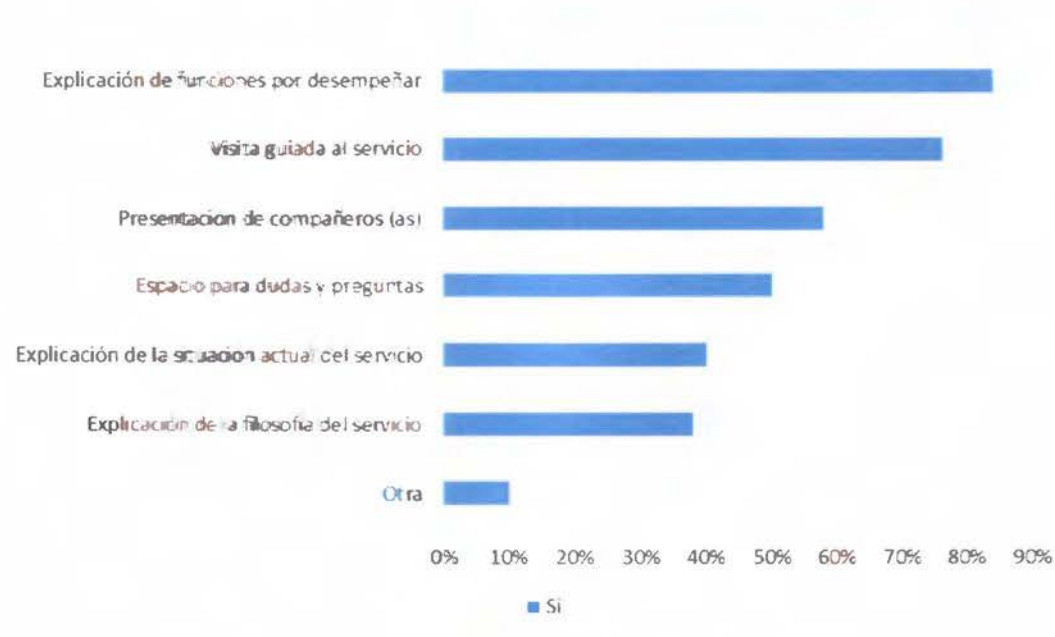


Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el gráfico anterior, la mayoría de los funcionarios (69%) no recibieron un proceso de inducción al incorporarse al SE, mientras que un 29% indica haberlo recibido. Sobre estos procesos de inducción, Castaño y Niño (2012) mencionan que, lo que se busca es establecer una relación entre la organización y las personas que van a desempeñar las funciones y que es un elemento que de ser aplicado de forma correcta, será beneficioso para el desempeño laboral y el logro de los objetivos (p.2). Por su parte el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2015), indica que con la inducción se busca mantener altos estándares de calidad de servicios y también formar y mantener "...servidores eficientes, motivados, estimulados y capacitados" (p.2).

Por otra parte, a las personas que indicaron haber recibido el proceso de inducción, se les consultó sobre qué había contemplado este proceso tomando como base aspectos que Deming identifica como necesarios para la calidad total. De ello, se obtuvo los resultados que se muestran a continuación:

**Gráfico 12. Aspectos que contempló el proceso de inducción**



Fuente: Elaboración propia.

Con base en la información del gráfico 12, lo que más recibieron los funcionarios fue la explicación de las funciones por desempeñar (84%), seguido de la visita guiada al servicio (76%) y presentación de compañeros (as) (58%). Esto coincide con lo indicado por Castaño y Niño (2012), que mencionan que en la inducción se debe brindar información sobre aspectos generales de la organización, funciones y responsabilidades, presentación de compañeros de trabajo, entre otros (p.16). No obstante, lo que menos recibieron fue la explicación de la filosofía del servicio (38%), es decir, su misión, visión y objetivos, lo cual según Villaverde (2012) son aspectos que "...constituyen las manifestaciones escritas..." de las metas de la organización, donde todo el personal "...debe vivir y actuar según esta formulación y esta filosofía". (p.8)

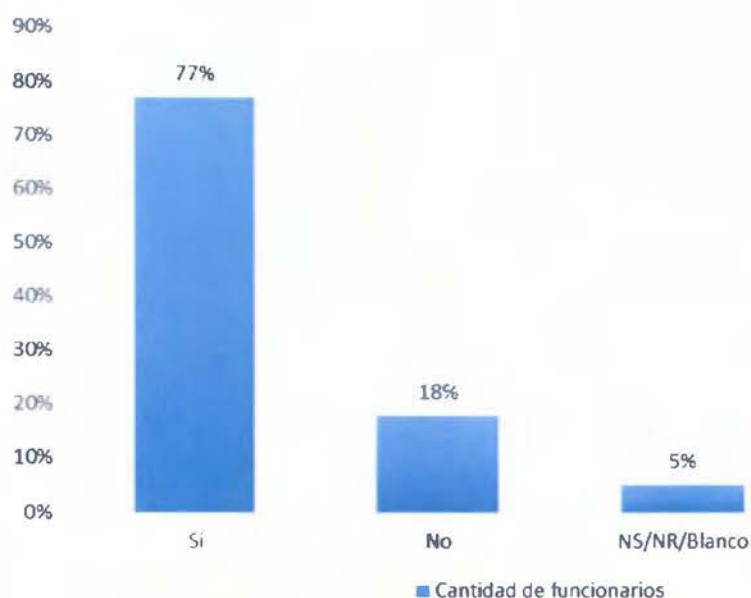
Con la incorporación de un proceso de inducción en el SE, podría comunicarse a los nuevos funcionarios los objetivos que se tienen, e incluso, si se incorpora la filosofía de mejora continua en el servicio, hacerla también de su

conocimiento para que desde un inicio las personas se sientan identificadas y motivadas; incrementen la eficiencia y así contribuyan a su vez a mejorar la calidad de la atención que se brinda. Además, esto permitiría que los funcionarios tengan un mejor conocimiento de los procesos, una mayor y mejor cohesión con los compañeros de trabajo y una mejor comprensión de la dinámica del servicio, lo cual favorecería el trabajo en equipo, la eficacia y la eficiencia del trabajo, y una mejor respuesta a la demanda presentada.

#### 4.2.2.2 Capacitaciones

Se consultó a los funcionarios acerca de si se brindan capacitaciones en el SE, a lo cual la mayoría de ellos respondió afirmativamente. Los resultados de esta pregunta se observan en detalle en el siguiente gráfico:

**Gráfico 13. Se dan capacitaciones en el SE**

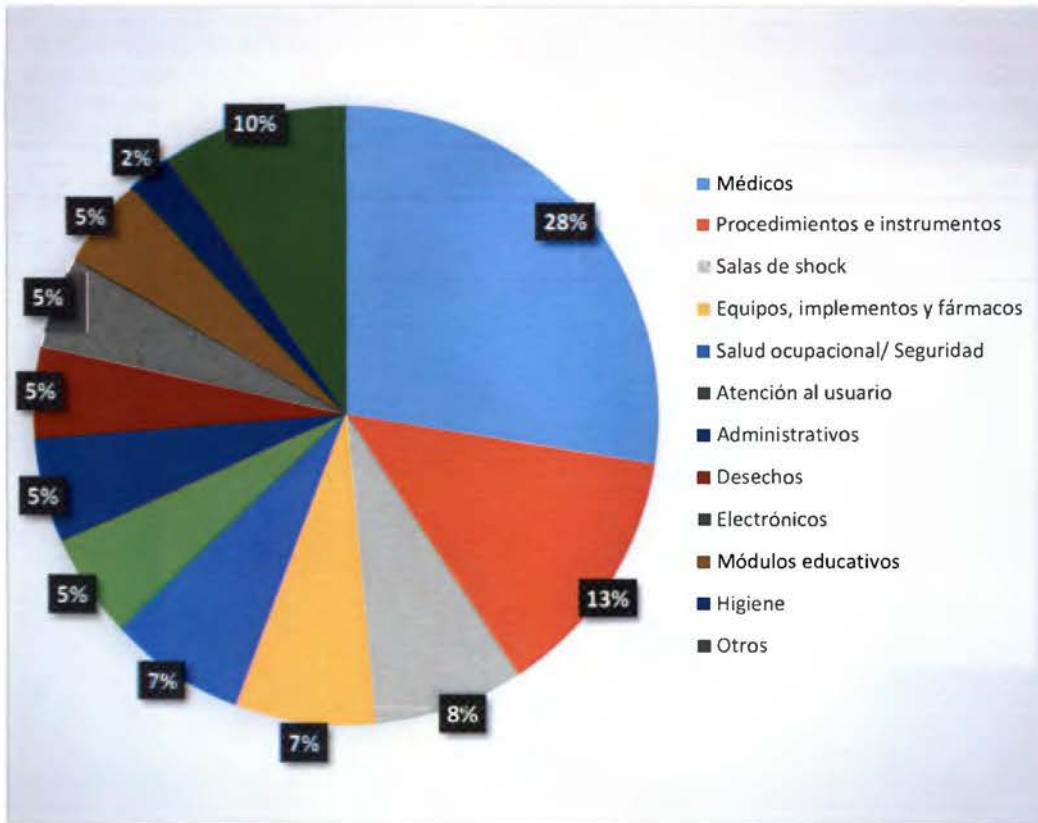


Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados son positivos, debido a que según el Ministerio de Salud Pública de Cuba (2008), el impacto que tienen las capacitaciones en los trabajadores, son complemento de la calidad de la atención médica y de salud en general (p.5). Además, Nash citado por Quintero, Africano y Faría (2008), afirma que las capacitaciones producen resultados positivos en el 80% de los casos (p.41), y es por ello que la apertura que tiene el SE hacia las capacitaciones, es un recurso que puede potenciar acciones de promoción de la salud para los funcionarios y para la mejora de la calidad de la atención del servicio.

En cuanto a las temáticas de estas capacitaciones, los funcionarios mencionaron diversidad de temas, por lo cual se agruparon en categorías. (*Ver Anexo 8*) Los resultados de lo consultado sobre los tópicos de las capacitaciones se muestran a continuación:

**Gráfico 14. Temas de capacitaciones recibidas por los funcionarios SE-HSVP, 2016.**



Fuente: Elaboración propia.

A partir de la información anterior, es posible evidenciar que predominan las capacitaciones de temas médicos, seguidas de las relacionadas a procedimientos e instrumentos. Además, se visualiza que aquellos temas relacionados con la atención al usuario o temas educativos en los que se puede incorporar aspectos de comunicación, trabajo en equipo, inteligencia emocional y manejo del estrés, entre otros, son de los menos trabajados e incluso inexistentes en el SE. Sobre ello el Ministerio de Salud de Perú (1999) menciona que las capacitaciones deben "...cubrir todos los aspectos de la vida, no solamente los conocimientos científicos

y la destreza profesional, sino también los valores morales y humanos y el ejercicio de la responsabilidad, que son parte de la ciudadanía” (p.148).

Además Quintero, Africano y Faria (2008) indican que las capacitaciones representan un indicativo de que las personas son más tolerantes y manejan mejor las dificultades, favoreciendo un clima de trabajo más saludable (p.46). Esto se vincula con la reorientación de servicios de salud que se trabaja en la promoción de la salud, ya que según la OPS/OMS (2010) esta incluye nuevos perfiles del personal, cambios de actitud, fortalecimiento de habilidades y brindar a los trabajadores de la salud ambientes laborales sanos (pp.8-9).

Por otra parte, en lo referente a la participación en estas capacitaciones, los funcionarios indican que en la mayoría de las veces la asistencia fue asignada a algunos funcionarios (55%), seguidas de las capacitaciones abiertas (34%) y de las capacitaciones según especialización de funcionarios (25%). Esta información se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 15. Formas de asistencia a las capacitaciones**



Fuente: Elaboración propia.

Como se pudo observar, predominaron las capacitaciones que fueron asignadas a algunos funcionarios, a lo cual dos funcionarios(as) en el grupo focal expresaron:

*Eso lo escogen ahí, a veces es porque es compa mío, aquel me conviene, aquel no, [...] son compitas de mis compas, entonces hay gente que va cada mes y solo repetitivos (FPSE5, 2017).*

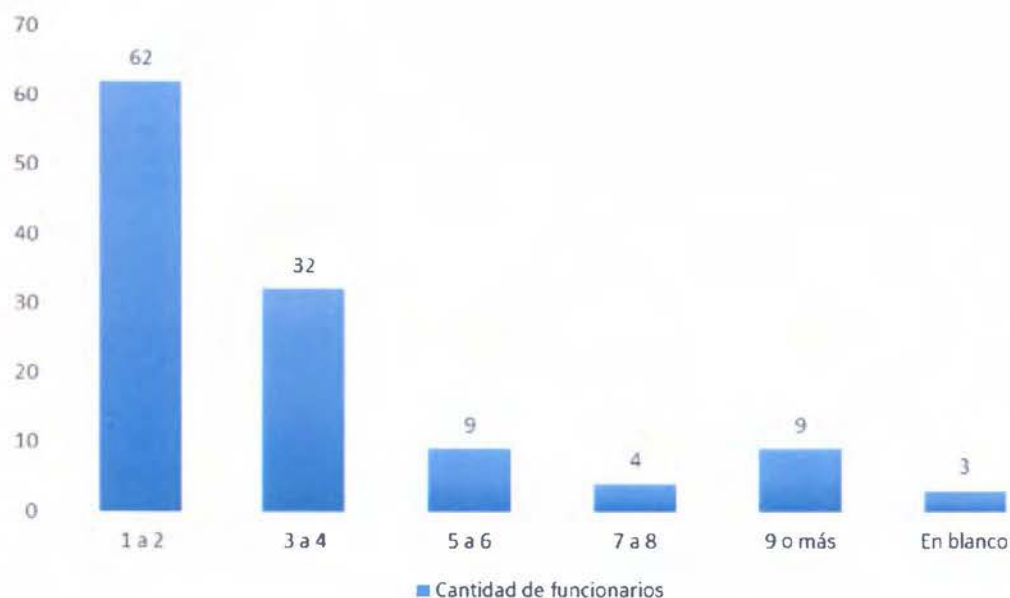
*Los mejores cursos como quien dice ya tienen nombre y apellido (FPSE4, 2017).*

A partir de lo anterior, es necesario determinar las razones y temáticas de las capacitaciones, puesto que deben ser para todos los funcionarios si es un asunto nuevo o que deba ser fortalecido en todo el servicio, y en otras ocasiones deben ser de acuerdo a las necesidades de capacitación que se detecten de forma individual, por área, por gremio, etcétera. Estas necesidades, de acuerdo con el Ministerio de Salud de Perú (1999), corresponden al primer paso para los planes de capacitación y determinan las carencias en habilidades, conocimientos o actitudes que dificultan el cumplimiento de los objetivos de la organización (p.148) o en este caso del servicio. Además, Torres y Torres (2010), mencionan que identificar las necesidades de capacitación contribuye a que se utilicen más eficientemente los recursos y que estos no se desperdicien al capacitar áreas que no lo requieren (p.21).

Ahora bien, el 90% de los funcionarios indicó haber asistido a las capacitaciones, y únicamente el 12% expresó no haber asistido. Estos datos son de suma importancia dado que, según Garza, Abreu y Garza (2009) el desarrollo de las capacidades de los trabajadores, brinda beneficios para ellos mismos y para la organización en general, por medio del incremento de sus habilidades y cualidades (p.194). Asimismo, Pinto (2004) citado por Torres y Torres (2010),

indica que las capacitaciones son importantes porque son parte de la educación y formación integral de las personas, incorporando un aprendizaje que da como resultado un cambio de conducta (p.20). No obstante, a pesar de que el número de funcionarios que asistieron a las capacitaciones es alto, la mayoría de ellos lo ha hecho solamente en una o dos ocasiones, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 16. A cuántas capacitaciones ha asistido**

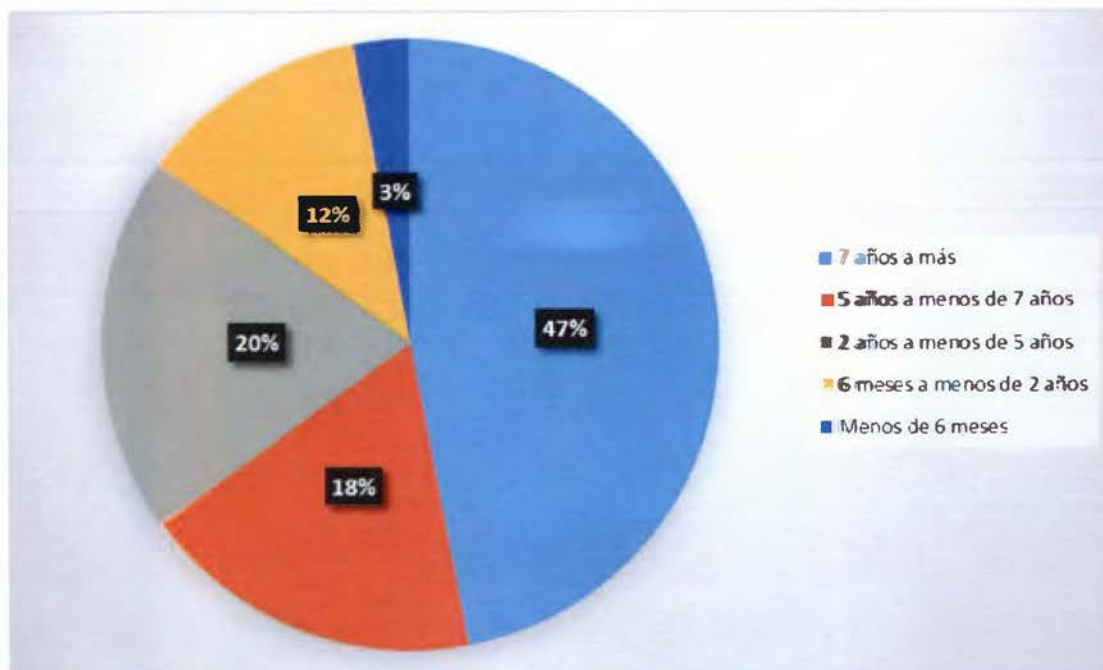


Fuente: Elaboración propia.

De las personas que indicaron haber participado en las capacitaciones, la mayoría lo hizo en una o dos ocasiones (52%), seguido de los que participaron tres o cuatro veces (27%). Sin embargo, estas cifras relacionadas a los años de laborar en el SE, reflejan que son pocas las capacitaciones recibidas en los años de estar en el servicio. Estos datos de los años de labor en el SE se muestran en el siguiente gráfico:



**Gráfico 17. Años que tienen de laborar los funcionarios en el SE del HSVP, 2016**



Fuente: Elaboración propia.

Con base en la información de los gráficos anteriores, se puede observar que aunque la mayoría de funcionarios indicaron haber asistido a las capacitaciones una o dos veces, la mayoría de los funcionarios tienen 7 o más años de laborar en el SE, lo cual refleja que son escasas las capacitaciones en relación con los años de trabajo. Esto no coincide con lo indicado por Garza, Abreu y Garza (2009), que mencionan que "...la capacitación se debe dar por lo menos una vez al año" (p.200). Además, en relación con lo anterior Arroyo (2002) resalta que la actualización del personal debe ser constante, que genere la motivación haciendo coincidir los objetivos personales e institucionales, y que a su vez resulte en beneficio del paciente (p.4).

Finalmente, se consultó si las temáticas de las capacitaciones eran de su interés, a lo que el 98% de los funcionarios que participaron respondieron afirmativamente; lo que indica que es un recurso que podría potenciarse aún más en el SE. Una de las formas puede ser incorporando otros temas que se complementen con los ya trabajados y que incidan en la calidad total del SE y por ende en la calidad de la atención. Además, es significativo que las personas participantes manifiesten interés en los temas de las capacitaciones, debido a que según la Gerencia de Desarrollo de Capacidades y Rendimiento del Servicio Civil de Perú (2014), “para que se produzca aprendizaje es importante que los participantes de la actividad de capacitación reaccionen de manera favorable hacia ella, en término de interés, atención y motivación” (p.5).

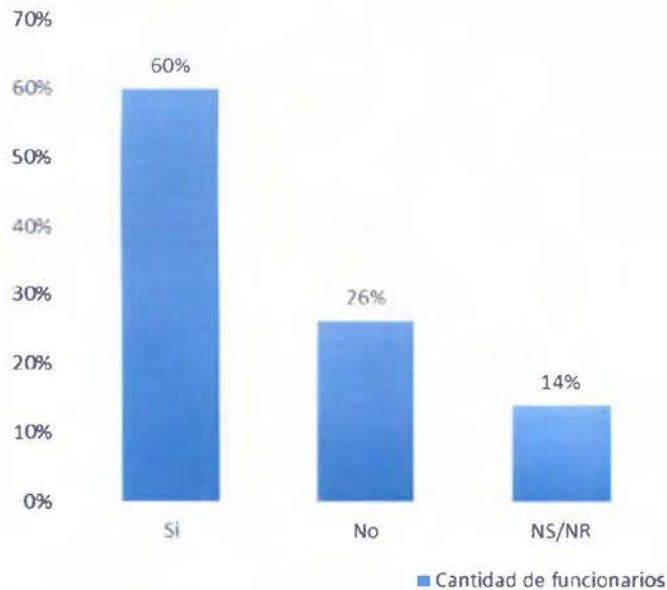
#### **4.2.3. Enfoque al empleado**

Por último, en relación con el enfoque al empleado, que se basa en el principio de que la calidad total significa también mejores hombres, es decir “reconocer el potencial de cada persona para que se apropie de su trabajo y se enorgullezca de lo que realiza” (Echezuría, Gutiérrez y Rondón, 2006, p.31). Además, Mendoza, Orgambidez y Carrasco (2010) mencionan que un trabajador satisfecho “...manifiesta una mayor diligencia en el desempeño de su trabajo” (p.355). Por lo tanto, de este componente se analizó los aspectos de motivación y de reconocimiento-recompensa a los funcionarios.

##### **4.2.3.1 Motivación**

Al consultar a los funcionarios sobre la motivación, respondieron lo siguiente:

**Gráfico 18. Se siente motivado (a) en su trabajo**



Fuente: Elaboración propia.

A partir de los datos anteriores, se evidencia que la mayoría de los funcionarios indican sentirse motivados, pero poco más de cuarta parte manifiestan sentirse desmotivados. Esto último es de suma importancia ya que según Sum (2015), la motivación en el trabajo, permite a las personas realizar sus funciones y responsabilidades con profesionalismo y calidad, mientras que si no hay motivación, puede suceder que las personas no ejecuten bien su trabajo (p.46).

Asimismo, dos funcionarios(as) indicaron como algunos de los aspectos que les motivan lo siguiente:

*Si hablamos de que me motiva, saber que estoy haciendo las cosas bien con los pacientes (FPSE3, 2017).*

*Porque gracias a Dios tengo trabajo [...] en un muy buen equipo, con sus debilidades [...] y con muchas cosas muy buenas. En esa parte amo mi trabajo, me encanta (FPSE2, 2017).*

Y como aspectos que les desmotivan lo siguiente:

*Exceso de trabajo, exceso de funciones, es decir, funciones que no me corresponden, la insolencia de los pacientes, que cada vez el más el tico está perdiendo el nivel de respeto por los demás. Me frustra el ver que las cosas anden mal a mí alrededor y no poder corregirlo, simplemente aguantarme, aguantarme el exceso de trabajo, aguantarme el ver que los demás no quieren trabajar, aguantarme el ver que los demás no quieren crecer y progresar, aguantarme el ver que uno los corrige y es sencillamente como hablar con una pared (FPSE3, 2017).*

*Lo que a mí sí me desmotiva es como la injusticia. Porque digamos que es mi caso si yo tengo 7 años con la institución pero manejo una modalidad de nombramiento un poquitito inestable, entonces usted ve como brincan las plazas de aquí para allá y aquí es un fantasma, entonces esa parte si me desmotiva (FPSE2, 2017).*

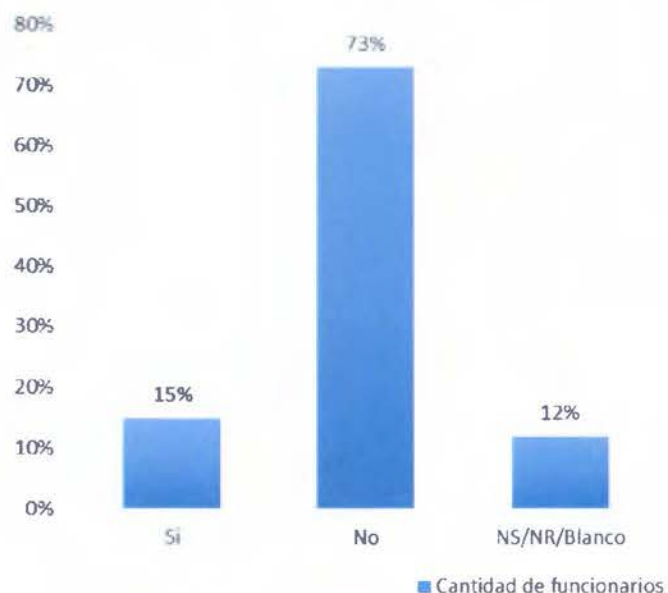
A partir de ello, se puede evidenciar que el factor motivación, se relaciona con otros de los elementos que se tomaron en cuenta para este estudio como son el trabajo en equipo, el reconocimiento, la comunicación, los espacios

participativos, la mejora continua y la capacitación principalmente. Esto a su vez lo refuerza el Ministerio de Salud de Perú (1999), el cual señala entre sus acciones para impulsar la motivación en el personal: el fomentar el trabajo en equipo, el reconocer y estimular el esfuerzo, promover acciones de capacitación, promover ascensos, transferencias, etcétera y promover la participación activa, entre otros (pp.168-169).

#### 4.2.3.2 Reconocimiento-recompensa

El otro componente de enfoque al empleado es el reconocimiento-recompensa, el cual al consultar si en el SE se brinda a los funcionarios reconocimiento por buen desempeño se obtuvo los resultados que se muestran a continuación:

**Gráfico 19. Se dan en el SE reconocimientos a los funcionarios por buen desempeño**



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico 19, la mayoría indicó que no se dan reconocimientos (73%), y solamente un 15% mencionaron que si. Sobre ello, en el grupo focal los participantes mencionaron que se ha realizado es:

*[...] Alguna nota a algún equipo que trabajó bien con equis paciente, pero eso es súper esporádico (FPSE6, 2017).*

*Hubo una única vez que si [...se hizo...] unas notas a ciertos funcionarios con un muy buen desempeño (FPSE2, 2017).*

Por otra parte, otro funcionario indicó que:

*[...] Cuando lo llaman a uno es ¿queja de quién?, ¿quién se quejó?, porque para reconocimiento no (FPSE3, 2017).*

Sobre el reconocimiento, Quintero, Africano y Farías (2008) señalan que es un factor de motivación que promueve el asumir responsabilidades y orientar su conducta laboral al logro de las metas de la organización, para que esta alcance altos niveles de eficacia (p.35). Por lo tanto, es importante que se reconozca a los funcionarios las buenas prácticas cotidianas, las relaciones interpersonales, la aplicación de sus conocimientos, y que se les reconozca su esfuerzo y participación en acciones en aras de mejorar el SE, ya que como lo indica el Ministerio de Salud de Perú (1999), “el reconocimiento de los méritos es muchas veces, más poderoso motivador que el dinero” (p.170).

Finalmente, sobre la filosofía de calidad total, los funcionarios participantes del grupo focal mencionaron no conocerla, como lo manifestaron los siguientes funcionarios:

*No, no existe (FPSE5, 2017).*

*No aquí no, le soy sincero, en la institución no conozco ni he escuchado, ni en otro lado de instituciones públicas tampoco lo he escuchado. Eso es lo que falta aquí. Aquí y en todo lado (FPSE3, 2017).*

Por lo tanto, a partir de lo identificado en este segundo capítulo y de los elementos positivos que puede aportar a las organizaciones la calidad total, se brinda en el siguiente capítulo una propuesta al SE en la que se incorporen los componentes seleccionados. La incorporación de estos componentes, se vincula con la promoción de la salud, debido a que con esta se espera incidir en el bienestar en el lugar de trabajo y así, a su vez, incrementar la productividad, tener una "...población trabajadora más sana, más motivada, con la moral más alta y con un mejor clima laboral" (Bienestar Corporativo, 2011, p.3).

### **4.3 Capítulo 3: Líneas de acción para el SE del HSVP**

#### **4.3.1 Descripción de la propuesta**

Luego de haber analizado la demanda-oferta del SE y de haber descrito los componentes de calidad total presentes en el mismo, se procede a desarrollar el tercer objetivo de esta investigación, el cual pretende formular líneas de acción para el SE del HSVP que incorpore componentes de calidad total. Este planteamiento se realiza como respuesta a las problemáticas identificadas por la dirección del HSVP: congestión del SE y quejas frecuentes, y por la jefatura del SE: aspectos de la cultura organizacional, como baja proactividad, constantes incapacidades y baja motivación, que a su vez inciden en el trato inadecuado en la atención y largos tiempos de espera.

Estos temas, aunque por lo general han sido trabajados desde enfoques de administración principalmente, pueden ser también abordados desde la promoción de la salud debido a que esta para su desarrollo se nutre de diversas disciplinas, y acoge al ser humano en su totalidad (Perea, 2009, p.19), y porque además puede incidir en disminución de enfermedades y costes, incremento de la productividad, población trabajadora más sana, motivada, con moral más alta y con mejor clima laboral (Bienestar Corporativo, 2011, p.3).

Además, la promoción de la salud busca habilitar espacios saludables, en los que a su vez se incluyen los espacios laborales. Según la OMS (2010), para lograr estos últimos se han implementado los programas de mejora continua, donde una de las formas más exitosas ha sido incorporar a los trabajadores en cada uno de los pasos del proceso de mejora (pp.65.68-69). En este caso, por ser las problemáticas identificadas temas asociados directamente con los funcionarios, estos se involucrarán en todo el proceso de esta propuesta, lo cual se relaciona con lo señalado anteriormente por la OMS.

Además, según la OPS/OMS es necesario que para lograr la reorientación de servicios de salud se realice como acciones el generar un ambiente seguro y promover un ambiente laboral sano que sean orientados por la promoción de la



salud, ya que de esta forma se genera una cultura de salud en torno a los servicios (2010, pp.8-9).

Ahora bien, para desarrollar esta propuesta se tomó como referente la herramienta de gestión denominada plan de acción, la cual "...permite a [...la administración...] orientar estratégicamente sus procesos, instrumentos y recursos disponibles, hacia el logro de objetivos y metas..." (Castro, 2003, p.5). Asimismo, esta herramienta se compone de objetivos, acciones, recursos y plazos, los cuales se describen a continuación:

- **Objetivos:** corresponde a los propósitos o fines que se desea alcanzar con la realización del proyecto (Castro, 2003, p.9).
- **Acciones:** se refieren a las tareas y pasos que se requieren ejecutar para obtener los productos y/ o servicios que se busca en el proyecto (Castro, 2003, p.10).
- **Recursos:** se contemplan los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para desarrollar esta propuesta, y que corresponden a las personas responsables, la tecnología blanda o dura, e infraestructura requerida; y los gastos económicos respectivamente (Patiño, 2013, pp. 100-101).
- **Plazos:** en este elemento del plan de acción, se contempla el cronograma de ejecución, el cual permite el orden de las actividades y las fechas previstas para estas, por medio de un registro gráfico (Castro, 2003, p.10).

Por otra parte, además de los elementos que contiene la herramienta del plan de acción, se agrega como complemento la evaluación del proyecto, la cual se profundiza con más detalle en las próximas secciones. Se incluye también un apartado sobre metodología de referencia utilizada y uno acerca de la población beneficiaria del proyecto. Cabe destacar que esta propuesta se desarrolla desde la optimización de recursos, el trabajo articulado, la educación y comunicación, correspondiente al primer capítulo de demanda-oferta; y la mejora continua, la

educación y el enfoque al empleado propios del segundo capítulo de componentes de calidad total.

Finalmente, esta propuesta puede venir a fortalecer las acciones que ya se realizan en el HSVP, desde departamentos y comisiones con los que cuenta, como los son el departamento de docencia y la comisión de calidad. Estos departamentos se encargan de gestionar y apoyar las acciones docentes y de capacitación, y gestionar las acciones de calidad en todo el HSVP, respectivamente.

#### **4.3.2 Metodología de referencia**

Para efectos de la elaboración de esta propuesta, se ha tenido como modelo de referencia la metodología de indagación apreciativa, la cual según el Instituto de Diálogos e Indagación Apreciativa (IDEIA, 2016) definen como “...un proceso y una metodología que impulsa el cambio, incrementa las fortalezas y las convierte en hábitos, promueve el crecimiento, la ilusión y la motivación” (párr.1).

Además, este proceso también busca “...maximizar el potencial positivo para el cambio cultural, la planificación estratégica, el desarrollo del liderazgo, las alianzas, el construir equipos, desarrollo de comunidades y cambio integral del sistema” (párr.3).

A partir de ello, se ha seleccionado como metodología para esta propuesta por la relación con la calidad total y la reorientación de servicios de salud. Con la primera de ellas, se vincula porque esta busca un cambio en la organización a partir de elementos como el liderazgo, el trabajo conjunto, planificación, capacitación, mejora continua, entre otros. Por su parte, con la reorientación se relaciona porque esta se desarrolla desde las alianzas, la planificación desde la promoción de la salud, la formación profesional, entre otros.

Por otra parte, según Muga (s.f.) la indagación apreciativa, se compone de cuatro etapas, las cuales son:

**Descubrir:** en esta etapa, se identifican los problemas de la organización pero desde un punto de vista positivo, es decir, identificando aquellas fortalezas con las que cuenta la organización para abordarlo (p.12) El reconocer estas problemáticas desde lo positivo para trabajarlo desde las fortalezas de la organización, se relaciona con el componente de mejora continua, ya que en este se realiza un análisis de la situación, una comprensión de la misma y un mejoramiento en los procesos (Villaverde, 2012, pp.16-20).

En esta etapa, se incluyó la identificación de algunos de los componentes de calidad total presentes o no en el SE, así como el reconocimiento de los factores de demanda y oferta de dicho servicio.

**Soñar:** se relaciona con el objetivo que se quiere alcanzar, en otras palabras, es la visión del cambio que se espera realizar (Muga, s.f., p.12). Además, el autor aquí rescata que se deben vincular las aspiraciones e intereses de las personas con esa visión, lo cual se asocia con el enfoque al empleado y la motivación que se habla en la calidad total.

Asimismo, se puede relacionar con el principio de mejora continua, debido a que esta corresponde a un cambio constante en la organización, con el fin de mejorar los procesos, y esto es posible mediante la visión de cambio. Por otra parte, Deming indica en su segundo punto que es necesario adoptar una nueva filosofía, la cual en otras palabras es “adoptar una conciencia de calidad”. (Villaverde, 2012, p.10) En esta propuesta, esta etapa se cumple en los objetivos, metas e indicadores que se han establecido a partir de lo identificado en la fase anterior.

**Diseñar:** el tercer paso de esta metodología corresponde al diseño, el cual como su misma palabra lo dice, representa la creación de la propuesta y/o plan de acción para la organización donde se realiza el estudio (Muga, s.f., p.12). Para lograr esta etapa, se ha elaborado el plan de acción que se especifica en las siguientes secciones, incluyendo las actividades a desarrollar, los recursos necesarios, los plazos de ejecución y la evaluación.

**Destinar:** pretende fortalecer la organización por medio de un "...proceso de aprendizaje, ajuste e improvisación" (Muga, s.f., p.12). Esta última etapa se relaciona directamente con la mejora continua, debido a que esta busca mejorar constantemente la calidad en todas las actividades que se desarrollan en la organización, desde su comienzo hasta su finalización (Villaverde, 2012, pp.16-20).

Esta última etapa se lleva a cabo en las acciones de incorporación y consolidación del proceso de mejora continua que se propone en el presente documento para el SE. Asimismo, se incluye también en esta fase la evaluación, ajustes y seguimiento posteriores a las acciones planteadas.

#### **4.3.3 Población beneficiaria**

Con la realización de este proyecto, la jefatura del SE puede incorporar componentes de calidad total en el quehacer de ese departamento, que incidan en la salud y calidad de vida de sus funcionarios y en la calidad de la atención que se brinda. Asimismo, es una propuesta que sirve como insumo para que la Comisión de Calidad y la Dirección del HSVP, se involucren con la filosofía de calidad total, y que puedan tomar las decisiones correspondientes al SE de una manera más integral e integradora, donde se parta de la identificación de necesidades, problemáticas y vacíos a lo interno del servicio, que puedan irse solventando en el proceso de mejora continua.

Con la ejecución de este proyecto se espera que los funcionarios del SE, al incorporar estos elementos de calidad total en sus funciones, incrementen su satisfacción laboral y por ende su desempeño. Esto debido a que "Un trabajador satisfecho, comprometido, que siente que sus aportaciones son tenidas en cuenta y que trabaja en equipo, tenderá a manifestar una mayor diligencia en el desempeño de su trabajo" (Mendoza, Orgambidez y Carrasco, 2010, p.355).

Además, tomando como referencia que la calidad total busca la orientación al cliente en todos sus procesos, con esta propuesta se pretende incidir en la calidad de la atención del SE, buscando la satisfacción del usuario de ese servicio.

Por lo tanto, se puede decir que la población beneficiaria directa corresponde a la jefatura del servicio y sus funcionarios, debido a que es a ellos a quienes va dirigida la propuesta. Asimismo, como población beneficiaria indirecta se tiene por un lado a los usuarios del SE, por la mejora en la calidad de la atención que se busca, y por otra lado la Comisión de Calidad y la Dirección del HSVP, ya que pueden utilizarla como base y/o complemento de las acciones que ya realizan o las que esperan realizar en ese departamento.

#### 4.3.4 Objetivos de la propuesta

Los objetivos de esta propuesta se han establecido a partir de cuatro variables trabajadas en esta investigación, las cuales son demanda-oferta, mejora continua, capacitación y educación; y enfoque al empleado. Asimismo, estos objetivos se exponen a continuación con su respectiva meta e indicador.

#### Objetivo general de la propuesta

Implementar la filosofía de Calidad Total en el SE del HSVP desde un enfoque de Promoción de la Salud.

#### Objetivos específicos de la propuesta

Variable	Objetivo	Meta	Indicador
<b>Demanda-Oferta</b>	Fortalecer el sistema de comunicación extra hospitalario con el segundo nivel de atención.	Tres reuniones anuales entre el segundo nivel de atención de Heredia y el SE del HSVP para analizar el comportamiento de la demanda	-Asistencia de convocados. -Informes de las reuniones. -Acuerdos tomados (Acta).
	Optimizar los recursos disponibles en el SE de acuerdo con las características de la demanda.	Porcentaje de pacientes satisfechos con la atención recibida.(1)	-Herramienta para medir la percepción del paciente. (HCAHPS)

(1.) No se establece un porcentaje específico, debido a que no se cuenta con una línea base. Una vez aplicada la herramienta de medición HCAHPS, se calculará un porcentaje determinado inicial.  
Fuente: Elaboración propia.

Variable	Objetivo	Meta	Indicador
<b>Mejora continua</b>	Habilitar espacios de opinión para los funcionarios del SE.	Participación y escucha del 100% de los funcionarios que se acerquen a proponer acciones de mejora.	-Registro de cantidad de participantes. -Registro de funcionarios atendidos.
	Fortalecer los procesos de comunicación del SE con otros servicios del HSVP.	Tres reuniones anuales interdepartamentales para comprender el contexto del SE y como apoyarle desde los demás departamentos.	-Asistencia de convocados. -Informes de reuniones. -Acuerdos tomados (Acta).
	Gestionar la mejora continua del SE de forma interdisciplinaria.	Creación de un equipo interdisciplinario de Calidad Total en el SE.	-Documento oficial de la conformación del equipo de trabajo. -Metas a lograr.

Fuente: Elaboración propia.

Variable	Objetivo	Meta	Indicador
<b>Capacitación y educación</b>	Establecer un programa de educación permanente a los funcionarios del SE.	Realizar al menos 2 talleres de educación permanente al año.	-Lista de asistencia de los participantes. -Reporte del taller.
	Diseñar un proceso de incorporación para los funcionarios nuevos del SE.	Participación del 100% de nuevos funcionarios en el proceso de incorporación.(1)	-Registro de funcionarios participantes en el proceso. -Porcentaje de cobertura.

(1) Se ha utilizado un 100% debido a que se espera que una vez establecido el proceso de incorporación, este sea aplicado a todos los funcionarios nuevos del SE.

Fuente: Elaboración propia.

Variable	Objetivo	Meta	Indicador
<b>Enfoque al empleado</b>	Estructurar un programa de motivación para los funcionarios del SE del HSVP.	Lograr un 60% de funcionarios satisfechos.(1)	-Escala digital anónima de motivación.

(1) Se trabaja con un 60% como línea base de medición, debido a que en los datos recopilados fue un 60% de los funcionarios los que indicaron sentirse motivados. No obstante, el objetivo final es lograr el 100%.

Fuente: Elaboración propia.



#### **4.3.5 Actividades/Acciones**

Una vez formulados los objetivos que orientan esta propuesta, y las metas e indicadores que miden su cumplimiento, se describen a continuación las acciones que se deben ejecutar en SE para lograr dichos objetivos. Cada una de ellas se explica a continuación de acuerdo con cada objetivo establecido.

- **Objetivo 1: *Fortalecer el sistema de comunicación extra hospitalario con el segundo nivel de atención.***

La meta para este objetivo corresponde a realizar 3 reuniones anuales entre el SE y las áreas del segundo nivel de atención de Heredia. Para desarrollar las mismas, es necesario que en las reuniones se cuente con representación de la jefatura del SE, de la dirección del HSVP y de representantes de las diferentes áreas. La razón por la que es importante la presencia de un representante de la dirección del centro hospitalario, es porque la presencia de los líderes en el proceso además del liderazgo propio, incide en un mayor compromiso y motivación en el equipo de trabajo.

Además de ello, con la participación de la dirección, la jefatura y los representantes de las respectivas áreas, se avanza en toma de decisiones por los diferentes puntos de vista que se generan y se pueden aceptar o desechar opciones de acuerdo a la viabilidad que ahí se vea, esto porque cada uno puede emitir su opinión desde la experiencia en el escenario en que se desenvuelve. Estas reuniones, permiten también tener una mejor comprensión de la demanda en el SE desde los Determinantes de la Salud y su respectivo abordaje, es decir, comprender las razones de las consultas que llegan al SE y así determinar las acciones que cada parte representada debe y puede hacer. Cabe destacar que quien convoca y orienta el proceso es la jefatura del SE.

- **Objetivo 2: Optimizar los recursos disponibles en el SE de acuerdo con las características de la demanda.**

Para lograr este objetivo, la primera acción corresponde a elaborar un análisis de contexto del SE, en el que a partir de las diferentes dimensiones se pueda establecer más ampliamente la realidad del SE, los protocolos, el equipamiento, el recurso humano, entre otros. Estos últimos, aunque se contemplaron para esta investigación, no pudieron ser accedidos en su totalidad, lo cual si podría hacerse como acción interna. Una vez realizado el análisis de contexto, es necesario la elaboración de un FODA, en el que se identifiquen las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del SE.

Seguidamente, se procede a hacer una matriz DAFO (Ver Anexo 9), en la que se construyen una serie de estrategias a partir de las fortalezas y oportunidades para contrarrestar y mejorar las debilidades y amenazas. Dichas estrategias se ponen luego en ejecución y contribuyen a la mejora del servicio desde aspectos con los que ya se cuenta dentro del mismo.

Finalmente, una vez implementadas las acciones, se procede a evaluar la satisfacción del paciente, para lo cual se puede utilizar la encuesta de HCAHPS. Esta herramienta, desarrollada en Estados Unidos por la Evaluación de proveedores y sistemas de cuidado de salud por consumidores de hospitales (HCAHPS, por sus siglas en inglés), busca por medio de una encuesta tener una metodología estándar que recopile datos de la opinión de los pacientes con respecto al cuidado de salud en el ámbito hospitalario (Medicare, 2017, párr.1).

De acuerdo con Fierro, Hernández, Peniche, Ponce y Arellano, 2017, p.368) esta encuesta se basa en ocho áreas, las cuales son:

1. Comunicación con el médico
2. Comunicación con las enfermeras
3. Capacidad de respuesta del personal del hospital

4. Manejo del dolor
5. Comunicación acerca de los medicamentos
6. Descarga de información
7. Limpieza del hospital
8. Control del ruido

Además de ellas, se le han agregado dos temas generales que corresponden a una calificación del hospital y una recomendación del mismo. Cabe destacar que, aunque esta encuesta se generó para proveedores privados y para procesos de hospitalización, se ha adaptado para aplicarla en el SE del HSVP; y así, pueda complementar este proceso de calidad total que se quiere lograr. (Ver Anexo 10)

- **Objetivo 3: *Habilitar espacios de opinión a los funcionarios del SE.***

Como parte de las acciones a llevar a cabo para habilitar espacios de opinión a los funcionarios, es preciso en primer lugar comunicar por diversos medios (correos, mensajes, reuniones) la apertura que tendrán las jefaturas para escuchar sus necesidades, opiniones y propuestas de mejora. Posterior a ello, es importante estar recordando constantemente la habilitación de estos espacios. Además, otra de las acciones que se pueden implementar, es la creación de un buzón de sugerencias digital, que sea anónimo y que le permita a las jefaturas tener información de asuntos que en muchas ocasiones no se comunican por temor a represalias.

En ambos casos, es necesario que se haga énfasis en que lo único que se va a recibir son cuestiones relacionadas al trabajo y a la atención de los pacientes, y no a mal informaciones de compañeros y chismes, entre otros. Además, es preciso que en el caso de que algún funcionario se acerque de forma presencial a

alguna de las jefaturas, a indicar alguna situación o propuesta, se le deberá dar respuesta verbalmente y por escrito a lo que ha mencionado.

- **Objetivo 4: Fortalecer los procesos de comunicación del SE con otros servicios del HSVP.**

Para el cumplimiento de este objetivo, se deben realizar acciones similares a las del primer objetivo, dado que se deben desarrollar reuniones pero en este caso interdepartamentales. Se puede hacer en dos formas: una con los servicios de apoyo del SE, como lo es rayos X, farmacia y laboratorio principalmente, y otra con las otras especialidades o áreas del HSVP, tales como: ortopedia, dermatología, gastroenterología, etcétera. Estas reuniones tienen como fin que en la totalidad de los servicios que brinda este centro médico, pueda identificarse como están las cosas en el SE, ver de qué forma en conjunto se puede mejorar, qué se necesita de un área o de otra, y ver cuáles opciones son viables y cuáles no. Al igual que en el primer objetivo, la jefatura será la encargada de guiar el proceso y de convocar a los participantes.

- **Objetivo 5: Gestionar la mejora continua del SE de forma interdisciplinaria.**

Para el cumplimiento de este objetivo, es importante conformar un equipo de trabajo interdisciplinario que lleve la dirección del proceso de calidad total y mejora continua en el SE. Este equipo debe estar en su ideal constituido por: las jefaturas del SE, un(a) médico especialista, un(a) médico general, un enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, un(a) asistente de pacientes, un(a) asistente de registros médicos, un(a) oficinista, un(a) encargado de recursos humanos y un promotor de la salud. Esta conformación del equipo, pretende

contar con diferentes puntos de vista desde donde ellos laboran para poder ver más en detalle los cuellos de botella y las prioridades a intervenir, entre otros.

Por su parte, la incorporación de un profesional en promoción de la salud en el SE contribuye a:

- Desarrollar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud con funcionarios y pacientes.
- Desarrollar estrategias de mejora desde el conocimiento de la demanda y la viabilidad de las intervenciones desde la oferta.
- Apoyar las acciones de mejora continua del servicio.
- Dar seguimiento de las estrategias para pacientes y funcionarios.
- Organizar, coordinar y evaluar las acciones propuestas y las responsabilidades del personal involucrado en desarrollarlas.
- Colaborar en la realización de planes e informes del servicio, y en los documentos planteados en esta propuesta.
- Desarrollar estrategias de enlace entre el SE y otras áreas a lo interno y externo del HSVP.
- Apoyar el trabajo en equipo interdisciplinario para las intervenciones holísticas de las personas.

Este equipo de trabajo, será coordinado por la jefatura del SE debido a su nivel de responsabilidad, autoridad e incidencia en la toma de decisiones del servicio y puede ser apoyado por el profesional en promoción de la salud. Se sugieren reuniones cada dos meses para ver los avances de la intervención, el seguimiento, las eventualidades que se vayan presentando y los ajustes que se deben hacer para ir mejorando el SE paulatinamente.

Estas reuniones pueden aprovecharse también como espacio de opinión, para que los funcionarios puedan opinar o expresar sus propuestas de mejora en alguna situación específica, lo que hace que las personas se sientan incluidas. Además de esto último, se puede alternar en algunas de las reuniones la participación de otros funcionarios cuando así se requiera. Finalmente, este

equipo puede apoyar en el seguimiento y la retroalimentación de los resultados de la evaluación del desempeño.

- **Objetivo 6: *Establecer un programa de educación permanente a los funcionarios del SE.***

Antes de definir las acciones para este objetivo, es importante señalar lo que incluye la educación permanente. De acuerdo con la OPS/OMS (2002, p.72) la educación permanente dio un giro a las capacitaciones de los trabajadores de servicios de salud, contemplando aspectos como:

- Proceso enseñanza-aprendizaje en el contexto real de las organizaciones.
- Partir de la práctica como fuente de conocimiento y de las problemáticas (Problematizar el propio quehacer).
- Que los participantes tengan una participación más activa, de reflexión, construcción del conocimiento y acciones; y no solo ser receptores.
- Dar un abordaje de equipo de trabajo más allá de las divisiones disciplinarias.
- Ampliar los espacios educativos fuera del aula, a otros escenarios, organizaciones y comunidades, entre otros.

A partir de ello, es necesario como primera acción determinar las necesidades y vacíos de los funcionarios, para lograr satisfacer y solventar los mismos por medio de talleres de educación permanente. También, es preciso identificar quejas más frecuentes y errores más presentados en el SE, para incidir en ellos a través de este objetivo planteado. Además, se debe incorporar temáticas más allá de las intervenciones clínicas, que mejoren el espacio laboral y la atención en el SE, como lo son temas de comunicación asertiva, inteligencia emocional, resolución de conflictos, etcétera.

- **Objetivo 7: *Diseñar un proceso de incorporación a los funcionarios nuevos del SE.***

Si bien es cierto, los cuestionarios arrojaron como resultado, que la mayoría de los funcionarios no contó con un proceso de inducción al incorporarse al SE, también es necesario indicar que no se les permite realizarlo, pues la forma de contratación de la CCSS es diferente. A partir de ello, aunque la calidad total sugiere estos procesos para lograr la calidad en las organizaciones, para efectos de esta propuesta se buscó un punto de equilibrio entre ambas, por lo que podría realizarse una orientación inicial al funcionario.

Esta última se haría una vez seleccionado el funcionario con el método que la CCSS establece y pretende que la persona se sienta recibida y parte del SE desde su incorporación al mismo. Para lograrlo, se podría hacer una reunión con el funcionario y varios compañeros, darle una cordial bienvenida, un recorrido por el SE, comentar la realidad de dicho servicio, presentación de compañeros y hacerle sentir lo más a gusto posible. Esta acción puede incidir en el sentido de pertenencia del funcionario, el compromiso, la motivación, el trabajo en equipo, entre otros. Al igual que acciones anteriores, la jefatura será la encargada del proceso apoyado por otros compañeros del equipo de trabajo.

- **Objetivo 8: *Estructurar un programa de motivación a los funcionarios del SE del HSVP.***

Para el cumplimiento de este último objetivo, contribuyen algunos de los objetivos anteriores, como los relacionados a espacios de opinión y escucha, sentirse parte de las acciones de mejora, los programas de educación permanente, el compromiso de las jefaturas, entre otros. No obstante, es importante también desarrollar otras acciones que incidan en la motivación de los

funcionarios, entre las cuales destacan aquellas de interés por ellos y de reconocimiento de sus acciones.

Específicamente, se debe mostrar interés continuo por ellos, preguntar si todo está bien en el trabajo, si hay algo que se puede mejorar, si hay algo que se pueda hacer por ellos. Si alguien menciona algún inconveniente, se le da el seguimiento por parte del equipo y si es viable se interviene; de no serlo, se explica por qué no es viable y se busca en conjunto las soluciones. Además, es significativo hacer el reconocimiento respectivo cuando se hace bien el trabajo, por medio de una nota o citarlos para hacer de su conocimiento la felicitación por su buen desempeño, buena actitud, propuesta realizada, etcétera.

#### 4.3.6 Recursos necesarios

Una vez descritas las acciones planteadas para cumplir cada uno de los objetivos, se exponen los recursos necesarios para lograrlas, según se muestra a continuación:

Objetivo	Recursos humanos	Recursos Físicos
Fortalecer el sistema de comunicación extra hospitalario con el segundo nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Dirección del HSVP</li> <li>• Representantes de las 12 Áreas de Salud que pertenecen al HSVP</li> <li>• Promotor de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de reuniones del SE u otra sala del HSVP</li> <li>• Video Beam</li> <li>• Computadora</li> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Lapiceros</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>



Objetivo	Recursos humanos	Recursos Físicos
Optimizar los recursos disponibles en el SE de acuerdo con las características de la demanda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Promotor de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Impresiones</li> <li>• 1 Tablet o teléfono para las encuestas basadas en HCAHPS</li> </ul>
Habilitar espacios de opinión a los funcionarios del SE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Oficinista del SE</li> <li>• Asistente de recursos humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Celular (opcional)</li> <li>• Sala de reuniones (opcional)</li> <li>• Internet (creación de correo electrónico del SE para buzón de sugerencias).</li> </ul>
Fortalecer los procesos de comunicación del SE con otros servicios del HSVP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotor de la salud</li> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Representantes de servicios de apoyo o de otras áreas del HSVP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de reuniones del SE u otra del HSVP</li> <li>• Video Beam</li> <li>• Computadora</li> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Refrigerio</li> <li>• Impresiones (opcional)</li> </ul>
Gestionar la mejora continua del SE de forma interdisciplinaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Médico especialista</li> <li>• Médico general</li> <li>• Enfermero(a)</li> <li>• Auxiliar de enfermería</li> <li>• Asistente de pacientes</li> <li>• Auxiliar de registros médicos</li> <li>• Oficinista</li> <li>• Asistente de recursos humanos</li> <li>• Promotor de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de reuniones del SE u otra del HSVP</li> <li>• Video Beam</li> <li>• Computadora</li> <li>• Lista de participantes</li> <li>• Impresiones (opcional)</li> <li>• Lapiceros</li> <li>• Refrigerio (opcional)</li> </ul>

Objetivo	Recursos humanos	Recursos Físicos
Establecer un programa de educación permanente a los funcionarios del SE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotor de salud (coordinador)</li> <li>• Colaboradores del taller según tema a desarrollar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de reuniones u otras del SE</li> <li>• Material de construcción de ideas (hojas, lapiceros, papelógrafos, marcadores)</li> <li>• Computadora</li> <li>• Video Beam</li> <li>• Parlantes</li> </ul> <p><b>*Los materiales dependerán del tema que se esté trabajando.</b></p>
Diseñar un proceso de incorporación para los funcionarios nuevos del SE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Asistente de recursos humanos</li> <li>• Equipo interdisciplinario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina de jefaturas o sala de reuniones</li> <li>• Secciones del SE</li> </ul>
Estructurar un programa de motivación a los funcionarios del SE del HSVP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas del SE</li> <li>• Asistente de recursos humanos</li> <li>• Equipo interdisciplinario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina de jefaturas para dar felicitaciones correspondientes</li> <li>• Impresión de nota por buen desempeño</li> </ul>

Posteriormente se expone en la siguiente tabla los recursos financieros requeridos para la presente propuesta.

Insumo	Cantidad/ Tiempo	Costo unitario	Costo total
Computadora de escritorio Dell Inspiron 3268	1	342,000	342,000
Video Beam Epson Powerlite X29	1	572,000	572,000
Internet 1 Mega	10 meses	9,800	98,000
Tablet Samsung Galaxy Tab 3 Lite 7 T113	1	68,900	68,900
Teléfono fijo Panasonic	1	13,000	13,000
Parlantes Genius	1	13,500	13,500
Lapiceros	50	125	6,250
Impresiones B/N	50	50	2,500
Resmas de 500 hojas blancas	3	2,490	7,470
Paquetes de 100 hojas de colores	5	1,500	7,500
Papelógrafos (cartulinas)	50	200	10,000
Refrigerios	60	2,500	150,000
Contratación de un Promoción de la Salud	12 meses	629,395*	7,552,740
Encargados de talleres de educación permanente	80 horas	12,410**	992,800
Sub total	-	1,667,870	9,836,660
5% Imprevistos	-	83,395	491,835
<b>Total</b>	-	<b>1,751,265</b>	<b>10,328,495</b>

\*Salario mínimo para un profesional licenciado universitario, con base en lo estipulado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. I Semestre, 2017.

\*\*Cálculo aproximado por hora para un educador aspirante sin título, con base en lo estipulado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. I Semestre, 2017.

**Fuente:** Elaboración propia.

De los costos anteriores cabe destacar que muchos de ellos pueden reducirse porque son recursos con los que cuenta el SE o el HSVP, y que se pueden utilizar para llevar a cabo la presente propuesta. Además, hay que destacar que los costos anteriormente expuestos son una aproximación y que pueden variar debido a factores como los lugares donde se adquieran los insumos o por las marcas de estos.

Por otra parte, los talleres de educación permanente, dependiendo de los temas identificados como necesidades o vacíos por abordar, pueden impartirlos funcionarios del mismo HSVP o de la CCSS, lo cual también puede reducir los costos. Asimismo, se ha incluido un 5% de inversión en caso de alguna situación imprevista que haya que sufragar.

#### **4.3.7 Plazos de ejecución**

En lo que respecta a los plazos de ejecución, se ha establecido un cronograma de actividades, el cual se adjunta a continuación:

Objetivo	Actividad	Meses											
		1º Mes	2º Mes	3º Mes	4º Mes	5º Mes	6º Mes	7º Mes	8º Mes	9º Mes	10º Mes	11º Mes	12º Mes
1	Reuniones de coordinación entre niveles (HSVP-Áreas)												
2	Elaboración del Análisis de Contexto												
2	Elaboración del FODA												
2	Elaboración del DAFO												
2	Ejecución de estrategias del DAFO												
2	Aplicación de encuestas de percepción de los pacientes												
3	Elaboración de buzón de sugerencias												
3	Comunicar a los funcionarios la apertura de espacios de opinión												
4	Reuniones con otros departamentos del HSVP												
5	Conformación de equipo interdisciplinario												
5	Reuniones de seguimiento de equipo interdisciplinario												

Objetivo	Actividad	Meses											
		1º Mes	2º Mes	3º Mes	4º Mes	5º Mes	6º Mes	7º Mes	8º Mes	9º Mes	10º Mes	11º Mes	12º Mes
6	Identificación de temáticas para talleres de educación permanente												
6	Planificación de talleres												
6	Ejecución de talleres												
7	Orientación inicial (bienvenida) a los nuevos funcionarios												
8	Interés continuo sobre cómo se sienten los funcionarios												
8	Elaboraciones de notas o citas para otorgar alguna felicitación												

Fuente: Elaboración propia

#### 4.3.8 Evaluación

Como parte de la elaboración de un proyecto, es importante definir los parámetros utilizados para sus tres etapas de evaluación: antes, durante y posterior a su desarrollo. Cada uno de estos momentos son conocidos como evaluación ex – ante, intermedia o de proceso y ex–post (Valdés, 1999, p.4) y son definidos a continuación:

- **Evaluación ex – ante:** proporciona la información necesaria para identificar la pertinencia y viabilidad del proyecto. Asimismo, se visualiza el alcance de los objetivos con los recursos de los que se dispone, haciendo una estimación de los costos (Valdés, 1999, p.8).
- **Evaluación intermedia:** se le conoce también como de proceso; pretende valorar la eficiencia de los recursos en la fase operacional, con el fin de hacer reajustes si es necesario y así poder cumplir con los objetivos planteados del proyecto (Valdés, 1999, p.8).
- **Evaluación ex – post:** corresponde al “estudio que se realiza después de que el programa ha terminado, con la finalidad de establecer si se obtuvieron o no los resultados esperados y los factores que actuaron en una u otra dirección” (Briones, 1991. Citado por Valdés, 1999, p.9).

Asimismo, además de los tres tipos de evaluación anteriormente descritos, existen también algunos criterios de evaluación, los cuales según el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2012) son:

**Pertinencia:** coherencia entre los objetivos del proyecto y las necesidades de los beneficiarios o el contexto en el que estos se desenvuelven (p.15).

**Eficiencia:** evalúa el uso de los recursos o insumos para alcanzar los objetivos planteados (p.15).

**Eficacia:** mide la forma en que se han cumplido los objetivos del proyecto (p.15).

**Impacto:** corresponde a los cambios a largo plazo que se presentan, sean directos o indirectos; positivos o negativos; primarios o secundarios.

**Sostenibilidad:** evalúa la continuidad de los beneficios obtenidos del proyecto “a lo largo de su vida útil” (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, 2012, p.15).

De los anteriores, se recomienda aplicar la evaluación ex – ante por medio de la discusión del SE y del HSVP como tal, de los objetivos planteados en este documento. La evaluación durante, se puede realizar por medio de reuniones de seguimiento de las actividades que se están ejecutando y la evaluación ex – post se realiza a través de los indicadores planteados, para ver si se cumplieron o no los objetivos propuestos.

En cuanto a los criterios, la pertinencia se evalúa en la fase ex – ante, donde el SE y el HSVP discuten la coherencia que tiene esta propuesta con lo ya trabajado por el servicio y el hospital respectivamente. El criterio de eficiencia, se aplica en la etapa durante, para determinar si los recursos utilizados son suficientes, excesivos o insuficientes. El criterio eficacia, se aplica en la etapa ex post, evaluando el cumplimiento de los objetivos. Finalmente, con la continuidad de este proceso de mejora en el SE, se evaluarán a largo plazo los criterios de impacto y sostenibilidad.



## V. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

**Objetivo 1: Analizar las necesidades de los usuarios (demanda) frente a la oferta de recursos del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.**

Partiendo de la caracterización de aspectos de la demanda, fue posible identificar que el grupo etario con más consultas es el de 1 a 5 años con un 12,5% y con respecto a la consulta según sexo, fue ligeramente más elevada la de las mujeres, con un 55% de las atenciones. En cuanto a la zona de residencia, predominaron las consultas del cantón Central con un 41%. Las tres primeras causas de consulta corresponden a dolor abdominal agudo (DAA), diarrea aguda (DA) e infección en las vías respiratorias superiores (IVRS). De estas consultas, la mayoría se presentaron en los días lunes, sábado y domingo; y mayormente, en el II Turno de atención, que va de las 2:00 a las 10:00 p.m.

Este comportamiento de la demanda presentada, puede estar asociado a que el grupo de niños de estas edades son un grupo vulnerable en las causas de consultas que más se presentaron. Asimismo, otros estudios demuestran que más mujeres consultan por cuestiones culturales y sociales, ya que a la mujer se le da el "rol" de cuidadora de sí misma y de la familia, o que las mujeres tienen una peor percepción de su salud. En cuanto a la cantidad de consultas del cantón Central, este se explica por el factor geográfico de cercanía.

En cuanto a las causas de consulta, DAA, DA e IVRS, son similares a las que se presentan en otros servicios de emergencias, y son en la mayoría de los casos, síntomas de otras patologías que requieren de estudios extra para poder determinarse con exactitud. En lo que respecta a que la mayoría de las consultas se presentaron los días lunes, sábado y domingo, y que se presentaron en el II turno, esto se asocia con el cierre de los EBAIS y clínicas los fines de semana y

después de las 4:00 p.m. entre semana, por lo que las personas deben acudir al SE si requieren atención.

Dentro de la caracterización de elementos de la oferta, se identificó que el SE para dar respuesta a la demanda presentada, cuenta con áreas destinadas a recepción, observación, consultorios y pediatría, en los cuales a su vez se encuentran secciones como sala de espera, críticos, agudos, inhala terapia, clasificación, gineco obstetricia, ortopedia, consultorios para pediatría, entre otros, los cuales cuentan con un completo equipamiento. Además, cuenta con guías clínicas actualizadas, protocolos de evacuación ante emergencias, sistema de comunicación externo, etcétera.

Al mismo tiempo, cuenta con 8 emergenciólogos, 2 pediatras, 34 médicos generales, 34 enfermeros (as), 75 auxiliares de enfermería, 37 asistentes de pacientes, 4 administrativos y 9 asistentes de registros médicos. De acuerdo al primer, segundo y tercer turno, estos funcionarios se encuentran distribuidos en 62, 67 y 54 respectivamente, a excepción de los médicos especialistas que se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 7 emergenciólogos en jornada ordinaria y 1 en jornada no tradicional; y los pediatras, 1 en la mañana y 1 en la tarde (hasta las 4:00 p.m. lunes a jueves y 3:00 p.m. los viernes).

Por lo tanto se concluye que:

- De acuerdo con las características de los grupos de mayor demanda (niños, mujeres, causas de consulta DAA, DA, IVRS) se identifica que pueden ser abordados desde los Determinantes Sociales de la Salud en otros niveles de atención y otros escenarios.
- El comportamiento presentado en el SE-HSVP es similar al que se presenta en otros servicios de urgencias y las causas de consulta coinciden con el patrón que se presenta en la mayoría de distritos de Heredia.

- Las áreas y equipamiento del SE coincide con lo establecido por autores e instituciones sobre lo que debe tener un servicio de emergencias. Asimismo, por lo nuevo de la infraestructura el equipo es moderno y en buenas condiciones en términos generales. No obstante se debe mejorar la organización del área de observación para garantizar una atención con mayor privacidad y calidad.
- El recurso humano es completo de acuerdo con lo establecido por otros autores e instituciones y distribuido acorde con la demanda por turno.

**Objetivo 2: Describir la aplicación de los componentes de Calidad Total presentes en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.**

En lo que respecta a aspectos de calidad total, particularmente el componente de mejora continua, el 97% indicó que si se realiza en el SE evaluación del desempeño, donde a su vez predominaron las respuestas que indicaron que es realizada anualmente por la jefatura, con un formulario institucional de la CCSS y que evalúa los parámetros de desempeño. Si alguna de las personas obtiene con una baja evaluación, el instrumento institucional tiene 3 propuestas de mejora y el funcionario propone otras 3. Asimismo, el 90,6% indicó que si conoce los resultados de la evaluación.

En relación con la comunicación interna, predomina con un 46,2% los que la califican como buena, seguida de los que la califican como regular con un 34%. Seguido a ello, con un 7,6% cada uno, se encuentran los que la calificaron como muy buena y los que la calificaron como mala; y por último un 4% le dieron calificación como muy mala. Por su parte, con respecto a los medios que frecuentemente utilizan para comunicarse, predominaron las cartas y circulares con un 26% y los correos electrónicos con un 24%, y las que menos se utilizaron fueron las sesiones informativas, las reuniones con otros grupos y el buzón de sugerencias, con 7%, 3% y 1% respectivamente.

En cuanto a la existencia de espacios de opinión participativos para los funcionarios, un 59% respondieron afirmativamente a la existencia de ellos, mientras que un 26% respondieron que no se dan dichos espacios. Asimismo, como último elemento del componente de mejora continua, se consultó si se realiza o no trabajo en equipo en el SE, a lo que un 64,3% respondieron que sí, y un 27,5% respondieron que no.

Con respecto al componente de educación y capacitación, se consultó como primer elemento la realización de un proceso de inducción, a lo que un 43% respondió que si recibieron este proceso al incorporarse al SE, y un 69% respondió que no lo recibieron. Específicamente, de los que respondieron afirmativamente, el 84% recibió explicación de sus funciones, 76% tuvo una visita guiada por el SE, 58% tuvo presentación de sus compañeros y un 38% recibieron la explicación de la filosofía del SE, es decir, su misión, visión y objetivos.

En cuanto al elemento de capacitaciones, un 77% mencionaron que sí se dan capacitaciones en el SE y un 18% que no. Particularmente, sobre los temas que predominaron en las capacitaciones, en primer lugar se encontraron los temas médicos/clínicos con un 28%, seguidos de los temas asociados a procedimientos e instrumentos con un 13%. Por su parte, los temas relacionados a atención al usuario, higiene y módulos de educación, fueron los que menos se recibieron y los que a su vez podrían potenciarse para la mejora del SE.

Sobre la forma de participación a las capacitaciones, un 55% indicó que es asignada a algunos funcionarios, un 34% que son abiertas y un 25% que son por especialidad de funcionarios. Por otra parte, sobre la participación en las capacitaciones, el 70% respondió que sí ha participado en ellas, donde a su vez, el 52% mencionó que lo han hecho en una o dos ocasiones; no obstante, la mayoría de los funcionarios tienen más de 7 años de laborar en el SE, lo cual representa pocas capacitaciones en los años de trabajo. Por último, de las

personas que participaron el 98% afirman que los temas de las capacitaciones son de su interés.

En lo que respecta al componente de enfoque al empleado, se consultó por dos aspectos, los cuales corresponden a la motivación y al reconocimiento. Sobre el primero de ellos, un 60% indicó sentirse motivado, mientras un 26% respondió negativamente. Algunas de las razones de lo que les motiva fueron el tener un empleo y el trabajo en equipo y como razones de lo que les desmotiva manifestaron el exceso de funciones, que los demás no quieran trabajar y las no oportunidades de crecimiento. Sobre el aspecto de reconocimiento-recompensa, el 73% indicó que no se da reconocimiento por el buen desempeño y manifestaron que cuando se ha hecho es esporádico y por medio de una nota.

Por lo tanto se concluye que:

- Se identifica la aplicación de los tres componentes de calidad total: mejora continua, capacitación y educación y enfoque al empleado, de la siguiente manera: evaluación desempeño (97%), comunicación interna buena y muy buena (46,2%), trabajo en equipo (64%), inducción (43%), capacitaciones (77%), motivación (60%), reconocimiento (15%).

- Los resultados reflejan números positivos en términos generales, pero de acuerdo con el enfoque de calidad total deben ser fortalecidos y mejorados continuamente, adaptados respetando el funcionamiento del sistema (CCSS) como en la inducción y que trasciendan de los temas clínicos, es decir, que se complemente con otras temáticas (capitaciones).

### **Objetivo 3: Formular líneas de acción para el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl que incorpore componentes de Calidad Total.**

Se concluye que:

- Esta propuesta viene a ser un aporte para un conocimiento más profundo de la demanda presentada, donde se pretende mejorar la oferta en función de esta. Además, se convierte en una oportunidad para fortalecer los procesos que ya se realizan y a su vez para que se contemplen otras variables y/o factores condicionantes, donde el SE del HSVP pueda incidir desde la promoción de la salud en abordajes más holistas, trabajo más articulado, descongestión del servicio u otros.
- Esta investigación representa un insumo para el SE, que puede ser el inicio de estudios, planes, programas u otros, que se hagan en pro de la mejora de la atención y de la salud laboral de los funcionarios, es decir, que sea integral e integradora con beneficios multidireccionales. Del mismo modo, esta propuesta se puede adaptar a otros SE de la CCSS o a otros departamentos del HSVP, siempre y cuando se adapte al contexto de cada caso.
- Se ha tomado en consideración el promotor de salud debido a que este tiene una visión salud holista, que contempla determinantes de salud que influyen en la dinámica del SE y que puede contribuir a desarrollar actividades de prevención y promoción con funcionarios y pacientes, apoyar las acciones de mejora y darles seguimiento, realizar planes e informes, fortalecer el enlace entre el SE y otras áreas dentro y fuera del HSVP y apoyar el trabajo en equipo interdisciplinario. Además, luego puede incorporarse también a otros departamentos, niveles, ejecución de programas, proyectos, y propuestas como estas, que buscan el mejor beneficio para funcionarios, pacientes y la organización como tal.

## 5.2 Recomendaciones

- Tomando en cuenta que la mayoría de consultas fue en niños de 1 a 5 años (comportamiento que se presentó en el III turno), que la mayoría de las consultas se dieron en el II turno y que solo hay 2 pediatras de lunes a viernes en el I turno y la mitad del II turno, es recomendable fortalecer la oferta en cuanto a que haya un pediatra completo en el III turno y en horario completo del II turno. Además, se debe brindar mayor capacitación a los funcionarios del SE, en lo que respecta a las necesidades de este grupo etario.
- Debido a que la mayor cantidad de consultas fue en las mujeres, y que dentro de las primeras diez causas de consulta se encontró el embarazo de término, es conveniente fortalecer las relaciones con el departamento de ginecología y las salas de partos del HSVP, esto para dar cada vez más una mejor atención con altos estándares de calidad. Asimismo, al igual que en el caso anterior, se debe capacitar a los funcionarios del SE, en temas relacionados a la población femenina y sus mayores causas de consulta.
- A partir de los resultados que indicaron que del total de las consultas del año 2016, el 41% correspondieron al cantón Central, por el factor cercanía con el centro hospitalario y por la no existencia, en algunos casos, de otros niveles de atención que filtren a la población, es preciso recurrir a la educación de la población sobre el uso adecuado de los servicios de emergencias. Además, se debe fortalecer el trabajo en red con otros niveles de atención, así como la comunicación extra hospitalaria acorde con la demanda.
- Con los datos que arroja esta investigación, se recomienda que la CCSS continúe gestionando los procesos para que se extienda el horario de atención en EBAIS y Áreas de Salud, para así descongestionar los servicios de emergencias hospitalarios.

- Con el fin de brindar la oferta en función de la demanda, se considera importante la optimización de los recursos existentes y la buena relación con los servicios de apoyo y los demás departamentos del HSVP. Asimismo, se recomienda que los funcionarios conozcan el comportamiento de la demanda presentada, para orientar sus acciones a ello. Por otra parte, es conveniente analizar las causas de consulta desde los determinantes sociales de la salud, para incidir desde la promoción de la salud, con trabajo articulado con otros niveles de atención.
- Se debe utilizar la evaluación del desempeño realizada en el SE para una toma de decisiones de mejora continua, donde se identifiquen necesidades de capacitación, traslados de funcionarios a otras áreas donde desempeñen con mayor calidad sus acciones, entre otros. Además, se recomienda darle seguimiento a las personas que salen con una nota baja en su calificación, escuchar sus propuestas de mejora y darle el seguimiento debido. Para ello, es necesario fortalecer la relación entre la asistencia de recursos humanos del SE, la jefatura del SE y el departamento de recursos humanos del HSVP.
- Se considera importante potenciar la comunicación efectiva del SE, para comunicar a los funcionarios la filosofía de calidad total y a su vez para incidir en su salud laboral. Además, se debe fortalecer la comunicación horizontal y ascendente, y los diálogos interdisciplinarios donde se tome en cuenta la opinión de los funcionarios en temas propios del SE.
- Resulta necesario potenciar los espacios de opinión participativos en el SE, debido a que esto aumenta el sentido de pertenencia, mejora el clima laboral, la puntualidad y la satisfacción del funcionario. Esto se relaciona con los resultados en promoción de la salud, los cuales representan cambios en habilidades y características deseables asociados a la



promoción de la salud, las cuales a su vez, contribuyen a lograr la reorientación del SE.

- Se considera importante realizar un proceso de inducción en el SE, ya que en este se le comunica a los nuevos funcionarios los objetivos que se tienen, e incluso si se incorpora la filosofía de mejora continua, hace que las personas se sientan identificadas y traten de orientar todas sus acciones en función de cumplir las metas del servicio. Además, incide en la motivación, la eficiencia, la mejora en la calidad de la atención y en dar una mejor respuesta a la demanda presentada.
- Es recomendable aprovechar las capacitaciones que se brindan en el SE, para potenciar las acciones en promoción de la salud, tanto para los funcionarios, por medio de temas de espacios laborales saludables, como para los usuarios, por medio de temáticas que mejoren la calidad de la atención. Específicamente, algunos de los temas que se podrían incorporar en los programas de capacitación, pueden ser manejo del estrés, trabajo en equipo, resolución de conflictos, comunicación asertiva, entre otros.
- Se debe analizar las razones de las temáticas de capacitaciones, para determinar si es una temática nueva o un aspecto que deba fortalecerse en todo el SE, o si debe ser solo para algunos funcionarios, en caso de que se identifiquen necesidades de conocimientos, habilidades y/o actitudes, que dificulten el cumplimiento de las metas del servicio y del HSVP como tal.
- Con el fin de incidir en la motivación de los funcionarios, se recomienda incorporar formas de reconocimiento por buen desempeño, esfuerzo de mejora, participación, conocimientos, acciones, relaciones interpersonales positivas con compañeros de trabajo, iniciativa en acciones de mejora, entre otros. Debe haber un interés de los mandos altos y medios de interesarse por el funcionario, por sus inquietudes, necesidades, etcétera, y

darle una respuesta y acompañamiento que se enmarque en la viabilidad y la pertinencia del SE.

## VI. Referencias Bibliográficas

- Alcántara, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universidad de los Andes. *Revista Universitaria de Investigación*. 9(1) Recuperado de <file:///C:/Users/Kary/Desktop/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf>
- Arias, F (2006) *Proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (5° ed.) Caracas: Espíteme.
- Arnold, M. y Osorio, F (1998) Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>
- Arredondo, A. y Recaman, A. (2002) Oferta vs. demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* (20):42-47 Recuperado de <http://bvs.insp.mx/articulos/3/art24702.pdf>
- Arroyo, G. (2002) Actualización en enfermería, una responsabilidad profesional. *Revista de Enfermería IMSS* 10(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim021b.pdf>
- Arteaga, O. (2006). Investigación en Salud y Métodos Cualitativos. *Ciencia & Trabajo*. 8(21):151-153 Recuperado de <file:///C:/Users/Kary/Desktop/Arteaga-Investigacinsaludmtodoscuali.pdf>
- Bautista, E., Devesa, A., Guitart, M., Palma, M. y Pérez, M. (2008) Enfermería: ¿Trabaja en equipo? Trabajo de Maestría. Escuela Universitaria de

Enfermería Santa Madrona. Recuperado de  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008\\_2.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf)

Beauchamp, T & Childress, J. (1994) Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition, Oxford University Press, Nueva York/Oxford [Trad. cast. Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona 1999].

Bermúdez, C. (2016) La comunicación interna en las organizaciones. Máster Universitario en RR.HH. INCADE Business School. Recuperado de  
<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/23484/retrieve>

Bienestar corporativo (2011) Estudio sobre la promoción de la salud y la cultura del bienestar en las empresas del IBEX 35. Recuperado de  
<http://www.bienestarcorporativo.com/img/l%20ESTUDIO%20PROMOCION%20SALUD%20Y%20BIENESTAR%20IBEX35.pdf>

Bosch, J. y Merli, M. (2013) Fundamentos del enfoque sistémico para el estudio del turismo. Universidad Nacional de Comahue. Facultad de Turismo. 1ª ed. Recuperado de  
[http://170.210.83.98:8080/jspui/bitstream/123456789/413/1/Fundamentos\\_enfoque\\_sistemico\\_estudio\\_turismo\\_bosch.pdf](http://170.210.83.98:8080/jspui/bitstream/123456789/413/1/Fundamentos_enfoque_sistemico_estudio_turismo_bosch.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. (2002) As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2002. En: [www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)

Capurro, D. y Rada, G. (2007) El proceso diagnóstico. Revista Médica Chile. 135: 534-538. Recuperado de

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000400018](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018)

Carmona, R., Miranda, E. y Santa Cruz, C. (2003) Evaluación del Desempeño en Organizaciones Públicas y Privadas. Seminario para optar al título de Ingeniero en Información y Control de Gestión. Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111517/Carmona%2c%20Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Carro, R. y González, D. (2012). Administración de la Calidad Total. Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado de <http://www.dspace.espol.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/32441/D-CD102152.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>

Casal, J. y Mateu, E. (2003) Tipos de muestreo. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de [http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20\(C%20C3%B3mo%20dise%20una%20encuesta\)/TiposMuestreo1.pdf](http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20(C%20C3%B3mo%20dise%20una%20encuesta)/TiposMuestreo1.pdf)

Castaño, C. y Niño, M. (2012) La inducción del personal como agente de cambio en la organización para la mejora de procesos. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Recuperado de <http://unimilitar-dspace.metabiblioteca.org/bitstream/10654/7554/2/CastanoMontoyaClaudiaMercedes2012.pdf>

- Castro, R. (2003) Guía para el taller de formulación del plan de acción. Proyecto Sistema Nacional de Capacitación Municipal. Bogotá, Colombia.
- Chiavenato, I (2007) Administración de Recursos Humanos: El capital humano de las organizaciones. McGraw-Hill Interamericana. 8va. Ed. México.
- Consejería de Sanidad. (2012) Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Dirección General de Hospitales. Madrid, España. Recuperado de <http://semesmadrid.portalsemes.org/wp-content/uploads/PLAN-ESTRATEGICO-SUH-2011-2015-DEFINITIVO-2012-1.pdf>
- Cruz, J. (2007) Participación del empleado en la mejora continua. UANL, San Nicolás, N.L., México. Recuperado de [http://www.web.facpya.uanl.mx/rev\\_in/Revistas/4.1/A4.pdf](http://www.web.facpya.uanl.mx/rev_in/Revistas/4.1/A4.pdf)
- De la Torre, M. y Oyola, A. (2014) Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología* 18(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677002.pdf>
- Defensor del Pueblo. (2015) Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Madrid, España. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2015-Las-urgencias-hospitalarias-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud-derechos-y-garant%C3%ADas-de-los-paciente-ESP.pdf>

- Echezuría, J; Gutiérrez, M; y Rondón, M. (2006) Diseño de estrategias para optimizar la calidad de los servicios de la Biblioteca Marcel Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) Universidad Central de Venezuela. Escuela de Bibliotecología y Archivología.
- Entralgo, L. (1986) Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores S.A; (pp. 179-202)
- Estrada, S. y Sabando, D. (2001) Gestión de recursos tecnológicos. Universidad Autónoma de Madrid. Doctorado Interuniversitario en Economía y Gestión de la Innovación y Política Tecnológica.
- Erazo, A. (2015) Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. Rev Panam Salud Pública. 38(3):248–53.
- Fernández, F. (2006) La gestión de la nueva comunicación interna. Análisis de la aplicación de las tecnologías de la información en los procesos de comunicación interna de las universidades de la Comunidad Valenciana. Tesis doctoral. Universitat Jaume I. Recuperado de [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10464/07\\_mediosclasicos.pdf?sequence=8](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10464/07_mediosclasicos.pdf?sequence=8)
- Fierro, L; Hernández, B; Peniche, A; Ponce, R y Arellano, I. (2017) Encuesta de satisfacción en pacientes de una unidad de alta especialidad en Dermato-Oncología y Cirugía Dermatológica en México. Dermatol Rev Mex 61(5):361-370. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2017/rmd175b.pdf>

- Fontova, A. (2015) Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. Tesis doctoral. Universitat de Girona. España.
- Garza, H., Abreu, J. y Garza, E. (2009) Impacto de la capacitación en una empresa del ramo eléctrico. Daena: International Journal of Good Conscience. 4(1). Recuperado de [http://www.spentamexico.org/v4-n1/4\(1\)%20194-249.pdf](http://www.spentamexico.org/v4-n1/4(1)%20194-249.pdf)
- Gerencia de Desarrollo de Capacidades y Rendimiento del Servicio Civil (2014) Evaluación de la capacitación. Estudio preliminar. Perú. Recuperado de [http://storage.servir.gob.pe/pdp/archivos/publicaciones/dic2014/Documento\\_sobre\\_evaluacion\\_de\\_la\\_Capacitacion.pdf](http://storage.servir.gob.pe/pdp/archivos/publicaciones/dic2014/Documento_sobre_evaluacion_de_la_Capacitacion.pdf)
- Gilmore, C. & Moraes, H. (1996) *Manual de gerencia de calidad*. OPS/OMS. 1996. Washintong.
- Gómez, M. (2007) La comunicación en las organizaciones para la mejora de la productividad: El uso de los medios como fuente informativa en empresas e instituciones andaluzas. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17672697.pdf>
- González, R.; Fernández, M.; González, M.; Castro, C.; Vaillard, E.; Lezama, G. y Carrasco, R. (2004) La calidad de la atención en salud. Oral Suplemento. <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>



Guerrero, Y. y Fernández, R. (2010) Análisis de las causas de abuso en la Consulta de Urgencias Pediátricas del Hospital Max Peralta en el primer semestre del año 2009. Tesis Maestría. ICAP. Recuperado de [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2010/guerrero\\_soto\\_yesenia\\_vanesa\\_2010\\_sa.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2010/guerrero_soto_yesenia_vanesa_2010_sa.pdf)

Heredia Gobierno Local (s.f) Datos generales. Extensión geográfica. Recuperado de <https://www.heredia.go.cr/es/el-canton/datos-generales>

Hernández Sampieri, R., & Collado, C. F. C. y Baptista Lucio, P.(2010).Metodología de la Investigación.

Hospital San Vicente de Paúl (2016) Manual del Servicio de Emergencias. Caja Costarricense del Seguro Social.

IDEIA (2016) ¿Qué es la Indagación Apreciativa? Indagación Apreciativa. Recuperado de <http://www.institutoideia.es/indagacion-apreciativa/que-es-la-indagacion-apreciativa/>

INEC (2011) Costa Rica: Población total estimada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia y sexo. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>

INEC (2016) Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia y cantón. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense de Deportes y Recreación (ICODER), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE), Acueductos y Alcantarillados (AyA), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y Ministerio de Salud (MINS). (2015) Política Nacional de Salud: Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file>

Jiménez, L., Ivos, F., Leiva, J., Buforn, A. y Toscano, R. (2010) Dolor abdominal en urgencias. Málaga. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>

Jiménez, M. (2012) Factores que condicionan la salud. Programa Estilo de Vida y Salud 2010. Actualizado el (06/06/2012). Recuperado de <file:///C:/Users/Kary/Desktop/radioValsequillo-informeLalonde.pdf>

Jiménez, S. (2015) Fortalecimiento a los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud Golfito. *Tesis de Maestría*. Instituto Centroamericano de Salud Pública (ICAP) Recuperado de

[http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2011/jimenez\\_carvajal\\_sofia\\_2011\\_sa.pdf.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2011/jimenez_carvajal_sofia_2011_sa.pdf.pdf)

Kouss, S. (2015) La comunicación interna en las organizaciones. Trabajo de fin de grado. Universidad de Salamanca. Recuperado de [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/132427/1/TG\\_KoussGutierrez\\_Comunicaci%C3%B3n.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/132427/1/TG_KoussGutierrez_Comunicaci%C3%B3n.pdf)

Kuri, P. (2013) Salud Pública: la importancia de la participación municipal. Red Mexicana de Municipios por la Salud. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/13351941/>

Lapeira, A. (2006) Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Marta, durante el año 2005. Tesis de Maestría. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

Lefio, L. (2013) El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional. *Revista Chilena de Salud Pública*. 17 (2) Recuperado de <file:///C:/Users/Kary/Desktop/27117-1-90439-1-10-20130708.pdf>

León, R. y Berenson, R. (s.f.) Medicina Teórica. Definición de salud. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1.pdf>

Llacuna, J. y Pujol, L. (2003) La comunicación en las organizaciones. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_685.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_685.pdf)

Macedo, M. y Mateos, S. (2008) Infecciones respiratorias. Temas de bacteriología y virología médica. pp 137-161. Recuperado de <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesrespiratorias.pdf>

Malagón, G; Galán, R. y Pontón, G. (2008) Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 3ª ed. Colombia.

Marín, J. (2008) Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas. Tesis Maestría, ICAP. Recuperado de [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2008/Marin\\_Gomez\\_Jose\\_Pablo\\_2008\\_SA.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2008/Marin_Gomez_Jose_Pablo_2008_SA.pdf)

Martín, G. y Murillo, C. (2004) Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario: análisis del comportamiento estacional. Cuadernos Económicos de ICE. N° 67:107-133. Recuperado de [http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE\\_67\\_107-133\\_7F85ECA27564BEC195B95A8A2FA51C88.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_67_107-133_7F85ECA27564BEC195B95A8A2FA51C88.pdf)

Martínez, G. (2010) Organización de los servicios de urgencias. Modelos organizativos. Universitat de Barcelona. Instituto de Formación Continua.

- Recuperado de  
[http://cvirtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/sal\\_meuh/sal\\_meuh\\_m2t1.pdf](http://cvirtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/sal_meuh/sal_meuh_m2t1.pdf)
- Maya, M. (1993) Evaluación del desempeño y su efecto en la calidad total. Medellín, XI(2). Recuperado de  
<file:///C:/Users/Kary/Desktop/Lecturas%20para%20An%C3%A1lisis%20Tesis/An%C3%A1lisis%20Calidad%20Total/Evaluaci%C3%B3n%20del%20desempe%C3%B1o%20y%20propuesta.pdf>
- Medicare (2017) Encuesta de experiencias de los pacientes (HCAHPS) Comparación de hospitales. Recuperado de  
<https://es.medicare.gov/hospitalcompare/Data/Overview.html>
- Medina-López, C; Marín-García, J. y Alfalla-Luque, R. (1989). Una propuesta metodológica para la realización de búsquedas sistemáticas de bibliografía. *WorkingPaperonOperations Management* 1(2), pp. 13-30 Recuperado de  
[http://www.upv.es/i.grup/repositorio/own/ART\\_2010%20medina-Marin-Alfalla-%20WPOM%20revisiones%20biblio-Submiss\\_final.pdf](http://www.upv.es/i.grup/repositorio/own/ART_2010%20medina-Marin-Alfalla-%20WPOM%20revisiones%20biblio-Submiss_final.pdf)
- Mendoza, M; Orgambidez, A; y Carrasco, A. (2010) Orientación a la calidad total, satisfacción laboral, comunicación y compromiso en establecimientos de turismo rural de la Sierra de Huelva. *Pasos: Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*. 8(2)
- Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2012) Pautas generales para la evaluación ex – post de proyectos de inversión pública. Dirección general

de política de inversiones. Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_publica/docs/Evaluacion\\_ExPost/InstrumentosMetodologicos/PAUTAS\\_GENERALES\\_EVAL\\_EX\\_POST.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/Evaluacion_ExPost/InstrumentosMetodologicos/PAUTAS_GENERALES_EVAL_EX_POST.pdf)

Ministerio de Salud de Perú (1999) Gestión de Recursos Humanos. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf>

Ministerio de Salud de Nicaragua (2010) Manual de Procedimientos de Gestión de Desempeño. Dirección de Recursos Humanos. Recuperado de [http://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=461-hss-manual5-gestion-desempeno-rrhh&category\\_slug=documentos-proyecto-holanda&Itemid=235](http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=461-hss-manual5-gestion-desempeno-rrhh&category_slug=documentos-proyecto-holanda&Itemid=235)

Ministerio de Salud Pública de Cuba (2008) Capacitación y Desarrollo de los Recursos Humanos. Tomo II. Manual Metodológico. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpi-ch/manual\\_de\\_capacitacion.\\_\\_tomo\\_ii.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpi-ch/manual_de_capacitacion.__tomo_ii.pdf)

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2015) Manual de Inducción. Hospital San Vicente Corral Moscoso. Recuperado de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/MANUAL-DE-INDUCCION.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. España. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2016) Salarios mínimos. Sector privado. Primer semestre 2016. Departamento de salarios. Recuperado de [http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/Lista\\_salarios-I-Semestre\\_2016.pdf](http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/Lista_salarios-I-Semestre_2016.pdf)

Montoro, M. y Casamayor, M. (2012) Dolor abdominal agudo. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2da Edición. Recuperado de [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06\\_Dolor\\_abdominal\\_agudo.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf)

Morales, M. (2016) Comunicación personal. 18 de abril de 2016.

Muga, J. (s.f.) La indagación apreciativa: una metodología de Desarrollo Organizacional para el cambio en la empresa. Universidad de Chile. Facultad de Economía y Negocios. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138860/La-indagaci%C3%B3n-apreciativa.pdf?sequence=1>

Munehika, Sano, Jin&Kajihara. (2014) Quality management system for health care and its effectiveness. Totalqualitymanagement. 25(8):889-896

Muñoz, F.; López, D.; Halverson, P.; Guerra de Macedo, C.; Hanna, W.: Larrieu, M.; Ubilla, S. y Zeballos, J. (2000) Las funciones esenciales de la salud

pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2)

Net, A. y Suñol, R. (s.f.) La calidad de la atención. Ponencias y jornadas. Fundación Avedis Donabedian. Recuperado de [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

Nieto, C. y McDonnell, L. (2006) Comparación entre los modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y MalcomBaldrige. Situación frente a la ISO 9000. X Congreso de Ingeniería de Organización. Recuperado de <http://www.adingor.es/congresos/web/articulo/detalle/a/828>

Novelli, G., Neves, M., Muglia, I. y Carvalho, M. (2011) Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 19(3) Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_14.pdf)

OMS (1948) Constitución de la Organización Mundial. Recuperado de [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)

OMS. (1986) Primera conferencia internacional de promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)



OMS (1998) Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS (2000) Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México. Recuperado de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)

OPS/ OMS (2007) La Renovación de la Atención en la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) Washington. Biblioteca Sede OPS.

OMS (2010) Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte. Recuperado de [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)

OPS/OMS (2002) La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2780.pdf>

OMS/OPS (2010) *Curso Virtual: Funciones esenciales de la Salud Pública*. Campus Virtual de Salud Pública (CVSP)

OPS (2012) Salud en las Américas. Edición de 2012. Volumen Regional. Sistemas de Salud y Protección Social en Salud. Recuperado de [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9%3Aedicion-2012&catid=36%3Apublication&Itemid=124&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9%3Aedicion-2012&catid=36%3Apublication&Itemid=124&lang=es)

Ortega, E. (2011) Plan para la dirección del proyecto para la adquisición e instalación de un angiógrafo para el Servicio de Cardiología del Hospital San Vicente de Paúl. Proyecto Final de Graduación de Maestría. Universidad para la Cooperación Internacional. San José, Costa Rica.

Patiño, M. (2013) Diseño de un plan de acción para la difusión de la convención colectiva dirigido al personal base de la planta procesadora de conservas marinas, Alimentos Polar Comercial, C.A. Planta Enlatados Marigüitar. Año 2012. Trabajo de Grado, modalidad Pasantía, presentado como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Gerencia de Recursos Humanos. Universidad de Oriente. Escuela de Ciencias Sociales.

Pazzeto y Carvalho (2005) Los reflejos de la gerencia para la calidad total en institutos hospitalarios brasileños. Acta Paul Enferm. 18(4):397-402

Peña, R. (2002) Calidad en la medicina de urgencia, una necesidad en nuestros días (I Parte) Revista Mexicana de Medicina de Urgencias. 1(1):31-36

- Perdomo, J. y González, J. (2004) Medición de la Gestión de la Calidad Total: Una Revisión de Literatura. Cuadernos de Administración, Bogotá Colombia, 17 (28): 91-109.
- Perea, R. (2009) Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras. Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez, A., Begara, M., Núñez, J. y Navarro, J. (1996) Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica. 44(4) Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-4-5.pdf>
- Pesoa, T. (2016) La influencia de las acciones motivacionales para fidelizar al cliente interno en la Tarjeta Naranja S.A. Trabajo Final de Carrera para Licenciatura en Comercialización. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC120575.pdf>
- Pinto, P. y Trelles, L. (2012) Epidemiología de las consultas de emergencias realizadas en dos unidades móviles pre- hospitalarias en Montevideo entre enero 2006 a diciembre 2008. Biomedicina. 7(3) Recuperado de [http://www.um.edu.uy/docs/epidemiologia\\_unidades\\_moviles.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/epidemiologia_unidades_moviles.pdf)
- Quintero, N., Africano, N. y Faría, E. (2008) Clima Organizacional y Desempeño Laboral del Personal Empresa Vigilantes Asociados Costa Oriental del Lago. Universidad del Zulia. 3(9) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78230903>

- Quizamán, R. y Neri, M. (2008) Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. UNAM. 51(1) Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081b.pdf>
- Razvi, S. (2002) *Total quality management : addressing organizational culture in a health care institution*. Masters thesis, Concordia University.
- Reveco, C. y Weber, R. (2011) Gestión de Capacidad en el Servicio de Urgencia en un Hospital Público. Revista Ingeniería en Sistemas. Volumen XXV. Recuperado de <http://www.dii.uchile.cl/~ris/RISXXV/hospital.pdf>
- Riascos, J. (2006) De la estructura por funciones al enfoque basado en procesos y a la visión sistémica de la organización. Revista Ciencias Estratégicas. 14(15) pp. 33-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1513/151320329003.pdf>
- Rodríguez, G; Gil, J y García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Granada, España: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, A. y Osorio, F. (1998) Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas. Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Recuperado de <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26455/27748>

Rodríguez, A. y Bustelo, C. (2008) Costa Rica: modelos alternativos del primer nivel de atención en salud. Unidad de Estudios del Desarrollo. División de Desarrollo Económico. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5178/1/S0800396\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5178/1/S0800396_es.pdf)

Rojas, A. y Vargas, J. (2015) Entornos laborales promotores de salud: una estrategia para el desarrollo de prácticas saludables en las empresas del cantón de Curridabat desde la gestión municipal. Trabajo Final de Graduación de Licenciatura en Promoción de la Salud. Universidad de Costa Rica.

Román, E., Barrio, J. y López, M. (2010) Diarrea aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 2da Edición. Recuperado de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)

Rosa, F., Montijano, A., Herráiz, C. y Zambrana, J. (2005) ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Anales de Medicina Interna*, Madrid. 22(11) Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992005001100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100003)

Rothlin, F. (2013) Managerial strategies to reorient hospitals towards health promotion. *Journal of Health Organization and Management*. 27(6) pp. 747-

Sánchez, J. (2008) La importancia del desarrollo organizacional en una institución pública de educación superior. Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Facultad de Contaduría y Administración.

Sánchez, P.G. (2009) Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 55(4), 230-233. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/297/268>

Sánchez, J. y Calderón, V. (2012) Diseño del proceso de evaluación del desempeño del personal y las principales tendencias que afectan su auditoría. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*. N°32. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/1701/3866>

Sarmiento, J. (2013) Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*. 17(2) Recuperado de <file:///C:/Users/Kary/Desktop/27116-90435-1-PB.pdf>

Segura, R. y Rodríguez, D. (2006) Percepción de insuficiente calidad de los servicios del primer y segundo nivel como causa determinante de búsqueda de atención por patologías no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia,

en el primer trimestre del 2005. Tesis de Maestría. UNED. Recuperado de <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1107/1/Percepcion%20de%20insuficiente%20calidad%20de%20los%20servicios%20del%20primer%20y%20segundo%20nivel.pdf>

Siede, J. (s.f.) Determinantes Sociales de Salud y Enfermedad. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/dominicana\\_determinantes.pdf](http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/dominicana_determinantes.pdf)

Simón, A. (2010) Patología respiratoria aguda en los servicios de urgencias. Recuperado de <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/volumen3/vol3-n3-3.pdf>

Siurana, J. (2010) Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

Solís, M. (2017) CCSS decidida a descongestionar servicios de emergencias. Caja Costarricense del Seguro Social. Recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-decidida-a-descongestionar-servicios-de-emergencias#>

Sum, M. (2015) Motivación y desempeño laboral. Un estudio realizado con el personal administrativo de una empresa de alimentos de la zona 1 de Quetzaltenango. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <https://alldocs.net/motivacion-y-desempeno-laboral-estudio-realizado->

con-el-personal-administrativo-de-una-empresa-de-alimentos-de-la-zona-1-  
de-quetzaltenango-zBRU174

Tamayo y Tamayo (2003) El Proceso de la Investigación Científica. *Limusina Noriega Editores*. 4ta Edición. México.

Tari, J. (2000) Calidad total. Fuente de ventaja competitiva. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Recuperado de <http://www.biblioteca.org.ar/libros/133000.pdf>

Torres, M. y Torres, C. (2010) Capacitación por competencias laborales. Un logro productivo para la empresa farmacéutica Laboratories de Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/economia/tesis383.pdf>

Valdés, M. (1999) La evaluación de los proyectos sociales: Definiciones y tipologías. FUNCASE. Recuperado de [http://www.mapunet.org/documentos/mapuches/evaluacion\\_proyectos\\_sociales.pdf](http://www.mapunet.org/documentos/mapuches/evaluacion_proyectos_sociales.pdf)

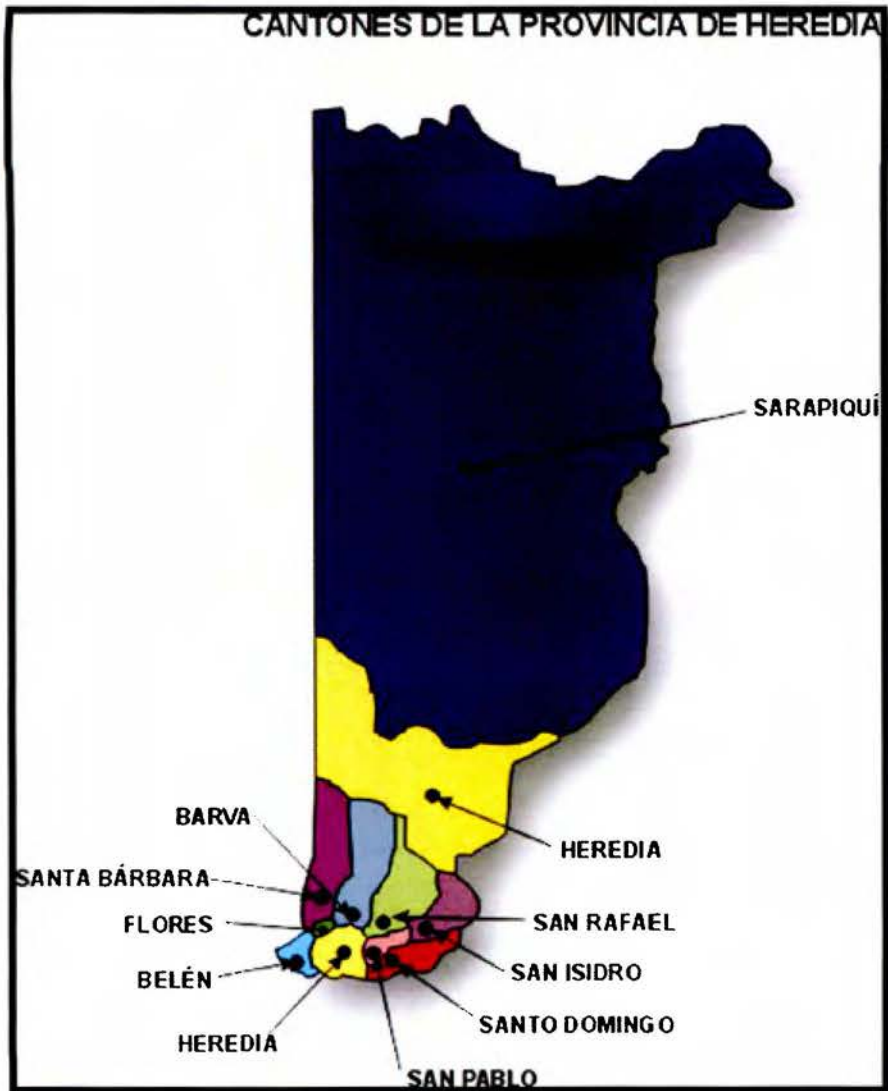
Vargas, M. (1990) Gerencia de Servicios de Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) San José, Costa Rica. ISBN: 9977-20-026-2

Villaverde, J. (2012) Propuesta de implementación de los 14 puntos del Dr. Deming en una empresa de envases y envolturas plásticas. Tesis para optar por el Grado de Magister en Ingeniería Industrial con Mención en Gestión de Operaciones. Pontificia Universidad Católica del Perú



## VII. Anexos

### 7.1 Anexo 1. Mapa de cantones de la provincia de Heredia.



Fuente: "De Cantones, Heredia, []" (2016) por El sitio de Olman, 2016, Datos geográficos.

## 7.2 Anexo 2. Guía de grupo focal.

### **Guía de grupo focal sobre “Propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total, año 2017.”**

**Objetivo general:** Diseñar una propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total.

**Objetivo específico a abordar en este grupo:** Describir la aplicación de los componentes de Calidad Total presentes en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.

#### **I. Datos generales:**

<b>Nº de Participantes:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Lugar:</b>	
<b>Hora de inicio:</b>	<b>Hora de finalización:</b>

#### **II. Datos de moderación:**

<b>Moderador (a):</b>
<b>Observador (a):</b>

### III. Datos de participantes

<b>Código de Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Ocupación en el Servicio de Emergencias</b>	<b>Tiempo de laborar en el Servicio de Emergencias</b>
Fun1			
Fun 2			
Fun 3			
Fun 4			
Fun 5			
Fun 6			
Fun 7			
Fun 8			
Fun 9			
Fun 10			

#### Preguntas generadoras

1. ¿Qué herramientas de evaluación del desempeño se utilizan en el Servicio de Emergencias?
2. ¿Qué acciones realizan ustedes al conocer los resultados de dicha evaluación?
3. ¿Cómo describen la comunicación a lo interno del Servicio de Emergencias?
4. ¿Cuáles actividades realizan ustedes de trabajo en equipo en el Servicio de Emergencias?
5. ¿De qué forma (s) de le reconoce/recompensa el buen desempeño a los funcionarios del Servicio de Emergencias?
6. En relación a su trabajo en el Servicio de Emergencias, ¿cuáles aspectos le motivan y cuáles le desmotivan?
7. ¿Qué han escuchado sobre Calidad Total?

### 7.3 Anexo 3. Cuestionario

Formulario N°: \_\_\_\_\_

#### Cuestionario

**Propósito:** El presente cuestionario forma parte del trabajo final de graduación de la Bachiller Karina León Campos, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Dicha investigación pretende diseñar una propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total durante el año 2017.

#### Orientaciones generales:

- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas, y una vez que las haya comprendido proceda a contestarlas con la mayor veracidad posible.
- Si tiene alguna (s) duda (s), diríjase a la investigadora para que le aclare esta (s).
- Si en una pregunta no sabe o no desea responder, marque la opción NS/NR
- La información que usted brinde será de índole confidencial, según el consentimiento informado que usted otorgó a la investigadora.

#### A. Datos generales

1. Años de laborar en el Servicio de Emergencias: \_\_\_\_\_

2. Función que desempeña en el Servicio de Emergencias: \_\_\_\_\_

#### B. Evaluación del desempeño

3. ¿Se realiza en el Servicio de Emergencias evaluación del desempeño?

1. Si \_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_ (Pase a la pregunta 4) 99. NS/NR \_\_\_\_ (Pase a la pregunta 4)

4. ¿De qué forma? \_\_\_\_\_

5. ¿Conoce usted los resultados de esas evaluaciones?

1. Si \_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_\_

#### C. Comunicación interna

6. ¿Cómo califica los procesos de comunicación a lo interno del Servicio de Emergencias?

1. Muy bueno	2. Bueno	3. Regular	4. Malo	5. Muy malo
--------------	----------	------------	---------	-------------

7. Marque con una X los medios que usted frecuentemente utiliza para comunicarse en el Servicio de Emergencias.

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. Manuales _____             | 5. Reuniones por grupo de trabajo _____           |
| 2. Cartas/Circulares _____    | 6. Reuniones con otros grupos _____               |
| 3. Correos electrónicos _____ | 7. Sesiones informativas _____                    |
| 4. Buzón de sugerencias _____ | 8. Redes sociales (Whatsapp, Facebook ,etc) _____ |

8. ¿Se brinda a los (as) funcionarios (as) espacios de opinión participativos sobre aspectos del Servicio de Emergencias?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_\_\_

### III: Trabajo en equipo

9. ¿Considera usted que en el Servicio de Emergencias se realiza un trabajo en equipo?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_\_\_

### IV. Proceso de inducción

10. ¿Recibió usted un proceso de inducción al incorporarse al Servicio de Emergencias?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 99. (Pase a la pregunta 12) NS/NR \_\_\_\_\_ (Pase a la pregunta 12)

11. Marque con una X lo que contempló ese proceso:

1. Visita guiada al Servicio de Emergencias \_\_\_\_\_
2. Presentación de compañeros (as) \_\_\_\_\_
3. Explicación de funciones por desempeñar \_\_\_\_\_
4. Explicación de la filosofía del servicio (Misión, Visión, Objetivos) \_\_\_\_\_
5. Explicación de la situación actual del Servicio de Emergencias \_\_\_\_\_
6. Espacio para preguntas y aclarar dudas \_\_\_\_\_
7. Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_
8. Otra \_\_\_\_\_ Especifique:

---

## V. Capacitaciones

12. ¿Se dan capacitaciones en el Servicio de Emergencias?

1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 99. (Pase a la pregunta 18) NS/NR \_\_\_ (Pase a la pregunta 18)

13. ¿De qué temas? \_\_\_\_\_

14. La participación en esas capacitaciones es:

1. Abierta \_\_\_

2. Por especialización de funcionarios (as) \_\_\_

3. Asignada a algunos funcionarios (as) \_\_\_

4. Obligatoria a todos \_\_\_

6. Otra \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

99. NS/ NR \_\_\_

15. ¿Ha participado en las capacitaciones?

1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 99. (Pase a la pregunta 18) NS/NR \_\_\_ (Pase a la pregunta 18)

16. ¿A cuántas?

1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 o más
-------	-------	-------	-------	---------

17. ¿Las temáticas de las capacitaciones son de su interés?

1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_

## VI. Motivación

18. ¿Se siente motivado (a) en su trabajo?

1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_

19. ¿Se dan en el Servicio de Emergencias reconocimientos a los (as) funcionarios (as) por buen desempeño?

1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 99. NS/NR \_\_\_

¡Muchas gracias!

## 7.4 Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Propuesta de reorientación hacia la Promoción de la Salud del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a partir de la incorporación de componentes de Calidad Total, año 2017

Nombre del Investigador Principal: \_\_\_\_\_ Karina Vanessa León Campos \_\_\_\_\_

Código del participante: \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente estudio se realiza para fines académicos para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica, por la estudiante Karina Vanessa León Campos, cédula 4-0220-0076. El propósito de esta investigación es obtener información relacionada al tema de calidad total, por medio de cuestionarios y grupo focal. Estos instrumentos de recolección de datos se aplicarán a funcionarios del Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.

A partir de la información obtenida en la recolección de datos, con esta investigación se espera formular unas líneas de acción para el Servicio de Emergencias de Hospital San Vicente de Paúl, que incorporen componentes de Calidad Total y que mejoren las acciones en el servicio.

---

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del participante

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador

Fecha

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Se le aplicará un cuestionario con preguntas sobre sus conocimientos y experiencias en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl relacionados a los temas de mejora continua, capacitación, motivación y otras temáticas afines al tema de estudio. Además, se realizará un grupo focal, en el cual se harán algunas preguntas sobre sus conocimientos y experiencias relacionados a los temas de mejora continua, capacitación, motivación y otras temáticas afines al tema de estudio. Para el desarrollo de dicho grupo, se utilizará una grabadora de voz y se les consultará previamente a los participantes si autorizan que sus respuestas en la sesión sean grabadas. En caso de no estarlo deben comunicarlo a la investigadora. La estudiante se hará responsable de proteger su identidad y el uso de los datos será exclusivamente para fines académicos.

**C. RIESGOS:** Aunque no se anticipan riesgos significativos asociados a su participación en el proyecto, existe la posibilidad de que usted experimente alguna duda o molestia a lo largo del proceso. Si esto sucediera, se le solicita comunicarlo a la investigadora para que se aclare su duda o se converse sobre su molestia. Si sufriera algún daño como consecuencia del proceso del que será parte para la realización de este estudio, la investigadora buscará el medio para obtener una referencia al profesional apropiado y que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

**D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que la investigadora aprenda más acerca de propuestas de reorientación en servicios de emergencias y este conocimiento beneficie en el futuro a este departamento y a quienes lo conforman y/o utilizan.

**E. ACLARACIONES:** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Bach. Karina León Campos y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Bach. Karina León Campos al teléfono 8675-4045 en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

---

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del participante

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador

Fecha



F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte su posición en el Servicio de Emergencias.

H. Por su participación en este estudio, no recibirá ningún tipo de bonificación, remuneración económica, premio o similar.

I. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

J. La devolución de los resultados serán expuestos en la defensa pública del trabajo final de graduación y también se presentará a los representantes del Hospital San Vicente de Paúl.

K. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del participante

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador

Fecha

Documento basado en la nueva versión del FCI – aprobado en sesión del Comité Ético Científico (CEC) N°. 149 realizada el 4 de junio de 2008. CELM-Form.Consent-Form 06-08

**7.5. Anexo 5. Principales causas de consulta SE-HSVP, 2016. Números absolutos.**

<b>Causa de consulta</b>	<b>Cantidad de consultas</b>
<b>Dolor Abdominal Agudo</b>	7287
<b>Diarrea Aguda</b>	6776
<b>Infección en las Vías Respiratorias Superiores</b>	6189
<b>Broncoespasmo</b>	3699
<b>Embarazo Término</b>	3679
<b>Fiebre</b>	3459
<b>Gripe</b>	3277
<b>Lumbalgia</b>	3085
<b>Dolor Precordial</b>	3006
<b>Total</b>	40 457

**7.6 Anexo 6. Principales causas de consulta del Servicio de Emergencias del HSVP, según distrito, año 2016.**

Cantón	Distrito	Dolor Abdominal Agudo	Diarrea aguda	Infección Vías Respiratorias Superiores	Broncoespasmo	Embarazo Término	Fiebre	Gripe	Lumbalgia	Dolor Precordial	Accidente Tránsito
Barva	Barva	188	165	143	90	96	84	88	101	84	51
	San José de la Montaña	108	85	64	47	54	42	62	40	59	23
	San Pablo	101	101	66	59	47	48	40	38	31	18
	San Pedro	183	149	133	98	101	71	60	71	57	43
	San Roque	51	47	36	25	29	27	18	38	28	7
	Santa Lucía	108	116	83	46	31	60	47	62	54	15
Belén	Asunción	27	29	31	18	16	15	16	14	11	6
	Ribera	108	67	78	52	45	47	45	36	29	20
	San Antonio	154	109	141	64	89	83	70	72	54	24
Central	Central	653	772	628	318	221	312	317	408	326	225
	Mercedes	397	401	416	217	177	203	201	284	198	74
	San Francisco	1129	1414	1400	765	541	660	764	714	496	209
	Ulloa	406	626	534	226	169	250	279	236	184	85
	Vara Blanca	7	4	3	0	7	2	1	5	1	3
Flores	Barrantes	22	7	18	13	14	8	9	9	2	2
	Llorente	65	52	55	27	38	33	36	38	22	9
	San Joaquín	235	214	233	125	105	140	146	110	107	46
San Isidro	San Isidro	224	143	93	73	89	64	45	82	74	45
	Concepción	26	15	8	16	15	6	7	8	7	4
	San Francisco	20	20	21	13	7	12	9	6	6	7
	San José	40	16	14	20	22	16	9	12	18	4
San Pablo	San Pablo	457	488	391	302	201	219	216	287	201	71

Anexo 6. [Continuación] Principales causas de consulta del Servicio de Emergencias del HSVP, según distrito, año 2016.

Cantón	Distrito	Dolor Abdominal Agudo	Diarrea aguda	Infección Vías Respiratorias Superiores	Broncoespasmo	Embarazo Término	Fiebre	Gripe	Lumbalgia	Dolor Precordial	Accidente Tránsito
San Rafael	San Rafael	356	274	276	166	155	149	133	187	146	89
	Concepción	64	56	59	30	33	21	14	29	18	8
	Ángeles	81	53	54	44	47	35	31	30	40	23
	San Josecito	203	235	194	129	89	115	104	126	88	36
	Santiago	102	100	96	47	41	47	41	60	31	26
Santa Bárbara	Santa Bárbara	305	200	189	160	127	122	105	122	122	78
	Jesús	79	58	60	41	37	32	36	28	35	19
	Santo Domingo	26	22	12	15	14	12	13	10	21	2
	San Juan	138	104	96	52	56	59	37	54	51	22
	San Pedro	36	39	41	27	33	26	18	20	17	17
	Purabá	33	24	34	10	12	13	12	4	12	5
	Santo Domingo	161	92	103	84	112	77	51	59	96	62
Santo Domingo	Pará	11	7	8	4	1	9	1	5	2	3
	Paracito	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	San Miguel	11	11	12	8	6	6	4	6	9	6
	San Vicente	28	24	16	17	10	10	7	11	18	3
	Santa Rosa	81	75	77	62	55	39	44	26	23	17
	Santo Tomás	43	30	27	27	41	17	18	17	23	17
	Tures	25	13	10	9	8	9	8	6	4	4
	Cureña	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sarapiquí	Horquetas	193	36	15	19	145	47	10	32	39	55
	La Virgen	96	5	5	5	63	20	1	17	10	22
	Llanuras del Gaspar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Puerto Viejo	302	47	25	36	327	98	14	46	40	90

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SE del HSVP.

## 7.7 Anexo 7. Mobiliario general y clínico de un servicio de urgencias

Tipo	Área	Insumos
<b>Mobiliario general</b>	<i>Admisión</i>	Mesa y sillón por cada puesto de trabajo, sistema informático y armarios/estanterías.
	<i>Sala de Espera</i>	Sillas/sillones de material duradero y no absorbible.
	<i>Clasificación</i>	Dos sillones, seis sillas, una o dos mesas, armario, algún elemento que brinde privacidad.
	<i>Observación</i>	Mesas y sillas en número suficiente, armarios/archivadores, frigorífico, fregadero, lavabo y mostrador.
<b>Mobiliario clínico</b>	<i>Clasificación</i>	Guantes de exploración, medidor de glucemia capilar, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro, termómetros y acceso fácil a pulsioxímetro, monitor-desfibrilador y ambú.
	<i>Consultas</i>	Esfigmomanómetro, termómetro, guantes de exploración, gafas de protección ocular, mascarillas, sistemas de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, negatoscopio, soporte de suero, y acceso fácil a otoscopios, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y ambú.
	<i>Observación</i>	Camas móviles, elementos que brinden privacidad, carro de RCP, negatoscopios, monitorización con sistema de alarma, soporte de suero, sistemas de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, carro de parada, dispositivos de ventilación mecánica, bombas de perfusión continua, marcapasos externo.
	<i>Sala de agudos</i>	Tomas de aire, oxígeno y vacío en la pared, pie de suero, foco de luz, tomas de enchufe y dos bateas, dos cánulas de Guendel de número 3 y 4, dos termómetros secos, carros con material para sondaje, curas y punción lumbar, mostrador con pila, contenedores para residuos, pulsioxímetro, esfigmomanómetro automático y manual, medidores de glucemia capilar,

**Anexo 7. [Continuación] Mobiliario general y clínico de un servicio de urgencias**

Tipo	Área	Insumos
<b>Mobiliario clínico</b>	<i>Sala de agudos</i>	bombas de perfusión, monitor cardíaco, electrocardiógrafos, ordenadores y tubo neumático con cápsulas para envío de analíticas al laboratorio, carros con sacos para depositar la ropa sucia, mamparas, sistemas portasuelos móviles y papeleras.
	<i>Box de Críticos (Sala de shock)</i>	Al menos dos camas móviles con freno, monitorización con sistemas de alarma, monitor-desfibrilador, electrocardiógrafo, marcapasos externo, fuente de O <sub>2</sub> , aire medicinal, vacío y sistema de aspiración de vacío, aparato de ventilación mecánica, material para RCP y mantenimiento respiratorio, balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula respiratoria, caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O <sub>2</sub> de 15 l/min, equipos de intubación, juegos de bombillas de repuesto, pinzas de Maggill (adulto y pediátrico), fijadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños, botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte, equipos de drenaje pleural, equipos de cricotirotomía, abre bocas y fonendoscopios adulto y pediátrico.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Consejería de Sanidad de España, 2015, pp. 35-40.

**7.8 Anexo 8. Agrupación en categorías de los temas identificados de capacitaciones recibidas por los funcionarios del SE del HSVP**

<b>Categoría</b>	<b>Variedad de respuestas<sup>1</sup></b>
<b>Médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologías más frecuentes en el servicio</li> <li>• Actualización de patologías</li> <li>• Ejemplo: Dengue</li> <li>• CVAS (Catarro de Vías Aéreas Superiores)</li> <li>• CVEC (Cardioversión eléctrica)</li> <li>• EKG (Electrocardiograma)</li> <li>• CREC (Emergencias cardiovasculares)</li> <li>• ICC (Insuficiencia cardiaca congestiva)</li> <li>• Politrauma</li> <li>• RCP</li> <li>• Clasificación/CTAS</li> </ul>
<b>Procedimientos e instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de enfermería</li> <li>• Curaciones</li> <li>• Trato y cuidado de úlceras</li> <li>• Refuerzo, procedimiento y legales</li> <li>• Protocolo quemados</li> <li>• Transfusión</li> <li>• Notas SOAPIE</li> <li>• Guías nuevas</li> <li>• Escala Perroca</li> <li>• Manejo, trato y movilización de pacientes</li> <li>• Paciente crítico</li> </ul>
<b>Salas de shock</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salas de shock</li> <li>• Protocolos</li> <li>• Manejo de pacientes con armas en salas de shock</li> </ul>
<b>Equipos, implementos y fármacos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso y manejo de equipos e implementos</li> <li>• Dispositivos médicos</li> <li>• Dispositivos intravenosos</li> <li>• Equipos nuevos</li> <li>• Colocación y disolución de tratamientos</li> <li>• Fármacos</li> </ul>
<b>Salud ocupacional / Seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud ocupacional</li> <li>• Brigada</li> <li>• Temas con OIJ</li> <li>• Manejo de pacientes heridos por arma blanca y de fuego</li> <li>• Manejo de pacientes investigados por el OIJ</li> </ul>
<b>Atención al usuario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio al cliente-Atención al usuario</li> <li>• Atención al adulto mayor</li> <li>• Atención de calidad</li> </ul>

**Anexo 8. [Continuación] Agrupación en categorías de los temas identificados de capacitaciones recibidas por los funcionarios del SE del HSVP<sup>1</sup>**

Categoría	Variedad de respuestas <sup>1</sup>
<b>Administrativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativos</li> <li>• Pacientes asegurados o no</li> <li>• Información intrahospitalaria</li> <li>• Inducción</li> <li>• Función en el área de trabajo</li> <li>• Mejor prioridad para el servicio</li> </ul>
<b>Desechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desechos hospitalarios</li> <li>• Bio peligrosos</li> <li>• Bio seguridad</li> <li>• Distribución de desechos</li> </ul>
<b>Electrónicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo y utilización del expediente electrónico</li> <li>• Sistema ARCA</li> <li>• Notas electrónicas</li> <li>• Uso de tecnología</li> </ul>
<b>Módulos educativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Módulos-de educación continua</li> <li>• Temas como: vacunación, esterilización, instrumentos.</li> </ul>
<b>Higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseo de todas las áreas</li> <li>• Sobre como lavar el material con los productos que utilizan como por ejemplo Endozime y Alkazime</li> <li>• Uso correcto de lavado de manos</li> </ul>
<b>Otros</b>  <b>*Otros comentarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ética</li> <li>• Temas actuales de la sociedad</li> <li>• Nuevos temas</li> <li>• Relacionados al servicio</li> <li>• Solo los de la argolla*</li> <li>• Siempre al mismo personal*</li> <li>• Van los transitorios, no fijos*</li> <li>• No involucran a todo el personal*</li> <li>• Solo profesionales*</li> <li>• Al personal médico*</li> <li>• No todos participamos*</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

1. Las respuestas se agruparon debido a que varias de ellas se repitieron.



### 7.9 Anexo 9. Matriz DAFO

		Factores Internos	
		Fortalezas	Debilidades
Factores externos	Oportunidades	Estrategias FO Optimizar fortalezas para aprovechar oportunidades maximizar oportunidades	Estrategias DO Contrarrestar debilidades para potenciar oportunidades
	Amenazas	Estrategias FA Optimizar fortalezas para disminuir amenazas	Estrategias DA Contrarrestar debilidades y por ende amenazas

Fuente: Elaboración propia.

**7.10 Anexo 10. Encuesta de medición de experiencia del paciente con base en herramienta de HCAHPS**

Paciente encuestado # _____	Paciente ( ) Acompañante ( )		
	Si	No	N/A
<b>Categoría / Enunciado</b>			
<b>1. Comunicación con el personal de enfermería</b>			
El personal de enfermería le trató con cortesía y respeto			
El personal de enfermería le escuchó atentamente			
El personal de enfermería le explicó todo en el proceso de atención con claridad			
<b>2. Comunicación con el personal médico</b>			
El personal médico le trató con cortesía y respeto			
El personal médico le escuchó atentamente			
El personal médico le explicó todo en el proceso de atención con claridad			
<b>3. Comunicación con el personal de admisión (ventanilla)</b>			
El personal de admisión le trató con cortesía y respeto			
El personal de admisión le escuchó atentamente			
El personal de admisión le explicó todo en el proceso de atención con claridad			
<b>4. Manejo del dolor</b>			
Presentaba dolor al ingresar al Servicio de Emergencias *Si su respuesta es No o N/A pase a la sección 5			
El dolor fue bien controlado			
El personal que le atendió se preocupó por ayudarlo con el dolor			
<b>5. Comunicación sobre medicamentos</b>			
Le recetaron medicamentos *Si su respuesta es NO o N/A pase a la sección 6			
Le dieron información sobre efectos secundarios de los medicamentos que le recetaron			
<b>6. Descarga de información</b>			
Recibió información de síntomas que podía presentar aún después de la consulta			
El personal se interesó por discutir o explicar la necesidad de ayuda después de la consulta			
<b>7. Limpieza del entorno</b>			
Se encontraba el consultorio(s) limpios			
Se encontraba la sala de espera limpia			

En una escala de 1 a 4 donde 1 es muy satisfecho y 4 muy insatisfecho, ¿cómo se sintió con respecto a la consulta recibida?

1. Muy satisfecho	2. Satisfecho	3. Insatisfecho	4. Muy insatisfecho

¿Alguna observación que quisiera agregar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_