

**“SATISFACCIÓN DURANTE LA ESPERA: COMPROMISO DE LA
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL, HOSPITAL DR. GUSTAVO
FRICKE”**

TRABAJO FINAL PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN
ENFERMERÍA

AUTOR: YINA CRISTY CORTEZ HERRERA

GUÍA TRABAJO FINAL DE GRADO: PAULINA HURTADO ARENAS

VIÑA DEL MAR- CHILE

ENERO 2020

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE EVALUACIÓN TRABAJO FINAL DE GRADO DE MAGISTER
La Comisión Evaluadora de Trabajo Final de Grado comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que el Trabajo Final de Grado de Magíster presentada por el candidato/a:

YINA CRISTY CORTEZ HERRERA

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Trabajo Final de Grado, rendido el día del mes....., de año, como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Trabajo Final de Grado: PAULINA CARMEN HURTADO ARENAS

Firma: _____

Profesor/a Corrector/a de Trabajo Final de Grado: _____

Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fe: _____

Firma: _____

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
DEDICATORIA	X
AGRADECIMIENTOS.....	XI
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	6
2.1 Marco Empírico.....	6
2.1.1 Internacional.....	6
2.1.2 Nacional	9
2.1.3 Regional	13
2.2 Marco Teórico.....	15
2.2.1 Sistema de Salud actual en Chile.....	15
2.2.2 Calidad en la atención de salud	17
2.2.3 Satisfacción Usuaría como dimensión de calidad	21
2.2.4 Rol del profesional enfermera/o en la atención de salud humanizada	24
2.2.5 Marco ético-legal que sustenta una atención de salud humanizada en el ejercicio profesional.....	29
2.2.6 Proceso de Atención de Urgencias Infantil.....	32
2.2.7 Tecnologías de la información y la comunicación en salud (TICs).....	36
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS ESTRATÉGICO	38
3.1 Contexto	38
3.1.1 Misión y Visión	39

3.1.2 Valores	39
3.2 Mapa global	40
3.2.1 Unidad de Gestión del Cuidado donde se instalará el proyecto	42
3.3 Estructura Organizacional	44
3.3.1 Subdirección de Gestión del Cuidado	44
3.3.2 Integrantes de la Subdirección de Gestión del Cuidado.....	45
3.3.3 Organigrama	46
3.4 Diagnóstico de la situación	48
3.4.1 FODA	49
3.4.2 Delimitación del problema	52
3.4.3 Diagrama Causa-Efecto	53
CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	54
4.1 Título del proyecto	54
4.2 Fundamentación del proyecto	54
4.2.1 Perspectiva del usuario interno y externo.....	54
4.2.2 Perspectiva de la atención de salud	56
4.2.3 Perspectiva de la Disciplina de enfermería	58
4.2.4 Contexto socioeconómico	59
4.2.5 Contexto geográfico	59
4.3 Objetivos del proyecto	60
4.3.1 Objetivo general	60
4.3.2 Objetivos específicos.....	60
4.4 Cartera de prestaciones y beneficiarios.....	61
CAPÍTULO 5: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	83

5.1 Estrategias de Implementación	83
5.1.1 Estrategias previas a la implementación	83
5.1.2 Estrategias de difusión interna	84
5.1.3 Estrategias post implementación.....	85
5.1.4 Factores favorecedores.....	85
5.1.5 Factores obstaculizadores.....	86
5.1.6 Cambios en el ambiente estático	87
5.1.7 Cambios en el ambiente dinámico	87
5.2 Recursos Humanos, Técnicos y Financieros.....	88
5.2.1 Recurso Humano	88
5.2.2 Recurso Técnico	90
5.2.3 Recurso Financiero	91
5.3 Carta Gantt	92
5.4 Presupuesto	94
5.4.1 Presupuesto general	94
5.4.2 Desglose de presupuesto por ítem y actividad.....	95
5.5 Plan de monitoreo.....	100
CAPÍTULO 6: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	105
6.1 Establece funciones.....	105
6.1.1 Del personal comprometido con el proyecto	105
6.1.2 Del equipo comprometido en el proyecto	110
6.2 Establece niveles.....	112
6.2.1 Niveles de dependencia del personal.....	112
6.2.2 Organigrama funcional	113

6.3 Establece mecanismos.....	114
6.3.1 Mecanismo de control	114
6.3.2 Mecanismo de supervisión	116
6.3.3 Mecanismo de coordinación.....	116
6.4 Establece sistemas.....	117
6.4.1 Sistema de evaluación	117
6.4.2 Seguimiento de responsabilidades y funciones.....	119
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXO 1: Carta de compromiso proyecto	136
ANEXO 2: Autorización para implementación del proyecto	137
ANEXO 3: Evidencias de reuniones realizadas	142
ANEXO 4: Programa de inducción a la unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke para guardias y orientadores de empresa externa.....	150
ANEXO 5: Manual de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke para guardias y orientadores de empresa externa.....	163
ANEXO 6: Presentación power point manual de inducción	180
ANEXO 7: Protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke	187
ANEXO 8: Presentación power point protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke	199
ANEXO 9: Protocolo de acción para orientadores de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke	205

ANEXO 10: Presentación power point protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke	215
ANEXO 11: Protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización	220
ANEXO 12: Presentación power point de Protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización .	232
ANEXO 13: Protocolo en caso de agresión a funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke	237
ANEXO 14: Presentación power point protocolo en caso de agresión a funcionarios de la salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke	254
ANEXO 15: Acta de reunión con referentes técnicos de área	262
ANEXO 16: Programa de gestión de riesgo	263
ANEXO 17: Encuesta de satisfacción del usuario interno en relación a situaciones de agresión verbal y/o física en la Unidad de Emergencia Infantil.....	266
ANEXO 18: Encuesta de satisfacción para el usuario externo en relación al trato y al acceso a la información en la sala de espera de la Unidad de Emergencia Infantil	268
ANEXO 19: Encuesta de satisfacción del usuario interno post implementación del Trabajo Final de Grado	271

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: FODA de la Unidad de Emergencia Infantil.....	49
TABLA N°2: Cartera de prestaciones.....	62
TABLA N°3: Prestación N°1.....	64
TABLA N°4: Prestación N°2.....	67
TABLA N°5: Prestación N°3.....	69
TABLA N°6: Prestación N°4.....	72
TABLA N°7: Prestación N°5.....	75
TABLA N°8: Prestación N°6.....	78
TABLA N°9: Prestación N°1.....	80
TABLA N°10: Prestación N°2.....	82
TABLA N°11: Recurso humano.....	88
TABLA N°12: Recurso técnico.....	90
TABLA N°13: Presupuesto general.....	94
TABLA N°14: Equipamiento.....	95
TABLA N°15 Papelería.....	96
TABLA N°16: Recurso humano.....	97
TABLA N°17: Aplicaciones.....	98
TABLA N°18: Difusión.....	98
TABLA N°19: Bienes y servicios.....	99
TABLA N°20: Plan de monitoreo.....	100
TABLA N°21: Funciones personal médico.....	105

TABLA N°22: Funciones del personal de enfermería.....	106
TABLA N°23: Funciones del referente técnico de área y supervisores....	109
TABLA N°24: Funciones del equipo comprometido en el proyecto.....	110
TABLA N°25: Responsabilidades y funciones.....	119

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1: Representación gráfica del cuidado humanizado de Jean Watson.....	27
FIGURA N°2: Cuidado Humanizado aplicado al subproceso de categorización.....	28
FIGURA N°3: Proceso de atención de urgencias.....	33
FIGURA N°4: Mapa global del proceso de atención de urgencias de la unidad de emergencia infantil.....	41
FIGURA N°5: Organigrama de la subdirección de gestión del cuidado.....	46
FIGURA N°6: Organigrama de la subdirección de gestión del usuario y Subdirección de Operaciones.....	47
FIRGURA N°7: Carta Gantt.....	92

RESUMEN

Las Unidades de Emergencias constituyen una de las principales puertas de entrada al sistema de salud, presentan una alta demanda, por lo que una atención de calidad no solo requiere de lo técnico asistencial, sino que también de la entrega de un cuidado humanizado e integral. Esta humanización cobra relevancia en la sala de espera, donde conviven el usuario interno y, el usuario externo y su familia (1, 2). **Objetivo:** Mejorar el subproceso de admisión y categorización del proceso de Atención de Urgencias para satisfacción del usuario interno y externo de la Unidad Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2019. **Análisis estratégico:** Se instala bajo la estructura organizacional de la Subdirección de Gestión del Cuidado, en el área atención abierta, mediante las técnicas; tormenta de ideas, FODA, grupo nominal y matriz decisional se seleccionó el problema de gestión “Insatisfacción del usuario interno y externo durante el subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil”. **Implementación:** Con estrategias al usuario interno como el programa de inducción para funcionarios de empresa externa (guardia y orientador), el protocolo de acción para guardia y orientador de la unidad emergencia infantil, el protocolo de recepción humanizada y protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud. Y estrategias para el usuario externo como un sistema audiovisual de información y una aplicación digital de red de urgencias para la ciudad de Viña del Mar. **Conclusiones:** El proyecto visibiliza al profesional enfermero/a en el prisma del cuidado humanizado de Watson en una sala de espera, involucrando a la subdirección de gestión del cuidado, subdirección de gestión del usuario y subdirección de operaciones. Las estrategias implementadas influyeron positivamente en la satisfacción al usuario externo e interno, disminuyendo las agresiones verbales y físicas al personal de salud en la sala de espera.

Palabras claves: *Calidad – satisfacción - atención en salud – urgencias - información (Fuente: Bireme DeCS Mayo 2019).*

ABSTRACT

Emergency departments are one of the main entry points into healthcare institutions. As they are usually overcrowded, these departments need to provide high-quality healthcare that goes beyond the technical procedures, incorporating comprehensive and humanized care. This becomes pivotal in the waiting room, an area where internal users, patients and their families interact (1,2.) **Objective:** To improve the Admission and Categorization subprocess that is part of the Emergency Clinical Care process in order to increase patient and internal user satisfaction in the Pediatric Emergency Department at Dr. Gustavo Fricke Hospital, in 2019. **Strategic analysis:** The project is aligned with the organizational structure of the Care Management Sub-Directorate, specifically with the outpatient services. Brainstorming, SWOT analysis, the nominal group technique, and a prioritization matrix were used to identify the management puzzle “Patient and internal user dissatisfaction during the Admission and Categorization subprocess in the Pediatric Emergency Department.” **Implementation:** Strategies aiming at the internal user such as the induction program for external employees (guards and counselors); the action protocol for guards and counselors working in the Pediatric Emergency Department; the humanized admission protocol; and the protocol to be used in case of aggression directed toward healthcare workers. Also, strategies aiming at the patient like an audiovisual system to provide information and an application for the emergency department network for Viña del Mar. **Conclusions:** The project gives nurses more prominence in the waiting room from the perspective of Watson’s *humanized care*, involving the Care Management Sub-Directorate, the Patient Management Sub-Directorate, and the Operation Sub-Directorate. The strategies implemented had a positive impact on patient and internal user satisfaction, reducing verbal and physical aggression against healthcare workers in the waiting room.

Key words: *Quality – satisfaction – healthcare – emergency – information (Source: Bireme DeCS May 2019).*

DEDICATORIA

La consolidación de este proyecto es fruto del esfuerzo, la dedicación y el apoyo familiar.

A Dios, por darme salud, fortaleza, sabiduría, perseverancia, energía, y templanza en los momentos en que más lo necesité.

A mis padres Ernesto y Genoveva, por su amor, apoyo infinito, contención, motivación y superación, lo que me permitió terminar este magíster.

A Gonzalo mi esposo, por su incondicional amor y apoyo durante este proceso, sin ti hubiese sido aún más difícil.

Y por último, a mi familia por su amor, contención y por estar presente en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

La ejecución de este magíster no habría sido posible sin el apoyo de mi ex supervisora Ángela Sánchez, quien me dio facilidades necesarias en relación a horarios, cambios de turnos y disposición de la Unidad para la implementación del Proyecto Final de Grado.

Asimismo, quisiera expresar mi agradecimiento a Paulina Hurtado mi guía académica, quien gracias a su apoyo incondicional me acompañó durante este desafío, proporcionándome y nutriéndome de sus conocimientos y herramientas necesarias para el desarrollo exitoso de este proyecto.

A la Institución por permitirme desarrollar el Proyecto Final de Grado en la Unidad de Emergencia Infantil, en donde me desempeñé.

Finalmente quisiera agradecer a mi equipo de trabajo por su apoyo incondicional y disposición durante el desarrollo de este proceso.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Chileno, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud ha planteado cuatro objetivos sanitarios para la década 2010-2020, dentro de los cuales destaca el aumentar el grado de satisfacción usuaria de la población frente a los servicios, para lo cual uno de sus objetivos estratégicos es mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas (1), ante esto, es de vital importancia tomar en cuenta la satisfacción del usuario interno y externo al momento de realizar alguna mejora en los servicios prestados durante los subprocesos de admisión y categorización del proceso de Atención de Urgencia de la Unidad de Emergencia Infantil.

Las Unidades de Emergencias constituyen una de las principales puertas de entrada a las instituciones de salud, representando un elemento clave dentro de la gestión sanitaria. Son unidades que otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día, representando una proporción significativa de las admisiones hospitalarias, éstas se caracterizan por presentar alta demanda de usuarios en busca de atención, la cual genera distintos niveles de congestión debido a que frecuentemente el número de usuarios excede las capacidades del servicio, por lo que entregar una atención de calidad, no sólo requiere de un aspecto técnico asistencial, sino que también de la entrega de un cuidado humanizado e integral. Esta humanización cobra especial importancia si en la sala de espera ha quedado la familia y el usuario muchas veces olvidado por el sistema en espera de atención (2, 3).

Estudios a nivel internacional, manifiestan que “en el ámbito de los Servicios de Urgencias, un paciente satisfecho probablemente volverá a consultar al centro sanitario, lo recomendará a familiares y amigos, y además cumplirá mejor las órdenes médicas. Para el personal sanitario, la satisfacción de los pacientes hace que los profesionales se sientan mejor al ofrecer sus servicios (4). Asimismo,

“Para los usuarios, el principal motivo de preocupación en una sala de espera de una Unidad de Emergencia, tiene relación con la información y la amabilidad. Para sus familiares, el poder estar con sus parientes enfermos y la información. Para el estamento de enfermería, la información y la necesidad de más personal de apoyo y para los médicos el tener más tiempo para la atención y menos presión asistencial” (5).

En tanto, a nivel nacional se destaca que “La ausencia de información, la información tardía y poco clara a los usuarios que son atendidos y a su familia, ocasiona un deterioro en la percepción de la calidad asistencial” (6), especialmente cuando los tiempos de espera son prolongados, generando un clima de ansiedad y carga emocional provocada por la incertidumbre y lo inesperado de la situación, influyendo directamente en la satisfacción usuaria. Además, al narrar los usuarios su experiencia como si fuese una ruta con paradas importantes, es necesario destacar que la sala de espera de un servicio de urgencia marca su vivencia, evidenciando múltiples conexiones emocionales, siendo percibida como la “cara” o imagen del hospital o clínica” (6).

En cuanto a la satisfacción del usuario interno en el proyecto tiene relación con situaciones de agresiones físicas y/o verbales sufridas por el funcionario de salud, la evidencia es escasa debido a su normalización y baja denuncia. Sin embargo datos obtenidos del Centro de Estudios de Análisis del Delito, destacan que al menos el 60% de los funcionarios encuestados ha vivido alguna agresión de tipo física, verbal o de conductas amenazantes, quienes reportan la mayor proporción de agresiones corresponde al estamento de técnicos paramédicos, siendo el paciente el agresor más frecuente en un 39% y los familiares o acompañantes en un 21% (7).

Este proyecto se sustenta bajo el prisma del cuidado humanizado de Jean Watson y trae consigo beneficios desde tres perspectivas; usuario externo e interno, atención de salud y disciplina de enfermería.

Desde la perspectiva del usuario externo, éste se ha convertido en el principal motor y objetivo de los servicios sanitarios, su grado de satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial. Según el marco legal, la Ley 20.584 (8) que regula los deberes y derecho de las personas relacionado con su atención en salud, destaca en sus artículos el derecho a un trato digno y el derecho a la información. Este acceso a la información en las salas de espera de las Unidades de Emergencia en ocasiones se ve vulnerado debido a la inexistencia de estrategias de información en tiempo real a los usuarios y a la limitada comunicación con el paciente resultado del aumento de la demanda y la sobrecarga laboral, entre otros.

La satisfacción usuaria no sólo comprende al usuario externo, quien recibe el servicio, sino que también al usuario interno quien lo presta, por esto, dicha Ley incorpora en el Artículo 35, en su inciso final que “Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten” (8), además, en el año 2018 el Ministerio de Salud lanza la Norma General Administrativa N° 28/2018 sobre Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud en respuesta a las agresiones vividas por el personal de salud de diversas Urgencias del país (9). La incorporación de esta Ley y de la Norma N°28, demuestra que a nivel nacional el usuario interno y externo es relevante, tanto política como socialmente y que se están tomando medidas para instaurar como mínimo una atención que respete los principios éticos y considere al usuario en su totalidad.

Mejorar el trato durante el primer encuentro con el paciente y proporcionar información clara, oportuna y acorde a las necesidades del usuario externo, permitirá disminuir su ansiedad y vulnerabilidad propia de su estado de salud, lo que previene situaciones violentas que desencadenan agresiones verbales y/o físicas hacia el usuario interno, aumentando así la satisfacción de ambos.

Desde el punto de vista de la atención de salud, es necesario considerar que el Hospital Dr. Gustavo Fricke es el Hospital de más alta complejidad y con la mayor población asignada de la red de salud Viña del Mar- Quillota. Según la cuenta pública del Hospital (10), en la Unidad de Emergencia infantil durante el año 2018 se realizaron 53.863 atenciones de urgencia pediátrica con un promedio de 150-200 consultas diarias. Durante la campaña de invierno del año 2019, se alcanzaron peaks de 300 consultas diarias aproximadamente (11), evidenciando de esta forma un aumento de la demanda en temporada invernal, lo que causó un colapso en la atención durante la campaña de invierno. Implementar mejoras en el subproceso de admisión y categorización del Proceso de Atención de Urgencias de la Unidad busca entregar oportunidad y equidad en la atención, facilitar el acceso a la información y aumentar la satisfacción usuaria, compromisos reflejados en la misión y visión de la institución, además de cumplir con los estándares mínimos de calidad.

Finalmente, desde la perspectiva de la disciplina de enfermería gracias al desarrollo y al marco ético-legal que sustenta la profesión en el país (12), es que este proyecto se vislumbra como una oportunidad para innovar y visibilizar la profesión, desarrollando la disciplina bajo el prisma del Cuidado Humanizado de Watson, impregnando de un cuidado holístico e integral dos subprocesos algo olvidados dentro de las estrategias de mejora continua de la calidad, uno de ellos netamente de responsabilidad del profesional enfermero/a, logrando así visibilizar lo que ante los ojos de los usuarios es un tanto invisible, un cuidado humano, cálido, de escucha y contención que permita una acogida y una recepción al usuario pediátrico y su familia.

Considerando lo anteriormente mencionado este proyecto se formula bajo la introspección de los usuarios internos involucrados durante la entrega de cuidados y aborda la “Insatisfacción del usuario interno y externo durante el

subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil” y tiene por objetivo general mejorar el subproceso de admisión y categorización del proceso de Atención de Urgencias para satisfacción del usuario interno y externo de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2019. Sus objetivos específicos son: establecer programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil para funcionarios de empresa externa (guardias, orientador) que se desempeñan en la Unidad, implementar protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil, implementar protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil, implementar protocolo de recepción humanizada al usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización, implementar protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil, implementar aplicación “Botón de pánico” para situaciones de agresión a funcionarios de la Unidad de Emergencia Infantil, implementar sistema audiovisual de información para usuarios que se encuentren en la sala de espera de la Unidad del Emergencia Infantil en espera de atención médica y finalmente implementar aplicación informativa para la comunidad sobre el uso correcto de la red de urgencia.

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Empírico

2.1.1 Internacional

Al caracterizar la demanda, un estudio colombiano revela que las personas que acuden a las Unidades de Emergencia para ser atendidas por una enfermedad de aparición súbita, que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presentan signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida (13).

Estudios a nivel Latinoamericano, señalan que “La atención del paciente en el servicio de urgencias, independientemente del nivel de complejidad y del motivo de consulta, involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso: el paciente, quien es el actor principal; el acompañante, generalmente un familiar o un amigo, y el profesional de salud que lo atiende. Para lograr una atención integral con calidad, debe ocurrir una interacción continua entre los tres, en tal forma que el profesional proporcione sus conocimientos y habilidades humanas, el paciente exprese sus sentimientos y valores y la familia se haga partícipe del proceso para ayudar a la recuperación del paciente. Debido a que la atención de urgencia amerita una intervención rápida, oportuna y eficaz para aliviar el dolor, el sufrimiento y evitar complicaciones severas, se dejan de percibir otras necesidades que experimenta el paciente, como, la incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la incomodidad” (14).

En relación a las dificultades que relatan los usuarios para ser atendidos en un servicio de emergencia, un estudio realizado en Medellín, destaca la larga espera que experimentan las personas para ser atendidas. Cuando al llegar al servicio de urgencias, el paciente encuentra muchas personas que necesitan ser atendidas, piensa que su espera será más larga de lo pensado. Comprende que todas las personas que acuden al servicio de urgencias lo hacen por necesidad y

supone que en algún momento todos serán atendidos. De acuerdo con su percepción de su condición de salud, decide quedarse y esperar, o irse (15). Se observa además, los obstáculos para obtener una información oportuna y suficiente sobre el estado de salud del familiar o sobre el propio. “Los participantes expresan tener dificultades para obtener información por parte del personal de salud, pues encuentran en ellos actitudes a las cuales les otorgan diferentes significados, relacionados tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal y con el contenido de la información” (15). Destaca también que la información otorgada no informa, en relación a esto, los usuarios no le encuentran significado a los clichés que utiliza el personal de urgencias, no sólo no los tranquilizan, sino que además utilizan estrategias para no dar información, darla de cualquier manera o salir del paso. “*Se trata de una información que no informa, al contrario, produce malestar y descontento, por lo que resulta mejor no pedirla: “(...) uno siente rabia...”, “Paciencia, que a todos los vamos a atender”* (15).

En cuanto a la satisfacción de los usuarios en los servicios de emergencia un estudio español (16), refiere que existe una relación entre los tiempos de espera en las unidades de emergencia y la satisfacción del usuario y su acompañante, manifiesta que a menor tiempo de espera percibido hasta ser atendido por la enfermera de triage mayor satisfacción global. Manifiesta además que los usuarios sobreestiman la urgencia de su necesidad de cuidados, por lo que a menudo no concuerdan con el triage realizado por el profesional enfermero/a y pueden percibir el tiempo de espera como demasiado largo. En cuanto a la información, al analizar la asociación entre la entrega de información sobre los tiempos de espera y la satisfacción, se observó que los usuarios que sí fueron informados sobre el tiempo de espera hasta la atención médica presentan una satisfacción más alta que aquellos que no fueron informados.

Asimismo, la autora del estudio anterior, aborda la satisfacción del usuario interno y externo en las unidades de emergencia, en sus resultados destaca que la percepción del tiempo de espera influye directamente en la satisfacción de los

pacientes y sus acompañantes. El comentario más repetido de la investigación relata la cantidad de tiempo pasado en urgencias y la falta de información sobre el tiempo que transcurre entre procesos asistenciales: "El tiempo de espera en urgencias es un desastre y se alarga mucho" "Deberían informar del tiempo aproximado de espera en cada llegada", "Lo que más considero que falta en urgencias es que te indiquen una aproximación del tiempo que transcurrirá entre un paso y otro, ya que muchas veces pasan horas y no tienes ninguna información", en relación a la satisfacción laboral de los profesionales del servicio de urgencias es baja, siendo el agotamiento emocional derivado de diversas situaciones y la realización personal los factores asociados a la satisfacción (17).

El Gobierno de Navarra en España, en el año 2018 lanzó una estrategia de humanización del sistema sanitario, en donde destacan dentro de las líneas de acción la información-comunicación y la adecuación del entorno. Las cuales tienen como objetivo mejorar la calidad y utilidad de la información ofrecida a pacientes y familiares para incrementar la satisfacción con la atención recibida y hacer más efectiva su participación en la toma de decisiones, además de incorporar en la cultura de la organización la necesidad de adaptar la información y comunicación a las necesidades de pacientes y familiares, y mejorar la accesibilidad entre otros, recomendando como lineamiento proveer información personal en el momento del triage, de la previsión de tiempo de espera aproximada y de los criterios de priorización de la atención, además de considerar información en paneles o sistemas de información avanzados, que contengan los tiempo de espera según especialidades en las salas de espera de las unidades de emergencia (18).

2.1.2 Nacional

A nivel nacional, según cifras del Ministerio de Salud (Minsal), “casi la mitad (46%) de todas las atenciones médicas en Chile son otorgadas en alguno de los establecimientos de la Red de Urgencia (RdU), ya sean hospitalarios o servicios de atención primaria de urgencia (SAPU). No sólo la proporción es muy alta, sino también, el número total en relación a la población estimada con cifras de hasta 19 millones de atenciones de urgencia por año, lo que determina una tasa de utilización de la RdU de 1100 atenciones/1000 habitantes por año. Tasas por sobre otros países desarrollados, como por ejemplo Estados Unidos con 445 atenciones de urgencia/1000hab/año” (19). Sumado a esto, “Chile figura como el 3er país con mayor tasa de consultas de urgencia, contabilizando 571 consultas cada 1000 habitantes por año, mientras la media es de 308 (19).

“En un análisis histórico y desagregado de la demanda de urgencia se observa que desde hace 8 años y en forma progresiva las atenciones de urgencia superaron a las atenciones otorgadas en salud primaria. Las Unidades de emergencia hospitalarias (UEH) de mayor complejidad mantienen una alta demanda, con largos tiempos de espera por atención y una tasa de letalidad elevada” (19).

Asimismo el Ministerio de Salud manifiesta que, “Las características actuales de alta resolutivez de la UEH en establecimientos de mayor complejidad, hacen que muchos usuarios prefieran solicitar atención en ellas para satisfacer en forma habitual sus necesidades de salud, declinando consultar en forma electiva en Centros de Salud de nivel primario, donde la población que se inscribe se atiende habitualmente en forma programada, y donde se realizan actividades con enfoque más preventivo e integral. Esta conducta atenta contra el modelo de atención general, basado en autocuidado y educación; y es uno de los fundamentos de orientar la consulta no calificada como emergencia a los centros de salud

primaria” (20), esto podría ser una de las razones asociadas al colapso de las Unidades de Emergencia.

Un estudio realizado por la Superintendencia de Salud (6) enfocado en la satisfacción del usuario externo, evidencia las experiencias de usuarios en las salas de espera de las Unidades de Emergencia de diferentes centros de salud, ya sean establecimientos públicos y privados, en donde destaca la información o la desinformación como un eje central en la insatisfacción usuaria. Dentro de las variables principales que reconocen los usuarios que influyen en su experiencia se encuentran: un personal cálido y “humano”, la información expedita, clara y directa, un apoyo más que psicológico y rapidez en la atención. En relación a esto, la desinformación se percibe como incertidumbre que provoca un sentimiento agudo de inseguridad, por lo que se valora la información clara y directa tanto para los usuarios como para sus familiares. Este tipo de variable actúa al mismo tiempo como un atenuante ante la preocupación de las personas, cuando ésta es entregada de manera oportuna calma la ansiedad propia del paciente, es percibida por tanto, como un elemento vital para sentirse satisfecho. Si se entrega con términos simples, con palabras cotidianas facilita la sensación de seguridad y confianza. Cabe destacar que todas las personas cognitivamente integran la información por diferentes canales, por lo que la información entregada debe ser no sólo hablada, sino también escrita o por medio audiovisuales.

Dentro de los relatos de los usuarios del estudio, coinciden que al narrar su experiencia como si fuese una ruta con paradas importantes, es necesario destacar la sala de espera de un servicio de urgencia marca su vivencia, evidenciando múltiples conexiones emocionales. “La sala de espera es percibida como la “cara” o imagen del hospital o clínica, los usuarios al estar en ese lugar, proyectan cómo será la experiencia en su hospitalización. Las expectativas de satisfacción se asocian a la rapidez en la atención, un rápido diagnóstico, información clara y con calidez humana con que son percibidos” (6).

En relación a la información otorgada en las salas de espera de las Unidades de Emergencia, es necesario mencionar la experiencia del Hospital Regional de Coyhaique, el cual en el año 2018 implementó una pantalla informativa de atención de urgencias, que tiene como objetivo optimizar la calidad de la atención, transparentar la información y entregar una mejor experiencia a quienes acuden al servicio de emergencia. Ésta permite conocer la categorización del paciente, además del tiempo de espera aproximado en ser llamado. Su implementación ha logrado que los usuarios con discapacidad auditiva, los cuales no logran escuchar su nombre por altoparlante vean su nombre en la pantalla y se mantengan informados (21).

En cuanto a la satisfacción del usuario interno relacionado al proyecto en situaciones de agresiones físicas y/o verbales sufridas por el funcionario de salud, la evidencia es escasa debido a su normalización y baja denuncia, sin embargo estas situaciones influyen directamente en la satisfacción de éste.

Según datos obtenidos del Centro de Estudios de Análisis del Delito, destacan que al menos el 60% de los funcionarios encuestados ha vivido alguna agresión de tipo física, verbal o de conductas amenazantes y solo el 29% de los casos de agresiones son denunciadas. Quienes reciben la mayor proporción de agresiones corresponde al estamento de técnicos paramédicos, luego el médico, seguido por el personal de seguridad, los administrativos y luego los distintos tipos de profesionales. El paciente es el agresor más frecuente en un 39%, seguido por los familiares o acompañantes de éstos en un 21%, los tipos de agresiones más comunes son rumores malintencionados en un 21%, seguido de insultos o garabatos en un 18%, los empujones representan un 2,6%, las agresiones físicas entendidas como combos, patadas, rasguños un 2,5%, agresiones con objetos como sillas, palos, etc un 1%, agresiones sexuales físicas como agarrones, tocaciones un 0,9%, finalmente agresiones con arma blanca un 0,4% y agresiones con arma de fuego un 0,3% (7).

A nivel nacional, diversos son los proyectos de grado realizados en las unidades de emergencia tanto adulto como pediátrico, relacionados principalmente con al área de negocios, los cuales buscan optimizar el proceso de atención de urgencia en sus diferentes subprocesos. Es así como el proyecto de grado realizado en el Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago (22), realiza una caracterización de la demanda de los servicios de urgencia pediátrica, caracterización muy cercana a la realidad de la Unida de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Refiere que en cuanto a la caracterización de la demanda en los servicios de Urgencia pediátricos, evidencia que su comportamiento depende de la estación del año y variables del ambiente, donde los meses de invierno son aquellos que poseen mayor demanda debido a las enfermedades respiratorias y la influenza estacional. A su vez, la demanda quirúrgica y traumatológica se observa estable. El día de mayor demanda corresponde a los días lunes y el resto de la semana tiende a comportarse de manera similar. Este comportamiento tiene estrecha relación con la cultura social chilena, en donde los padres esperan hasta el día lunes para acudir al médico cuando su afección no representa un riesgo vital. El objetivo principal del proyecto fue mejorar el Servicio de Atención de Urgencia del Hospital Luis Calvo Mackenna, a través de una mejor asignación de recursos claves por medio de un modelo de negocios con la finalidad de disminuir los tiempos de espera de atención de urgencia. Su autor refiere además que, la demanda supera la oferta que tiene el sistema de salud pública, otorgándole una evaluación negativa a los servicios de Urgencia debido al excesivo tiempo de espera. “Si sumamos el excesivo tiempo de espera con la poca comodidad que poseen las salas de espera se convierten en detonantes de problemas como lo son la: ansiedad, violencia con el personal del hospital, entre otros” (22). Para dar respuesta a esta demanda y planificar los recursos críticos son necesarios 3 pasos: 1.- anticipar la demanda adecuadamente, 2.- interpretar esa demanda y 3.- planificar los recursos actuales generando medidas que permitan atender la demanda pronosticada. En relación al manejo de la demanda, informar a los usuarios que la atención de urgencia está colapsada y que los tiempos de

atención para las personas no graves serán excesivos influye en la demanda. El proyecto concluye que “debido al exceso de demanda que está teniendo actualmente el Sistema de Salud Público en Chile es muy importante poder realizar un análisis de la demanda y de las capacidades disponibles para poder tomar medidas proactivas que ayuden a prestar una mejor calidad de atención, y así evitar tomar medidas correctivas en el día a día y que busquen únicamente solucionar problemas puntuales y no la causa raíz” (22).

2.1.3 Regional

Según la cuenta pública emitida por el Hospital Dr. Gustavo Fricke, sólo en la Unidad de Emergencia infantil se realizaron 53.863 atenciones ambulatorias durante el año 2018 (10), con un promedio de más de 150 de consultas diarias (23), promedio que varía dependiendo de la época del año, aumentando durante la temporada de invierno y estival, siendo las enfermedades respiratorias tanto altas (amigdalitis, faringitis, otitis y resfrío común) como bajas (bronquiolitis, bronquitis obstructivas, neumonías y laringitis agudas) las más frecuentes, especialmente durante el período invernal, donde el número de consultas se eleva notablemente. Otros motivos de consulta los constituyen los cuadros febriles, las molestias urinarias y las patologías digestivas, éstas últimas acompañadas de diarrea, vómitos y dolor abdominal (10-24).

Según datos obtenidos desde el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (11), durante la semana 18 (comprendido entre el 29 de abril y 5 de mayo), hubo el mayor peak de consultas de urgencias en el Hospital Dr. Gustavo Fricke en lo que va del año, alcanzando 2693 consultas de urgencias, de esas 1316 fueron realizadas en la Unidad de Emergencia infantil, alcanzando un promedio de aproximadamente 250 consultas diarias, lo cual ha se ha mantenido a lo largo de la campaña de invierno, produciendo un aumento en los tiempos de

espera tanto de atención médica como de categorización influyendo directamente en la satisfacción del usuario externo, aumentando así la agresividad por parte de los familiares de usuarios pediátricos aumentando la insatisfacción del usuario interno. A raíz de esto, se realizó una reunión del equipo de enfermería con la enfermera jefa de la unidad para informar sobre la situación actual, en donde se expone la existencia de un “Mayor número de paciente y familia en sala de espera de la Unidad de Emergencia Infantil categorizados y sin categorizar lo que produce aumento de insatisfacción de los usuarios por altas horas de espera en la atención y aumento de los reclamos verbales, generando un ambiente laboral inadecuado y stress al equipo de trabajo”(25). Cabe mencionar que durante esta época en la Unidad de Emergencia Infantil hubo un aumento de agresiones verbales y físicas hacia los funcionarios de la Unidad.

En cuanto a la experiencia local, específicamente a nivel del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, no se cuenta con ningún proyecto enfocado a medir la satisfacción de los usuarios en las salas de espera de las Unidades de Emergencia, o enfocado en mejorar la entrega información al usuario externo, si bien existe información escrita la cual es entregada a los pacientes al momento de la categorización, ésta se enfoca en los niveles de categorización, mas no en los tiempos de espera de atención, información solicitada constantemente por los usuarios una vez que salen del categorizador o selector de demanda. Esta información no considera a los usuarios con incapacidad auditiva o capacidades cognitivas disminuidas. Cabe destacar que todas las Unidades de Emergencia de la red Viña del Mar-Quillota cuentan con un sistema informatizado de registro clínico y categorización, el cual permite tener un plano general de las personas que consultan, conocer la lista de espera de cada nivel de categorización ESI 1, 2, 3, 4 y 5 y observar en que momento serán llamados, lamentablemente este mapa de piso no es de acceso público ya que sólo lo utiliza el personal de la unidad. Es necesario mencionar que el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio

no cuenta con registro clínico electrónico, atendiendo aún en papel, por lo que el acceso a la información en estas unidades es aún más restringida.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Sistema de Salud actual en Chile

El sistema de salud se caracteriza por ser un sistema mixto es decir, está compuesto por dos subsistemas; uno público y otro privado, tanto para el aseguramiento como la provisión de servicios. El subsistema público se encuentra subsidiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en tanto el subsistema privado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Además existen otros grupos específicos los cuales cuentan con sistemas cerrados como es el caso de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) o grupos específicos de trabajadores como por ejemplo de la minería/Codelco (26).

“La provisión de servicios en el caso del sistema público se realiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales depende una red de aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad, y establecimientos de atención ambulatoria secundaria. A lo anterior se suma la red de consultorios de atención primaria, en su gran mayoría administrados por los gobiernos locales (Municipalidades) y que en los últimos años han presentado un giro de modelo de atención orientándose al denominado Enfoque de Atención Integral y Comunitario, donde el CESFAM (Centro de Salud Familiar) es un eje articulador” (26).

El Hospital Dr. Gustavo Fricke, el cual es un Hospital público, de alta complejidad y autogestionado, pertenece al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ),

siendo el establecimiento de mayor complejidad de la Red y sus principales beneficiarios son afiliados a FONASA.

“El Sistema de Salud chileno ha vivido numerosos procesos de reforma desde principios de la década de los 80 a la fecha, caracterizados principalmente por la reorganización del financiamiento y la oferta de servicios” (27). Durante la primera década del 2000, junto a la reforma de ese momento, se creó el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), el cual garantizaba el acceso y la oportunidad de atención en relación a prestaciones de salud, tanto en el sector público como privado, focalizando de esta forma los recursos del sector salud (28). Establecidos los conceptos generales de la reforma, se enviaron al parlamento los proyectos de ley necesarios para hacer efectiva la reforma de salud, entre los cuales destaca el Régimen General de Garantías de Salud (GES), constituido en la Ley 19.966, que contiene lo medular de la reforma propuesta (29), abarcando cuatro dimensiones: acceso; en base a problemas ya definidos, financiamiento; instaurando un límite en los copagos, oportunidad; considerando tiempos máximos de espera en la atención de un problema y calidad; dimensión que abarca las normas de acreditación que deben cumplir los prestadores de salud (30).

“Esta iniciativa culmina en el año 2005 con la promulgación de una serie de cuerpos legales orientados a transformar el sistema de salud en un modelo que, entre sus atributos distintivos, permita otorgar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas” (26), avanzando así a un sistema de atención más equitativo, en donde la población acceda a los servicios de salud según sus necesidades.

En relación a esto, el Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el año 2017 atravesó su segundo proceso de acreditación, logrando re-acreditarse durante el periodo 2018-2021.

A continuación se profundizará el tema de calidad, correspondiente a una de las garantías de salud antes mencionadas.

2.2.2 Calidad en la atención de salud

“El concepto etimológico de la palabra calidad proviene del vocablo griego “*kalos*”, que significa bueno, hermoso, apto, favorable, y del vocablo latino “*qualitem*”, que significa propiedad” (31).

El término calidad es inherente a la especie humana y ha ido evolucionando con la historia, comenzó a ser utilizado en el área de la administración a principios del siglo XX con Taylor, sin embargo, su gran apogeo fue entre la década de los años cincuenta y sesenta en donde Edward Deming y Joseph Juran se dedican a enseñar a los japoneses como mejorar la calidad de sus servicios enfocándose en la satisfacción del cliente, la mejora continua y la participación de los trabajadores (32, 33). En la actualidad, la calidad no se enfoca solamente en la calidad de un producto o de un servicio, sino que abarca todas las formas a través de las cuales la empresa, independiente del rubro que tenga, satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de su personal y de la sociedad en general logrando así competitividad dentro del mercado (34).

H. James Harrington define servicio como “mano de obra útil que nos proporciona un bien tangible”, sin embargo existen organizaciones que además generan un bien intangible, desarrollando transacciones en beneficio de éstos, proporcionando de esta forma bienestar a sus clientes (35). “La calidad no está limitada al sector manufacturero. Sus conceptos se aplican a otros sectores tales como el cuidado de la salud, la educación, las organizaciones sin fines de lucro y los gobiernos. La calidad del producto no es el único enfoque. La calidad del servicio, la calidad del proceso y la calidad de la información ahora se miden, se controlan y se mejoran” (36).

El concepto de calidad se encuentra ligado a los servicios de salud, siendo uno de los elementos estratégicos en los cuales se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. Éste aplicado en el área de la salud permite comparar, evaluar y por lo tanto, establecer mejoras en las prácticas relacionadas a la prestación de los servicios.

La calidad de la atención en los servicios de salud es un concepto reconocido, el cual presenta varios autores, destaca Avedis Donabedian, el cual define la calidad de los servicios de salud como el “tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”, de esta forma el producto o el servicio debe adaptarse a las necesidades del cliente. A su vez, plantea que existen tres elementos que integran la calidad, los aspectos científicos-técnicos, las relaciones interpersonales y el entorno o el ambiente en el que se desarrolla el proceso de atención (37, 38).

En tanto, la Organización mundial de la Salud (OMS) en su definición engloba la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, definiendo la calidad de la atención como “aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirlo al estado de óptima salud conseguible para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico, con el coste mínimo de recursos, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional y con la máxima satisfacción del paciente” (39).

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados para los individuos y la población, es medible por tanto se puede evaluar, desde esta perspectiva en todo análisis que involucre actividades de calidad asistencial es fundamental considerar que existen dimensiones de ella, dentro de las cuales se encuentran:

1. **Accesibilidad:** Se define como la facilidad con que el cliente externo obtiene los servicios que necesita. En el Sistema Público de Salud resulta fundamental que llegue a un número importante de personas, es por esto que está estrechamente vinculado a cobertura y se usa como Indicador de calidad”. Indicadores: tiempo de demora en el ingreso, nivel de satisfacción con el acceso a la información, listas de espera. Contempla no sólo barreras de tipo estructural como horario y distancia, sino también barreras organizativas como la distribución de los recursos sanitarios entre la población (39,40).
2. **Equidad:** Es uno de los principios que aparecen explicitados en la Ley de Autoridad Sanitaria (19937), junto con la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de atención. El Ministerio de Salud la define como: “Determina el compromiso del estado en garantizar en general, a toda la población el acceso a prestaciones de calidad, cobertura y eficiencia y en particular a quienes disponen de menos recursos y que se encuentran en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad” (39,40).
3. **Competencia profesional:** Capacidad de los clientes internos para utilizar los más avanzados conocimientos y recursos disponibles para resolver la problemática del cliente externo y producir satisfacción de éste, considera la habilidad técnica así como también las relaciones interpersonales que se establecen entre el profesional y el usuario externo, siendo así la dimensión más utilizada para medir la calidad de la atención sanitaria (39,40).
4. **Satisfacción del cliente externo:** Grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario, esta dimensión se incluye o se confunde con el concepto más amplio de “aceptabilidad”, definida como el grado con que la atención cumple o satisface las expectativas del cliente más el cumplimiento o grado de colaboración del paciente en relación a su tratamiento y cuidados prescritos. Indicadores: grado de satisfacción

usuaria, % de reclamos, la satisfacción es el resultado deseable del proceso asistencial (39,40).

5. **Efectividad:** Es la medida en que una determinada atención mejora el estado de salud del que la recibe en condiciones normales de uso de la tecnología. También se define como lograr los mejores resultados con los recursos que se dispone, alcanzando cobertura e impacto adecuados. Generalmente al definir calidad se hace referencia a la efectividad de la atención, el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población y no sólo generar servicios (39,40).
6. **Eficacia:** Medida en que una determinada atención mejora el estado de salud del que la recibe en condiciones ideales de uso de la tecnología, es decir, con metodologías y tecnologías adecuadas (39,40).
7. **Eficiencia:** Entregar el más alto nivel de calidad, con los recursos disponibles o al menor costo razonable; esto pensando que se puede eliminar el costo innecesario o derivado de errores, relaciona los resultados obtenidos (beneficios) con los costos que genera el servicio prestado (39,40).
8. **Seguridad:** Es una dimensión de la calidad propuesta en la definición de calidad de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations en Estados Unidos, es muy relevante dado que implica: “Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el cliente externo como para el cliente interno”. En otras palabras significa minimizar al máximo el riesgo asociado a la estadía hospitalaria (39,40).
9. **Oportunidad:** El momento en que se otorga la atención es muy importante para el usuario. Es un motivo de satisfacción o insatisfacción, que los equipos deben valorar cuidadosamente dependiendo del nivel del sistema y el tipo de atención que otorgan. Definida como “La prestación de servicios cuando el cliente lo requiera y no cuando el equipo quiera o pueda”. Está vinculada al tiempo de espera para recibir atención, a la espera para recibir

otras atenciones tales como exámenes de laboratorio, radiológicos, atención de especialidades, intervenciones quirúrgicas. Indicadores: rechazos, tiempo de latencia para entrega de hora para interconsulta y exámenes, lista de espera quirúrgica, tiempo de espera para la atención de urgencia (39,40).

10. **Continuidad:** Atención de forma ininterrumpida y coordinada en y entre distintos proveedores e instituciones. (39,40).

En la actualidad, los Servicios de Salud y en especial las Unidades de Emergencias enfrentan grandes desafíos relacionado principalmente a la gran demanda asistencial y a los movimientos migratorios, por lo que se hace de vital importancia tener en cuenta las dimensiones que involucra el concepto de calidad en salud para así introducir nuevas estrategias directivas y herramientas de gestión en las que el cliente sea el objetivo principal de la prestación de servicios, logrando de esta forma servicios acordes a las necesidades y expectativas de los individuos, su familia y la comunidad.

2.2.3 Satisfacción Usuaría como dimensión de calidad

El Ministerio de Salud de Chile, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud ha planteado cuatro objetivos sanitarios para la década 2010-2020, dentro de los cuales destaca el aumentar el grado de satisfacción usuaria de la población frente a los servicios, para lo cual uno de sus objetivos estratégicos es mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas (1), ante esto, es de vital importancia tomar en cuenta la satisfacción usuaria al momento de realizar alguna mejora en los servicios prestados durante el proceso de Atención de Emergencia en la Unidad de Emergencia Infantil en donde se desarrolla el proyecto.

Los Servicios Sanitarios presentan características propias del sector que los hacen diferentes a otros servicios, son complejos y dinámicos, de innovación científica y tecnológica rápida, lo que implica un aumento en las expectativas de los usuarios y de la población. El usuario se ha convertido en el principal motor y objetivo de los servicios sanitarios, su grado de satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial.

Calidad y satisfacción son conceptos de gran interés en la gestión sanitaria y hablar de éstos resulta complejo. La literatura evidencia múltiples definiciones, por lo tanto, conocer sólo una es casi imposible, sin embargo existe consenso en que calidad y satisfacción se relacionan directamente y deben ser vistas desde dos perspectivas, de manera objetiva y subjetiva, calidad vista desde lo objetivo relacionado con el producto o servicio y satisfacción desde lo subjetivo, relacionado al usuario (41).

Para Donabedian, la satisfacción del paciente evidencia como los profesionales de la salud logran cumplir con las necesidades y expectativas del usuario, es considerada un objetivo dentro del cuidado y se manifiesta a través de su juicio sobre la calidad de éste, señala además que la satisfacción del usuario es una medida fundamental de evaluación de su calidad proporcionando información relativa al éxito del proveedor (42).

Desde la psicología, la satisfacción usuaria se explica a través del paradigma de la desconfirmación de Oliver, éste proporciona la base teórica para establecer la relación entre calidad y satisfacción. La satisfacción es el resultado de un proceso de comparación, de manera que cuando el servicio percibido iguala o supera las expectativas del mismo, el servicio se considera conforme. Es el resultado entre la diferencia de lo que el paciente espera que ocurra y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir la diferencia entre las expectativas del usuario y las percepciones en relación al servicio presado, la mayor insatisfacción se produce cuando el usuario posee una expectativa exigente y recibe un mal servicio (43,44).

En los servicios de salud la satisfacción del usuario externo se relaciona al trato humano y personalizado, a la empatía, a la capacidad de respuesta y a la calidad de la atención y la información recibida, además del confort de las instalaciones, asimismo las causas de la insatisfacción usuaria se relaciona a la falta de coordinación de la institución de salud, a las listas de espera, a los tiempos de atención (45).

En relación a la satisfacción del usuario interno es posible mencionar varios autores, sin embargo para explicar dicho concepto dentro del contexto hospitalario se utilizará Chiavenato (46) en donde menciona que la satisfacción del usuario interno está dada por el ciclo motivacional, el cual comienza cuando surge una necesidad. Cada vez que aparece una necesidad, se rompe el estado de equilibrio del organismo produciéndose un estado de tensión, insatisfacción, inconformismo y desequilibrio el cual lleva al individuo a desarrollar un comportamiento o acción capaz de satisfacer esa necesidad con la finalidad de recuperar el estado de equilibrio anterior. La satisfacción de algunas necesidades es transitoria y pasajera, por tanto es posible decir que la motivación humana es cíclica, el comportamiento es casi un proceso constante de solución de problemas y satisfacción de necesidades a medida que van apareciendo. Las teorías más conocidas sobre la motivación humana están relacionadas con las necesidades, un ejemplo de esta es la Teoría de Maslow (46). Se hace referencia a esta teoría debido a las características de la insatisfacción del usuario interno durante el subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil, en donde debido a la alta demanda de usuarios, a los prolongados tiempos de espera y al incumplimiento de las expectativas del usuario externo se generan situaciones de agresiones verbales y/o físicas en donde se ve comprometida la seguridad del usuario interno, lo que repercute directamente en la satisfacción de estos durante los subprocesos mencionados, los cuales son el foco del proyecto.

Según Maslow, las necesidades humanas se distribuyen en una pirámide. En la base de la pirámide están las necesidades más elementales y recurrentes

(necesidades primarias: fisiológicas y de seguridad) y en la cima las más sofisticadas y abstractas (necesidades secundarias: sociales, autoestima y autorrealización).

Las necesidades de seguridad constituyen el segundo nivel de las necesidades humanas y llevan a la persona a que se proteja de cualquier peligro, sea este real o imaginario, físico o abstracto. Éstas tienen gran importancia dentro de la vida organizacional de las personas, en el ámbito de la salud, una amenaza en la seguridad del usuario interno conlleva a su insatisfacción, lo cual podría impedir una entrega de cuidados de calidad al usuario externo y por consiguiente la insatisfacción de éste.

2.2.4 Rol del profesional enfermera/o en la atención de salud humanizada

Actualmente, el rol que cumple el profesional enfermera/o dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado, adquiriendo los profesionales una conducta institucionalizada. Es así como el ejercicio profesional del equipo de salud adolece de un proceso de deshumanización en la sociedad globalizada, en las cuales prevalece un vacío espiritual y la cultura de la banalidad.

La atención que se brinda en los servicios de urgencias por su dinámica es donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente biológico, por lo que se deja a un lado el componente de calor humano y apoyo a la persona atendida para asimilar su alteración en salud y asumir el tratamiento (13). Esto es, porque dicho escenario exige del profesional la agilidad y dominio de procedimientos técnicos, además de la inmediatez de resultados impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día, lo que potencia esta deshumanización.

Es en este contexto, que emerge la necesidad sentida de incorporar una teoría o modelo de enfermería que visibilice la humanización del profesional enfermera/o. La institución por su parte declara la entrega de un cuidado humanizado, sin embargo no existe ningún documento formal de cómo hacerlo. Su incorporación, se vislumbra como una oportunidad para innovar e impregnar de un cuidado holístico e integral dos subprocesos en donde se instala el Trabajo Final de Grado, uno de ellos netamente de responsabilidad del profesional enfermero, logrando así visibilizar lo que ante los ojos de los usuarios internos como externos es un tanto invisible, un cuidado humano, cálido, de escucha y contención que permita una acogida y una recepción al usuario pediátrico y su familia.

Jean Watson desarrolla la filosofía del cuidado humano, una de las más reconocidas en el último tiempo, la cual se basa en su propio pensamiento y en teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra). Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Además sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (47).

El cuidado humanizado se entiende como el deber Ser de la Enfermería, es decir, la preocupación por el ser humano, que comprende; conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias; es ayudar al crecimiento y maduración del individuo. Por otra parte, el Cuidado Humanizado es la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al entrar en contacto con el paciente, es el ayudar a que recobre su

independencia, su autonomía. De la misma forma, es la preocupación y el esmero para lograr un estado de máximo bienestar físico, psicológico, social y espiritual, lo cual se logra a través de la comunicación terapéutica, la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la escucha activa, el establecimiento de una relación de ayuda donde los pensamientos y sentimientos se reflejan de manera coherente con las acciones que se realizan. A su vez, el Cuidado Humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero/a establece con el paciente (47,48),

La visión de Watson sobre el proceso de enfermería, método científico propio de la disciplina, es favorecedora del concepto de resolución, es decir, lo ve como una herramienta para resolver los problemas que se presentan en las situaciones propias de enfermería. En relación a esto, y para mejorar el trato que se les da al usuario pediátrico y a su familia durante el proceso de categorización es que el Cuidado Humanizado se ve como una oportunidad para cambiar esta institucionalización y visibilizar un cuidado único y particular pensado y adaptado para cada usuario y cada situación.

La base de la teoría de Watson radica en diez factores de cuidado, los que posteriormente fueron desarrollados en Procesos de Caritas para darle una dimensión espiritual, los cuales cuentan con un lenguaje más evolucionado y fluido haciendo más explícita la conexión entre el cuidado y el amor a los proceso de la vida humana (47- 49), por tanto, se extraen los factores de cuidado y caritas para crear un modelo de comportamiento de cuidado para humanizar la atención en la Unidad de Emergencia Infantil y utilizarlo durante el subproceso de categorización, en donde el/la profesional enfermera/o es el actor principal y el funcionario que tiene la responsabilidad legal durante el subproceso mencionado.

FIGURA N°1: Representación gráfica del cuidado humanizado de Jean Watson

(49)

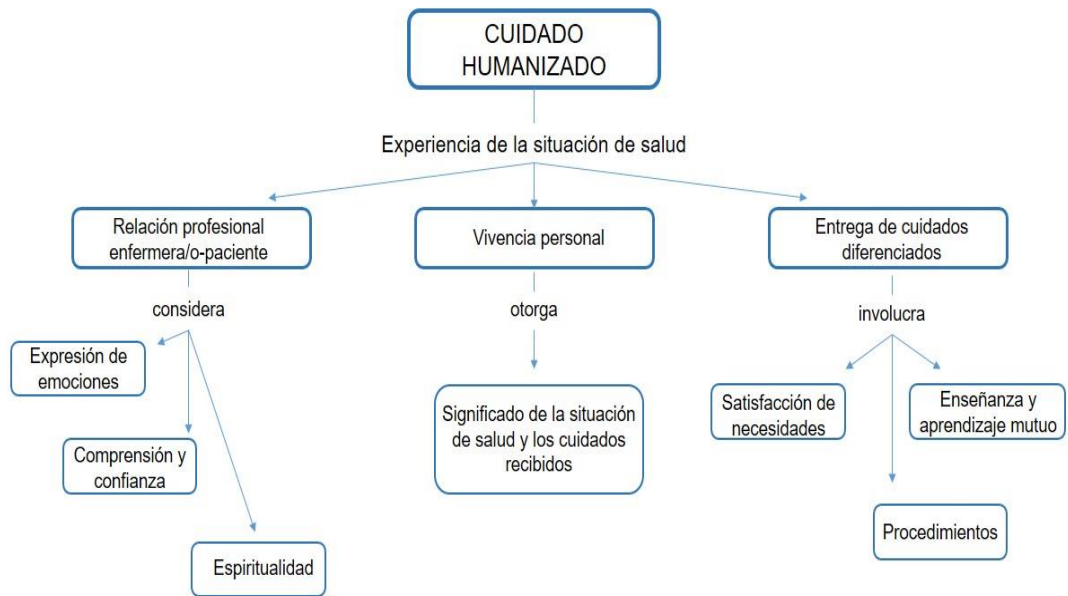
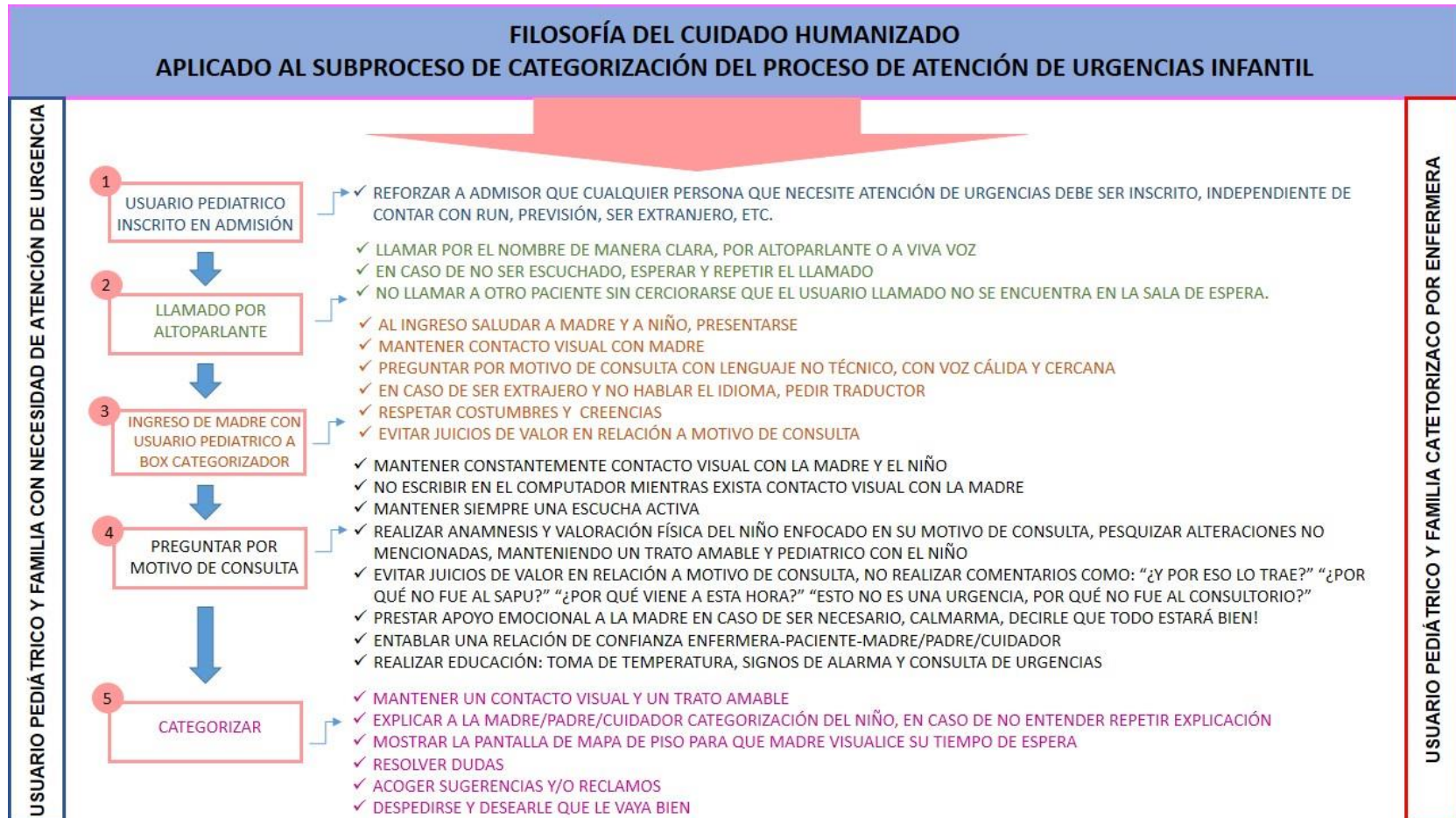


FIGURA N°2: Cuidado Humanizado aplicado al subproceso de categorización



2.2.5 Marco ético-legal que sustenta una atención de salud humanizada en el ejercicio profesional

La enfermería como profesión autónoma se ha consolidado en las dos últimas décadas por medio de su inclusión en el Código Sanitario Chileno y la incorporación de Norma General Administrativa N° 19. En Chile, durante el año 1997, el poder legislativo manifestó que la función social de la enfermera es la satisfacción de la necesidad de cuidados, introduciendo así el inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario chileno (12). En él se describen tres grandes funciones del quehacer de la enfermería: la gestión del cuidado, el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente (50). Este reconocimiento posiciona a la enfermería dentro del marco jurídico chileno, situando al cuidado como el aporte significativo que entrega la/el enfermera/o durante su quehacer profesional, garantizando de esta forma el derecho a la protección de la salud de las personas (51).

Considerando principalmente la función de la gestión del cuidado es que se toma la definición de la Comisión de Legislación en Enfermería, la cual dice que es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (52). Junto a este cuerpo legal, la Norma General Administrativa N° 19 define la Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada, “como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se entiende como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (53).

Destaca además, que “es uno de los componentes básicos que contribuyen al desarrollo de la Gestión Clínica Hospitalaria, entendida como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas. Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de manera favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto” (53).

Teniendo en base estos argumentos, se observa que en el país ha aumentado la necesidad de considerar los alcances que tiene la enfermería. Cada vez más se reportan los beneficios de los servicios proporcionados por las/los enfermeras/os sobre la disminución de la morbimortalidad y sobre la satisfacción usuaria, ha quedado demostrado el impacto de una buena relación entre el número de enfermeras/os y el número de pacientes en términos de resultados en donde se evidencia una menor mortalidad, menor índice de infecciones asociadas a la atención e salud, de úlceras por presión y de complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria más corta, mejor calidad de la atención, mayor seguridad del paciente y mayor satisfacción usuaria (54, 55).

La potestad que otorga el artículo 113 junto a la Norma 19, hace responsable al profesional enfermero/a de considerar todas las aristas de gestión en donde se desempeñe el/la profesional, por tanto es un sustento legal tanto para profesión como para este proyecto.

Además del sustento legal desde el punto de vista desde enfermería, es necesario mencionar la Ley N°20.584 (8), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (56), por tanto como antecedente ético y legal ligado al proyecto se destaca en la parte de los derechos, el derecho a un trato digno, el cual manifiesta que “en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en

todo momento y en cualquier circunstancia. En consecuencia, los prestadores deberán: a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida” (8), y el derecho a la información en donde “ toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito”(8):

Se hace imperativo mencionar los deberes de esta Ley, en donde se destaca que: “El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud” (8).

Por último es necesario mencionar la Norma General Administrativa N°28 (9) “Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud” ligada al Trabajo Final de Grado, la cual busca establecer medidas preventivas para evitar y/o mitigar la ocurrencia de agresiones y ofrecer los lineamientos básicos a seguir en caso de que esto suceda.

2.2.6 Proceso de Atención de Urgencias Infantil

La Unidad de Emergencia Infantil inicia su Proceso de Atención de Urgencias con la llegada de un paciente con un requerimiento de atención de urgencia, el cual puede ser por consulta espontánea o derivado desde el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) u otro establecimiento de la red (57).

En el inicio del proceso, existe una separación de flujos:

- Si el infante necesita atención inmediata (ESI 1) ingresa directamente a la atención clínica (box de reanimación), mientras paralelamente se inscribe y categoriza.
- Si no necesita atención inmediata, se inicia el subproceso con la Admisión de urgencia en la cual se identifica a la persona y su motivo de consulta.

Una vez atendida su condición de emergencia, el proceso finaliza dependiendo alguno de los siguientes casos:

- Si el infante egresa con destino a su domicilio u otro establecimiento: En este caso, se realiza el Cierre administrativo que corresponde al chequeo de la cuenta del paciente, recaudación y cierre en el sistema de información.
- Si el infante es derivado a Pabellón (para una intervención quirúrgica), queda hospitalizado o la Morgue (en caso de un fallecido): En este caso, se realiza el Cierre clínico, actividad donde el médico genera las indicaciones de egreso, informa al paciente y/o acompañantes del tratamiento a seguir y llena los formularios pertinentes.

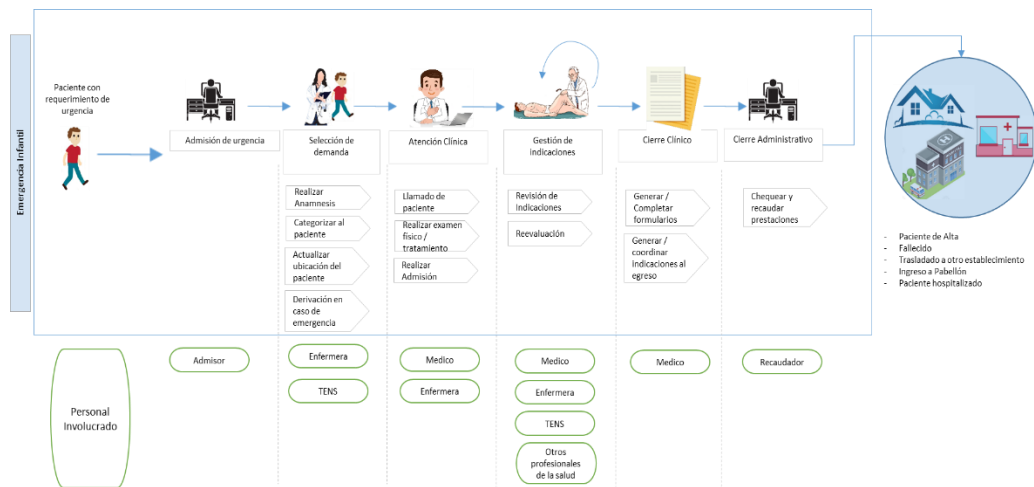
La unidad tiene asignado profesionales que realizan las actividades de atención de los infantes y en caso de necesidad, se reorganiza esta asignación en función de dar la mayor cobertura posible.

El Proceso Atención de Urgencias Infantil se compone de las siguientes subprocesos: Admisión, Categorización o también llamado Selección de la

demanda, Atención Clínica, Gestión de Indicaciones, Cierre Clínico y Cierre Administrativo.

El Trabajo Final de Grado se instala en el subproceso de Admisión y Categorización del proceso de Atención de Urgencias, por lo cual se profundizará en dichos subprocesos.

FIGURA N°3: Proceso de Atención de Urgencias Infantil



FUENTE: Manual Organizacional Unidad Emergencia Infantil (57)

Subproceso de Admisión

El proceso comienza cuando llega un paciente a la Unidad de Emergencia Infantil, el cual dependiendo de su condición puede pasar a realizar la admisión, o pasar directo a la sala de reanimación en caso de que posea un compromiso de riesgo vital, generándose de esta forma la diferenciación de flujos mencionado anteriormente.

La mayoría de los casos no son graves por lo que el paciente con su acompañante, generalmente alguno de sus padres, son atendidos en la ventanilla de admisión donde el Encargado de Admisión determina si el paciente cumple con pertenecer a la población objetivo del hospital (pacientes pediátricos menores

a 15 años). En caso de cumplir este requisito, se realiza el registro del paciente en el sistema computacional.

Este subproceso se inicia con la identificación del paciente para lo cual el admisor solicita sus datos demográficos (RUN, nombres, apellidos, dirección, teléfono y previsión), el motivo de consulta o tipo de accidente en caso corresponda (57). El subproceso termina al ingresar los datos en el sistema informático TrackeCare.

Cuando el usuario pediátrico cumple con los criterios para ser categorizado ESI 1 y pasa directo a la sala de reanimación, su acompañante realiza el procedimiento de ingreso en la admisión de forma paralela a la atención, comenzando generalmente el subproceso de Atención Clínica antes que el subproceso de admisión y categorización.

Subproceso de Categorización

El Subproceso comienza una vez que el usuario queda inscrito en la Unidad de Emergencia Infantil para ser atendido, se genera de esta forma una lista de usuarios en espera de categorización, esta lista se actualiza de manera automática en el mapa de piso (sistema informático TrackeCare). El mapa de piso muestra a los usuarios en espera por categorizar ordenados por tiempo de espera de mayor a menor.

El profesional enfermero/a o en su defecto el técnico en enfermería realiza un llamado por altoparlante con el nombre del usuario a categorizar, el enfermero/a cambia en el mapa de piso al paciente del box de espera al box de categorización. El flujo continúa con la realización de la anamnesis e inspección por parte del profesional enfermero/a, donde se evalúa al usuario y examina acorde al motivo de consulta. A los menores de 3 años el técnico en enfermería debe controlar temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, parámetros exigidos por el sistema de categorización ESI, para priorizar su atención. A los mayores de 3 años se controlan los signos según su clínica y

motivo de consulta, ya que el sistema no exige ningún parámetro, quedando a criterio del profesional enfermero/a responsable de la categorización del usuario. Estos parámetros son ingresados al Sistema TrackeCare. El profesional enfermero elige la opción “Categorización ESI” para realizar la priorización de la atención. Una vez realizado esto, se entrega información al paciente y acompañante y se actualiza nuevamente la ubicación del paciente, en donde se cambia al paciente al lugar que corresponda en el mapa de piso. Si el paciente requiere atención inmediata es ingresado a la unidad para atención clínica, por el contrario esta etapa finaliza con la espera del paciente hasta el llamado por el médico (57). Luego de este subproceso el usuario y su familia vuelven a la sala de espera de la Unidad en espera de ser atendidos.

En caso que el usuario no conteste el llamado, se debe dejar un registro en el sistema y llamar al paciente siguiente. Luego de algunos minutos de debe volver a llamar al usuario que no contestó para corroborar su presencia o en su defecto llevarlo al cierre de atención.

Rol del profesional enfermero/a en la categorización

El profesional enfermero/a en los servicios de emergencia requiere de especificidades y competencias indispensables al momento de proporcionar el cuidado a usuarios y familiares, éstos presentan necesidades complejas, por tanto, se requiere de perfeccionamiento científico-técnico, manejo de tecnologías y sin lugar a dudas de competencias blandas las cuales se traduzcan en la entrega de un cuidado humanizado (58). Las unidades de emergencia son la puerta de entrada al hospital, éstas son consideradas como un servicio crítico dentro de una institución de salud.

El proceso de categorización el cual corresponde a la priorización de la atención requiere de personal calificado, por lo tanto, por orden ministerial la categorización o selección de demanda en las Unidades de Emergencia es responsabilidad de

la/el enfermera/o, siendo ésta la primera cara visible de la institución. La enfermera/o debe contar con capacitación certificada en el instrumento estandarizado a nivel nacional ESI (59), siendo la responsable de categorizar al usuario aplicando el algoritmo ESI. “Esta priorización de la atención permite gestionar la demanda, identificando cuánto tiempo pueden esperar los pacientes por su atención médica. No corresponde a una estratificación de gravedad y mucho menos a una limitación de la atención. Bajo ningún punto de vista identifica pacientes que podrían ser derivados a otros puntos de la red como la atención primaria, dado que la categorización no corresponde a una atención médica” (60). La enfermera/o debe registrar la categorización en un instrumento informatizado y otorgarle al usuario información relacionada con su categorización correspondiente, en este proceso se estima que el tiempo empleado no debería ser más de 5 minutos por usuario (61), lo que se aleja considerablemente de la realidad.

En este subproceso uno de los actores principales es el profesional enfermero/a, por lo que visibilizar la esencia del cuidado es de gran importancia y responsabilidad.

2.2.7 Tecnologías de la información y la comunicación en salud (TICs)

Los servicios de salud se encuentran dentro de aquellos servicios con mayor incidencia de la vida las personas, existiendo constantemente una demanda social para mejorar la calidad de éstos. Gracias al avance científico y tecnológico del último siglo, ha permitido la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación en el área de la salud, considerándose como una herramienta innovadora para mejorar la gestión hospitalaria y optimizar la utilización de los recursos. Según la OMS (62), el uso de las TICs se considera como un medio para alcanzar una serie de objetivos, siendo herramientas que facilitan la comunicación y el proceso de transmisión de información mejorando el bienestar

de las personas. Éstas aplicadas a la salud, como la telemedicina, la salud móvil (mSalud) y los registros de salud electrónicos, "mejoran el acceso a los servicios, su eficiencia y calidad"

En relación a esto, hace 8 años el Ministerio de Salud lanza la estrategia Sistema de Información de la Red Asistencia (SIDRA), para la informatización de la Red Asistencial, con la finalidad de apoyar la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación para el logro de los objetivos sanitarios del país (63), siendo una de las seis medidas incluidas en la Agenda Digital de Gobierno para el sector salud al año 2020, permitiendo de esta forma, optimizar procesos asistenciales, entregar mejores prestaciones y mejorar la gestión en los distintos niveles de atención.

En la actualidad el SSVQ se encuentra en proceso de la informatización de la ficha electrónica, sin embargo desde el año 2013 se trabaja en las Unidades de Emergencia con el sistema informático TrackCare, informatizando la ficha ambulatoria. Este sistema permite la impresión de un comprobante de atención, denominado Dato de Atención de Urgencia (DAU), en donde son registradas las prestaciones de salud otorgadas, la que es entregada al término de la atención al paciente o familiar, según corresponda (53).

Considerando lo anterior, parece atractivo incorporar las TICs dentro del Trabajo Final de Grado con el objetivo de llegar a toda la población, mejorando la gestión de los servicios entregados.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1 Contexto

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es uno de los Hospitales de Alta Complejidad autogestionados del país y es el establecimiento de mayor complejidad de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, actualmente se encuentra re-acreditado por el periodo 2018-2021. Es Centro de Referencia Nacional de Trasplante Cardíaco y Cirugía Cardiovascular, además de recibir las derivaciones de toda la Red en hemato-oncología infantil, fisurados y prematuro extremo. Se encuentra ubicado en la Avenida Álvarez 1532 con esquina Calle Simón Bolívar en la Ciudad de Viña del Mar, Región de Valparaíso (10).

Es el Hospital base del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota con un total de población asignada de 1.067.092 personas de las cuales 850.472 son pertenecen a FONASA (10), sin embargo, también presta atención a personas pertenecientes al Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS), Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), Dirección Previsional de Carabineros de Chile (DIPRECA), Caja de Previsión de Defensa Nacional (CAPREDENA) y Fuerzas Armadas (F.F.A.A.) (24).

Cuenta con 443 camas distribuidas en camas básica; 147 adultos y 57 pediátricas, cuidados intensivos; 22 adultos, 6 pediátricos y 12 neonatológicas, cuidados intermedios; 15 adultos, 6 pediátricas y 20 neonatológicas, camas de cuidados medios; 96 adultos y 8 pediátricas, pensionado; 4 camas y obstetricia 50 camas, destinadas a la atención de salud de población general del servicio de salud Viña del Mar – Quillota (23).

Su dotación de personal está compuesta por 2.846 personas: 443 médicos (todas las especialidades, excepto neurocirugía), 1013 técnicos, 769 profesionales, 26 químicos farmacéuticos, 20 odontólogos, 306 auxiliares, 266 administrativos y 3 directivos. Además de 201 trabajadores de empresa externa, 148 trabajadores de empresa de aseo y 80 guardias. El personal es de alta especialización y cada año

se incrementa la formación a través de cursos propios, en universidades locales, del país y del extranjero. Los trabajadores están organizados en sindicatos y colegios profesionales por estamentos (10).

3.1.1 Misión y Visión

Misión: “Somos un establecimiento público asistencial, docente, autogestionado, acreditado y de alta complejidad, de referencia nacional y regional, que participa plenamente de la red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, con el compromiso de entregar una atención de salud amable, con estándares de calidad, seguridad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en la satisfacción del usuario” (64).

Visión: “Queremos ser el hospital público más complejo del país, con atención de calidad, centrado en los pacientes y sus familias” (64).

3.1.2 Valores

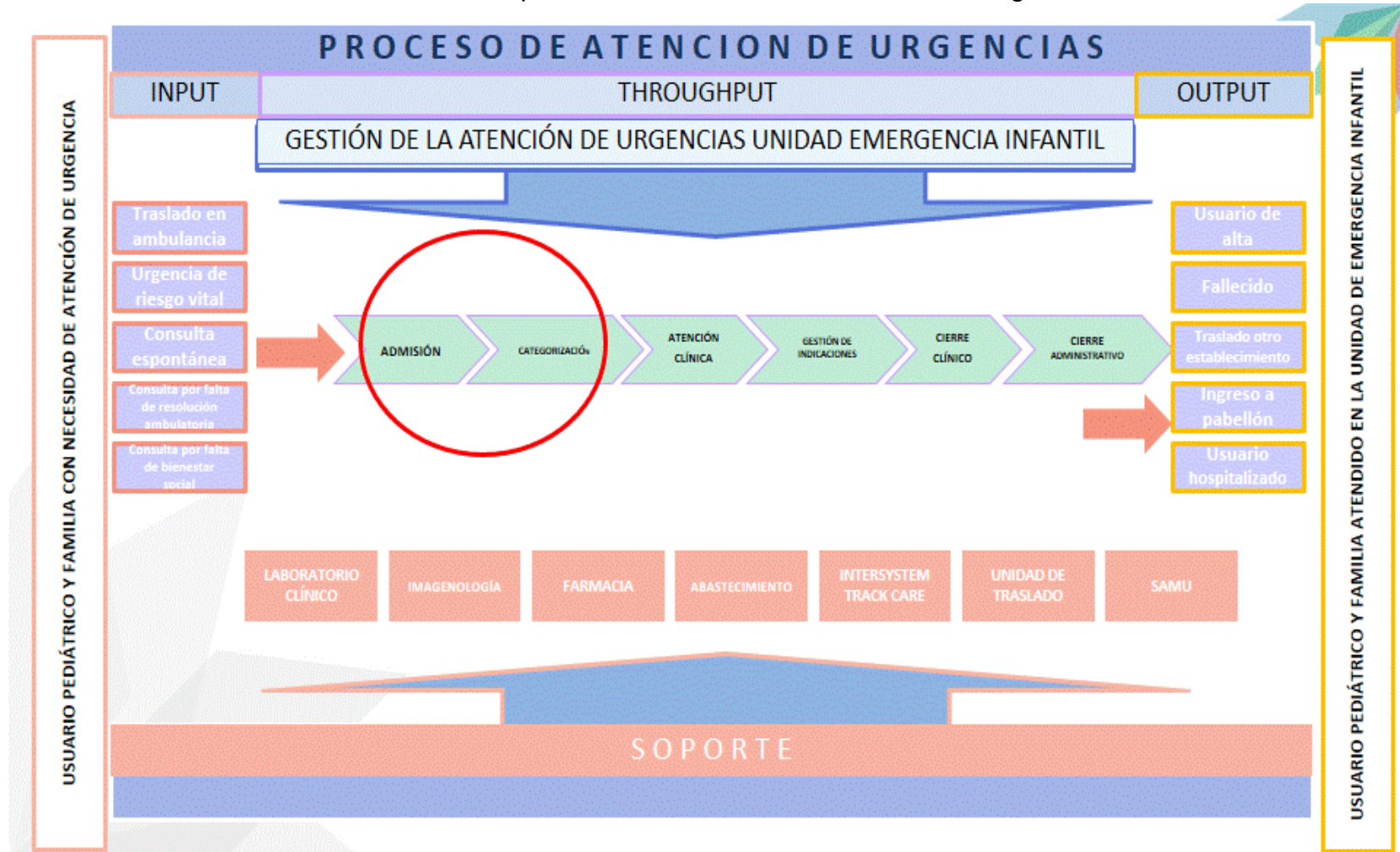
- **Vocación de servicio:** “En cada una de nuestras acciones privilegiamos el desarrollo y el crecimiento de la salud pública, estando siempre atentos y comprometidos con la calidad de atención y servicio que se les entrega a los usuarios del hospital” (64).
- **Compromiso:** “Queremos dar lo mejor de nosotros en pos de la mejora de las condiciones de salud de la personas, buscando impactar de manera positiva en su calidad de vida, la de sus familias y su entorno” (64).
- **Probidad:** “Buscamos el interés general del establecimiento siempre por sobre los individuales y particulares, demostrando así que nuestro trabajo se basa en la rectitud de nuestros actos administrativos y clínicos” (64).

- **Trabajo en equipo:** “Nuestro esfuerzo colectivo por la salud de las personas, refleja el esfuerzo que realizamos por articular la suma de esfuerzos, acciones, visiones, e ideas de cada uno de los funcionarios” (64).
- **Responsabilidad:** “Las decisiones y acciones de cada uno de los miembros del equipo de salud del hospital están enmarcadas en la protección de la población, el uso eficiente y equitativo de los recursos públicos y la equidad en la oportunidad del acceso a la atención en salud de las personas” (64).
- **Liderazgo:** “Cada uno de los funcionarios del hospital debe reconocerse a sí mismo como protagonista en la realización de los logros del establecimiento, así como integrante de equipo humano que es parte activa de la red de salud” (64).
- **Calidad:** “Queremos que la atención en salud que reciban las personas sea de excelencia, tanto técnica como humanamente, propendiendo al fortalecimiento de una cultura de calidad al interior del hospital, la cual permite dar a los usuarios garantías de seguridad en las prestaciones que reciben” (64).

3.2 Mapa global

El siguiente Mapa Global de Proceso muestra el Proceso de Atención de Urgencias de la Unidad de Emergencia Infantil, en donde se instala el proyecto, delimitando específicamente en qué parte del proceso se pretende intervenir

FIGURA N°4: Mapa Global del Proceso de Atención de Urgencias



3.2.1 Unidad de Gestión del Cuidado donde se instalará el proyecto

El Proyecto Final de Tesis se instala en la Unidad de Emergencia Infantil, ésta pertenece al Hospital Dr. Gustavo Fricke. Brinda atención a los beneficiarios de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota las 24 horas del día y los 365 días del año a niños y niñas desde el primer día de vida hasta los 14 años 11 meses 29 días. Es centro de referencia de las patologías médicas y/o quirúrgicas agudas y de mayor complejidad de la Red. Asimismo, recibe las derivaciones de toda la Red en Hemato-oncología Infantil, siendo en las mayores ocasiones la puerta de entrada de dichas patologías (24).

Su objetivo principal es brindar atención de emergencia en forma continua, integral, oportuna y eficiente a los usuarios pediátricos y sus familias, siendo prioritaria la atención de los pacientes con mayor riesgo vital (50).

Según la cuenta pública emitida por la institución, sólo en la Unidad de Emergencia infantil se realizaron 53.863 atenciones ambulatorias en el año 2018 (10), con un promedio de más de 150 de consultas diarias (24), promedio que varía dependiendo de la época del año, aumentando durante la temporada de invierno y estival, siendo las enfermedades respiratorias tanto altas (amigdalitis, faringitis, otitis y resfrío común) como bajas (bronquiolitis, bronquitis obstructivas, neumonías y laringitis agudas) las más frecuentes, especialmente durante el período invernal, donde el número de consultas se eleva notablemente, hasta alcanzar cifras superiores a las 250 consultantes diarios. Otros motivos de consulta los constituyen los cuadros febriles, las molestias urinarias y las patologías digestivas, éstas últimas acompañadas de diarrea, vómitos y dolor abdominal (10,24).

En relación a la dotación de personal, cuenta con 13 enfermeras de planta (1 enfermera supervisora más 12 enfermeras clínicas en modalidad cuarto turno)

además de 6 enfermeras suplentes, 27 técnicos en enfermería, más 11 técnicos en enfermería suplentes, también en modalidad cuarto turno y 6 auxiliares de servicio en modalidad tercer turno. El recurso humano enfermera por turno es de 3 profesionales, las cuales se dividen en selector de demanda, box (atención abierta) y sala de observación, estas funciones son rotativas.

Misión y Visión

La Unidad de Emergencia Infantil cuenta con misión y visión propia.

Misión: “Somos un subdepartamento de Servicios de Urgencia, integrado por personal capacitado que otorga atención médica de urgencia priorizada a los habitantes de la región de Viña del Mar y a quien lo requiera, asegurando accesibilidad, oportunidad, efectividad y equidad, optimizando los recursos humanos y materiales disponibles” (24).

Visión: “Ser una unidad de Emergencia de calidad autogestionada que entregue una atención médica de urgencia integral, protocolizada y priorizada que satisfaga las necesidades de un usuario informado y responsable, con recursos tecnológicos de avanzada y personal altamente calificado y con capacitación permanente” (24).

Valores

Se relacionan directamente con los valores del Hospital Dr. Gustavo Fricke: vocación de servicio, compromiso, probidad, trabajo en equipo, responsabilidad, liderazgo, calidad.

El proyecto se instala en el Proceso de Atención de Urgencias, específicamente en el subproceso de admisión y categorización, ya que es en estos subprocesos en donde se genera el colapso de la unidad debido al aumento de la demanda, al aumento de los tiempos de espera y al incumplimiento de las expectativas de los usuarios, generando insatisfacción tanto en el usuario interno como en el externo.

3.3 Estructura Organizacional

El Proyecto se instala principalmente bajo la estructura organizacional de la Subdirección de Gestión del Cuidado del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en el área de Atención Abierta, específicamente en la Unidad de Emergencia Infantil, sin embargo, al trabajar además con funcionarios de empresa externa se relaciona con la Subdirección de Gestión del Usuario encargado del personal orientador y con la Subdirección de Operaciones encargada del personal de seguridad.

Debido a que el proyecto se instala principalmente bajo la Subdirección de Gestión del Cuidado sólo se profundizará las funciones principales de ésta, sin embargo se plasmará el organigrama de las tres estructuras organizacionales.

3.3.1 Subdirección de Gestión del Cuidado

La Subdirección de Gestión del Cuidado del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de acuerdo a la Norma General Administrativa N° 19 (53), tiene como función contar con atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud.

Abarca ámbitos trascendentales para la gestión clínica y articulación de la Red, definidos en los siguientes procesos: Gestión de Camas y Hospitalización Domiciliaria, Procura y Trasplante, Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Procesos de Gestión del Cuidado.

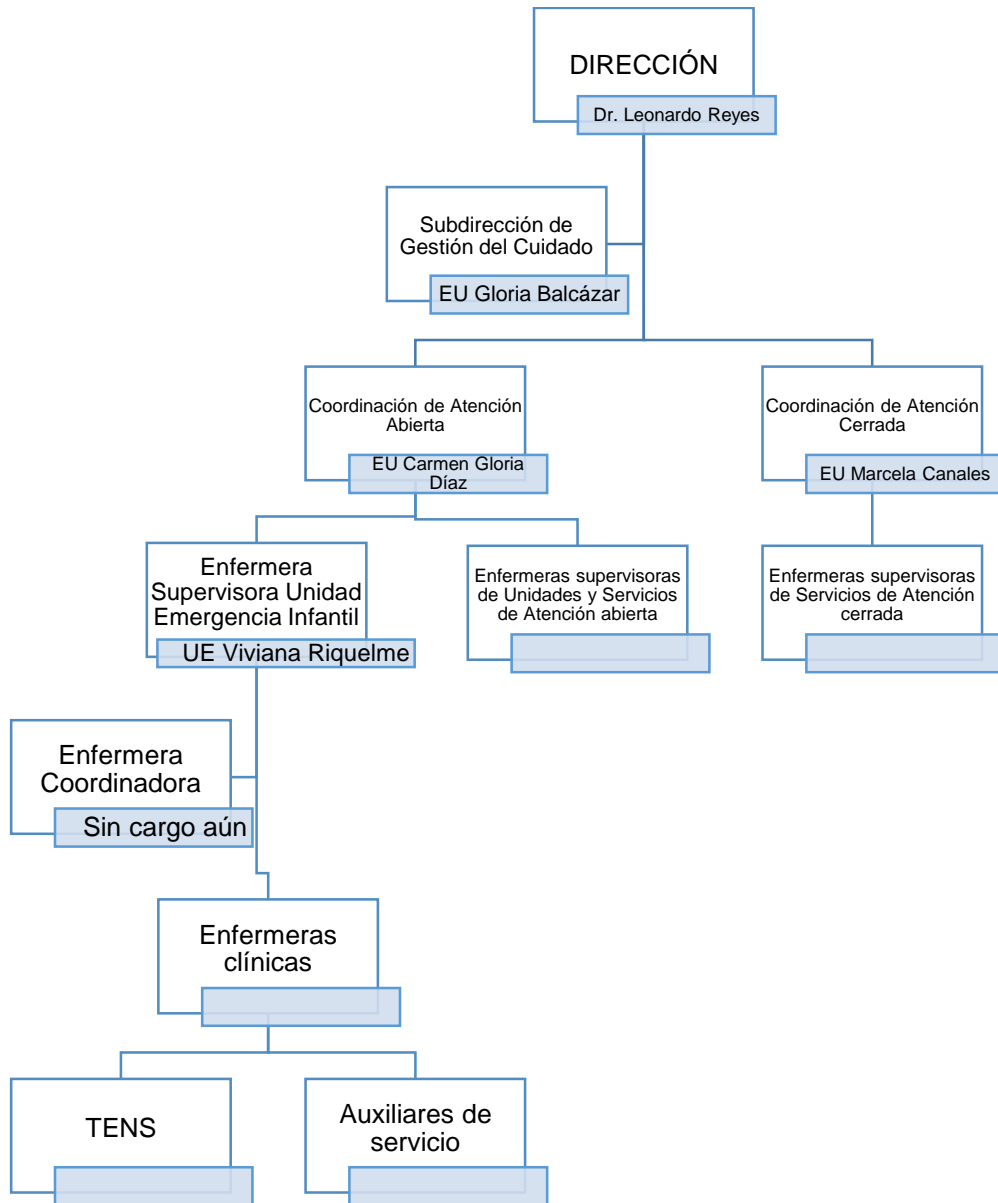
3.3.2 Integrantes de la Subdirección de Gestión del Cuidado

La Subdirección de Gestión del Cuidado (SGDC), encuentra constituida por:

- Subdirectora de Gestión del Cuidado (s): Gloria Balcazar Pérez
- Coordinadora de Atención Cerrada: Marcela Canales Gatica
- Coordinadora de Atención Abierta: Carmen Gloria Díaz Díaz

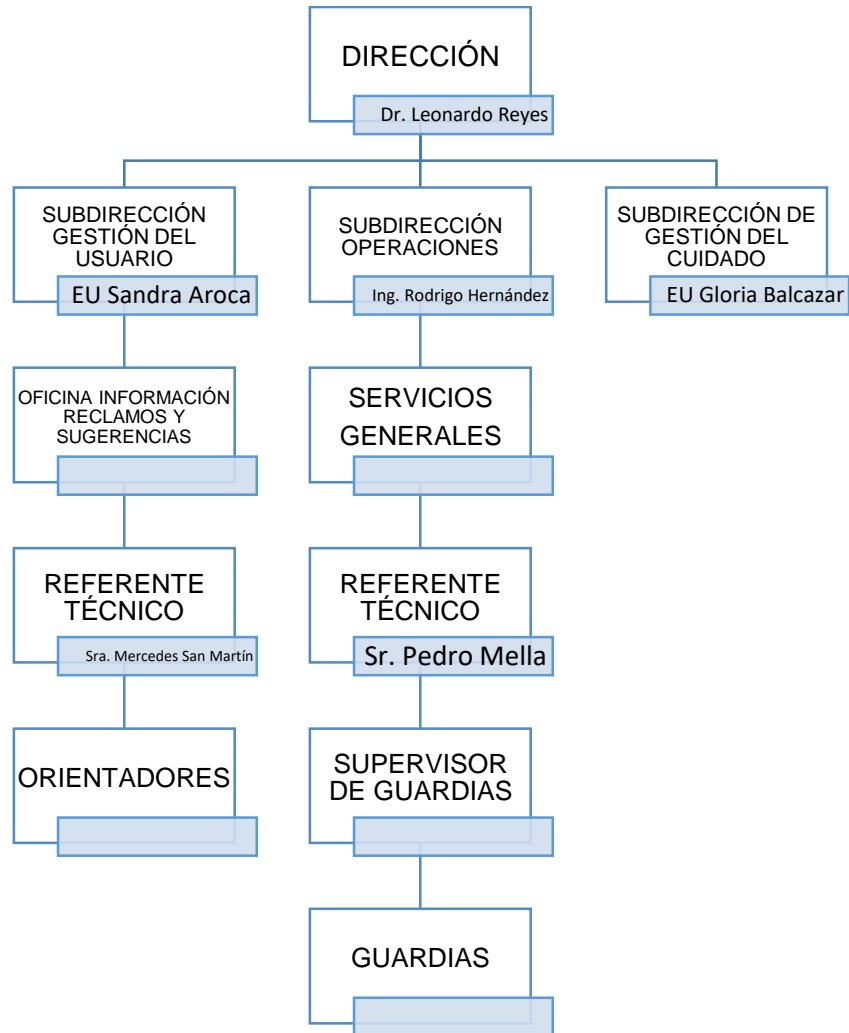
3.3.3 Organigrama

FIGURA N°5: Organigrama de la Subdirección de Gestión del Cuidado



FUENTE: Planificación estratégica 2016-2018 Hospital Fricke (64)

FIGURA N°6: Organigrama de la Subdirección de Gestión del Usuario y Subdirección de Operaciones



FUENTE: Planificación estratégica 2016-2018 Hospital Fricke (64)

3.4 Diagnóstico de la situación

Para la elaboración del diagnóstico de la situación se utilizó como metodología la herramienta FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas), la tormenta de ideas, la técnica de grupo nominal y la matriz decisional.

El diagnóstico de la situación viene gestándose desde el año pasado. Para identificar los problemas existentes en la Unidad de Emergencia Infantil, se realizó una tormenta de ideas con 4 enfermeras del servicio, las cuales cuentan con diferentes años de experiencia y vivencias en distintos servicios y Unidades de Emergencia dentro de la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. El rango de años de experiencia varía entre 30 y 1. En esa oportunidad, cada integrante escribió en una hoja al menos 3 problemas de calidad relacionados con procesos o procedimientos de su área de trabajo, sean estos específicos u organizacionales y cuya calidad se vea comprometida.

Luego de esto, se realizó el FODA de la Unidad, se tomaron en cuenta la tormenta de ideas realizadas por las enfermeras en esa oportunidad y se utilizó además la observación directa y las experiencias personales manifestadas verbalmente por las enfermeras que colaboraron.

Una vez elaborado el FODA e identificado los problemas de calidad existentes en la unidad, se aplicó la técnica de grupo nominal para determinar cuáles eran los problemas de mayor importancia y así priorizarlos. Con los problemas ya priorizados, se aplicó una matriz decisional asignándole puntaje en magnitud, trascendencia, factibilidad y costo, identificando de esta forma el problema principal a abordar.

Además, durante el primer semestre del año 2019 se volvió a actualizar la herramienta FODA, incorporando nuevos antecedentes derivados del aumento de la demanda y las dificultades presentadas durante la campaña de invierno en el proceso de Atención de Urgencias.

Se seleccionaron solo las relacionadas directamente con el proyecto, las que se muestran a continuación.

3.4.1 FODA

TABLA N°1: FODA de la Unidad de Emergencia Infantil

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> – Sentido de pertenencia de los funcionarios de la unidad – Actitud positiva de los funcionarios de la unidad frente a cambios – Liderazgo positivo de enfermeras de turno – Rotación del personal por todas las áreas de atención de la unidad, lo que permite conocer todo el proceso de atención de urgencias – Categorización por profesional enfermera/o de todos los usuarios pediátricos que consultan en la Unidad de Emergencia Infantil – Sistema informatizado de registro para atención de urgencia 	<ul style="list-style-type: none"> – Hospital Re-acreditado (2018-2021) – Modelo de categorización (ESI) utilizado en la unidad, normado por MINSAL. – Construcción del Nuevo Hospital – Inminente cambio de Unidad a nuevas dependencias del Hospital – Sala de espera acogedora para el usuario pediátrico y su familia – Presencia de televisor (grande) en sala de espera – Presencia de personal “orientador” en puerta de entrada a la Unidad – Presencia de guardia en puerta de la entrada a la Unidad

- Existencia de Libro de Reclamos visible y de fácil acceso para el usuario externo

DEBILIDADES

- Aumento en los tiempos de espera para categorización
- Ausencia de protocolo en caso de agresión al funcionario de la salud.
- Ausencia de protocolo de recepción humanizada al paciente durante la categorización
- Ausencia de medios audiovisuales de información sobre tiempos de espera en la sala de espera de la unidad
- Aumento de la verbalización de padres sobre la necesidad de información en relación a tiempos de espera
- Aumento de reclamos verbales de familiares en espera de atención por falta de información
- Sensación de inseguridad del usuario interno por incremento

AMENAZAS

- Aumento de la demanda asistencial durante periodo invernal
- Aumento de la agresividad verbal de familiares del usuario externo al usuario interno
- Ausencia de perfil de cargo para personal orientador que se desempeñe en la unidad
- Ausencia de perfil de cargo para guardia que se desempeñe en la unidad
- Ausencia de guardia estable destinado a la unidad
- Alta rotación de guardias nuevos por la unidad
- Superposición de funciones entre guardia y orientador de la unidad

de reclamos y agresividad verbal del usuario externo

- Aumento de interrupciones en la atención durante el subproceso de categorización por parte de padres en busca de información y orientación
- Ausencia de programa de inducción a la Unidad para guardias que rotan por el servicio
- Ausencia de programa de inducción a la unidad a personal orientador estable en el servicio
- Ausencia de protocolo de acción para guardias que se desempeñan en la unidad
- Ausencia de protocolo de acción para orientador que se desempeña en la unidad
- Personal “orientador” no cuenta con material para informar y orientar al usuario externo sobre tiempos de espera de atención.

Una vez elaborado el FODA fue socializado en la Enfermera Supervisora de la Unidad, el Médico Jefe de la Unidad, y las enfermeras clínicas durante las

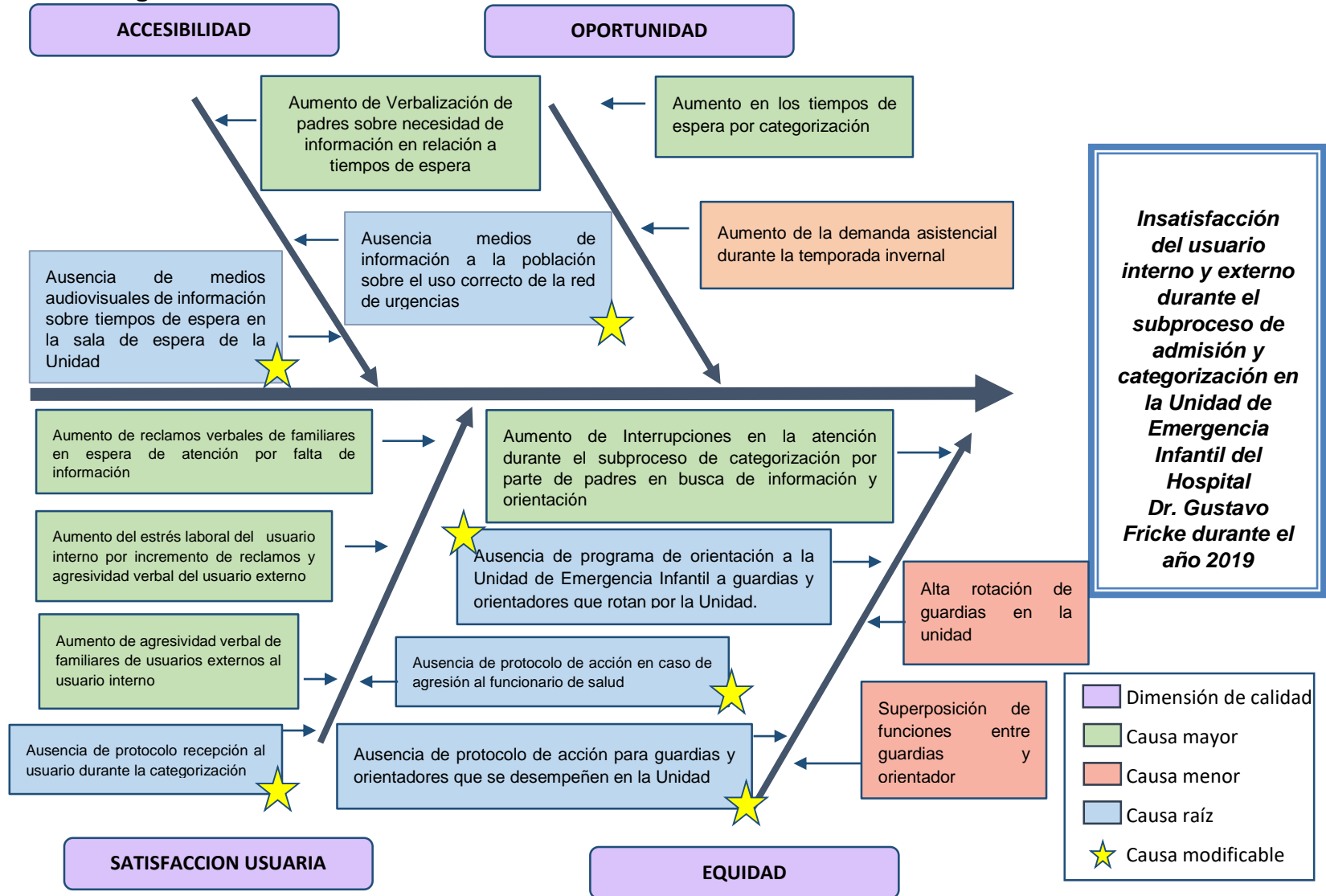
reuniones clínicas mensuales del estamento, existiendo constantemente retroalimentación por parte del equipo.

3.4.2 Delimitación del problema

Luego de la aplicación de las metodologías anteriormente mencionadas junto al FODA actualizado, se realizó el Diagrama Causa-efecto, para esto se utilizaron algunas dimensiones de calidad como eje guía y así delimitar el problema, resultando: “Insatisfacción del usuario interno y externo durante el subproceso de admisión y categorización en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2019.

Cabe destacar que la delimitación del problema a abordar se sustenta en una introspección realizada por el usuario interno, el cual a través de su experiencia en la Unidad percibe los problemas a tratar.

3.4.3 Diagrama Causa-Efecto



CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

4.1 Título del proyecto

El siguiente proyecto tiene por nombre **“SATISFACCIÓN DURANTE LA ESPERA: COMPROMISO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE”**, el cual pretende mejorar el subproceso de “Admisión y Categorización” de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, logrando de esta forma aumentar la satisfacción del usuario interno y externo de la Unidad.

Palabras claves: Calidad- satisfacción del paciente - atención en salud- urgencias- información (Fuente: Bireme DeCS, Mayo 2019)

4.2 Fundamentación del proyecto

4.2.1 Perspectiva del usuario interno y externo

El usuario se ha convertido en el principal motor y objetivo de los servicios sanitarios, su grado de satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial. El Ministerio de Salud, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud ha planteado cuatro objetivos sanitarios para la década 2010-2020, dentro de los cuales destaca el aumentar el grado de satisfacción usuaria de la población frente a los servicios, para lo cual uno de sus objetivos estratégicos es mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas (1), ante esto, es de vital importancia tomar en cuenta al usuario al momento de realizar alguna mejora en los servicios prestados durante el proceso de Atención de Urgencia de la Unidad de Emergencia Infantil en donde se desarrolla el Trabajo Final de Grado.

Según el marco legal, la Ley 20.584 (8) que regula los deberes y derecho de las personas relacionado con su atención en salud, destaca en sus artículos el derecho a un trato digno y el derecho a la información. Este acceso a la información en las salas de espera de las Unidades de Emergencia en ocasiones se ve vulnerado debido a la inexistencia de estrategias de información en tiempo real a los usuarios y a la limitada comunicación con el paciente resultado del aumento de la demanda y la sobrecarga laboral, entre otros.

Es necesario mencionar además, que el dolor, el desconcierto que provoca una situación de urgencia y la frustración derivada del aumento en los tiempos de espera generan en el usuario sentimientos de ansiedad, miedo, impotencia, vulnerabilidad y agresividad (5,6) afectando directamente en la satisfacción de las personas.

La satisfacción usuaria no sólo comprende al usuario externo, quien recibe el servicio, sino que también al usuario interno quien lo presta, por esto, dicha Ley incorpora en el Artículo 35, en su inciso final que “Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten” (8), a su vez durante el año 2018 el Ministerio de Salud lanza la Norma General Administrativa N°28/2018 sobre Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud en respuesta a las agresiones vividas por el personal de salud de diversas Urgencias del país (9). La incorporación de esta Ley y de la Norma N°28, demuestra que a nivel nacional el usuario interno y externo es relevante, tanto política como socialmente y que se están tomando medidas para instaurar como mínimo una atención que respete los principios éticos y considere al usuario en su totalidad.

El proyecto se genera a partir de una necesidad sentida por el usuario interno y expresada de manera verbal por el usuario externo, presentándose como una estrategia de gestión y una oportunidad de mejora para aumentar la satisfacción

de las personas bajo la mirada del Cuidado Humanizado, aportando positivamente al proceso de Atención de Urgencias, específicamente en el subproceso de admisión y categorización.

Éste trae consigo múltiples beneficios al incorporar en sus estrategias a funcionarios claves dentro de los subprocesos mencionados, permitiéndoles de esta forma empoderarlos de su rol, favoreciendo así una atención acorde a las expectativas de la población.

Mejorar el trato durante el primer encuentro con el paciente y proporcionar información clara, oportuna y acorde a las necesidades del usuario externo, permitirá disminuir su ansiedad y vulnerabilidad propia de su estado de salud, lo que previene situaciones violentas que desencadenan agresiones verbales y/o físicas hacia el usuario interno, aumentando así la satisfacción de ambos, no presentando desventajas en su implementación.

4.2.2 Perspectiva de la atención de salud

Las Unidades de Emergencias constituyen una de las principales puertas de entrada a las instituciones de salud, representando un elemento clave dentro de la gestión local. Son unidades que otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día, representando una proporción significativa de las admisiones hospitalarias. Éstas se caracterizan por presentar una alta demanda de usuarios en busca de atención, las cuales poseen cada vez mayores niveles de congestión, debido a que frecuentemente el número de usuarios excede las capacidades del servicio, incrementándose de esta forma los tiempos de espera y disminuyendo la satisfacción usuaria, tanto del paciente como la del funcionario que se desempeña en dichas unidades (2,3).

Según cuenta pública del Hospital (10), en la Unidad de Emergencia infantil durante el año 2018 se realizaron 53.863 atenciones de urgencia pediátrica con un promedio de 150-200 consultas diarias. Durante la campaña de invierno del

año 2019, se alcanzaron peaks de 300 consultas diarias aproximadamente (11), evidenciando de esta forma un aumento de la demanda en temporada invernal.

Este proyecto es innovador, e interviene dos subprocesos del proceso de Atención de Urgencias, los cuales generalmente no son considerados dentro de las estrategias de mejora continua de la calidad, las que se enfocan principalmente en disminuir los tiempos de espera relacionados con la atención médica, dejando de lado la sala de espera, la cual presenta la mayor carga emocional y presión por parte del usuario externo durante del proceso de Atención.

Implementar mejoras en el subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke busca aumentar la satisfacción del usuario interno y externo durante el proceso de Atención de Urgencias para entregar así, un cuidado acorde a las expectativas de las personas. Es fundamental considerar que la Unidad de Emergencia Infantil es la unidad de más alta complejidad de la red Asistencial Viña del Mar-Quillota, siendo de esta forma, la que presta atención a la mayor proporción de beneficiarios pediátricos de la red. Dichas estrategias de gestión permitirán entregar oportunidad y equidad en la atención, facilitar el acceso a la información y aumentar la satisfacción usuaria, compromisos reflejados en la misión y visión de la institución, además de cumplir con los estándares mínimos de calidad.

Toda implementación innovadora requiere de recursos económicos, los cuales no se encuentran disponibles en la Unidad, esto podría considerarse una desventaja, sin embargo al ser una necesidad sentida no sólo en esta Unidad, sino que también en las Unidades de Emergencia a nivel país, el costo involucrado sería mínimo en comparación a los beneficios que traería consigo el proyecto.

Cabe mencionar que dicho proyecto en un futuro es posible de implementar en todas las Unidades de Emergencia a lo largo de la Red de Salud Viña del Mar-Quillota, lo cual no sólo traería beneficios para el Hospital sino que también para el Servicio de Salud, beneficiando de esta forma a toda la población asignada a

la red, obteniendo una cobertura del cien por ciento de los usuarios que acuden a las Unidades de Emergencia.

4.2.3 Perspectiva de la Disciplina de enfermería

Finalmente, desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, “el cuidado es la esencia de Enfermería, éste debiera estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, y facilitar a otro el adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración” (65). Según Watson, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el usuario.

Gracias al desarrollo y al marco ético-legal que sustenta la profesión en el país (12), es que este proyecto se vislumbra como una oportunidad para innovar y visibilizar la profesión, desarrollando la disciplina bajo el prisma del Cuidado Humanizado de Watson, impregnando de un cuidado holístico e integral dos subprocesos algo olvidados dentro de las estrategias de mejora continua de la calidad, uno de ellos netamente de responsabilidad del profesional enfermero, logrando así visibilizar lo que ante los ojos de los usuarios es un tanto invisible, un cuidado humano, cálido, de escucha y contención que permita una acogida y una recepción al usuario pediátrico y su familia.

Cabe mencionar que algunos de los actores principales del proyecto se encuentran bajo la dependencia de otros profesionales de la institución, por lo que involucrar al profesional enfermero se podría considerar una oportunidad para visibilizar la profesión.

4.2.4 Contexto socioeconómico

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) tiene una población total asignada de 1.067.092 habitantes de los cuales 850.472 personas corresponden a beneficiarios de FONASA. Del total de la población asignada a la red, el mayor porcentaje de habitantes lo tiene el Hospital Dr. Gustavo Fricke con una población total asignada de 426.869 habitantes, de las cuales 340.214 personas corresponden a beneficiarios de FONASA, de éstos, 58.740 son niños menores de 15 años, correspondiendo a un 17,3 % de la población total beneficiaria (10), los cuales son potenciales usuarios de la Unidad de Emergencia Infantil.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es el centro de salud autogestionado de más alta complejidad de la red de salud Viña del Mar-Quillota. Según la cuenta pública del año 2018 (10), la institución mantiene una deuda \$ 11.904.820 millones de pesos encontrándose dentro de los diez hospitales con más deuda a nivel país. Lo que ha conllevado en la actualidad a encontrarse en una crisis financiera. Por tanto, la institución no cuenta con recursos económicos para financiar el trabajo final de grado, por lo que ha sido autofinanciado por la autora.

4.2.5 Contexto geográfico

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es un recinto hospitalario público de alta complejidad perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) ubicado en el centro de la ciudad de Viña del Mar, en Avenida Álvarez #1532 esquina Simón Bolívar. De fácil acceso a la población, cuenta con locomoción colectiva a la puerta proveniente desde Viña del Mar, Valparaíso y zonas del interior como Quilpué, Villa Alemana, Quillota, Quintero, etc, además de contar

una estación de metro, lo cual permite un acceso aún más expedito a la institución.

Actualmente se encuentra en periodo de ampliación por lo que el acceso principalmente a la Unidad de Emergencia Infantil se encuentra parcialmente obstaculizado por la nueva construcción, impidiendo el libre acceso de las Ambulancias a la unidad.

4.3 Objetivos del proyecto

4.3.1 Objetivo general

Mejorar el subproceso de admisión y categorización del Proceso de Atención de Urgencias para satisfacción del usuario interno y externo de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2019.

4.3.2 Objetivos específicos

- Establecer programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil para funcionarios de empresa externa (guardias, orientador) que se desempeñan en la Unidad.
- Implementar protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.
- Implementar protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil.
- Implementar protocolo de recepción humanizada al usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización.

- Implementar protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.
- Implementar aplicación “Botón de pánico” para situaciones de agresión a funcionarios de la Unidad de Emergencia Infantil.
- Implementar sistema audiovisual de información para usuarios que se encuentren en la sala de espera de la Unidad del Emergencia Infantil en espera de atención médica.
- Implementar aplicación informativa para la comunidad sobre el uso correcto de la red de urgencia.

4.4 Cartera de prestaciones y beneficiarios

El proyecto nace desde una necesidad sentida por los usuarios internos y manifestada de manera verbal por los usuarios externos, la cual se relaciona a la falta de información en tiempo real en la sala de espera de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, sin embargo al ir indagando en el día a día, en la dinámica que se genera durante el proceso de atención de urgencias, en la literatura y en lo empírico, la información es sólo una arista a abordar. Debido a esto y considerando que durante el proceso de atención de urgencias existen subprocesos, se toman en cuenta aquellos subprocesos que tienen directa relación con la sala de espera (admisión y categorización).

La cartera de prestaciones se divide en prestaciones para el usuario interno y para el usuario externo, las cuales se detallan a continuación.

TABLA N° 2: CARTERA DE PRESTACIONES

USUARIO INTERNO	USUARIO EXTERNO
1.- Implementación de Programa de inducción para funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.	1.- Implementación de sistema audiovisual de información para usuarios que se encuentran en la sala de espera de la Unidad de Emergencia infantil.
2.- Implementación de protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil	2.- Creación de aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la ciudad de Viña del Mar
3.- Implementación de protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil	
4.- Implementación de protocolo de recepción humanizada para usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización	
5.- Implementación de protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil	
6.- Creación e implementación de aplicación de “Botón de pánico” para situaciones de agresión a funcionarios que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.	

Cartera de prestaciones para el usuario interno

La institución proporciona el recurso humano y todo lo necesario para la atención, invierte en seguridad y orientación. De esta forma la Unidad cuenta con un guardia durante las 24 hrs del día de lunes a domingo y con un orientador de lunes a viernes de 8 a 18 hrs. Ellos son los actores principales de la sala de espera y son la primera cara que ve el usuario en busca de atención, dependiendo de cómo el usuario externo perciba la atención es la dinámica que se generará durante el proceso en general.

El personal de seguridad y de orientación son funcionarios de empresa externa y se encuentran a cargo de diferentes unidades del Hospital, es así como Servicios Generales se encuentra a cargo del personal de seguridad y la Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) del personal de orientación. Si bien en las bases administrativas de cada licitación (servicios de seguridad y de orientación) se encuentran las funciones a realizar según su cargo, al personal de empresa externa no se le proporciona ninguna orientación a nivel local, por lo que no conoce en profundidad la dinámica de atención, la planta física y el equipo humano con el cual trabaja, presentándose de esta forma la primera arista a abordar, de donde nace la primera prestación del proyecto.

1. Implementación de Programa de inducción para funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.

Tabla N°3: Prestación N° 1

Actividades	Productos	Cobertura	Rendimiento	Responsable	Beneficiarios	
1.- Elaboración de programa de inducción a la UEI	Programa de inducción a la UEI (ANEXO 4)	Un orientador y cuatro guardias	Una Hora por inducción por persona	- Enfermera cursando magíster: Creación e implementación de programa de inducción, realización de la inducción. Creación de	Personal de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.	
2.- Elaboración de pauta de cotejo y constancia de realización de la Inducción a la UEI	Pauta de cotejo y constancia de realización de la Inducción a la UEI (ANEXO 4)			Encuesta de evaluación a la Inducción. (ANEXO 4)		encuesta de satisfacción a la inducción.
3.- Elaboración de encuesta de satisfacción de Inducción	Encuesta de evaluación a la Inducción. (ANEXO 4)					

4.- Elaboración de inducción rápida a la Unidad	Inducción rápida a la Unidad (ANEXO 4)			Creación de material power point	
5.- Difusión y revisión del programa de inducción con la jefatura	Programa de inducción aprobado			- Enfermera Supervisora:	
6.- Elaboración de manual de inducción a la Unidad	Manual de inducción a la UEI (ANEXO 5)			Revisión y autorización de programa y manual de inducción.	
7.- Difusión y revisión de manual de inducción con la jefatura	Manual de inducción aprobado				
8.- Elaboración de power point sobre el manual de inducción	Presentación power point sobre manual de inducción (ANEXO 6)				
9.- Inducción al personal de empresa externa (guardias y orientador)	Personal de empresa externa con inducción realizada				

La inducción a nivel local es fundamental para generar sentido de pertenencia del personal de empresa externa y facilitar su incorporación a la Unidad, además de esto es imperativo establecer de manera escrita las funciones derivadas de su rol, por lo que se genera la segunda y tercera prestación del proyecto.

2. Implementación de protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil

Tabla N°4: Prestación N° 2

Actividades	Productos	Cobertura	Rendimiento	Responsable	Beneficiarios
1.- Creación de protocolo de acción para guardias	Protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la UEI (ANEXO 7)	4 guardias	Una hora por capacitación en protocolo de acción por persona	- Enfermera cursando magíster: Creación e implementación de protocolo de acción, realización de capacitación. Creación de power point	Personal de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil como guardia
2.- Difusión del protocolo con la jefatura y referente técnico	Protocolo revisado y aprobado por la jefatura				
3.- Creación de presentación power point sobre protocolo de acción	Presentación power point (ANEXO 8)				

<p>4.- Difusión de protocolo de acción para guardias</p>	<p>Personal de seguridad capacitado en protocolo de acción</p>			<p>- Enfermera Supervisora: Revisión y autorización de protocolo de acción</p> <p>- Referente técnico del área: Revisión de protocolo de acción</p>	
--	--	--	--	---	--

3. Implementación de protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil

Tabla N°5: Prestación N° 3

Actividades	Productos	Cobertura	Rendimiento	Responsable	Beneficiarios
1.- Creación de protocolo de acción para orientador	Protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeñan en la UEI (ANEXO 9)	Un orientador	Una hora por capacitación en protocolo de acción por persona	- Enfermera cursando magíster: Creación e implementación de protocolo de acción, realización de capacitación. Creación de power point	Personal de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil como orientador
2.- Difusión del protocolo con la jefatura y referente técnico	Protocolo revisado y aprobado por la jefatura			- Enfermera Supervisora:	
3.- Creación de presentación power point sobre protocolo de acción	Presentación power point (ANEXO 10)				

<p>4.- Difusión de protocolo de acción para orientador</p>	<p>Personal de orientación capacitado en protocolo de acción</p>			<p>Revisión y autorización de protocolo de acción</p> <p>- Referente técnico del área:</p> <p>Revisión de protocolo de acción</p>	
--	--	--	--	---	--

Mejorar el trato con el usuario externo en el primer encuentro durante el subproceso de categorización es fundamental para aumentar la satisfacción de éste, y es responsabilidad del profesional enfermero/a utilizar todas las herramientas posibles para lograrlo, por tanto, la siguiente prestación utiliza como base la Filosofía del Cuidado Humanizado de Jean Watson y desde ahí pretende entregar un cuidado cercano, visible y acorde a las expectativas del usuario externo y su familia.

4. Implementación de protocolo de recepción humanizada al usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización

Tabla N°6: Prestación N° 4

Actividades	Productos	Cobertura	Rendimiento	Responsable	Beneficiarios
1.- Creación de protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización	Protocolo recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización (ANEXO 11)	- 27 Paramédicos - 11 Paramédicos suplentes - 12 Enfermeras	Una hora por capacitación en protocolo de recepción por turno (7 paramédicos y 3 enfermeras por turno)	- Enfermera cursando magíster: Creación e implementación de protocolo de recepción humanizada, realización de capacitación. Creación de power point	Personal de enfermería que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil
2.- Difusión del protocolo con la jefatura	Protocolo revisado y aprobado por la jefatura	- 6 Enfermeras suplentes		- Enfermera Supervisora:	
3.- Creación de presentación power	Presentación power point (ANEXO 12)				

point sobre protocolo de recepción				Revisión y autorización de protocolo de recepción humanizada
4.- Difusión de protocolo de recepción humanizada	Personal de enfermería capacitado en protocolo de recepción humanizada			

La falta de información en tiempo real y el aumento en los tiempos de espera por atención en las salas de espera de las unidades de emergencia generan en el usuario externo sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad los cuales pueden desencadenar en situaciones de agresividad hacia el personal de salud, bajo estos antecedentes se genera la cuarta prestación del proyecto.

Cabe destacar que a nivel local no existe ningún protocolo en caso de agresión. El MINSAL durante el año 2018 debido a situaciones de agresión de connotación pública a nivel nacional lanza la norma N°28 en la cual se basa la prestación.

5. Implementación de protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil

Tabla N°7: Prestación N° 5

Actividades	Productos	Cobertura	Rendimiento	Responsable	Beneficiarios
1.- Creación de protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil	Protocolo de agresión de la Unidad de Emergencia Infantil actualizado (ANEXO 13)	- 1 Enfermera Supervisora - 1 Médico jefe de servicio - 12 Enfermeras clínicas	Una hora por capacitación en protocolo de agresión por grupo máximo 10 personas	- Enfermera cursando magíster: Creación y difusión de protocolo en caso de agresión para funcionarios de la salud que se desempeñan en la Unidad.	Todo personal de salud que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil. (96 funcionarios)
2.- Difusión de protocolo con jefatura	Protocolo revisado y aprobado por la jefatura	- 6 Enfermeras clínicas suplentes			

3.- Creación de presentación power point sobre protocolo de agresión	Presentación power point para difusión de protocolo (ANEXO 14)	<ul style="list-style-type: none"> - 27 Técnicos paramédicos estables - 11 Técnicos paramédicos suplentes 		Creación de power point	
4.- Difusión de protocolo de agresión	Personal de salud capacitado en protocolo de agresión	<ul style="list-style-type: none"> - 6 Auxiliares de servicio - 18 pediatras - 12 cirujanos - 2 traumatólogos 		- Enfermera Supervisora: Revisión del protocolo - Médico Jefe de Unidad: Revisión del protocolo	

Dentro de la norma N°28 del MINSAL sobre agresiones al personal de salud, se desprenden recomendaciones dentro de las cuales destacan potenciar el rol del personal de seguridad, potenciar el rol del orientador y tener un botón de pánico en caso de presentarse una situación de agresión al funcionario de salud. La institución debe acondicionar las unidades de emergencia para instalar un botón de pánico, sin embargo debido a la crisis económica por la cual cruza el hospital esta instalación se ha visto retrasada, en relación a esto se genera la siguiente prestación.

6. Creación e implementación de aplicación de “Botón de pánico” para situaciones de agresión a funcionarios que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil.

Tabla N°8: Prestación N° 6

Actividades	Productos	Cobertura	Responsable	Beneficiarios
1.- Formulación de la idea de aplicación “botón de pánico”	Idea conceptual de la aplicación “botón de pánico”	- 1 Enfermera Supervisora - 1 Médico jefe de servicio	- Enfermera cursando magíster: Formulación y	Todo personal de salud que se desempeña en la Unidad de
2.- Creación de la aplicación “botón de pánico”	Aplicación “Botón de pánico” para funcionarios que se desempeñan en la UEI	- 12 Enfermeras clínicas - 6 Enfermeras clínicas suplentes - 27 Técnicos paramédicos estables	difusión de la aplicación “Botón de pánico” para	Emergencia Infantil. (96 funcionarios)
3.- Difusión de la aplicación	Instructivo de uso de la aplicación	- 11 Técnicos paramédicos suplentes - 6 Auxiliares de servicio - 18 pediatras - 12 cirujanos - 2 traumatólogos	la salud que se desempeñan en la Unidad - Informático: Creación de la aplicación	

Cartera de prestaciones para el usuario externo

Para que el orientador pueda entregar información en tiempo real a los usuarios consultantes en la Unidad de Emergencia Infantil es fundamental contar con las herramientas necesarias, ya sea una pantalla informativa o un Tablet en donde él pueda apoyarse para realizar la función de orientar e informar, es por esto que se hace necesaria la siguiente prestación. Cabe destacar que la Unidad de emergencia infantil cuenta con un programa informatizado el cual muestra un mapa de piso de la Unidad, por lo que esta información se podría proyectar en la pantalla de televisión que se encuentra en la sala de espera o en su defecto a través de un Tablet la cual sería utilizada por el orientador.

1. Implementación de sistema audiovisual de información para usuarios que se encuentran en la sala de espera de la Unidad de Emergencia infantil.

Tabla N°9: Prestación N° 1

Actividades	Productos	Cobertura	Responsable	Beneficiarios
1.- Formulación del sistema audiovisual de información para usuarios de la UEI	Sistema audiovisual de información (pantalla o Tablet)	200.665 niños y niñas menores de 15 años asignados a la red de salud Viña del Mar-Quillota	- Enfermera cursando magíster: Formulación y difusión del sistema audiovisual de información	Todo niño y niña en conjunto a su familia que consulte en la Unidad de Emergencia
2.- Implementación de sistema audiovisual de información	Capacitación a orientador		- Orientador: Manejar y mantener el sistema audiovisual de información al usuario	Infantil

Además de la información en tiempo real sobre tiempos de espera de atención a los usuarios que consultan en la Unidad de Emergencia, se hace imperativo incorporar las tecnologías de la información y comunicación (TICs) y de esta forma contar con un sistema o aplicación informativa que proporcione educación sobre la red de urgencia en la ciudad. Información en relación a la ubicación de servicios primarios de urgencia, categorización, etc. La literatura menciona que la demanda de las unidades de emergencia no se puede manejar pero si direccionar a través de la información, por lo cual esta aplicación sería de gran impacto a la comunidad.

Si bien el Hospital cuenta con material informativo impreso, en la actualidad es muy poca la lectura que la sociedad realiza lo que se evidencia con el material informativo en el papelería, sin embargo contar con una aplicación en el celular es mucho más cómodo y rápido lo que se condice con la cultura de la inmediatez en la cual se vive inmerso hoy. Tomando en consideración lo anteriormente mencionado se genera la última prestación del proyecto.

Es necesario mencionar que la cartera de prestaciones del proyecto sus actividades y productos se relacionan a estrategias y no a prestaciones de salud por lo cual en la prestación para el usuario interno N°6 y la prestación para el usuario externo 1 y 2 los ítems concentración y rendimiento no se consideraron debido a que ambos hacen alusión al número de actividades realizadas por el profesional en una hora.

2. Creación de aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la ciudad de Viña del Mar

Tabla N°10: Prestación N° 2

Actividades	Productos	Cobertura	Responsable	Beneficiarios
1.- Formulación de la idea de aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la Ciudad de Viña del Mar	1.- Idea conceptual de la aplicación	1.067.092 habitantes asignados a la red de salud Viña del Mar-Quillota	- Enfermera cursando magíster: Formulación y difusión de la aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la Ciudad de Viña del Mar “Mi Urgencia” - Informático: Creación de la aplicación	426.869 habitantes asignados al Hospital Dr. Gustavo Fricke, los cuales son potenciales usuarios de las Unidades de Emergencia de la ciudad.
2.- Creación de la aplicación	Aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la Ciudad de Viña del Mar “Mi Urgencia”			
3.- Difusión de la aplicación	Aplicación difundida			

CAPÍTULO 5: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

5.1 Estrategias de Implementación

5.1.1 Estrategias previas a la implementación

- La Unidad de Emergencia Infantil durante el mes de septiembre del presente año tuvo cambio de jefatura tanto de Enfermera Supervisora como de Médico Jefe de Unidad, por lo que la primera estrategia previa a la implementación del proyecto será presentarlo ante la nueva jefatura. La Jefatura anterior se encontraba muy comprometida con el proyecto, por lo que el primer desafío será encantar al nuevo equipo.
- De manera paralela, gestión de los permisos correspondientes con la Unidad Asistencial Docente de la institución para realizar la implementación.
- Presentación del proyecto en reunión de servicio de la Unidad, reunión conformada por todos los estamentos; médicos, enfermeras, técnicos en enfermería y auxiliares de servicio para informarlos sobre el proyecto de gestión y poder obtener retroalimentación.
- Acoger sugerencias emanadas desde la reunión de servicio para complementar actividades a realizar.
- Presentación del proyecto a referente técnico de Servicios Generales para informarlo sobre el trabajo a realizar con el servicio de seguridad que se desempeña en la Unidad, obtener retroalimentación y establecer personal de seguridad estable y no rotativo como es la dinámica del servicio.
- Presentación del proyecto a referente técnico de OIRS para informarlo sobre el trabajo a realizar con el servicio de orientación que se desempeña en la Unidad y obtener retroalimentación.
- Presentación del programa y manual de inducción, protocolos de acción, protocolo de agresión a jefatura para revisión y aprobación de ellos.

- Presentación del programa y manual de inducción, protocolo de acción, protocolo de agresión en reunión de enfermeras de la Unidad.
- Acoger sugerencias emanadas desde reunión de enfermeras para complementar protocolos.
- Presentación del proyecto a Coordinadora de área de Atención Abierta, para informarla sobre las estrategias a implementar en la Unidad de emergencia, presentar sus productos (protocolos) y obtener retroalimentación.
- Reunión con informático para creación de aplicaciones.
- Reunión con la Jefa de la Unidad de Higiene y seguridad del Hospital para presentar el protocolo local de agresión al funcionario de salud.
- Reunión con relacionadora pública del Hospital para ver posibilidad de difusión de la aplicación informativa a la comunidad.
- Coordinación con Referente Técnico de Servicios Generales para concretar implementación del proyecto y obtener un horario protegido para esto.
- Coordinación con Referente Técnico de OIRS para concretar implementación del proyecto y obtener un horario protegido para esto.

5.1.2 Estrategias de difusión interna

- Difusión de protocolos revisados y aprobados a enfermeras de la Unidad para mostrar el producto final.
- Difusión de protocolos revisados y aprobados con referentes técnicos de cada área (Servicios Generales y OIRS) para mostrar producto final.
- Socialización verbal sobre fase de implementación del proyecto con personal de salud de la Unidad.

5.1.3 Estrategias post implementación

- Reuniones espontáneas concertadas de manera verbal con jefatura de enfermería para comentar factores favorecedores y dificultades de la implementación del proyecto
- Reuniones espontáneas concertadas de manera verbal con referente técnico de servicios generales para comentar factores favorecedores y dificultades de la implementación del proyecto
- Reuniones espontáneas concertadas de manera verbal con referente técnico de OIRS para comentar factores favorecedores y dificultades de la implementación del proyecto
- Comunicación vía what's app con referentes técnicos de cada área para comentar novedades relacionadas a la implementación del proyecto

5.1.4 Factores favorecedores

En relación a los factores favorecedores para la implementación del proyecto destacan la buena disposición de la nueva jefatura principalmente de la Enfermera Supervisora de la Unidad.

Otro factor favorecedor es la buena acogida y el interés por el proyecto mostrado por la Coordinadora del área de Atención Abierta del Hospital.

Es necesario mencionar la buena acogida y disposición por parte de los Referentes Técnicos de cada área; Servicios Generales y OIRS, los cuales mostraron desde el primer momento compromiso con el proyecto.

En relación al equipo de salud de la Unidad de Emergencia Infantil al ser una necesidad sentida por el equipo destaca el entusiasmo, compromiso y cooperación y motivación.

5.1.5 Factores obstaculizadores

En relación a los factores obstaculizadores es necesario mencionar la coincidencia del proceso de implementación del proyecto y el cambio de jefatura de la Unidad, lo cual debido a la nueva socialización del proyecto retrasó lo planificado.

Además los tiempos planificados no se acotan a la realidad hospitalaria, debido a esto se debió reprogramar en varias oportunidades algunas estrategias previas a la implementación del proyecto.

Otro factor obstaculizador tiene relación con la disponibilidad monetaria para la creación de la aplicación informativa a la comunidad y el botón de pánico. Al no contar con el recurso económico necesario fue imposible realizar dichas prestaciones en esta instancia, sin embargo quedarán como sugerencias a la institución. Además se deja abierta la posibilidad de presentar el proyecto en diversos concursos para obtener el recurso y así en un futuro concretar las prestaciones faltantes.

Por último se hace imperativo mencionar el contexto nacional el cual vive Chile, la realidad social que enfrenta el país ha hecho que la institución desde mediados de octubre de mantenga en contingencia, sin considerar la crisis financiera por la que cruza el Hospital, por lo cual los permisos y la aprobación de protocolos se han visto retrasados según lo planificado. La instauración de turnos de 24 hrs en la Unidad debido a la contingencia nacional ha retrasado la aplicación de algunos protocolos, sin embargo estos se aplicaran durante los meses de noviembre y diciembre.

5.1.6 Cambios en el ambiente estático

En la Unidad de Emergencia infantil la posibilidad y necesidad de cambios en el ambiente estático es casi nula para la implementación del proyecto, en primer lugar porque para hacer algún cambio en el ambiente estático se necesitan recursos económicos, los cuales no se encuentran disponibles y en segundo lugar entendiendo esta dificultad, en el proyecto no se considera.

5.1.7 Cambios en el ambiente dinámico

En relación a los cambios en el ambiente dinámico considera una nueva dinámica entre el guardia, el orientador y los funcionarios de la salud de la Unidad. En primer lugar la dinámica entre el guardia y el orientador al tener sus funciones definidas permitirá que no exista una superposición de roles. A su vez al empoderar al orientador en su rol permitirá ser el nexo entre el usuario interno y externo permitiendo de esta forma que la exposición del usuario interno disminuya influyendo directamente en la satisfacción de éste.

5.2 Recursos Humanos, Técnicos y Financieros

5.2.1 Recurso Humano

La responsable del proyecto es de la Enfermera Clínica de la Unidad que cursa Magister, sin embargo el proyecto contempla la participación de todo el equipo de salud y funcionarios de empresa externa que se desempeñan en la Unidad.

TABLA N°11: Recurso humano

PARTICIPANTES	ACTIVIDAD
Enfermera cursando magíster	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de programa de inducción con pauta de cotejo y evaluación de satisfacción de la inducción - Elaboración de manual de inducción con su power point de presentación - Elaboración de protocolo de acción para guardias y orientador con su power point de presentación - Elaboración de protocolo de acción en caso de agresión al funcionario de la salud de la Unidad con su power point de presentación - Implementación, difusión y capacitación de protocolos. - Formulación de la idea de aplicación “botón de pánico” - Formulación del sistema audiovisual de información para usuarios de la UEI - Formulación de la idea de aplicación informativa a la comunidad sobre el uso de la red de urgencias de la Ciudad de Viña del Mar

Enfermera Supervisora de la Unidad	- Revisión y aprobación de programa de inducción - Revisión y aprobación de protocolos resultantes del proyecto
Médico jefe de la Unidad	- Revisión de protocolo de acción en caso de agresión para funcionarios de la salud de la Unidad
Coordinadora de Atención Abierta del Hospital	- Revisión y aprobación de protocolo de acción en caso de agresión para funcionarios de la salud de la Unidad
Referente técnico de Servicios Generales	- Revisión y retroalimentación de protocolo de acción para guardias
Jefe supervisor de guardias	- Elección de guardias para que sean estables en la Unidad
Referente técnico de OIRS	- Revisión y retroalimentación de protocolo de acción para orientador
Enfermeras clínicas de la Unidad	- Revisión y retroalimentación de protocolos - Participantes de capacitaciones
Médicos de la Unidad	- Participantes de capacitaciones
Personal de Enfermería de la unidad	- Retroalimentación de proyecto y actividades a realizar - Participación de capacitaciones
Auxiliares de servicio	- Participación de capacitaciones
Personal de seguridad	- Participación de capacitaciones
Personal orientador	- Participación de capacitaciones
Informático	- Creación de las aplicaciones
Relacionadora pública del Hospital	- Difusión de aplicación para la comunidad

5.2.2 Recurso Técnico

TABLA N°12: Recurso técnico

ETAPA	RECURSO	ACTIVIDADES
Implementación	Oficina con computador, internet y teléfono	Para las actividades de gestión del proyecto en el Hospital, se utilizará la oficina y computador con internet y teléfono de la Enfermera supervisora de la Unidad.
Implementación	Computador con internet	- Actividades de gestión fuera del hospital. - Elaboración de protocolos y material para capacitación
Implementación	Impresora, tinta de impresora, papel de impresión	Impresión de protocolos. Se utilizará la impresora, papel y tinta de la Unidad.
Ejecución	Computador	Capacitación al personal
Ejecución	Tablet o tv de la unidad	Proporcionar información al usuario externo
Monitoreo y evaluación	Hoja de tomo conocimiento del protocolo	Constatación de tomo conocimiento del protocolo
Monitoreo y evaluación	Pauta de cotejo de realización de la inducción	Constatación de realización de la

		inducción según sus etapas
Monitoreo y evaluación	Encuesta de satisfacción usuaria post inducción	Evaluar el grado de satisfacción de la inducción realizada

5.2.3 Recurso Financiero

Para la implementación y desarrollo del proyecto se utilizarán los recursos disponibles en la unidad en relación principalmente a impresión de protocolos. Sin embargo existe un costo asociado el cual se desarrolla en el ítem presupuesto y que tiene relación con la creación de las aplicaciones comprometidas en el proyecto y el medio audiovisual de información para el usuario externo.

Los productos, relacionado a los protocolos que recibirán los beneficiarios de la intervención no tienen costo asociado para ellos.

5.3 Carta Gantt

FIGURA N°7: Carta Gantt

		CARTA GANTT																					
ETAPAS	ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO	
		SEMANAS																					
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	
	Socialización del proyecto con la nueva jefatura			X																			
	Obtención de los permisos para la implementación del proyecto con Unidad Asistencial				X					X	X												
	Presentación del proyecto en reunión de servicio				X																		
	Presentación del proyecto a referente técnico de Servicios Generales					X																	
	Presentación del proyecto a referente técnico de OIRS								X														
	Elaboración de programa de inducción				X	X																	
	Elaboración de manual de inducción				X	X																	
I	Elaboración de protocolo de acción para guardias					X	X																
M	Elaboración de protocolo de acción para orientador					X	X																
P	Elaboración de protocolo en caso de agresión al funcionario de salud					X	X																
L	Elaboración de protocolo en caso de agresión al funcionario de salud					X	X																
E	Elaboración de power point de protocolos							X															
M	Presentación de programa de inducción a la jefatura								X														
E	Presentación de protocolos a jefatura								X														
N	Presentación de protocolo a referente técnico de Servicios Generales									X													
T	Presentación de protocolo a referente técnico de OIRS									X													
A	Socialización de avances y protocolos con jefatura de enfermería					X	X	X	X		X		X										
C	Socialización de protocolo de agresión al funcionario de salud con jefatura médica											X											
I	Presentación de Proyecto de Tesis a Coordinadora de la Atención Abierta del Hospital												X										
O	Reunión con informático para la creación de las aplicaciones												X										
N	Creación de aplicaciones												X	X	X	X	X	X					
	Gestión de medio audiovisual de información a la población												X	X	X								
	Reunión con Jefa de Higiene y seguridad del Hospital												X										
	Reunión con relacionadora pública del Hospital													X									
	Coordinación con referente técnico de Servicios Generales para ejecución de capacitación													X									
	Coordinación con referente técnico de OIRS para ejecución de capacitación													X									

Activar

5.4 Presupuesto

5.4.1 Presupuesto general

**“SATISFACCIÓN DURANTE LA ESPERA: COMPROMISO DE LA UNIDAD
DE EMERGENCIA INFANTIL, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE”**

TABLA N°13: PRESUPUESTO GENERAL

ÍTEM	TOTAL
1.- EQUIPAMIENTOS	\$ 129.000.-
2.- PAPELERÍA	\$ 2.490.-
3.- RECURSOS HUMANOS	\$ 214.636.-
4.- APLICACIONES	\$980.000.-
5.- DIFUSIÓN DE APLICACIÓN A LA COMUNIDAD	\$50.000.-
6.- BIENES Y SERVICIOS	\$ 150.000.-
TOTAL	\$1.533.636.-
7.-IMPREVISTOS 5% DEL PRESUPUESTO GENERAL	\$ 76.681.8.-
TOTAL GENERAL	\$ 1.610.318.-

5.4.2 Desglose de presupuesto por ítem y actividad

TABLA N°14

ÍTEM: 1.- EQUIPAMIENTO

ACTIVIDAD:

- Implementación de programa de inducción
- Implementación de protocolo de acción
- Implementación de protocolo de agresión para funcionario de la salud

N°	Equipamiento	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Notebook	Samsung NP300E4E	1	\$ 0*	\$ 0*
2	Impresora multiuso	Brother multifuncional	1	\$ 0*	\$ 0*
TOTAL DE EQUIPAMIENTO					\$ 0

* El costo del equipamiento es cero debido a que cuenta con él

ACTIVIDAD:

- Implementación de medio audiovisual de información a la población

N°	Equipamiento	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Pantalla de TV	Samsung 50 pulgadas	1	\$ 0 *	\$ 0*
2	Tablet	Samsung galaxy tab a 8" 32gb wifi+4g	1	\$ 129.990	\$ 129.990
TOTAL DE EQUIPAMIENTO					\$ 129.000

* El costo del equipamiento es cero debido a que cuenta con él

TOTAL FINAL EN EQUIPAMIENTO \$ 129.000.-

TABLA N°15

ÍTEM: 2.- PAPELERÍA

ACTIVIDAD:

- Implementación de programa de inducción

- Implementación de protocolo de acción

- Implementación de protocolo de agresión para funcionario de la salud

N°	Papelería	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Programa de inducción	Para quien lo aplica	1	\$ 0*	\$ 0*
2	Manual de inducción	Para guardias y orientador	5	\$ 0*	\$ 0*
3	Protocolo de acción	Para orientador	1	\$ 0*	\$ 0*
4	Protocolos de acción	Para guardias	4	\$ 0*	\$ 0*
5	Protocolo de agresión	Para quien lo aplica	1	\$ 0*	\$ 0*
6	Papel tamaño carta	Para impresión		\$ 0*	\$ 0*
7	Lápiz pasta	Bic color azul	3	\$ 300	\$ 900
8	Block de notas	Para orientadora block colón escolar 7mm 80hj c/espinal	1	\$ 1.590	\$ 1.590
9	Tinta para impresora	Toner brother	1	\$ 0*	\$ 0*
TOTAL DE ÍTEM					\$ 2.490.-

* El costo de la papelería es cero debido a que se utilizará la papelería de la unidad

TABLA N°16

ÍTEM: 3.- RECURSO HUMANO

ACTIVIDAD:

- Implementación de programa de inducción

- Implementación de protocolo de acción

- Implementación de protocolo de agresión para funcionario de la salud

N°	Recurso humano	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Enfermera clínica Grado 12	Rendimiento: 1 hora por inducción	5	\$ 9.332	\$ 46.660
2	Enfermera clínica Grado 12	Rendimiento: 1 hora por socialización de protocolo de acción para orientador	1	\$ 9.332	\$ 9.332
3	Enfermera clínica Grado 12	Rendimiento: 1 hora por socialización de protocolo de acción para guardias	4	\$ 9.332	\$ 37.328
4	Enfermera clínica Grado 12	Rendimiento: 2 hrs por socialización de protocolo de acción en caso de agresión por grupo	13	\$ 9.332	\$ 121.316

TOTAL RECURSO HUMANO/HORA	\$ 214.636.-
----------------------------------	---------------------

TABLA N° 17

ÍTEM: 4.- APLICACIONES

ACTIVIDAD:

- Creación de aplicación botón de pánico
- Creación de aplicación informativa a la comunidad sobre uso de la red de urgencias

N°	Aplicación	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Aplicación	Botón de pánico	1	\$ 300.000.-	\$ 300.000.-
2	Aplicación	Informativa a la comunidad	1	\$ 680.000.-	\$ 680.000.-
TOTAL APLICACIONES				\$ 980.000.-	

TABLA N°18

ÍTEM: 5.- DIFUSIÓN

ACTIVIDAD:

- Difusión de aplicación informativa a la comunidad sobre uso de la red de urgencias

N°	Difusión	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
2	Aplicación	Informativa a la comunidad	1	\$ 50.000*	\$ 50.000*
TOTAL DE DIFUSIÓN				\$ 50.000.-	

* El costo de difusión de la aplicación a la comunidad es cero debido a que se hará mediante la relacionada pública del Hospital

TABLA N°19

ÍTEM: 6.- Bienes y servicios

ACTIVIDAD:					
- Implementación de medio audiovisual informativo					
N°	Bienes	Especificaciones	Cantidad	Valor unitario	Valor final
1	Sistema TrackCare de atención	Mapa de piso de la Unidad	1	\$ 150.000*	\$ 150.000*
TOTAL DE DIFUSIÓN				\$ 150.000.-	

* El costo del sistema TrackCare es cero debido a que en la unidad se trabaja con el sistema el cual ofrece un mapa de piso de la unidad.

5.5 Plan de monitoreo

TABLA N° 19: Plan de monitoreo

ACTIVIDAD	INDICADOR	META	PLAZO	VERIFICADOR	RESPONSABLE
1.- Implementación programa de inducción	N° de personal de empresa externa inducido en la Unidad <hr/> N° de total del personal de empresa externa que se desempeña en la Unidad X 100	100% del personal de empresa externa que se desempeña en la Unidad (1 orientador + 4 guardias)	- Finales de diciembre 2019	- Pauta de cotejo y constancia de realización de la Inducción a la UEI - Lista firmada de Tomo conocimiento del manual de inducción	- Enfermera clínica de la Unidad cursando magíster
2.- Implementación de protocolo de acción para guardias	N° de guardias capacitado en protocolo de	100% del personal de empresa externa que se	- Finales de diciembre de 2019	- Lista firmada de Tomo conocimiento	- Enfermera clínica de la Unidad cursando magíster

	$\frac{\text{acción de la Unidad}}{\text{N}^\circ \text{ total de guardias que se desempeñan en la Unidad} \times 100}$	desempeña en la Unidad como guardia		del protocolo de acción	
3.- Implementación de protocolo de acción para orientador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de orientadores capacitado en protocolo de acción de la Unidad}}{\text{N}^\circ \text{ total de orientadores que se desempeñan en la Unidad} \times 100}$	100% del personal de empresa externa que se desempeña en la Unidad como orientador	- Finales de diciembre 2019	- Lista firmada de Tomo conocimiento del protocolo de acción	- Enfermera clínica de la Unidad cursando magíster

<p>4.- Implementación de protocolo de recepción humanizada al usuario pediátrico y a su familia durante el subproceso de categorización</p>	<p>N° de personal de enfermería de la Unidad capacitado en recepción humanizada</p> <hr/> <p>N° total de personal de enfermería de la Unidad X100</p>	<p>100% del personal de enfermería que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil</p>	<p>- Segundo quincena de enero</p>	<p>- Lista firmada de Tomo conocimiento del protocolo de recepción humanizada</p> <p>- Lista firmada de Tomo conocimiento del manual de inducción</p>	<p>- Enfermera clínica de la Unidad cursando magíster</p>
---	---	---	------------------------------------	---	---

<p>5.- Implementación de protocolo en caso de agresión a funcionario de la salud que se desempeña en la Unidad de Emergencia</p>	<p>N° de personal de la salud de la Unidad capacitado en protocolo de agresión</p> <hr/> <p>N° de total del personal de la salud de la Unidad X 100</p>	<p>100% del personal de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil</p>	<p>- Segunda quincena de enero</p>	<p>- Lista firmada de Tomo conocimiento del protocolo de acción en caso de agresión</p>	<p>- Enfermera clínica de la Unidad cursando magíster</p>
<p>6.- Implementación de “botón de pánico”</p>	<p>N° de personal de salud de la Unidad que ha descargado la aplicación</p> <hr/> <p>N° de total del personal de la salud de la Unidad X 100</p>	<p>100% del personal de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia infantil con botón de pánico instalado en su celular</p>	<p>Segunda quincena de enero</p>	<p>Plataforma que sustenta la aplicación</p>	<p>- Informático creador de la aplicación - Enfermera clínica cursando magíster</p>

<p>7.- Implementación de sistema audiovisual de información a usuarios consultantes en la unidad</p>	<p>N° de reclamos escritos por falta de información</p> <hr/> <p>N° total de reclamos escritos de la unidad X 100</p>	<p>Sistema audiovisual de información a usuarios implementada</p>	<p>Segunda quincena de enero</p>	<p>- Libro de reclamos y sugerencias</p>	<p>- Enfermera clínica cursando magíster - Orientador</p>
<p>8.- Implementación de aplicación informativa sobre el uso correcto de la red de urgencias de la ciudad de viña del mar</p>	<p>N° personas que hayan descargado la aplicación</p> <hr/> <p>N° total de personas asignadas a la red Viña del Mar-Quillota X100</p>	<p>Aplicación informativa difundida</p>	<p>Segunda quincena de enero</p>	<p>Plataforma que sustenta la aplicación</p>	<p>- Informático creador de la aplicación - Enfermera clínica cursando magíster</p>

CAPÍTULO 6: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

Para la administración del proyecto se utiliza como autor a Balderas (66) por su contribución en el desarrollo del profesional enfermera/o, y por ser un referente claro y amigable en la evolución de la administración de los servicios de enfermería desde la academia.

6.1 Establece funciones

Establecer las funciones según Balderas permite orientar las acciones del personal hacia el logro de los objetivos planteados, lo que permite además la continuidad en el tiempo del proyecto.

6.1.1 Del personal comprometido con el proyecto

La correcta implementación del proyecto requiere del compromiso y la participación del equipo de salud y de los referentes técnicos de cada área. Si bien en primera instancia su implementación como marcha blanca fue realizada por la magisteranda creadora del proyecto, para su permanencia en el tiempo éste contempla la asignación de funciones específicas al personal comprometido, las cuales se detallan a continuación.

TABLA N°21: Funciones personal médico

PARTICIPANTES	FUNCIONES
Médico jefe de la Unidad de Emergencia Infantil	- Revisión de protocolo de agresión al funcionario de salud - Velar por el cumplimiento del protocolo de agresión al funcionario de salud

	- Cumplir con el protocolo de agresión al funcionario de salud
Personal médico que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil	- Tomar conocimiento sobre protocolo de acción en caso de agresión para el personal de salud
	- Cumplir protocolo de acción en caso de agresión para personal de salud
	- Responder encuesta de satisfacción usuaria interna relacionado con situaciones de agresión al personal de salud

TABLA N°22: Funciones del personal de enfermería

PARTICIPANTES	FUNCIONES
Enfermera Coordinadora de Atención abierta Subdirección de gestión del cuidado	- Asesorar a equipo de enfermería en la realización de protocolos a implementar
	- Revisar y aprobar de protocolos a implementar
Enfermera supervisora de la Unidad	- Revisar y aprobar programa de inducción a la Unidad
	- Coordinar con referentes técnicos de área previo a la implementación del programa de inducción
	- Velar por el cumplimiento del programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil
	- Revisar y aprobar protocolos elaborados (protocolo de acción para guardias y orientador, protocolo de acción en caso de agresión al personal de salud, protocolo de acogida al paciente pediátrico y su familia)
	- Asesorar en la actualización de protocolos según normativa vigente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Liderar reuniones de equipo previo a la implementación de protocolos
<p>Enfermera Coordinadora de la Unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con referentes técnicos de área previo a la implementación del programa de inducción - Implementar programa de inducción - Aplicar pauta check list de realización de la inducción - Velar por el cumplimiento del programa de inducción - Aplicar encuesta de satisfacción a la inducción - Elaborar informes derivados de encuesta de satisfacción a la inducción aplicada - Implementar protocolo de acción en caso de agresión al personal de salud que se desempeña en la unidad - Socializar con equipo de salud flujogramas a seguir en caso de agresión al personal de salud - Implementar protocolo de acogida al paciente pediátrico y su familia - Velar por el cumplimiento de protocolos implementados - Actualizar protocolos según normativa vigente - Evaluar el grado de satisfacción del usuario interno mediante la aplicación de una encuesta de satisfacción durante situaciones de agresión al personal de salud - Realizar informe derivado de encuesta de satisfacción del usuario interno para realizar mejoras durante situaciones de agresión al personal de salud - Velar por el correcto uso de la Tablet informativa por parte del personal orientador de la unidad - Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de una encuesta de satisfacción

	relacionada a la información proporcionada en la sala de espera de la unidad
	- Realizar informa derivado de encuesta de satisfacción para el usuario externo en relación a la calidad de la información proporcionada en la sala de espera de la unidad
Enfermeras clínicas de la Unidad	- Velar por el cumplimiento de protocolos implementados
	- Reportar a enfermera supervisora y/o coordinadora sobre eventualidades derivadas del desempeño del personal de empresa externa guardia y seguridad
	- Reportar a enfermera supervisora y/o coordinadora sobre eventualidades derivadas de situaciones de agresión al personal para actualizar o modificar el protocolo de agresión

Debido a que en la actualidad la Unidad de Emergencia Infantil no cuenta con el recurso humano de enfermera coordinadora de la Unidad, durante la implementación todas las funciones asignadas a ésta fueron realizadas por la enfermera magisteranda creadora del proyecto. Sin embargo este recurso está contemplado para el próximo año dentro del recurso humano proyectado para el funcionamiento del nuevo Hospital. De esta forma, se le otorga un rol preponderante en la implementación del proyecto.

En caso que el recurso humano no se encontrara disponible, la enfermera supervisora podría asumir las funciones asignadas a la enfermera coordinadora de unidad, o en su defecto ésta podrá delegar dichas funciones a una enfermera clínica.

TABLA N°23: Funciones del referente técnico de área y supervisores

PARTICIPANTES	FUNCIONES
<p>Referente Técnico del área Servicios Generales</p>	<p>- Establecer personal de seguridad permanente en la unidad y no rotativo</p>
	<p>- Velar por el cumplimiento del programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil</p>
	<p>- Asesorar sobre normativa y funciones del servicio de seguridad del Hospital según licitación vigente</p>
	<p>- Velar por el cumplimiento del protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la unidad</p>
	<p>- Reportar cambios en el personal de seguridad que se desempeñen en la unidad</p>
<p>Supervisor de guardias</p>	<p>- Seleccionar al personal de seguridad el cual se desempeñará de manera permanente en la unidad</p>
	<p>- Velar por el cumplimiento del programa de inducción a todo personal de seguridad que se desempeñe en la unidad</p>
	<p>- Implementar protocolo de acción para guardias</p>
	<p>- Reportar a la supervisora y/o coordinadora de la Unidad sobre cambios en el personal de seguridad</p>
	<p>- Implementar inducción rápida a personal de seguridad de relevo que cubre al personal de seguridad estable en la unidad</p>
<p>- Reportar eventualidades sobre cambio de funciones o situaciones emergentes a la enfermera supervisora y/o coordinadora de la unidad</p>	
<p>Referente Técnico del área</p>	<p>- Velar por el cumplimiento del programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil</p>

OIRS	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar sobre normativa y funciones del servicio de orientación del Hospital según licitación vigente - Implementar protocolo de acción para personal orientador de empresa externa que se desempeña en la unidad - Velar por el cumplimiento del protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeñan en la unidad - Reportar a la supervisora y/o coordinadora de la Unidad sobre cambios en el personal de orientación - Reportar eventualidades sobre cambio de funciones o situaciones emergentes a la enfermera supervisora y/o coordinadora de la unidad
------	--

6.1.2 Del equipo comprometido en el proyecto

TABLA N°24: Funciones del equipo comprometido en el proyecto

PARTICIPANTES	FUNCIONES
Personal de seguridad de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar y cumplir con programa de inducción a la unidad - En caso de ser personal de seguridad de relevo, realizar inducción rápida a la unidad - Contestar encuesta de satisfacción al programa de inducción - Realizar capacitación y cumplir con protocolo de acción para guardias que se desempeñan en la unidad

	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conocimiento de protocolo de acción para guardias que se desempeñan en la unidad - Reportar a su supervisor dificultades derivadas del protocolo de acción para guardias de empresa externa
<p>Personal de orientación de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar y cumplir con programa de inducción a la unidad - Contestar encuesta de satisfacción al programa de inducción - Realizar capacitación y cumplir con protocolo de acción para orientador que se desempeñan en la unidad - Tomar conocimiento de protocolo de acción para orientador que se desempeñan en la unidad - Reportar a su supervisor dificultades derivadas del protocolo de acción para orientador de empresa externa - Recepcionar Tablet informativa y utilizarla como medio audiovisual de apoyo para cumplir su funciones de información y orientación en la unidad - Entregar al final de su jornada laboral la Tablet informativa a enfermera categorizadora del día
<p>Personal técnico en enfermería que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conocimiento sobre protocolo de acción en caso de agresión para el personal de salud - Cumplir protocolo de acción en caso de agresión para personal de salud - Responder encuesta de satisfacción usuaria interna relacionado con situaciones de agresión al personal de salud

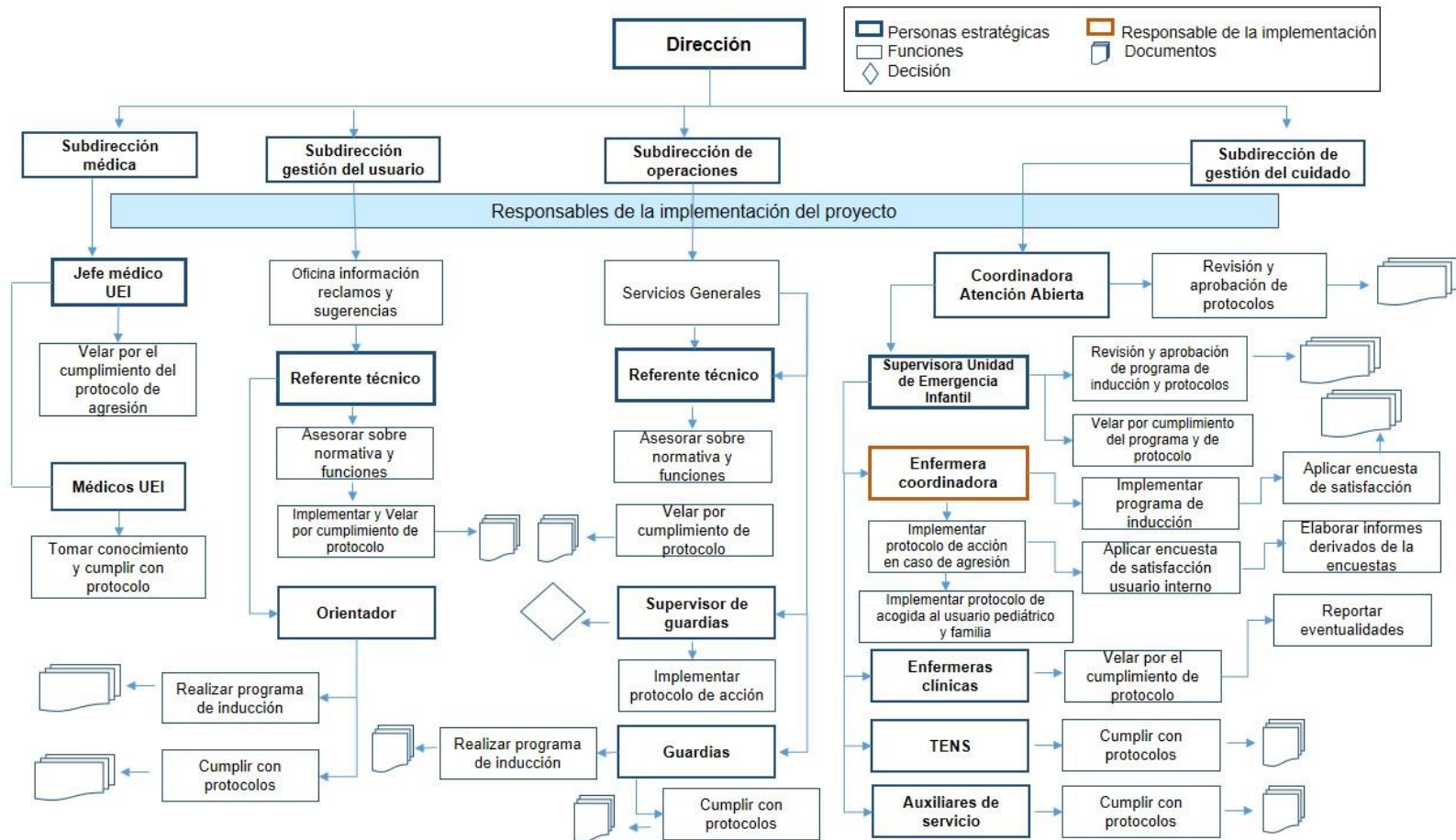
Personal auxiliar que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil	- Tomar conocimiento sobre protocolo de acción en caso de agresión para el personal de salud
	- Cumplir protocolo de acción en caso de agresión para personal de salud
	- Responder encuesta de satisfacción usuaria interna relacionado con situaciones de agresión al personal de salud

6.2 Establece niveles

6.2.1 Niveles de dependencia del personal

Según Balderas (66), establecer niveles de dependencia del personal permite evitar la centralización y al mismo tiempo impedir la superposición de roles en relación al proyecto, por lo cual se plantea el siguiente organigrama funcional en donde la autoridad fluye desde más de una fuente, delimitando sus funciones, propiciando la comunicación y coordinación.

6.2.2 Organigrama funcional



6.3 Establece mecanismos

Con el objetivo de mantener un acompañamiento durante el desarrollo de las actividades del proyecto, se definen las siguientes estrategias que serán adoptadas y ejecutadas por la coordinadora de unidad, se toma como referente a Balderas (66), quien considera el control como la apreciación de los resultados en cuanto al logro de los objetivos organizacionales. Esta valoración se hace por medio de sistemas y medios de control para detectar oportunamente desviaciones en la acción y aplicar medidas oportunas para corregirlas.

6.3.1 Mecanismo de control

Se plantean las siguientes estrategias de control:

- Previo a la ejecución del proyecto:
 - ✓ Acta de reunión con referentes técnicos de área, enfermera coordinadora de atención abierta, y diversos estamentos, la cual incluya firmas y acuerdos (ANEXO 15).

- Control post ejecución del programa inducción a la Unidad de emergencia:
 - ✓ Aplicación de pauta tipo check list de realización de la inducción a la Unidad de Emergencia Infantil. (Incorporada en programa de inducción, ANEXO 4)
 - ✓ Elaboración de informe con datos derivados; N° de personas con inducción realizada, cobertura, dificultades, etc.
 - ✓ Firma de tomo conocimiento de manual de inducción (Hoja incorporada en manual de inducción, ANEXO 5)

- Control de riesgo: Programa de inducción.
 - ✓ Firma de tomo conocimiento de inducción rápida realizada a personal de seguridad de relevo en la unidad (Hoja incorporada en programa de inducción, ANEXO 4)

- ✓ Reporte trimestral por parte de supervisora de guardias con nómina de personal de seguridad de relevo con inducción rápida realizada
- Control en la socialización de protocolo de acción para guardias y orientadores de empresa externa
 - ✓ Firma de tomo conocimiento de protocolo de acción para guardias y orientadores de empresa externa (Hoja incorporada en protocolo de acción, ANEXO 7 Y 9)
 - ✓ Elaboración de informe con datos derivados; N° de personas con protocolo socializado, cobertura, dificultades, etc.
- Control en la socialización de protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización
 - ✓ Firma tomo conocimiento de protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización (Hoja incorporada en protocolo de recepción ANEXO 12)
 - ✓ Elaboración de informe con datos derivados; N° de personas con protocolo socializado, cobertura, dificultades, etc.
- Control de riesgo (ANEXO 16): Protocolo de recepción humanizada
 - ✓ Incorporación de protocolo de acción en manual de inducción de la Unidad
- Control en la socialización de protocolo de acción de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la unidad
 - ✓ Firma de tomo conocimiento de protocolo de acción en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la unidad. (Hoja incorporada en protocolo de acción, ANEXO 13)
 - ✓ Elaboración de informe con datos derivados; N° de personas con protocolo socializado, cobertura, dificultades, etc.

- Control de riesgo (ANEXO 16): Protocolo de acción en caso de agresión
 - ✓ Incorporación de protocolo de acción en manual de inducción de la Unidad

- Control del medio audiovisual de información a la población
 - ✓ Revisión trimestral de libro de reclamos y sugerencias, en busca de reclamos por escrito en relación a falta de información.

6.3.2 Mecanismo de supervisión

Se ha establecido una supervisión semestral a los referentes técnicos; servicios generales y OIRS, en donde se le aplicaran los ítems correspondientes al área del plan de monitoreo con la finalidad de evaluar la implementación del proyecto, detectar fortalezas y debilidades que incidan en el logro de los objetivos. Esto aplica también para las actividades realizadas por la enfermera coordinadora de la unidad.

6.3.3 Mecanismo de coordinación

Para el logro de los objetivos planteados en el proyecto es necesario mantener una coordinación con todas las personas comprometidas en el proyecto, por lo cual se considera el mecanismo de coordinación de manera transversal durante el control y la supervisión, estableciendo de esta forma lo siguiente:

- ✓ Previo a la ejecución del programa de inducción y a la socialización del protocolo de acción para guardias y orientador, reuniones previas con referentes técnicos de cada área coordinada de manera personal o por correo electrónico (ANEXO 3).

- ✓ Previo a la ejecución y socialización del protocolo de acción en caso de agresión para los funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad, reuniones previas con distintos estamentos coordinadas de manera personal, por correo electrónico y/o avisado en mural (ANEXO 3).
- ✓ Coordinación telefónica con referentes técnicos de cada área según eventualidades (personal nuevo en puesto de trabajo)

6.4 Establece sistemas

Antes de mencionar el sistema de evaluación, es importante señalar que aumentar la satisfacción usuaria es uno de los cuatro objetivos sanitarios para la década 2010-2020. Asimismo la satisfacción usuaria es considerada dentro de las dimensiones de calidad de los servicios de salud por lo que evaluar el grado de satisfacción usuaria es de vital importancia al momento medir la calidad del servicio entregado y realizar mejoras en los procesos.

6.4.1 Sistema de evaluación

Evaluación del grado de satisfacción del usuario interno

Para evaluar el grado de satisfacción del usuario interno (guardia y orientador) en primera instancia se aplicará la encuesta de satisfacción a la inducción incluida en el Anexo N°4 del programa de inducción a la Unidad.

Además se elaborará una encuesta de satisfacción del usuario interno (ANEXO 17) en relación a situaciones de agresión al personal de salud y el manejo de ésta, que incluya:

- Manejo de la situación de agresión al funcionario por parte de superiores
- Acceso a contención emocional por parte de la institución
- Acceso a utilización de seguro de accidente laboral

Esta encuesta se aplicará posterior a un evento de agresión en la unidad.

Ambas encuestas se encontrarán disponibles en formato papel incluidos respectivamente en el programa de inducción y en el protocolo de acción en caso de agresión.

Evaluación del grado de satisfacción del usuario externo

Para evaluar el grado de satisfacción del usuario externo durante el subproceso de admisión y categorización del proceso de atención de urgencias se elaborará una encuesta de satisfacción usuaria con preguntas de selección múltiple orientadas a evaluar (ANEXO 18):

- Acceso a la información en relación a tiempos de espera
- Acceso a la información solicitada el personal orientador y/o de seguridad
- Calidad de la información proporcionada por el personal de salud, orientador y seguridad
- Trato del personal de salud durante el proceso de categorización
- Valoración del profesional que categorizó
- Importancia del acceso a la información

Además se incorporará un ítem de sugerencias, orientado a pesquisar factores no valorados que influyen en la satisfacción del usuario externo.

6.4.2 Seguimiento de responsabilidades y funciones

Para que exista un fiel cumplimiento de las funciones del proyecto establecidas con anterioridad, es necesario establecer responsabilidades las cuales se detallan a continuación:

TABLA N°25: Responsabilidades y funciones

PARTICIPANTE	FUNCIONES
Coordinadora de Atención abierta Subdirección de gestión del cuidado	- Realizar seguimiento de indicadores obtenidos en el plan de monitoreo.
	- Realizar seguimiento de resultados de encuestas de satisfacción usuaria
Enfermera supervisora de la Unidad de Emergencia Infantil	- Analizar los resultados de los indicadores obtenidos en el plan de monitoreo
	- Realizar seguimiento de indicadores obtenidos en el plan de monitoreo.
	- Proponer mejoras en caso de ser necesario
	- Reportar resultados de indicadores monitorizados a la Coordinadora de Atención abierta
Enfermera coordinadora de la unidad	- Reportar resultados de encuesta de satisfacción usuaria a Coordinadora de Atención abierta y Subdirección de gestión del usuario
	- Reportar semestralmente los indicadores monitorizados a la enfermera supervisora de la unidad
	- Coordinar la aplicación de la encuesta de satisfacción usuaria en los plazos definidos, para evaluar el grado de satisfacción del usuario interno y externo

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar informe con resultado de la encuesta de satisfacción usuaria y reportarlo a la enfermera supervisora de la unidad.
	<ul style="list-style-type: none"> - Reportar resultados de encuesta de satisfacción usuaria a enfermera supervisora de la unidad
<p>Subdirector de servicios generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento de indicadores obtenidos en el plan de monitoreo.
<p>Subdirectora de gestión del usuario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento de indicadores obtenidos en el plan de monitoreo.
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento de resultados de encuestas de satisfacción usuaria
	<ul style="list-style-type: none"> - Proponer mejoras derivadas de los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Implementar estrategias de gestión para mejorar el subproceso de admisión y categorización del Proceso de Atención de Urgencias y así satisfacer al usuario interno y externo de la Unidad de Emergencia Infantil fue un desafío, primero porque ambos subprocesos son áreas poco exploradas desde el ámbito de la enfermería y segundo porque trabajar en la sala de espera de la unidad, con la insatisfacción del usuario interno y externo involucró tres estructuras organizacionales; la Subdirección de Gestión del Cuidado, la Subdirección de Gestión del Usuario y la Subdirección de Operaciones por lo que se trabajó con una gran cantidad de personal. Sin embargo el trabajo en conjunto permitió que las estrategias implementadas influyeran positivamente en la satisfacción del usuario externo e interno, disminuyendo de manera progresiva las agresiones verbales y físicas al personal de salud en la sala de espera de la Unidad.

Establecer un programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil para funcionarios de empresa externa guardias y orientador que se desempeñan en la Unidad, demostró la importancia que tiene ésta dentro de la vida laboral de una persona, permitiéndole al funcionario de empresa externa generar de a poco sentido de pertenencia, trabajo en equipo y fomentar la comunicación entre el personal de salud y el personal de apoyo en la Unidad.

Asimismo implementar un protocolo de acción para guardias y orientador de empresa externa que se desempeñan en la Unidad, permitió delimitar sus funciones, resolver dudas y potenciar su rol dentro del servicio, además de evitar la superposición de actividades como lo era antes de la implementación del proyecto.

Mejorar el trato hacia el usuario externo siempre es un desafío, por lo que la implementación de un protocolo de recepción humanizada al usuario pediátrico y

su familia durante el subproceso de categorización es una oportunidad para incorporar e impregnar el cuidado humanizado en la atención de urgencias. Por dificultades en relación al tiempo, no se pudo implementar en los meses proyectados, sin embargo existe una jornada de urgencias pediátricas planificada para mayo del año 2020 en donde se realizará la difusión del protocolo.

Las situaciones de agresión al funcionario de salud ya sean verbales y/o físicas son comunes y normalizadas en las Unidades de Emergencia, por lo que implementar el protocolo en caso de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil, trajo múltiples beneficios. En primer lugar normar las acciones a realizar en caso de agresión permitió aumentar el nivel de seguridad del funcionario al no sentirse desprotegido por el servicio y por la institución, a su vez, conocer cuáles son las leyes que amparan al funcionario de salud en dichas situaciones permitió empoderar al personal, prevenir dichos escenarios y dejar de normalizar ciertas agresiones. Considerándose como una estrategia positiva para aumentar el nivel de satisfacción del usuario interno durante los subprocesos mencionados.

La implementación de la aplicación “Botón de pánico” para situaciones de agresión a funcionarios de la Unidad de Emergencia Infantil, no fue posible debido a la falta de recurso económico y al tiempo, sin embargo este punto es considerado por el usuario interno como necesario en dichas situaciones, lo cual les proporcionaría mayor seguridad durante su quehacer diario.

La implementación de un sistema audiovisual de información (Tablet) para usuarios que se encuentran en la sala de espera en espera de atención médica en la Unidad de Emergencia se considera como positiva y en vías de mejorar. Mantener al usuario externo informado en tiempo real mejora la actitud de éste hacia el personal de salud, entendiendo mejor el modelo de atención y visualizando de manera física los tiempos de espera. Sin embargo contar solamente con una Tablet se considera insuficiente debido a que ésta es de

responsabilidad del personal orientador el cual se encuentra solamente en horario hábil en la unidad, por lo que en horario inhábil la Tablet no se utiliza.

Por último, la implementación de la aplicación informativa a la comunidad sobre el correcto uso de la red de urgencias de la ciudad, no se pudo concretar por los motivos mencionados anteriormente en el punto de la aplicación del botón de pánico, sin embargo cada vez se evidencia en la practica la necesidad de ésta, mantener a la población informada de una forma amigable en relación a direcciones de SAPU, horarios de atención y categorización es fundamental para el correcto uso de la red, lo cual permite una mejor distribución de la demanda evitando el colapso de las Unidades de Emergencia.

Recomendaciones

Desde el punto de vista del análisis estratégico

1. Incorporar de manera activa a la Subdirección de Gestión del Usuario en proyectos que involucren la satisfacción del usuario interno y externo.
2. Realizar encuestas de satisfacción al usuario externo de manera semestral, con énfasis en el periodo pre-invernal y así generar medidas preventivas para evitar su insatisfacción en situaciones como por ejemplo: aumento en los tiempos de espera por atención médica, aumento de la demanda, falta de información y trato del usuario interno.
3. Realizar encuestas de satisfacción al usuario externo durante el subproceso de categorización para así conocer su opinión en relación al trato recibido durante el subproceso mencionado.
4. Realizar encuestas al usuario interno para así conocer su opinión en relación al trato entregado al usuario externo y su familia durante el subproceso de categorización.

Desde el punto de vista de la implementación

1. Gestionar de manera anticipada los permisos pertinentes con la institución.
2. Considerar mayor margen de tiempo para la implementación del proyecto.
3. Considerar como estrategia de difusión la implementación de jornadas de actualización al usuario interno en relación al cuidado humanizado y su importancia en la sala de espera de una Unidad de Emergencia Infantil.

4. Considerar como estrategia de difusión la implementación de jornadas informativas a la comunidad en relación al modelo de atención de urgencias, categorización y trato humanizado.
5. Considerar la incorporación del relacionador público del hospital para realizar difusión a la comunidad a través de las redes sociales sobre el proyecto que se implementó en la Unidad.

Desde el punto de vista académico

1. Considerar alianzas con otras carreras de la Universidad para la creación de herramientas digitales que permitan potenciar el proyecto.
2. Incentivar la realización de estudios de pre y post grado en relación a la satisfacción del usuario interno y externo en las salas de espera de las Unidades de Emergencia.
3. Incentivar la realización de estudios de pre y post grado en relación a las agresiones verbales y/o físicas sufridas por los funcionarios de la salud y así generar evidencia empírica que sirva como sustento para futuros proyectos de gestión.

Desde el punto de vista del usuario interno

1. Participar activamente en la generación de evidencia que permita conocer los factores que influyen en su satisfacción como usuario interno.
2. Participar activamente en la notificación de agresiones verbales y/o físicas sufridas en la Unidad de Emergencia Infantil.

3. Incentivar al usuario externo en la utilización del libro de felicitaciones, reclamos y/o sugerencias de la Unidad y así a través de éste obtener evidencia para realizar mejoras en el proyecto.

Desde el punto de vista del usuario externo

1. Participar activamente en encuestas de satisfacción al usuario externo en la sala de espera de la Unidad.
2. Utilizar el libro de felicitaciones, reclamos y/o sugerencias como medio oficial para dejar evidencia en relación a su satisfacción en la sala de espera de la Unidad.
3. Plasmar su necesidad de información en medios oficiales como por ejemplo el libro de felicitaciones, reclamos y/o sugerencias o a través de la OIRS, la cual servirá como evidencia ante las autoridades de la institución para así realizar mejoras en la Unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud (Chile). Estrategia Nacional de Salud: Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile; 2010.
- (2) Tobar E, Retamal A, Garrido N. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2014; 25: 189 – 200.
- (3) Hospital Los Andes. Protocolo: Información a la familia y acompañamiento en la Unidad de Emergencia. Los Andes (Chile); 2014.
- (4) Parra C, Vergés A, Carreras N, Trenchs V, Luaces C. Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes?. An Pediatr. 2017; 86(2):61-6.
- (5) Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. Emergencias. 2014; 26: 481-3.
- (6) Superintendencia de Salud (Chile). ¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?. Santiago de Chile; 2012.
- (7) Ministerio de Salud (Chile). Ministerio de Salud firmó convenio multisectorial para dar atención inmediata a sus funcionarios víctimas de la violencia. [en línea]. MINSAL; 2018. [Actualizado 21 Nov 2018; Acceso 9 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-firmo-convenio-multisectorial-para-dar-atencion-inmediata-a-sus-funcionarios-victimas-de-la-violencia/>
- (8) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).

(9) Ministerio de salud (Chile). Norma General Administrativa N°28 “Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud”. Santiago de Chile; 2018.

(10) Hospital Dr. Gustavo Fricke (Chile). Cuenta pública participativa 2018. Viña del Mar Chile; 2018.

(11) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud (Chile). Reportes MINSAL, Atenciones de Urgencia Vista diaria. [en línea]. DEIS; 2019 [Actualizado 21 ago 2019; Acceso 21 ago 2019]. Disponible en: <http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi>.

(12) Código Sanitario. Decreto con fuerza de Ley N° 725. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 11-12-67, última modificación 13-09-2011).

(13) Durán C. Atención humana del paciente de urgencias. En: Ministerio de protección social. Guías para manejo de urgencias. 3a ed. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2009. p. 1433-40.

(14) Rocha OT, Simoes F, Mara S. La comunicación Enfermera-Cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24 h: una interpretación en Travelbee. *Enferm Glob* [Internet]. 2013. [acceso 06 may 2018]; 12 (30): 76-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005.

(15) Lopera M, García M, Madrigal M, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28 (1): 499-503.

(16) Fantova-Almató A, Juvinja-Canal D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Rev Calid Asist. Glob* [Internet]. 2015. [acceso 19 ago 2018]; 30 (1): 10-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-influencia-del-tiempo-espera-satisfaccion-S1134282X1500007X>.

- (17) Fontova A. Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. [Tesis Doctoral]. Girona: Universidad de Girona, 2015.
- (18) Gobierno de Navarra, Departamento de salud (España). Estrategia de humanización del sistema sanitario público de navarra. Navarra (España); 2018.
- (19) Santelices E, Santelices J. Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (RDU) en Chile. Recomendaciones desde una mirada sistémica. Rev Med Clin Condes. 2017; 28(2): 186-98.
- (20) Ministerio de salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial (Chile). Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Santiago de Chile; 2006.
- (21) Hospital regional de Coyhaique. Hospital Regional Coyhaique lanza pantalla informativa de atención en Urgencia. [en línea]. HRC; 2018 [Actualizado 28 jun 2018; Acceso 7 may 2019]. Disponible en: <http://www.hospitalregionalcoyhaique.cl/actualidad/noticias/758-hospital-regional-coyhaique-lanza-pantalla-informativa-de-atenci%C3%B3n-en-urgencia.html>.
- (22) Ferro EJ. Gestión de Capacidades para el Servicio de Atención de Urgencia del Hospital Luis Calvo Mackenna. [Tesis de Magíster]. Santiago: Universidad de Chile, 2010.
- (23) Hospital Dr. Gustavo Fricke (Chile). Boletín interno N° 14. Viña del mar Chile; 2018.
- (24) Cortez Y, Sánchez A. Manual de inducción. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2018.
- (25) Sánchez A. Reunión Enfermeras de carácter Urgente: Selección de la Demanda Unidad de Emergencia Infantil HGF; 2019 may 8; Viña del mar; 2019.

(26) Ministerio de Salud (Chile), Departamento de Desarrollo Estratégico. Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile, Resumen Ejecutivo. Santiago de Chile; 2013.

(27) Universidad Andrés Bello. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición, ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio?. Santiago de Chile; 2017.

(28) Colegio Médico de Chile y Escuela de Salud Pública Salvador Allende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Santiago de Chile; 2018.

(29) Valdivieso D, Montero J. El plan AUGE: 2005 al 2009. Rev méd Chile. 2010 (ago); 138 (8): 1040-6.

(30) Ministerio de salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial (Chile). Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Santiago de Chile; 2006.

(31) Balderas ML. Administración de los servicios de enfermería. 6ta ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2012. 406 p.

(32) Aldana L, Álvarez MP, Bernal CA, Díaz MI, González CE, Galindo OD, et al. Administración por calidad. Bogotá (Col): Alfaomega Colombiana: Universidad de la Sabana; 2010. 360 p.

(33) Deming WE. Calidad, Productividad y Competitividad: La salida de la crisis. Madrid (Esp): Diaz de Santos; 1989. 412 p.

(34) Camisón C, Cruz S, González T. Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid (Esp): Pearson Educación, S. A.; 2006. 1464 p.

(35) Fontalvo TJ. La Calidad en los Servicios ISO 9000:2000. Bogotá (Col): Asesores del 2000; 2005. 189 p.

- (36) Gryna FM, Chua RCH, DeFeo JA, Pantoja J. Método Juran: Análisis y planeación de la calidad. 5ta ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2007. 774 p.
- (37) Ariza C, Daza R. Calidad del Cuidado de Enfermería en el paciente hospitalizado. Bogotá (Col): Pontificia Universidad Javeriana; 2008. 101 p.
- (38) Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Publ Mex. 1993; 35 (001): 94-7.
- (39) Cabadas R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando?. Cir mayor ambul. [Internet]. 2015. [acceso 2 jul 2019]: 20 (2). Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf.
- (40) World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Switzerland; 2018.
- (41) Miguel Borré YM, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc enferm. [Internet]. 2014. [acceso 2 jul 2019]; 20 (3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008.
- (42) Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Q. [Internet]. 2005. [acceso 2 jul 2019]; 83 (4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.
- (43) Palacios JL. Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. Methaodos rev cienc soc. [Internet]. 2014. [acceso 2 jul 2019]; 2(1). Disponible en: <http://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/view/38>.

(44) Correia SM, Miranda FJ. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Inv Eur Dir Econ Emp.* 2010 (may-ago); 16 (2). 27-41 p.

(45) Jiménez MC, Ortega MC, Cruz G, Cruz M, Quinteros MM, Mendoza E, et al. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev mex enferm cardiol.* [Internet]. 2003. [acceso 2 jul 2019]; 11(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032c.pdf>.

(46) Chiavenato I. Administración de recursos humanos. 5ta ed. Colombia: Mc Graw Hill; 2001. 699p.

(47) Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2011. p. 91-112.

(48) Watson J. Watson s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto enferm.* 2007; 16(1): 129-135.

(49) Hermosilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index enferm.* 2016; 25(4): 273-7.

(50) Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2010 [acceso 19 ago 2019]; 16(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004.

(51) Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2011 [acceso 19 ago 2019]; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020.

(52) Milos P, Bórquez B, Larraín A; La “gestión del cuidado” en la legislación Chilena: interpretación y alcance. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2010 [acceso 19 ago

2019]; 16(1). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003.

(53) Norma General Administrativa N° 19. “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. (Diario oficial de la República de Chile, Resolución Exenta N° 1127, 14-12-2007).

(54) Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc Enferm. [Internet]. 2010 [acceso 19 ago 2019]; 16(3). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005.

(55) Milos P, Larraín A, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempo de escasez de enfermeras. Cienc Enferm. [Internet]. 2009 [acceso 19 ago 2019]; 15(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100003.

(56) Valenzuela S, Aliaga V, Burdiles P, Carvallo A, Díaz E, Guerrero M, et al. Reflexiones en torno a la ley N° 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. Rev méd Chile. 2015 (ene); 143 (1): 96-100.

(57) Sánchez A. Manual Organizacional. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2016.

(58) Franco M, Dias L, Anselmi ML, Hayashida M, dos Santos CB. Análisis de los aspectos de organización de un servicio de urgencias clínicas: estudio realizado en un hospital general del municipio de Ribeirao Preto, SP, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2010. [acceso 20 ago 2019]; 18(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_16.pdf.

(59) Unidad puesta en marcha Hospital Dr. Gustavo Fricke. Modelo de Gestión Unidades de Emergencia Hospitalaria, Nuevo Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar; 2018.

(60) Ministerio de salud, Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Santiago de Chile; 2018.

(61) Subsecretaria de Redes Asistenciales (Chile), Orientación Técnica del Sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Santiago de Chile; 2018.

(62) Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Las TIC pueden contribuir a que más personas accedan a la salud. [en línea]. OPS; 2013 [Actualizado 10 abr 2013; Acceso 9 ene 2020]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8485:2013-las-tic-pueden-contribuir-que-mas-personas-accedan-salud&Itemid=135&lang=es

(63) Valenzuela S, Aliaga V, Burdiles P, Carvallo A, Díaz E, Guerrero M, et al. Reflexiones en torno a la ley N° 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. Rev méd Chile. 2015 (ene); 143 (1): 96-100.


(64) Hospital Dr. Gustavo Fricke (Chile). Planificación estratégica 2016-2018. Viña del Mar Chile; 2016.

(65) Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc Enferm. [Internet]. 2011 [acceso 19 ago 2019]; XVII (3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>.



(66) Balderas ML. Administración de los servicios de enfermería. 5ta ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2009. 327p.

ANEXO 1: Carta de compromiso proyecto

**Universidad
de Valparaíso
CHILE**
Escuela de Enfermería
Dirección de Postgrado
Magister en Enfermería

Viña del Mar, 17 de diciembre 2018

Sra Ángela Sánchez Henry
Enfermera supervisora
Unidad de Emergencia Infantil
Hospital Dr. Gustavo Fricke
PRESENTE

De mi Consideración:

Junto con saludar, me dirijo a Ud. con la finalidad de solicitar su autorización para llevar a cabo el Proyecto de Innovación en Salud *"Información, lo esencial para mejorar la comunicación"* en la unidad de gestión del cuidado Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke en que me desempeño.

Lo anterior, forma parte de la evaluación final a desarrollar en el módulo *La enfermera/o como líder innovador/a de la gestión en salud* del Programa de Magister en Enfermería, que actualmente estoy cursando en la Universidad de Valparaíso.

Agradeciendo su gestión y quedando atenta a comentarios, saluda cordialmente.


ANGELA SÁNCHEZ HENRY
RUT: 13.027.897-3
SUPERVISORA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

Yina Cortez Herrera
Enfermera clínica
Unidad de Emergencia Infantil

Calle Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar | Fono: +56 (32) 260 3811 | E-mail: correo@postgrado.uv.cl
www.uv.cl

ANEXO 2: Autorización para implementación del proyecto



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUEQUETA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

COMPROMISO FORMAL

En Viña del Mar, a 10 de Octubre, entre el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Persona Jurídica de Derecho Público, Rut N° 61.606.602-1, representado por su Director Sr. Leonardo Reyes Villagra, Nacionalidad, chilena, Profesión Médico Cirujano , C.I. N° 06.870.707-2, domiciliado en calle Alvares N°1532, Viña del Mar, en adelante "El Hospital" por una parte, y don(a) Yina Cortez Herrera, Nacionalidad: Chilena, Profesión: Enfermera, rut 16.487.019-7 con domicilio en Pasaje Hospital N° 19, Villa Real Recreo, Ciudad Viña del Mar, en adelante el Responsable Principal del Proyecto del centro formador Universidad de Valparaíso, se celebra el siguiente acuerdo:

PRIMERO: Que en virtud de la solicitud de fecha 10 de Octubre, 2019 del Centro Formador Universidad de Valparaíso para ejecución del Proyecto de Gestión: "Subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil" a ser dirigido por el Responsable de Proyecto antes individualizado, se comprometen a respetar las normas y reglamentación del establecimiento de Salud.

SEGUNDO: Que el investigador principal se compromete a entregar 2 copias versión escrita de la tesis terminada una destinada al Jefe de Servicio o Unidad en que se realizó el trabajo, la otra para la Biblioteca del Hospital y una versión digital destinada al archivo de la Unidad de Asistencial Docente.

TERCERO: El centro formador se compromete a cumplir con las retribuciones acordadas.

CUARTO: Que mediante sus firmas las partes manifiestan su entera conformidad respecto al acuerdo celebrado.



**INVESTIGADOR PRINCIPAL
PROYECTO DE GESTIÓN O EBE**



**DR. LEONARDO REYES VILLAGRA
DIRECTOR
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**





**Dr. Raúl Oyarce López
Sub Director Médico (S)
Hospital Dr. Gustavo Fricke**



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD HOSPITAL MAIPU-QUEILUA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

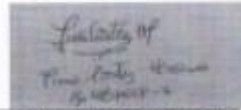
**FORMULARIO PRESENTACION DE ANTECEDENTES
PARA AUTORIZACION DE PROYECTO DE GESTIÓN
O EBE HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**

1.-	NOMBRE DEL (LA) INVESTIGADOR PRINCIPAL	Yina Cortez Herrera		
2.-	NOMBRE DE LA ENTIDAD PATROCINANTE	Universidad de Valparaíso		
3.-	NOMBRE DEL TRABAJO	Subproceso de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil "Unidad de Emergencia: Satisfacción durante la espera"		
4.-	MARQUE EL TIPO DE ESTUDIO CON UNA X			
	CLINICO:	EPIDEMIOLOGICO:	OTRO ESPECIFIQUE:	X Proyecto de Gestión
	FASE:			
5.-	NUMERO DE PACIENTES QUE SE INTEGRARAN AL ESTUDIO	No aplica		
6.-	ESPECIFIQUE BREVEMENTE LAS ACCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS QUE SERÁN REALIZADAS A LOS PACIENTES (no exceda el espacio habilitado)			
	<p>El proyecto de gestión busca mejorar el proceso de Atención de Urgencias en la Unidad de Emergencia Infantil, específicamente en el subproceso de admisión y categorización, a través de la implementación de estrategias de gestión como por ejemplo: implementación de un programa y un manual de inducción para funcionarios de empresa externa los cuales prestan servicios en la Unidad (guardias y orientadores), implementación de un protocolo de acción para guardias y orientador de empresa externa, implementación de un protocolo de agresión para el usuario interno de la Unidad, actualización del protocolo de categorización ya existente y finalmente la incorporación de un medio audiovisual de información en tiempo real para el usuario externo que consulta en la Unidad.</p> <p>La unidad de Emergencia Infantil cuenta con un televisor en su sala de espera, por lo que para la implementación del medio se podría utilizar dicha pantalla, en su defecto se</p>			

contempla la incorporación de un Tablet informativo el cual manejaría el orientador. En caso de necesitar recursos para la implementación del medio audiovisual, éstos serán gestionados de manera privada por la magisteranda, por lo que no se utilizarán recursos económicos por parte del Hospital.				
7.-	REALIZAR BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PESQUISA DE LOS PACIENTES PARA EL INGRESO AL ESTUDIO, SEÑALE CON UNA X CUAL ES EL MECANISMO DE INGRESO AL HOSPITAL (no exceda el espacio habilitado)			
No Aplica				
POLICLINICO				
UNIDAD DE EMERGENCIA				
HOSPITALIZADO				
SAMU				
8.-	ESPECIFIQUE INSTALACIONES Y/O INFRAESTRUCTURA A UTILIZAR, SERVICIOS CLINICOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS (no exceda el espacio habilitado)			
Se trabajará solamente en la Unidad de Emergencia Infantil.				
9.-	INDIQUE SI EL ESTUDIO REQUIERE MAS DE UN CONTROL Y EVENTUALMENTE ANALISIS ADICIONALES.			
No aplica				
10.-	SI LA INDICACION DEL PUNTO ANTERIOR ES AFIRMATIVA, EL INVESTIGADOR COMPROMETE PRESENTAR UNA AGENDA EXCLUSIVA PARA LOS EFECTOS EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 30 DIAS DESPUES DE LA APROBACION (marque con una X)			
	<table border="1"> <tr> <td>SI COMPROMETO</td> <td></td> <td>NO COMPROMETO</td> </tr> </table>	SI COMPROMETO		NO COMPROMETO
SI COMPROMETO		NO COMPROMETO		
11.-	ESPECIFIQUE INSUMOS A UTILIZAR (no exceda el espacio habilitado)			
No aplica				
12.-	NUMERO DE PERSONAL QUE PARTICIPARA DEL ESTUDIO PROFESION Y ESTAMENTO: El proyecto de gestión involucra 4 guardias estables en la			

	Unidad de Emergencia Infantil, un orientador y el equipo de enfermería de la Unidad		
13.-	TIEMPO ESTIMADO DE DURACION DEL ESTUDIO: No aplica		
	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO
14.-	CONTROL DE INGRESO, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS		
	UNIDAD QUE ALMACENARA LOS MEDICAMENTOS	No aplica	
	UNIDAD QUE DISTRIBUYE LOS MEDICAMENTOS	No aplica	
15.-	MONTO QUE PAGARA LA ENTIDAD PATROCINANTE POR PACIENTE OVER HEAD Y TOTAL ESPERADO (equivalente en pesos chilenos y moneda original) NO APLICA		
	PAGO POR PACIENTE	\$	TOTAL ESTUDIO \$
	PAGO POR PACIENTE	US\$	TOTAL ESTUDIO US\$
16.-	HORARIO DONDE SERÁN ATENDIDOS LOS PACIENTES: No aplica		
	INSTITUCIONAL		EXTENSION HORARIA

17.-	FORMA DE PAGO ACORDADA CON LA ENTIDAD PATROCINANTE Y PLAZOS ASOCIADOS (debe indicar monto o porcentaje y fecha o plazo. NO APLICA)		
	CUOTA 1		CUOTA 3
	CUOTA 2		CUOTA 4



**INVESTIGADOR PRINCIPAL
PROYECTO DE GESTIÓN O EBE**

AUTORIZA	REPARO	RECHAZA
----------	--------	---------

OBSERVACIONES: (solamente llenar por Director)



DIRECTOR

SUB-DIRECTOR MÉDICO

caul Oyarce López
Sub Director Médico (S)
Hospital Dr. Gustavo Frickee



ABILIDAD

ANEXO 3: Evidencias de reuniones realizadas

REUNIÓN CON REFERENTE TÉCNICO DE ÁREA: SERVICIOS GENERALES


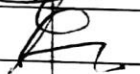


HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

ACTA DE REUNIÓN

FECHA 04/08/2018

- TEMA:
- ① Proyecto de gestión UES
 - ② Posibilidad de guardia estable en UES
 - ③ selección de guardia para UES
 - ④ Proposición de inducción a la Unidad
 - ⑤ Protocolo de acción para guardia UES
 - ⑥ Funciones de guardia según licitación
 - ⑦ Funciones de guardia en caso de paralización e funcionamiento de la salud UES

NOMBRE	FIRMA
Pedro Mella Paez	
Cristina Yáñez Saeedo.	

RREUNIÓN DE SERVICIO UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA - QTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

REUNION DE SERVICIO UEI







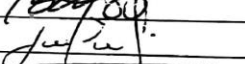

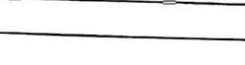
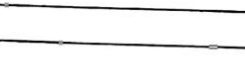
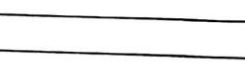
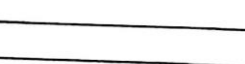
FECHA: 30-09-2019 Hr. Inicio: Hr. Término:

NOMBRE	CARGO / UNIDAD	FIRMA
Jenny Castro Reyes	Eng. UEI	[Firma]
Alfonso de la Haza C.	EU UEI	[Firma]
Fernanda San G.	EU UEI	[Firma]
Montserrat Espino G.	EU	[Firma]
Yanely Vidal B.	EU	[Firma]
Felipe Brunez E	Tec. Paralelo	[Firma]
Susana Morales Freije	Paramédico	[Firma]
Alfonso GARCIA Mendez	TENS	[Firma]
Daniel Antonio Ulloa	Enfermera UEI	[Firma]
Camila Pacheco	Enfermera	[Firma]
Valentina González	Enfermera	[Firma]
Valeria Rojas B.	Enfermera	[Firma]
Angela Morales Jaura	Enfermera UEI	[Firma]
Florez moderica Cádiz	Paramédico	[Firma]
José Hernández V.	TENS	[Firma]
Delia Díaz Almonacid	TENS.	[Firma]
Ana María Ganto Vergara	TENS	[Firma]
Mixi Alejandra Larraín González	TENS	[Firma]
Constanza Ortega Escobar	TENS	[Firma]
Micaela Contreras Escobar	TENS	[Firma]
Scarlett Castro Brunez	TENS. Enfermería	[Firma]
Laura Peza Mancilla	TENS.	[Firma]
María José López C.	CALSILIAS	[Firma]
Daniela Jaraún	Tec. paramédico	[Firma]
Annette Cordero Torres	TENS.	[Firma]
Fuery Wickstern Buente	Paramédico	[Firma]
Paula Galvez Riquelme	TENS	[Firma]
Vina Cruz Herrera	Enfermera UEI	[Firma]
Camila Pacheco Ojeda	Enfermera UEI	[Firma]

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA - QTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

REUNION DE SERVICIO UEI

FECHA: 30-09-2019 Hr. Inicio: Hr. Término:

NOMBRE	CARGO / UNIDAD	FIRMA
CLAUDIO EDGUEIRA HERDERA	TENS	
GISELA MUÑOZ IRIARTEZ	TEL	
KATBERNÉ VELA OYARZUN	TEL	
DIANE VALDES JARAOLVAL	TEL	
Teresa Florencia	TENS	
Lucila Pérez D.	Emf.	
Joseline Aída MORALES	EMERGENCIA	
Daniela RAZZE HEINDEL	tens	
Estefanía Mara JAZ	tens	
Patricio Varona A.	AUXILIAR	
BARBARA TAPIA D.	TENS	
Jacqueline Valdés Fuentes	Aux	

REUNIÓN CON REFERENTE TÉCNICO DE ÁREA: OFICINA
INFORMACIONES RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS)

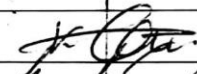
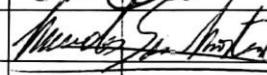


HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

ACTA DE REUNIÓN

FECHA 08/11/2019

- TEMA:
- ① Proyecto de posición UES
 - ② Funciones del Ombudsman UES
 - ③ Programa de inducción a la Unidad para
oír todos
 - ④ Protocolo de oír para Ombudsman UES

NOMBRE	FIRMA
Karen Plinio Godoy	
M ^{ca} MERCEDES SAN MARTÍN AHUMADA	

REUNIÓN TÉCNICOS EN ENFERMERÍA NIVEL SUPERIOR DE LA UNIDAD
DE EMERGENCIA INFANTIL



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

ACTA DE REUNIÓN

Antecedentes de la Reunion

Nombre de la Reunión	TENS
Fecha	14/11/2019
Hora de citación	8:20
Hora de inicio	10:30 <i>Tenías</i>
Hora de término	
Lugar	SALA DE OBSERVACION

Participantes

1	<i>Camila Allende Olivares</i>	
2	<i>Alicia Watters Heredia</i>	
3	<i>Estefanía Mora Díaz</i>	
4	<i>Barbara Tapia Verdugo</i>	
5	<i>Teresa Morales Figueroa</i>	
6	<i>Ama María Garrido V.</i>	
7	<i>Paula Modarriaga Córdiz</i>	
8	<i>Scarlett Castro Baugnon</i>	
9	<i>Gladys Silva Gallardo</i>	
10	<i>Isabel González Olivares</i>	
11	<i>Mixi Jaramila González</i>	
12	<i>Sandra Ojeda Sotelo</i>	
13	<i>Mary Wuestern Rute</i>	
14	<i>Yajaira Amores Vera</i>	
15	<i>Claudio Elneta Herrera</i>	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		



Scanned with
CamScanner



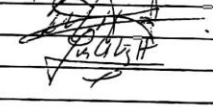
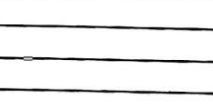
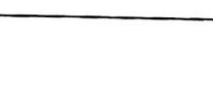


REUNIÓN ENFERMERAS CLÍNICAS UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

ACTA DE REUNIÓN

Antecedentes de la Reunion	
Nombre de la Reunión	Reunión Enfermeras
Fecha	20-11-19
Hora de citación	8:30
Hora de inicio	8:35
Hora de término	
Lugar	Salón de estar

Participantes	
Tennor Fernando Villanueva	
Valerio Pérez B	
Monicerrat Crazo G	
Fernando Jara	
Luzmila Paredes	
Alvaro Cordoba	
MARCELO Biskos	
Yara Asti	
Olmo de la Haza Corde	
Jesus Riquelme Guedes	



Scanned with
CamScanner

Isrogemas ⇒ Cecilio - YINA

Preparación

Tipos de Turnos

- Turno mañana Olmo - Yina
- Turno tarde Cecilio
- Turno noche - Tania - ~~Paulina~~ Goffi
- Turno Ronda de noche - Yina

• Ambrogente ⇒ D. Cecilia → Aylen Pizarro Yina
 → Calidad
 → IAS

• Vacaciones Pizarro no + del 50%

→ Revisar temas de Pasa. → Turno tarde por ~~Alfredo~~ ^{Costa} ~~mes~~

→ Solo 9/11 - 0

→ Manual de organización y Modelo de Trabajo

• Costo por Turno leones 25/11
 → Longo Honor
 → Colecte. Salari → Hotel
 → Medicos \$50.000.
 → Ejercicios \$90.000. } Costo
 → Regido Honor
 Pan, Mx
 Frutas, Polb, D. Dama
 Amparo [v.v.]

→ Varios:

Proyecto de gestión: Protocolos implementados
 ↳ Jurídico
 ↳ Operativo
 ↳ Administrativo.

ANEXO 4: Programa de inducción a la unidad de
Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke para guardias y orientadores
de empresa externa

PROGRAMA DE INDUCCIÓN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE PARA GUARDIAS Y ORIENTADORES DE EMPRESA EXTERNA



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
YINA CORTEZ HERRERA ENFERMERA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL
Fecha: Septiembre 2019	Fecha: Octubre 2019	Fecha: Noviembre 2019

1. INTRODUCCIÓN

“Desde la perspectiva del ciclo de vida laboral de las personas, la incorporación de un/a trabajador/a a una Institución y/o a nuevas funciones forma parte de los procesos iniciales que deben ser abordados por una organización” (1). En relación a esto, el proceso de inducción tiene como objetivo proporcionar toda la información referida a los aspectos técnicos y administrativos de la Unidad a la que se integra o por la que transita el recurso humano, insertar al funcionario en el equipo de trabajo, orientarlo en las labores específicas del cargo y facilitarle la adaptación a la cultura de la organización.

Es así como el Hospital Dr. Gustavo Fricke considera este proceso como parte fundamental, incluyéndolo en su planificación estratégica (2) y se divide en dos áreas: Inducción organizacional y en el puesto de trabajo. En el caso de las empresas externas, la inducción organizacional se concreta a través de un Programa de Inducción para empresa externa en su portal de capacitación, sin embargo la inducción en el puesto de trabajo no se realiza. En base a lo anteriormente mencionado nace la necesidad de realizar un programa de inducción para el recurso humano de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil, para así optimizar su trabajo y proporcionarle información necesaria para sus labores específicas, disminuyendo de esta forma la superposición de roles, errores derivados de la desinformación y disminuir el estrés derivado del quehacer propio de la unidad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Estandarizar el proceso de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke para guardias y orientadores de empresa externa.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las actividades comprometidas en el proceso de inducción a la Unidad
- Operacionalizar el proceso de inducción a la Unidad.

3. ALCANCE

- Funcionarios de empresa externa que presten servicios en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke

4. RESPONSABILIDADES

- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el programa.
- Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el programa.
- Enfermeras Clínicas: Responsables de velar por el cumplimiento del programa.
- Referente técnico del área: Responsables de velar por el cumplimiento del programa.

5. ENFOQUE DE PROCESOS Y GESTIÓN DE RIESGO

PROCESO

Proceso de inducción a la Unidad de Emergencia infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke para guardias y orientadores de empresa externa que se desempeñen en la unidad.

CLIENTE	Personal de empresa externa que presta servicios de guardia y orientación a la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.
PROVEEDOR	<p>Para la realización del proceso de inducción a la Unidad, la Enfermera supervisora de la Unidad de Emergencia Infantil o la persona encargada de la inducción debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual de inducción - Protocolo de acción para guardias - Protocolo de acción para orientador - Orientación rápida (medio audiovisual) - Presentación power point de inducción - Tríptico de inducción - Pauta de cotejo de realización de la inducción - Hoja de asistencia a la inducción - Encuesta de evaluación a la inducción <p>Estos documentos son de manejo público y se encuentran de manera impresa y digital en la unidad.</p>
PASOS O TAREAS DEL PROCESO	<p>El proceso de inducción consta de dos etapas, las cuales se dividen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inducción a nivel organizacional para empresa externa: Realizada por la unidad de reclutamiento del Hospital Dr. Gustavo Fricke a través de su portal de capacitación. - Inducción en la Unidad de Emergencia Infantil: Realizada en la unidad por la Enfermera supervisora, enfermera coordinadora en caso de existir la figura en la Unidad, o enfermera a la cual se le delega dicha función.

A continuación se detallaran los pasos del proceso de inducción realizado en la Unidad.

1.- Entrega de manual de inducción con contenidos relacionados a:

- Misión, visión y valores de la Unidad de Emergencia Infantil
- Infraestructura de la Unidad de Emergencia Infantil
- Organización interna de la Unidad de Emergencia Infantil
- Modelo de atención de urgencias
- Modelo de categorización del usuario pediátrico
- Información en relación a la atención al usuario, deberes y derechos del paciente.

2.- Entrega de protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil

3.- Entrega de protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil

4.- Presentación al equipo de salud de la Unidad de Emergencia Infantil: Médicos, Enfermeras clínicas, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio.

5.- Recorrido por la planta física: Clínica, box de atención, sala de observación.

6.- Evaluación de la Inducción

GESTIÓN DE RIESGO

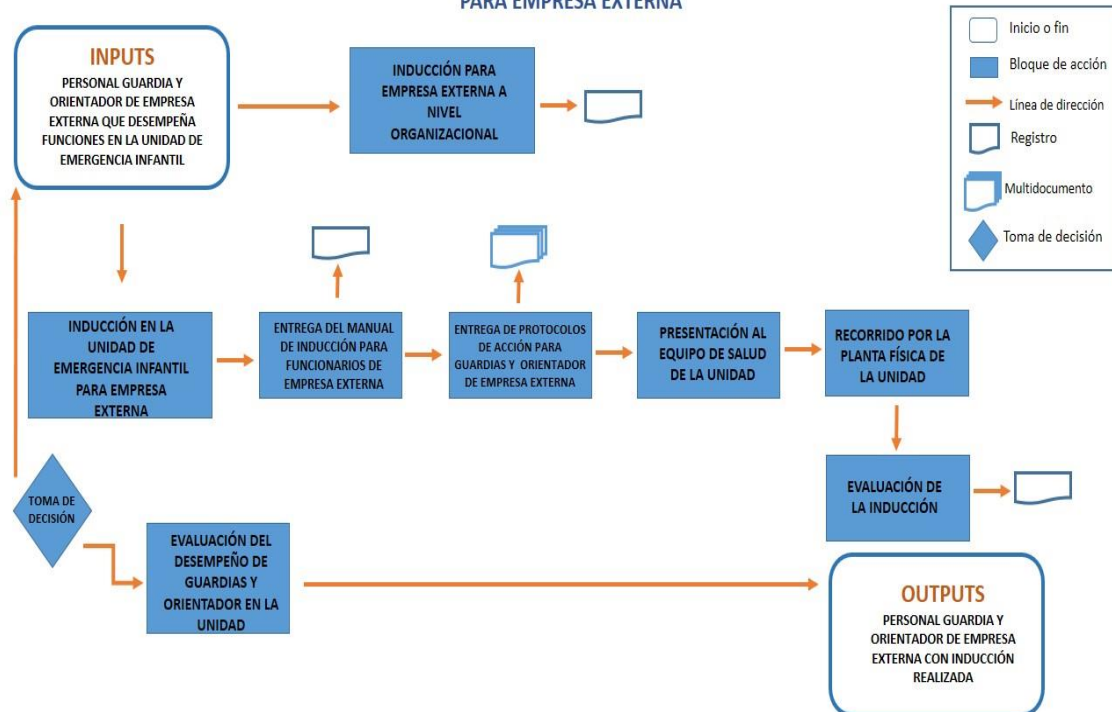
- El personal de empresa externa de seguridad no es específico para la Unidad, por lo que previo a la implementación del protocolo de inducción se realizarán reuniones con el encargado de Servicios Generales y la supervisora de los guardias para establecer un personal estable al cual realizar la inducción y no rotativo como lo es en la actualidad.
- En caso de no contar con el recurso humano de seguridad de manera estable se le proporcionará una inducción rápida a la unidad con medios audiovisuales para así garantizar que todo personal de empresa externa que se desempeñe o transite por la unidad cuente con una inducción. Esto aplica también para el personal de seguridad de relevo.
- En relación al personal orientador de la Unidad este es estable, de igual forma se le proporcionará a la OIRS encargada de los orientadores una inducción rápida a la unidad con medios audiovisuales para así garantizar que todo personal de empresa externa que se desempeñe o transite por la unidad cuente con una inducción.
- Se llevará además una hoja de registro con el nombre del funcionario de empresa externa con el programa de inducción realizado y la inducción rápida realizada en el caso de los guardias de relevo.

MEDIDAS Y CONTROLES

- Hoja de asistencia a la inducción
- Pauta de cotejo de realización de la inducción
- Encuesta de evaluación del proceso de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil para guardias y orientadores de empresa externa que se desempeñan en la unidad.
- Informe del proceso de inducción realizado en la unidad: cobertura, cumplimiento y resultados.

6. FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE INDUCCIÓN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE PARA EMPRESA EXTERNA



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Servicio de salud Araucanía Sur. Programa de inducción para funcionario/as del Servicio Salud Araucanía Sur. Chile; 2016.
- (2) Hospital Dr. Gustavo Fricke (HGF). Planificación estratégica 2016-2018. Viña del Mar, Chile; 2016.

9. ANEXO 2

PAUTA DE COTEJO Y CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE INDUCCIÓN UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

NOMBRE FUNCIONARIO DE EMPRESA EXTERNA : _____

FECHA : _____

NOMBRE QUIEN APLICA LA PAUTA: _____

INDUCCIÓN A NIVEL ORGANIZACIONAL	SI	NO	FECHA
1- Inducción del Hospital Dr. Gustavo Fricke.			
INDUCCIÓN EN UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL	SI	NO	FECHA
2- Entrega de manual con contenidos relacionado con:			
- Misión, visión y valores de la Unidad de Emergencia Infantil			
- Infraestructura de la Unidad de Emergencia Infantil			
- Organización interna de la UEI: Tipos de turno, permisos.			
- Modelo de atención de Urgencias			
- Modelo de categorización del usuario pediátrico			
- Información en relación a los deberes y derechos del paciente.			
3- Entrega de protocolo de acción para guardias de empresa externa			
4- Entrega de protocolo de acción para orientadores de empresa externa			
4- Presentación al equipo de salud de la Unidad de Emergencia Infantil: Médicos, Enfermeras clínicas, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio			
5- Recorrido por la planta física: Clínica, box de atención, sala de observación.			
6- Evaluación de la Inducción			

OBSERVACIONES

FIRMA FUNCIONARIO
DE EMPRESA
EXTERNA

FIRMA FUNCIONARIO
QUE APLICA PAUTA

10. ANEXO 3

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCIÓN UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

Esta es una encuesta de carácter anónima, creada para evaluar y generar planes de mejora en las actividades realizadas durante el proceso de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil.

Fecha de ingreso	Profesión u oficio	Unidad de Emergencia Infantil
Tipo de contrato	___ Empresa externa	

Instrucciones

- Lea cada enunciado y marque con una **X** la alternativa que más le represente. Los distintos aspectos evaluados corresponden a la información recibida de manera formal o informal por parte de su jefatura, personal del Hospital, compañeros de trabajo o documentos entregados.

<i>DESARROLLO DE LA INDUCCIÓN</i>		Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1	Documentos: Se me entregó un manual de bienvenida o una carpeta con la información básica de la Unidad de Emergencia Infantil.			
2	Recepción: Me hicieron sentir bienvenido, me presentaron a mis compañeros de trabajo y jefaturas directas.			
3	Funciones y perfil: Se me asignaron las funciones a realizar, se me informó de las metas esperadas de mi trabajo.			
4	Recorrido del lugar de trabajo: Me mostraron los espacios físicos donde tengo que desempeñarme.			
5	Acceso a la información relacionada a las tareas: Pude preguntar mis dudas respecto al trabajo y tengo acceso a diferentes fuentes de información para resolver mis dudas. (manual de inducción, protocolo de acción, protocolo en caso de agresión)			
6	Pertenencia: Al cabo de algunos días ya me sentía parte de la Unidad de Emergencia Infantil			
8	Evaluación general de la inducción:			

	Fui bien preparado/a para asumir mis labores de una manera eficiente y programada.			
--	--	--	--	--

Comentario general y/o sugerencias:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

MANUAL DE INDUCCIÓN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE PARA GUARDIAS Y ORIENTADORES DE EMPRESA EXTERNA



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
<p>YINA CORTEZ HERRERA</p> <p>ENFERMERA</p> <p>UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ</p> <p>ENFERMERA SUPERVISORA</p> <p>EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ</p> <p>ENFERMERA SUPERVISORA</p> <p>EMERGENCIA INFANTIL</p>
Fecha: Septiembre 2019	Fecha: Octubre 2019	Fecha: Noviembre 2019

INDUCCIÓN RÁPIDA: Inducción realizada a través de un medio audiovisual de corta duración la cual será proporcionada al personal de seguridad y orientador de relevo.

VALORES

- **Orientación al usuario:** Deseo de ayudar o servir a los demás, satisfacer sus necesidades. La orientación implica una labor de ayuda y acompañamiento al usuario y su familia (1,2).
- **Integridad:** Hace referencia a obrar con rectitud y probidad. Es actuar en consonancia con lo que cada uno dice o considera importante. Incluye comunicar las intenciones, ideas y sentimientos abierta y directamente, y estar dispuesto a actuar con honestidad (1,2).
- **Compromiso:** Capacidad para sentir propios los objetivos de la institución, implica adhesión a los valores de la institución. Capacidad para tomar consciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo del trabajo dentro del plazo que se ha estipulado. Dicho trabajo debe ser asumido con responsabilidad, poniendo el mayor esfuerzo para lograr su labor con un alto estándar de calidad que satisfaga y supere las expectativas de los usuarios tanto internos como externos (1,2).
- **Participación:** Implica la intención de colaboración y cooperación con terceros, formar parte de un equipo que trabaja en procesos, tareas u objetivos compartidos, como actitud opuesta a la individual o competitiva. Para que la competencia sea efectiva, la intención debe ser genuina. Capacidad para brindar apoyo a los otros (pares, superiores, colaboradores), implica actuar como facilitador para el logro de los objetivos (1,2).

- **Respeto:** Capacidad para dar a los otros y a uno mismo un trato digno., franco y tolerante, y comportarse de acuerdo a valores morales, las buenas costumbres y las buenas prácticas profesionales, y para actuar con seguridad y congruencia entre el decir y el hacer. Implica la capacidad para construir relaciones calidad y duraderas basadas en una conducta honesta y veraz (1,2).

ESI: Índice de Severidad de la Emergencia

ESI 1: Riesgo vital, será atendido inmediatamente, GRAVE.

ESI 2: Enfermedad de alto riesgo, será atendido a la brevedad. MEDIANA GRAVEDAD.

ESI 3: Enfermedad descompensada, la cual no se encuentra en estado agudo crítico, será atendido luego que los pacientes más graves sean estabilizados. MENOS GRAVE

ESI 4: Enfermedad de carácter LEVE.

ESI 5: Atención público general.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Inducción para guardias y orientador, tiene como finalidad integrar al funcionario de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Este proceso forma parte del ciclo de vida laboral y tiene como objetivo proporcionar toda la información referida a los aspectos técnicos y administrativos de la Unidad en la cual cumple funciones de apoyo, insertar al funcionario en el equipo de trabajo, orientarlo en las labores específicas del cargo y facilitarle la adaptación a la cultura de la organización.

Este manual está dirigido a todos los funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que prestan servicios en la Unidad, siendo integrador, pertinente, oportuno y con cobertura a todos aquellos que desarrollen funciones de manera estable o transitoria en el servicio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Orientar al funcionario de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil en cuanto a organización interna, infraestructura, proceso de atención de urgencias, modelo de categorización, ley de deberes y derechos de los pacientes.

2.2 Objetivos Específicos

- Proporcionar al funcionario de empresa externa información relevante de la Unidad
- Favorecer la adaptación del funcionario de empresa externa a la Unidad de Emergencia Infantil.
- Fortalecer el sentido de pertenencia del funcionario de empresa externa en la Unidad de Emergencia Infantil.

3. ALCANCE

- Funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeñen en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

4. RESPONSABILIDADES

- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el programa de inducción.
- Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el programa de inducción.
- Referente técnico de Servicios Generales: Responsable de velar por el cumplimiento del programa de inducción
- Referente técnico de OIRS: Responsable de velar por el cumplimiento del programa de inducción.
- Supervisora de guardias: Responsable de velar por el cumplimiento del programa de inducción

5. CONSIDERACIONES GENERALES

Previa a la implementación del programa de inducción, se estableció con el encargado de Servicios generales y la supervisora de los guardias de empresa externa contar con cuatro guardias fijos en la Unidad y no con personal de seguridad rotativo.

Se permitirá personal rotativo solamente para los relevos de colación, este personal de seguridad rotativo debe contar con la inducción rápida realizada.

En relación al funcionario orientador, éste es estable en la Unidad.

6. BIENVENIDA

Estimado (a):

Desde este momento le damos la más cordial bienvenida al entrar y formar parte de esta gran familia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, la Unidad de Emergencia Infantil.

Esperamos que este proceso sea de ayuda, nuestro objetivo es orientarle y brindarle una mayor comprensión sobre sus funciones y obligaciones que tiene como trabajador de empresa externa que cumple funciones de apoyo en la Unidad de Emergencia infantil, buscamos de esta forma lograr que usted se sienta parte de este gran equipo de trabajo.

¡BIENVENIDO!

7. UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

La Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, brinda atención las 24 horas del día y los 365 días del año a niños y niñas desde el primer día de vida hasta los 14 años 11 meses 29 días a los beneficiarios de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Es un centro de referencia de las patologías médicas y/o quirúrgicas agudas y de mayor complejidad de los hospitales de la Red. Asimismo, recibe las derivaciones de toda la Red en Hemato-oncología Infantil, siendo en las mayores ocasiones la puerta de entrada de dichas patologías (2).

Su objetivo principal es brindar atención de emergencia en forma continua, integral, oportuna y eficiente a los usuarios pediátricos y sus familias, siendo prioritaria la atención de los pacientes con mayor riesgo vital.

Misión: “Somos un subdepartamento de Servicios de Urgencia, integrado por personal capacitado que otorga atención médica de urgencia priorizada a los habitantes de la región de Viña del Mar y a quien lo requiera, asegurando accesibilidad, oportunidad, efectividad y equidad, optimizando los recursos humanos y materiales disponibles” (2).

Visión: “Ser una unidad de Emergencia de calidad autogestionada que entregue una atención médica de urgencia integral, protocolizada y priorizada que satisfaga las necesidades de un usuario informado y responsable, con recursos tecnológicos de avanzada y personal altamente calificado y con capacitación permanente” (2).

Valores: Se relaciona directamente con los valores del Hospital Dr. Gustavo Fricke: Orientación al usuario – Integridad - Compromiso, Participación – Respeto (2,3)

8. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El personal que trabaja en la Unidad de Emergencia Infantil se distribuye de la siguiente forma:

- Médico jefe de la Unidad en horario administrativo
- Profesional Enfermera Supervisora en horario administrativo
- Secretaria de la Unidad en horario administrativo
- 3 médicos Pediatras y 2 Médicos Cirujanos Infantiles por turno, más 1 traumatólogo algunos días
- 3 profesionales Enfermeras Clínicas por turno
- 7 técnicos Paramédicos por turno
- 2 auxiliares de servicio por turno

9. ORGANIZACIÓN FÍSICA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

Estructura física

La Unidad de Emergencia Infantil se ubica en el zócalo del hospital (ala oeste) y cuenta con una superficie total de 616 mt².

Las principales áreas que conforman estructuralmente este servicio son: sala de observación y área de atención abierta (box).

- **Sala de Observación:** Corresponde a la sala de usuarios pediátricos que requieren vigilancia permanente, cuidados integrales y evaluación continua, hasta ser dados de alta o ser trasladados a otro servicio pediátrico del hospital o de la red, según disponibilidad, cuenta con capacidad para 6 usuarios más **1 acompañante** por usuario según **normativa interna del hospital**.

ÁREA DE ATENCIÓN ABIERTA

La Unidad de Emergencia Infantil se encuentra dividida en las siguientes áreas:

- **Box Nº 1:** Sala de espera para usuarios en tratamiento, bajar temperatura y con control médico pendiente.
- **Box Nº 2:** Sala para Procedimientos de Enfermería.
- **Box Nº 3:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- **Box Nº 4:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- **Box Nº 5:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- **Box Nº 6:** Sala de atención por Médico cirujano o traumatólogo.
- **Box Nº 7:** Sala de Cirugía Menor.
- **Box Nº 8:** Sala de Reanimación.
- **Box Nº 9:** Sala de categorización o selección de la demanda, se encuentra ubicada en la sala de espera de la Unidad.

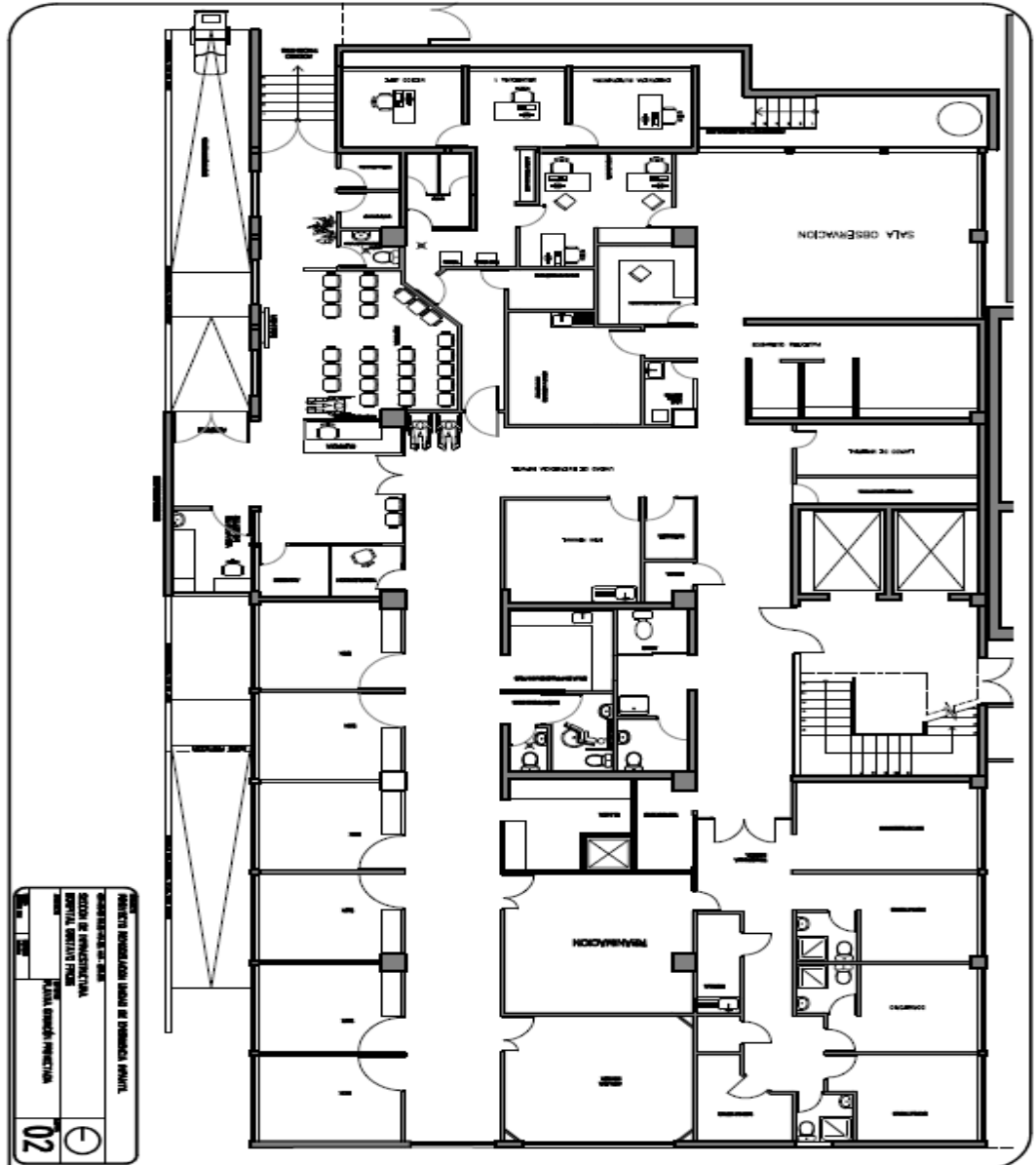
- **Box N°10:** Sala en construcción para atención según contingencia (médicos, enfermeras, tratamientos).
- **Clínica para preparación de tratamientos:** Se encuentra en la parte media del pasillo principal del área de atención abierta.
- **Dos baños para usuarios pediátricos:** Que cuentan con WC, lavamanos y mudador.

* **Aislados:** En caso de pesquisa de patologías que requieran aislamiento aéreo (TBC, varicela, sarampión) o de usuarios pediátricos que se encuentren inmunosuprimidos (oncológicos, por ejemplo), se les deja aislados en el mismo box 5 por protocolo, hasta resolución del caso (hospitalización, traslado, alta u otro).

OTRAS DEPENDENCIAS

- Área de espera exterior con asientos para los usuarios, mesón de guardia y orientador, ventanillas de atención para admisión y recaudación.
- Área administrativa conformada por: oficina del Jefe de Servicio, oficina Enfermera Supervisora, Secretaría, Oficina de la Enfermera Epidemióloga del Hospital y un baño de uso exclusivo para el personal administrativo.
- Residencia médica.
- Sala de estar de enfermeras.
- Sala de estar para personal técnico paramédico y auxiliar de servicio.
- Central de almacenamiento de material y equipos con delimitación de área limpia y sucia.
- Bodega de insumos críticos.

PLANTA FÍSICA UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL



10. PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

El proceso Atención de Urgencias se compone de las siguientes subprocesos: Admisión, Categorización o también llamado Selección de la demanda, Atención Clínica, Gestión de Indicaciones, Cierre Clínico y Cierre Administrativo.

La Unidad de Emergencia Infantil inicia su proceso con la llegada de un paciente con un requerimiento de atención de urgencia, el cual puede ser por consulta espontánea o derivado desde el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) u otro establecimiento de la red.

En el inicio del proceso, existe una separación de flujos (4):

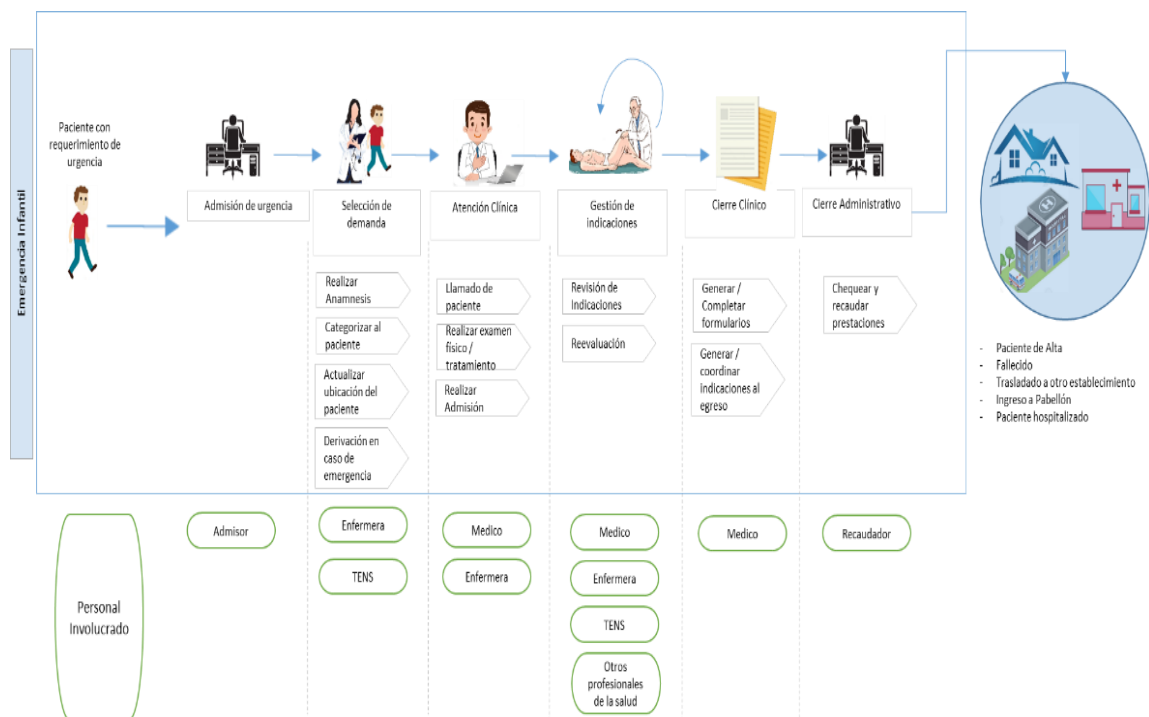
En cualquiera de los casos el usuario pediátrico debe ingresar por normativa interna del Hospital con **sólo 1 acompañante adulto**.

- Si el paciente necesita atención inmediata (ESI 1) ingresa directamente a la atención clínica (box de reanimación), mientras paralelamente se inscribe y categoriza. **NO** negar el acceso a la Unidad.
- Si no necesita atención inmediata, se inicia el subproceso con la Admisión de urgencia en la cual se identifica a la persona y su motivo de consulta.
- Una vez inscrito el usuario pediátrico es llamado por altoparlante desde el **BOX N° 9** para ser categorizado.
- Luego de ser categorizado, si el usuario pediátrico necesita atención rápida es llevado al interior de la unidad, de lo contrario queda en la sala de espera en espera de atención médica.
- Una vez categorizado, el médico realiza un llamado por altoparlante para atender a usuario pediátrico que se encuentra en la sala de espera.
- Posterior a la atención médica, se realiza la atención de enfermería.
- Luego de ser atendido por el médico y el equipo de enfermería el usuario pediátrico puede ser dado de alta de manera inmediata o puede esperar

dentro de la unidad por resultado de exámenes, o bien trasladarse a rayos x. En caso de trasladarse a Rx, se le permite el ingreso de un acompañante más al usuario pediátrico, el cual una vez de vuelta a la unidad debe esperar en la sala de espera, quedando de esta forma el usuario pediátrico y **sólo 1 acompañante** en el interior de la Unidad.

- Una vez llegado los resultados de exámenes, el médico vuelve a llamar al usuario pediátrico para controlar y decidir conducta; hospitalizar, derivar o dar de alta.
- Posterior a esto el familiar del usuario pediátrico debe dirigirse a recaudación para terminar con el proceso de atención de urgencias

FIGURA N°1: PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS



FUENTE: Manual Organizacional Unidad Emergencia Infantil (5)

11. MODELO DE CATEGORIZACIÓN

Los Servicios de emergencia son la puerta de entrada de toda institución de salud, la calidad en la atención del usuario se beneficia con la implementación de un triage estructurado y de la categorización de la urgencia en los servicios de emergencia (6).

La atención del usuario pediátrico en la Unidad de Emergencia Infantil **no** es por **orden de llegada** sino que por **prioridad** de la atención. Una vez que el usuario pediátrico queda inscrito en la Unidad de Emergencia para ser atendido, se genera una lista de usuarios en espera de categorización, esta lista se actualiza de manera automática en el mapa de piso (sistema informático tracke care). El mapa de piso muestra a los usuarios ordenados por tiempo de espera de mayor a menor.

El profesional enfermero/a o en su defecto el técnico en enfermería realiza un llamado por altoparlante con el nombre del usuario a categorizar, siendo de esta forma llamado al **BOX N°9**. La categorización se realiza a través de un **programa informático estandarizado**, el cual toma en consideración el motivo de consulta, su estado general, una estimación de recursos a utilizar y los signos vitales. Tomando en consideración lo mencionado, el profesional de enfermería utiliza un algoritmo con cuatro puntos de decisión (A, B, C y D). Los cuatro puntos se reducen en cuatro preguntas claves:

- A. ¿El paciente necesita una medida de reanimación inmediata?
- B. ¿Se trata de un paciente que no debería esperar?
- C. ¿Cuántos recursos necesitará este paciente?
- D. ¿Cuáles son los signos vitales del paciente?

Luego de la aplicación del algoritmo el usuario pediátrico puede quedar categorizado como ESI 1 (color rojo), ESI 2 (color naranja), ESI 3 (color amarillo), ESI 4 (color verde), ESI 5 (color azul) dependiendo de su gravedad.

Unidades de Emergencia atienden **POR PRIORIDAD**
del paciente, **NO** por orden de llegada



ESI 4 y ESI 5

Si usted o su Familiar ha sido categorizado en prioridad 4 o 5, puede acudir a cualquier **SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)**, para disminuir su tiempo de espera por atención

ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN
SAPU MIRAFLORES	Av. Frei esquina El Membrillo s/n Miraflores Alto	Lunes a Domingo 08.00 a 24.00 horas
SAPU NUEVA AURORA	Variante Agua Santa Paradero 5, Nueva Aurora	Lunes a Domingo 08.00 a 24.00 horas
SAPU LAS TORRES	Av. La Paz Esquina Pakarati, Forestal	Lunes a Viernes 17:00 a 24:00 hrs. Sábados, domingos y festivos 08:00 a 24:00 hrs.
SAPU REÑACA ALTO	Av. Quinta 875, Paradero 8 ½, Reñaca Alto	Lunes a Viernes 17:00 a 24:00 hrs. Sábados, domingos y festivos 08:00 a 24:00 hrs.
SAPU GÓMEZ CARREÑO	19 Poniente 5650, 4to Sector Gómez Carreño	Lunes a Viernes 17:00 a 24:00 hrs. Sábados, domingos y festivos 08:00 a 24:00 hrs.

Haga un buen uso de la Red Asistencial,
infórmese a través de nuestro sitio web www.hospitalfricke.cl
y si necesita orientación en salud, llame a Salud Responde al **600 360 77 77**



HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN DEL USUARIO

12. LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa resguarda principios básicos de la atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta Ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios (7).



Exige tus derechos

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, se cuenta con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

y cumple tus deberes

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alles M. Nuevo enfoque: Diccionario de competencias, la trilogía tomo 1. Buenos Aires (Arg): Gránica; 2017. 264p.
- (2) Alles M. Nuevo enfoque: Diccionario de comportamientos, la trilogía tomo 2. Buenos Aires (Arg): Gránica; 2017. 336p.
- (3) Cortez Y, Sánchez A. Manual de inducción. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2018.
- (4) Hospital Dr. Gustavo Fricke (Chile). Manual de Inducción v2. Viña del Mar Chile; 2018.
- (5) Sánchez A. Manual Organizacional. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2016.
- (6) Rodríguez C, Sánchez A. Protocolo de categorización de la Urgencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar; 2015.
- (7) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).

ANEXO 6: Presentación power point manual de inducción



INDUCCIÓN PARA FUNCIONARIOS DE EMPRESA EXTERNA QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



1. INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Inducción para **guardias y orientador**, tiene como finalidad **integrar** al funcionario de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Este proceso forma parte del ciclo de vida laboral y tiene como objetivo **proporcionar toda la información** referida a los aspectos técnicos y administrativos de la Unidad en la cual cumple funciones de apoyo, **insertar** al funcionario en el equipo de trabajo, **orientarlo** en las labores específicas del cargo y **facilitarle** la adaptación a la cultura de la organización.

Este manual está dirigido a todos los funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que prestan servicios en la Unidad, siendo integrador, pertinente, oportuno y con cobertura a todos aquellos que desarrollen funciones de manera estable o transitoria en el servicio.



2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Orientar al funcionario de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil en cuanto a organización interna, infraestructura, proceso de atención de urgencias, modelo de categorización, ley de deberes y derechos de los pacientes.

Objetivos Específicos

- ✓ Proporcionar al funcionario de empresa externa información relevante de la Unidad
- ✓ Favorecer la adaptación del funcionario de empresa externa a la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Fortalecer el sentido de pertenencia del funcionario de empresa externa en la Unidad de Emergencia Infantil.

3. BIENVENIDA



Estimado (a):

Desde este momento le damos la más cordial bienvenida al entrar y formar parte de esta gran familia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, la Unidad de Emergencia Infantil.

Esperamos que este proceso sea de ayuda, nuestro objetivo es orientarle y brindarle una mayor comprensión sobre sus funciones y obligaciones que tiene como trabajador de empresa externa que cumple funciones de apoyo en la Unidad de Emergencia infantil, buscamos de esta forma lograr que usted se sienta parte de este gran equipo de trabajo.

¡BIENVENIDO!

4. UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL



La Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, brinda atención las **24 horas del día y los 365 días del año** a niños y niñas desde el **primer día de vida hasta los 14 años 11 meses 29 días** a los beneficiarios de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Es un centro de referencia de las patologías médicas y/o quirúrgicas agudas y de mayor complejidad de los hospitales de la Red. Asimismo, recibe las derivaciones de toda la Red en Hemato-oncología Infantil, siendo en las mayores ocasiones la puerta de entrada de dichas patologías (2).

Su objetivo principal es brindar atención de emergencia en forma **continua, integral, oportuna y eficiente** a los usuarios **pediátricos y sus familias**, siendo prioritaria la atención de los pacientes con mayor riesgo vital.

5. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



Misión: "Somos un subdepartamento de Servicios de Urgencia, integrado por personal capacitado que otorga atención **médica de urgencia priorizada** a los habitantes de la región de Viña del Mar y a quien lo requiera, asegurando **accesibilidad, oportunidad, efectividad y equidad**, optimizando los recursos humanos y materiales disponibles" (2).

Visión: "Ser una unidad de Emergencia de calidad autogestionada que entregue una **atención médica de urgencia integral**, protocolizada y priorizada que satisfaga las necesidades de un **usuario informado y responsable**, con recursos tecnológicos de avanzada y personal altamente calificado y con capacitación permanente" (2).

Valores: Se relaciona directamente con los valores del Hospital Dr. Gustavo Fricke: Orientación al usuario – Integridad - Compromiso, Participación – Respeto (2,3)

6. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL



DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El personal que trabaja en la Unidad de Emergencia Infantil se distribuye de la siguiente forma:

- ✓ Médico jefe de la Unidad en horario administrativo
- ✓ Profesional Enfermera Supervisora en horario administrativo
- ✓ Secretaria de la Unidad en horario administrativo
- ✓ 3 médicos Pediatras y 2 Médicos Cirujanos Infantiles por turno, más 1 traumatólogo algunos días
- ✓ 3 profesionales Enfermeras Clínicas por turno
- ✓ 7 técnicos Paramédicos por turno
- ✓ 2 auxiliares de servicio por turno

7. ORGANIZACIÓN FÍSICA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL



Estructura física

La Unidad de Emergencia Infantil se ubica en el zócalo del hospital (ala oeste) y cuenta con una superficie total de 616 mt².

Las principales áreas que conforman estructuralmente este servicio son: sala de observación y área de atención abierta (box).

- ✓ **Sala de Observación:** Corresponde a la sala de usuarios pediátricos que requieren **vigilancia permanente, cuidados integrales y evaluación continua**, hasta ser dados de alta o ser trasladados a otro servicio pediátrico del hospital o de la red, según disponibilidad, cuenta con capacidad para **6 usuarios más 1 acompañante** por usuario según normativa interna del hospital.

Área de Atención abierta

La Unidad de Emergencia Infantil se encuentra dividida en las siguientes áreas:



- ✓ **Box N° 1:** Sala de espera para usuarios en tratamiento, bajar temperatura y con control médico pendiente.
- ✓ **Box N° 2:** Sala para Procedimientos de Enfermería.
- ✓ **Box N° 3:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- ✓ **Box N° 4:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- ✓ **Box N° 5:** Sala de atención por Médico Pediatra.
- ✓ **Box N° 6:** Sala de atención por Médico cirujano o traumatólogo.
- ✓ **Box N° 7:** Sala de Cirugía Menor.
- ✓ **Box N° 8:** Sala de Reanimación.
- ✓ **Box N° 9:** Sala de categorización o selección de la demanda, se encuentra ubicada en la sala de espera de la Unidad.
- ✓ **Box N° 10:** Sala en construcción para atención según contingencia (médicos, enfermeras, tratamientos).



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

Otras dependencias:

- ✓ **Clínica para preparación de tratamientos:** Se encuentra en la parte media del pasillo principal del área de atención abierta.
- ✓ **Dos baños para usuarios pediátricos:** Que cuentan con WC, lavamanos y mudador.
- ✓ *** Aislados:** En caso de pesquisa de patologías que requieran aislamiento aéreo (TBC, varicela, sarampión) o de usuarios pediátricos que se encuentren inmunosuprimidos (oncológicos, por ejemplo), se les deja aislados en el mismo box 5 por protocolo, hasta resolución del caso (hospitalización, traslado, alta u otro).
- ✓ Área de espera exterior con asientos para los usuarios, mesón de guardia y orientador, ventanillas de atención para admisión y recaudación.
- ✓ Área administrativa conformada por: oficina del Jefe de Servicio, oficina Enfermera Supervisora, Secretaría, Oficina de la Enfermera Epidemióloga del Hospital y un baño de uso exclusivo para el personal administrativo.
- ✓ Residencia médica, Sala de estar de enfermeras, Sala de estar para personal técnico paramédico y auxiliar de servicio.
- ✓ Central de almacenamiento de material y equipos con delimitación de área limpia y sucia.
- ✓ Bodega de insumos críticos.

8. PLANTA FÍSICA UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

9. PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

El proceso Atención de Urgencias se compone de las siguientes subprocesos: Admisión, Categorización o también llamado Selección de la demanda, Atención Clínica, Gestión de Indicaciones, Cierre Clínico y Cierre Administrativo.

La Unidad de Emergencia Infantil inicia su proceso con la llegada de un paciente con requerimiento de atención de urgencia, el cual puede ser por consulta espontánea o derivado desde el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) u otro establecimiento de la red.

En el inicio del proceso, existe una separación de flujos (4):

En cualquiera de los casos el usuario pediátrico debe ingresar por normativa interna del Hospital con **sólo 1 acompañante adulto**.

- ✓ Si el paciente necesita atención inmediata (ESI 1) ingresa directamente a la atención clínica (box de reanimación), mientras paralelamente se inscribe y categoriza. **NO** negar el acceso a la Unidad.
- ✓ Si **no necesita atención inmediata**, se inicia el subproceso con la **Admisión** de urgencia en la cual se identifica a la persona y su motivo de consulta.
- ✓ Una vez inscrito el usuario pediátrico es llamado por altoparlante desde el **BOX N° 9** para ser categorizado.
- ✓ Luego de ser categorizado, si el usuario pediátrico necesita atención rápida es llevado al interior de la unidad, de lo contrario queda en la sala de espera en espera de atención médica.
- ✓ Una vez categorizado, el médico realiza un llamado por altoparlante para atender a usuario pediátrico que se encuentra en la sala de espera.
- ✓ Posterior a la atención médica, se realiza la atención de enfermería.
- ✓ Luego de ser atendido por el médico y el equipo de enfermería el usuario pediátrico puede ser dado de alta de manera inmediata o puede esperar dentro de la unidad por resultado de exámenes, o bien trasladarse a rayos x. En caso de trasladarse a Rx, se le permite el ingreso de un acompañante más al usuario pediátrico, el cual una vez de vuelta a la unidad debe esperar en la sala de espera, quedando de esta forma el usuario pediátrico y **sólo 1 acompañante** en el interior de la Unidad.
- ✓ Una vez llegado los resultados de exámenes, el médico vuelve a llamar al usuario pediátrico para controlar y decidir conducta; hospitalizar, derivar o dar de alta.
- ✓ Posterior a esto el familiar del usuario pediátrico debe dirigirse a recaudación para terminar con el proceso de atención de urgencias



10. MODELO DE CATEGORIZACIÓN



Los Servicios de emergencia son la puerta de entrada de toda institución de salud, la calidad en la atención del usuario se beneficia con la implementación de un triage estructurado y de la categorización de la urgencia en los servicios de emergencia (6).

La atención del usuario pediátrico en la Unidad de Emergencia Infantil **no** es por **orden de llegada** sino que por **prioridad** de la atención. Una vez que el usuario pediátrico queda inscrito en la Unidad de Emergencia para ser atendido, se genera una lista de usuarios en espera de categorización, esta lista se actualiza de manera automática en el mapa de piso (sistema informático tracke care). El mapa de piso muestra a los usuarios ordenados por tiempo de espera de mayor a menor.

El profesional enfermero o en su defecto el técnico en enfermería realiza un llamado por altoparlante con el nombre del usuario a categorizar, siendo de esta forma llamado al **BOX N°9**.



La categorización se realiza a través de un **programa informático estandarizado**, el cual toma en consideración el motivo de consulta, su estado general, una estimación de recursos a utilizar y los signos vitales. Tomando en consideración lo mencionado, el profesional de enfermería utiliza un algoritmo con cuatro puntos de decisión (A, B, C y D). Los cuatro puntos se reducen en cuatro preguntas claves:

- ✓ ¿El paciente necesita una medida de reanimación inmediata?
- ✓ ¿Se trata de un paciente que no debería esperar?
- ✓ ¿Cuántos recursos necesitará este paciente?
- ✓ ¿Cuáles son los signos vitales del paciente?

Luego de la aplicación del algoritmo el usuario pediátrico puede quedar categorizado como ESI 1 (**color rojo**), ESI 2 (**color naranja**), ESI 3 (**color amarillo**), ESI 4 (**color verde**), ESI 5 (**color azul**) dependiendo de su gravedad.

Unidades de Emergencia atienden **POR PRIORIDAD** del paciente, **NO** por orden de llegada

ESI 1 GRAVE
ESI 2 MEDIANA GRAVEDAD
ESI 3 MENOS GRAVE
ESI 4 LEVE
ESI 5 ATENCIÓN GENERAL

ESI 4 y ESI 5

Si usted o su Familiar ha sido categorizado en prioridad 4 o 5, puede acudir a cualquier **SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)**, para disminuir su tiempo de espera por atención.

ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN
SAPU MIRAFLORES	Av. Francisco Bello 1000, Miraflores	Lunes a Domingo 08:00 a 24:00 horas
SAPU NUEVA AURORA	Carretera Puerto Varas	Lunes a Domingo 08:00 a 24:00 horas
SAPU LAS TORRES	Av. La Paz Esquina Prataviera, Torres	Lunes a Viernes 07:00 a 24:00 horas, Sábados y Domingos 08:00 a 24:00 horas
SAPU RENACA ALTO	Av. República 170, Renaca Alto	Lunes a Viernes 07:00 a 24:00 horas, Sábados y Domingos 08:00 a 24:00 horas
SAPU GÓMEZ CARREÑO	Carretera Carreño	Lunes a Viernes 07:00 a 24:00 horas, Sábados y Domingos 08:00 a 24:00 horas

Haga un buen uso de la Red Asistencial, infórmese a través de nuestro sitio web www.hospitafricke.cl y si necesita orientación en salud, llame a Salud Responde al 600 360 77 77



HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN DEL USUARIO

11. LEY DE DEBERES Y DERECHOS 20.584

Exige tus derechos



y cumple tus deberes

TODA PERSONA PUEDE RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSEJO DE SUPERVISIÓN, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LE ATIENDA, LA DEFENSORA PARA EL DESARROLLO DE SUS DERECHOS O LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ENTIDAD DE SUJECIÓN DE INTERÉS PÚBLICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alles M. Nuevo enfoque: Diccionario de competencias, la trilogía tomo 1. Buenos Aires (Arg): Gránica; 2017. 264p.
- (2) Alles M. Nuevo enfoque: Diccionario de comportamientos, la trilogía tomo 2. Buenos Aires (Arg): Gránica; 2017. 336p.
- (3) Cortez Y, Sánchez A. Manual de inducción. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2018.
- (4) Hospital Dr. Gustavo Fricke (Chile). Manual de Inducción v2. Viña del Mar Chile; 2018.
- (5) Sánchez A. Manual Organizacional. Unidad Emergencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del mar, 2016.
- (6) Rodríguez C, Sánchez A. Protocolo de categorización de la Urgencia Infantil Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar; 2015.
- (7) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

ANEXO 7: Protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil
Hospital Dr. Gustavo Fricke

PROTOCOLO DE ACCIÓN PARA GUARDIAS DE EMPRESA EXTERNA QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
<p>YINA CORTEZ HERRERA</p> <p>ENFERMERA</p> <p>UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ</p> <p>ENFERMERA SUPERVISORA</p> <p>EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ</p> <p>ENFERMERA SUPERVISORA</p> <p>EMERGENCIA INFANTIL</p>
<p>Fecha: Septiembre 2019</p>	<p>Fecha: Octubre 2019</p>	<p>Fecha: Noviembre 2019</p>

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Emergencia debido a su constante contingencia necesitan de protocolos específicos en materia de seguridad, los cuales proporcionen la información necesaria en relación a sus funciones a desempeñar, dichas funciones no se limitan a la protección de bienes muebles o de infraestructura, sino que implica garantizar la seguridad de todas las personas que se encuentran dentro de la Unidad, tanto el personal hospitalario como los pacientes o visitantes de los mismos, cumpliendo de esta forma con la normativa interna de la institución y siendo un real apoyo durante la jornada de trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Establecer los deberes y las funciones específicas según el cargo para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los deberes generales derivados del cargo
- Describir las funciones específicas de acuerdo a su cargo
- Estableces líneas de acción según contingencia

3. ALCANCE

- Funcionarios de empresa externa que se desempeñan como guardias en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

4. RESPONSABILIDADES

- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Enfermeras Clínicas: Responsables de velar por el cumplimiento del protocolo
- Referente técnico de Servicios Generales: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Supervisora de guardias: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo

5. CONSIDERACIONES GENERALES

Los deberes generales y las funciones derivadas del cargo del funcionario de seguridad de empresa externa se realizan considerando las bases administrativas y técnicas de la licitación de Servicios de Vigilancia 608-223-LR17 de Servicios Generales.

6. DEBERES GENERALES

El personal de vigilancia de empresa externa que se desempeñe en la Unidad de Emergencia Infantil deberá:

- Conocer sobre la Organización, el funcionamiento de la planta física del Hospital y de la Unidad en donde se desempeña permitiendo de esta forma una atención oportuna y certera.

- Resguardar la seguridad del usuario interno y externo del Hospital, así como también de los bienes de la institución, manteniendo una actitud proactiva y en alerta.
- Otorgar una atención amable y personalizada orientada a las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos según la Normativa establecida por el Hospital.
- Velar por el cumplimiento de la normativa interna del Hospital que regula el ingreso de las visitas y/o acompañantes.
- Controlar el ingreso de pacientes, familiares y/o acompañantes.
- Mantener fluidez en la circulación de las personas, evitando aglomeraciones en la puerta de ingreso, salida o pasillos de la Unidad de Emergencia Infantil.
- Todo trabajador que preste Servicios de vigilancia deberá presentarse en la Unidad con su uniforme reglamentario, credencial de identificación a la vista y radio de bolsillo.
- El trabajador que presta el Servicio de vigilancia deberá mantener un comportamiento y actitud acorde a la labor que realiza, utilizando un lenguaje y vocabulario adecuado evitando la verbalización de **apreciaciones personales** con el usuario externo, obviando el uso de improperios, modismos y/o lenguaje coloquial, siendo respetuoso y tratando siempre de Ud. a su interlocutor.
- El trabajador que presta Servicios de vigilancia deberá presentar tolerancia a la frustración, capacidad para actuar en situaciones de urgencia y/o estrés, buen trato y respeto, capacidad de trabajo en equipo, capacidad para recibir y acatar órdenes e instrucciones.
- Queda estrictamente prohibido subir a redes sociales información o fotografías relacionadas con situaciones internas del hospital o pacientes que se atienden en la Unidad de Emergencia Infantil.

- Está prohibido el uso de equipos electrónicos (celulares, juegos, Tablet, etc), leer diarios y/o revistas en el puesto de trabajo durante la jornada laboral (todo elemento que genere distracción de la labor que realiza).

7. CONTROL DE ACCESO Y REGULACIÓN DEL FLUJO DE PERSONAS EN LA UNIDAD

El personal de vigilancia de empresa externa para mantener un control en el acceso y regulación del flujo de personas que ingresan a la Unidad de Emergencia Infantil deberá:

- Vigilar el cuidado de los implementos, bienes e infraestructura de la Unidad.
- Realizar un saludo de bienvenida a toda persona que ingrese a la Unidad.
- Ubicarse por fuera de la puerta de ingreso a la Unidad y desde ahí controlar.
- No cerrar la puerta con pestillo cuando no se encuentre cerca, para evitar denegar el acceso a la Unidad.
- Mantener el control de las personas que se mantienen en la sala de espera en espera de atención médica.
- Mantener despejado el acceso a la Unidad de Emergencia Infantil.
- Mantener vigilancia visual de lo que acontece frente a la puerta de entrada y actuar frente a conductas que afecten la seguridad y el orden.
- Anunciar la llegada de alguna emergencia.
- No negar el acceso del usuario en situación de riesgo que viene desde la calle e ingresa de manera rápida y sin preguntar a la Unidad.
- Controlar el ingreso de sólo **un** (1) acompañante por usuario pediátrico consultante en la Unidad, según normativa interna del Hospital.

- Mantener el control de las personas que se mantienen dentro de la Unidad de Emergencia Infantil, vigilando el cumplimiento de la normativa de solo **un** (1) acompañante por usuario pediátrico.
- Para mantener el control de la normativa interna de solo **un** (1) acompañante por usuario pediátrico el personal de vigilancia deberá realizar cada 1 hora rondas por el pasillo de la Unidad de Emergencia Infantil, así como también al interior del Box N°1 de atención y sala de observación.
- Durante la atención de emergencias de riesgo vital o accidentes múltiples colaborar con el despeje del pasillo interno de la Unidad evitando así aglomeraciones.

8. CONTROL DEL FLUJO DE PERSONAS A OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL

La Unidad de Emergencia Infantil proporciona un acceso directo a diversos Servicios del Hospital, por lo que controlar el flujo de personas es de vital importancia para esto se debe:

- Mantener el control del acceso de público y usuarios que transitan por la Unidad de Emergencia Infantil hacia diferentes instalaciones del Hospital.
- Si el usuario pediátrico junto su padre y/o acompañante es derivado a algún servicio de apoyo como por ejemplo Rayos x o Imagenología, se debe permitir el ingreso de otro familiar y/o acompañante para facilitar su traslado. Una vez vuelto a la Unidad de Emergencia Infantil el acompañante que ingresó debe salir de la Unidad quedando así como lo establece la normativa interna del Hospital **un** (1) acompañante por usuario pediátrico.

9. FUNCIONAMIENTO SALA OBSERVACIÓN

La sala de observación de la Unidad de Emergencia Infantil mantiene usuarios pediátricos ambulatorios en observación y hospitalizados cuando no existe resolución médica. Ésta, tiene una normativa interna en relación a las visitas y sus cambios dentro del día por lo que el personal de vigilancia deberá:

- Controlar el acceso de las visitas y/o acompañantes en la sala de observación. Los horarios de visita son:
 - ✓ De **lunes a viernes** desde las **9** de la mañana hasta las **19 hrs**, y desde las **21 hrs** hasta las **00:00 hrs.** para los usuarios hospitalizados y en observación, siempre y cuando el personal de la sala de observación lo indique.
 - ✓ **Sábado, domingo y festivos** desde **10** de la mañana hasta las **19 hrs** y desde las **21 hrs** hasta las **00:00 hrs.** para los usuarios hospitalizados y en observación, siempre y cuando el personal de la sala de observación lo indique.
- No está permitido el acompañamiento nocturno por ser una unidad crítica, por lo que las visitas terminan a las 00:00 hrs.
- El ingreso de las visitas de usuarios pediátricos hospitalizados comienza a las 9 de la mañana en punto, nunca antes. Por lo que el personal de vigilancia no debe de acercarse a la sala de observación preguntando antes de las 9 de la mañana si las visitas pueden ingresar, misma instrucción para los días sábado, domingo y festivos según su horario de ingreso.
- Se considera como normativa interna de la sala de observación y del Hospital el ingreso de sólo **una** (1) persona por usuario pediátrico hospitalizado o en observación, no se permite el acceso de personas menores de edad como visita en la Unidad.

- Se permite solo un cambio de visita en horario de 14 a 15 hrs. para evitar el flujo innecesario de personas en un servicio crítico como lo es la Unidad de Emergencia infantil, para esto debe coordinar el cambio en la sala de espera no en los pasillos de la Unidad.
- El cambio de visita debe realizarse en la sala de espera de la Unidad, no en sus pasillos.

10. FUNCIÓN DE INFORMAR EN HORARIO INHÁBIL

La Unidad de Emergencia Infantil cuenta con orientador solamente en horario de lunes a viernes de 8 de la mañana a 18 hrs, por lo que el personal de seguridad cumple funciones de orientar en horario inhábil, para esto el personal de vigilancia deberá:

- Apoyar en la orientación del usuario externo dentro de la Unidad, satisfaciendo de esta forma la necesidad de información de la población consultante.
- Ser un interlocutor entre el usuario externo e interno.
- No proporcionar información de la cual no se está seguro.
- No manifestar apreciaciones personales en relación a tiempos de espera, categorización, atención del personal de salud o normativa interna.
- Acercarse al personal de salud en caso de tener alguna duda.
 - ✓ Duda sobre tiempos de categorización de pacientes: Acercarse al selector de la demanda (Box 9).
 - ✓ Duda sobre atención de pacientes dentro de la Unidad: Acercarse a la clínica.
 - ✓ Duda sobre pacientes hospitalizados o en observación: Acercarse a la sala de observación.

- En horario inhábil orientar a los usuarios respecto a los horarios de visita en la sala de observación (ver punto N°9), manteniendo la normativa interna de solo **un** (1) acompañante por usuario pediátrico.

11. CUSTODIA DE SILLA DE RUEDAS

La Unidad de Emergencia Infantil cuenta con 8 sillas de ruedas operativas custodiadas por el personal de seguridad, éste deberá:

- Mantener el control de las sillas de ruedas dentro de la Unidad, solicitando la cédula de identidad al familiar y/o acompañante del usuario pediátrico.
- Si el personal de salud de la Unidad de Emergencia Infantil solicita una silla de ruedas para traslado de pacientes, éste no debe dejar en custodia su cédula de identidad, proporcionándole de manera inmediata la silla de ruedas.
- Las sillas de ruedas deben ser prestadas sólo al personal de la Unidad de Emergencia Infantil o a pacientes pediátricos.
- Velar por el buen estado y uso de las sillas de ruedas.

12. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN

Las Unidades de Emergencia se caracterizan por tener un alto flujo de personas con una demanda creciente según la época del año, lo que trae consigo un aumento en los tiempos de espera y el descontento del usuario externo, por lo que mantener un ambiente libre de agresiones se hace imprescindible para el funcionamiento óptimo de la Unidad. En caso de agresión verbal o física contra un funcionario de la Unidad de Emergencia Infantil, el personal de seguridad deberá:

- Velar por la seguridad e integridad de los usuarios y funcionarios, acudiendo en forma inmediata cuando se le necesite, mantener el orden interno y externo en situaciones de conflicto.
- No entrar en discusión, ni elevar el tono de voz manteniendo siempre la calma.
- No responder con agresiones ni actitudes que violenten a terceros como reírse de la situación, despreciar o ironizar.
- Mantenerse alerta en caso de detectar alguna situación de conflicto en la sala de espera o dentro de la Unidad de Emergencia Infantil.
- En caso de ser solicitado intervenir sólo de manera verbal tratando de disuadir y apaciguar la situación
- Si la intervención verbal no funciona, informar de manera oportuna a su jefatura directa y a la jefatura de turno sobre la situación de conflicto.
- En caso de presenciar una situación de agresión física o verbal éste deberá de comunicarse inmediatamente en horario diurno con el jefe supervisor de los guardias y el horario nocturno o inhábil con el jefe de turno base (anexo MINSAL 328558) y alertar sobre la situación, si lo amerita pedir con prioridad apoyo.
- Solicitar la presencia de Carabinero de Chile o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o se le solicite.

13. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO INCENDIO, INUNDACIÓN, SISMO, TERREMOTO, ALERTA DE TSUNAMI

En caso de situaciones de emergencia y evacuación el personal de seguridad deberá:

- Conocer las vías de escape y lugar en que se encuentra el extintor

- Colaboraran en los Planes de Emergencia y Evacuación que tengan diseñado el Hospital, siendo parte fundamental en los equipos de intervención.
- Colaborar en la implementación y acciones de los Planes de Emergencia del Hospital, asumiendo las funciones que le sean asignadas.

14. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO DE ROBO

En caso de presenciar o de que se le sea notificado un robo dentro de la Unidad el personal de seguridad deberá:

- Comunicar en la mayor brevedad al supervisor de los guardias o al jefe de turno base según horario sobre lo sucedido.
- Comunicar lo sucedido a la jefatura de turno de manera inmediata.
- Solicitar la presencia de Carabinero de Chile o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o cuando sea solicitado.

ANEXO 8: Presentación power point protocolo de acción para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke



PROTOCOLO DE ACCIÓN PARA GUARDIAS DE EMPRESA EXTERNA QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Emergencia debido a su constante contingencia necesitan de protocolos específicos en materia de seguridad, los cuales proporcionen la información necesaria en relación a sus **funciones a desempeñar**, dichas funciones no se limitan a la protección de bienes muebles o de infraestructura, sino que implica **garantizar la seguridad de todas las personas que se encuentran dentro de la Unidad**, tanto el personal hospitalario como los pacientes o visitantes de los mismos, cumpliendo de esta forma con la **normativa interna de la institución** y siendo un **real apoyo** durante la jornada de trabajo



2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer los deberes y las funciones específicas según el cargo para guardias de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke

Objetivos Específicos

- Describir los deberes generales derivados del cargo
- Describir las funciones específicas de acuerdo a su cargo
- Establecer líneas de acción según contingencia

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Los deberes generales y las funciones derivadas del cargo del funcionario de seguridad de empresa externa se realizan considerando las bases administrativas y técnicas de la licitación de Servicios de Vigilancia 608-223-LR17 de Servicios Generales.

4. DEBERES GENERALES

El personal de vigilancia de empresa externa que se desempeñe en la Unidad de Emergencia Infantil deberá:

- ✓ **Conocer** sobre la Organización, el funcionamiento de la planta física del Hospital y de la Unidad en donde se desempeña permitiendo de esta forma una **atención oportuna y certera**.
- ✓ **Resguardar la seguridad** del usuario interno y externo del Hospital, así como también de los bienes de la institución, manteniendo una actitud proactiva y en alerta.
- ✓ Otorgar una **atención amable y personalizada** orientada a las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos según la **Normativa establecida por el Hospital**.
- ✓ Velar por el cumplimiento de la **normativa interna** del Hospital que **regula** el ingreso de las visitas y/o acompañantes.
- ✓ **Controlar** el ingreso de pacientes, familiares y/o acompañantes.
- ✓ Mantener **fluidez en la circulación de las personas, evitando aglomeraciones** en la puerta de ingreso, salida o pasillos de la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Todo trabajar que preste Servicios de vigilancia deberá presentarse en la Unidad con su **uniforme reglamentario, credencial de identificación a la vista** y radio de bolsillo.



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

- ✓ El trabajador que presta el Servicio de vigilancia deberá mantener un **comportamiento y actitud acorde a la labor que realiza**, utilizando un **lenguaje y vocabulario adecuado, evitando la verbalización de apreciaciones personales** con el usuario externo, obviando el uso de improperios, modismos y/o lenguaje coloquial, siendo respetuoso y tratando siempre de Ud. a su interlocutor.
- ✓ El trabajador que presta Servicios de vigilancia deberá presentar **tolerancia a la frustración, capacidad para actuar en situaciones de urgencia** y/o estrés, **buen trato y respeto, capacidad de trabajo en equipo, capacidad para recibir y acatar órdenes e instrucciones**.
- ✓ Queda **estrictamente prohibido** subir a redes sociales información o fotografías relacionadas con situaciones internas del hospital o pacientes que se atienden en la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Está **prohibido** el uso de equipos electrónicos (celulares, juegos, Tablet, etc), leer diarios y/o revistas en el puesto de trabajo durante la jornada laboral (todo elemento que genere distracción de la labor que realiza)



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

5. CONTROL DE ACCESO Y REGULACIÓN DEL FLUJO DE PERSONAS EN LA UNIDAD

El personal de vigilancia de empresa externa para mantener un control en el acceso y regulación del flujo de personas que ingresan a la Unidad de Emergencia Infantil deberá:

- ✓ Vigilar el cuidado de los implementos, bienes e infraestructura de la Unidad.
- ✓ Realizar un saludo de bienvenida a toda persona que ingrese a la Unidad.
- ✓ Ubicarse por fuera de la puerta de ingreso a la Unidad y desde ahí controlar.
- ✓ **No** cerrar la puerta con pestillo cuando no se encuentre cerca, para evitar denegar el acceso a la Unidad.
- ✓ **Mantener el control** de las personas que se mantienen en la sala de espera en espera de atención médica.
- ✓ Mantener **despejado** el acceso a la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Mantener **vigilancia visual** de lo que acontece frente a la puerta de entrada y actuar frente a conductas que afecten la seguridad y el orden.
- ✓ **Anunciar** la llegada de alguna emergencia.
- ✓ **No negar** el acceso del usuario en situación de riesgo que viene desde la calle e ingresa de manera rápida y sin preguntar a la Unidad.



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

- ✓ **Controlar el ingreso** de sólo **un (1)** acompañante por usuario pediátrico consultante en la Unidad, según **normativa interna del Hospital**.
- ✓ Mantener el control de las personas que se mantienen **dentro de la Unidad de Emergencia Infantil, vigilando el cumplimiento de la normativa de solo un (1) acompañante** por usuario pediátrico.
- ✓ Para mantener el control de la normativa interna de solo **un (1)** acompañante por usuario pediátrico el personal de vigilancia deberá **realizar cada 1 hora rondas** por el pasillo de la Unidad de Emergencia Infantil, así como también al interior del Box N°1 de atención y sala de observación
- ✓ Durante la atención de emergencias de riesgo vital o accidentes múltiples **colaborar con el despeje del pasillo interno** de la Unidad evitando así aglomeraciones.

6. CONTROL DEL FLUJO DE PERSONAS A OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL

La Unidad de Emergencia Infantil proporciona un acceso directo a diversos Servicios del Hospital, por lo que controlar el flujo de personas es de vital importancia para esto se debe:

- ✓ Mantener el **control del acceso** de público y usuarios que transitan por la Unidad de Emergencia Infantil hacia diferentes instalaciones del Hospital.
- ✓ Si el usuario pediátrico junto su padre y/o acompañante es derivado a algún servicio de apoyo como por ejemplo Rayos x o Imagenología, **se debe permitir el ingreso de otro familiar y/o acompañante** para facilitar su traslado. Una vez vuelto a la Unidad de Emergencia Infantil **el acompañante que ingresó debe salir** de la Unidad quedando así como lo establece la **normativa interna del Hospital un (1) acompañante por usuario pediátrico**.

7. FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE OBSERVACIÓN

La sala de observación de la Unidad de Emergencia Infantil mantiene usuarios pediátricos ambulatorios en observación y hospitalizados cuando no existe resolución médica. Ésta, tiene una normativa interna en relación a las visitas y sus cambios dentro del día por lo que el personal de vigilancia deberá:

- ✓ **Controlar el acceso** de las visitas y/o acompañantes en la sala de observación. Los horarios de visita comienzan a las **9 o a las 11??** de la mañana para los usuarios hospitalizados, **siempre y cuando el personal de la sala de observación lo indique**.
- ✓ El ingreso de las visitas de usuarios pediátricos hospitalizados comienza **a las 9??** de la mañana en punto, nunca antes. Por lo que el personal de vigilancia **no debe de acercarse a la sala de observación preguntando antes de las 9 de la mañana si las visitas pueden ingresar**.
- ✓ Se considera como **normativa interna de la sala de observación y del Hospital** el ingreso de sólo **una (1) persona por usuario pediátrico hospitalizado o en observación**, no se permite el acceso de personas menores de edad como visita en la Unidad
- ✓ Se permite **solo un cambio de visita** en horario de **14 a 15 hrs.** para evitar el flujo innecesario de personas en un servicio crítico como lo es la Unidad de Emergencia infantil, para esto debe coordinar el cambio en la sala de espera no en los pasillos de la Unidad.
- ✓ El cambio de visita debe **realizarse en la sala de espera de la Unidad**, no en sus pasillos.

8. FUNCIÓN DE INFORMAR EN HORARIO INHÁBIL



La Unidad de Emergencia Infantil cuenta con orientador solamente en horario de lunes a viernes de 8 de la mañana a 18 hrs, por lo que el personal de seguridad cumple funciones de orientar en horario inhábil, para esto el personal de vigilancia deberá:

✓ **Apoyar en la orientación** del usuario externo dentro de la Unidad, satisfaciendo de esta forma la necesidad de información de la población consultante.

✓ Ser un **interlocutor** entre el usuario externo e interno.

✓ **No proporcionar información de la cual no se está seguro.**

✓ **No manifestar apreciaciones personales** en relación a tiempos de espera, categorización, atención del personal de salud o normativa interna.

Acercarse al personal de salud en caso de tener **alguna duda**.

✓ Duda sobre **tiempos de categorización de pacientes**: Acercarse al **selector de la demanda (Box 9)**

✓ Duda sobre **atención de pacientes dentro de la Unidad**: Acercarse a la **clínica**

✓ Duda sobre pacientes **hospitalizados o en observación**: Acercarse a la **sala de observación**

En **horario inhábil orientar a los usuarios respecto a los horarios de visita en la sala de observación** (ver punto N°9), manteniendo la **normativa interna de solo un (1) acompañante** por usuario pediátrico.

9. CUSTODIA DE LA SILLA DE RUEDAS



La Unidad de Emergencia Infantil cuenta con 8 sillas de ruedas operativas custodiadas por el personal de seguridad, éste deberá:

✓ Mantener el **control de las sillas** de ruedas dentro de la Unidad, **solicitando la cédula de identidad** al familiar y/o acompañante del usuario pediátrico.

✓ Si el **personal de salud** de la Unidad de Emergencia Infantil solicita una silla de ruedas para traslado de pacientes, éste **no debe dejar en custodia** su cédula de identidad, **proporcionándole** de manera **inmediata** la silla de ruedas.

✓ Velar por el buen estado y uso de las sillas de ruedas.

10. LINEAMIENTOS DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN



Las Unidades de Emergencia se caracterizan por tener un alto flujo de personas con una demanda creciente según la época del año, lo que trae consigo un aumento en los tiempos de espera y el descontento del usuario externo, por lo que mantener un ambiente libre de agresiones se hace imprescindible para el funcionamiento óptimo de la Unidad. En caso de agresión verbal o física contra un funcionario de la Unidad de Emergencia Infantil, el personal de seguridad deberá:

✓ Velar por la **seguridad e integridad** de los usuarios y funcionarios, acudiendo en forma inmediata cuando se le necesite, mantener el orden interno y externo en situaciones de conflicto.

✓ **No entrar en discusión, ni elevar** el tono de voz manteniendo siempre la calma.

✓ **No responder** con agresiones ni actitudes que violenten a terceros como reírse de la situación, despreciar o ironizar.

✓ **Mantenerse alerta** en caso de detectar alguna situación de conflicto en la sala de espera dentro de la Unidad de Emergencia Infantil.

✓ En caso de **ser solicitado intervenir sólo de manera verbal** tratando de disuadir y apaciguar la situación

- ✓ Si la intervención verbal no funciona, **informar de manera oportuna a su jefatura directa y a la jefatura de turno** sobre la situación de conflicto.
- ✓ En caso de presenciar una situación de agresión física o verbal éste deberá de **comunicarse inmediatamente en horario diurno** con el **jefe supervisor de los guardias** y el **horario nocturno o inhábil** con el **jefe de turno base** (anexo MINSAL 328558) y alertar sobre la situación, **si lo amerita pedir con prioridad apoyo**.
- ✓ **Solicitar** la presencia de Carabinero de Chile o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o se le solicite.

11. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO INCENDIO, INUNDACIÓN, SISMO, TERREMOTO, ALERTA DE TSUNAMI

En caso de situaciones de emergencia y evacuación el personal de seguridad deberá:

- ✓ **Conocer** las vías de escape y lugar en que se encuentra el extintor
- ✓ **Colaborar** en los Planes de Emergencia y Evacuación que tengan diseñado el Hospital, siendo parte fundamental en los equipos de intervención.
- ✓ **Colaborar** en la implementación y acciones de los Planes de Emergencia del Hospital, **asumiendo las funciones que le sean asignadas**

12. LINEAMIENTOS DE ACCIÓN EN CASO DE ROBO

En caso de presenciar o de que se le sea notificado un robo dentro de la Unidad el personal de seguridad deberá:

- ✓ **Comunicar** en la mayor brevedad al **supervisor de los guardias** o al **jefe de turno base** según horario sobre lo sucedido.
- ✓ **Comunicar** lo sucedido a la **jefatura de turno de manera inmediata**.
- ✓ **Solicitar la presencia de Carabinero de Chile** o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o cuando sea solicitado.



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

ANEXO 9: Protocolo de acción para orientadores de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil
Hospital Dr. Gustavo Fricke

PROTOCOLO DE ACCIÓN PARA ORIENTADORES DE EMPRESA EXTERNA QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
YINA CORTEZ HERRERA ENFERMERA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL
Fecha: Septiembre 2019	Fecha: Octubre 2019	Fecha: Noviembre 2019

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Emergencia son la puerta de entrada de las Instituciones Hospitalarias siendo en muchas ocasiones el primer contacto del usuario con el sistema de salud. Según el marco normativo actual las instituciones de salud no pueden limitarse a prestar un servicio de calidad enfocado sólo en lo técnico, sino que es imprescindible considerar aspectos que afectan la percepción de la calidad de la salud entregada, como lo es el acceso a la información incorporado en la Ley 20.584 regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Mejorar el proceso de información proporcionado a los usuarios y a sus acompañantes y/o familiares en las salas de espera de las unidades de emergencia se enmarca dentro de la estrategia “Mi Hospital se pone a punto” la cual busca responder a las necesidades de quienes acuden al recinto hospitalario, entregándoles una información adecuada, oportuna, empática y resolutive.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Establecer los deberes y las funciones específicas según el cargo para orientadores de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los deberes generales derivados del cargo
- Describir las funciones específicas de acuerdo a su cargo
- Estableces líneas de acción según contingencia

- Disminuir la ansiedad de los acompañantes de los usuarios pediátricos por falta de información
- Prevenir situaciones de agresividad desde el usuario externo hacia al personal de salud

3. ALCANCE

- Funcionarios de empresa externa que se desempeñan como orientadores en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

4. RESPONSABILIDADES

- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Enfermeras Clínicas: Responsables de velar por el cumplimiento del protocolo
- Referente técnico OIRS: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo

5. CONSIDERACIONES GENERALES

Los deberes generales y las funciones derivadas del cargo del funcionario de orientación de empresa externa se realizan considerando las funciones específicas otorgadas por el Referente Técnico de la OIRS.

El personal orientador de empresa externa que se desempeñe en la Unidad de Emergencia Infantil como orientador deberá contar con las siguientes habilidades:

- **Autocontrol:** Capacidad para mantener las emociones propias bajo control, evitando reacciones negativas ante provocaciones u hostilidad por parte de otros.
- **Empatía:** Habilidad para escuchar, entender correctamente los pensamientos, sentimientos, requerimientos y/o preocupaciones de los demás.
- **Tolerancia a la frustración:** Capacidad de actuar a pesar de obstáculos y situaciones difíciles que se presenten, evitar situaciones de bloqueo y demostrar comprensión y tolerancia a los fracasos. Adaptarse a las necesidades que van surgiendo a consecuencias de los conflictos emergentes.
- **Orientación al usuario:** Deseo de ayudar o servir a los demás, satisfacción de necesidades y acompañamiento al usuario y sus familiares.
- **Cordialidad, asertividad:** Capacidad de establecer relaciones afables y cálidas, estableciendo confianza en su trato y generando un clima positivo.
- **Iniciativa y proactividad:** Capacidad para identificar un problema, un obstáculo y una oportunidad para llevar a cabo reacciones que den respuesta a los requerimientos. Hacer frente a la inquietud de los usuarios, tener iniciativa y capacidad de respuesta para buscar una solución.
- **Capacidad para trabajar bajo presión:** Capacidad para mantener eficiencia con alta sobrecarga laboral y bajo condiciones adversas, como por ejemplo: usuarios o familiares molestos, alta demanda de atención médica, alta horas de espera, fallecimientos, etc.

6. DEBERES GENERALES

- Conocer sobre la Organización, el funcionamiento de la planta física del Hospital y de la Unidad en donde se desempeña permitiendo de esta forma una atención oportuna y certera.
- Otorgar una atención amable y personalizada orientada a las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos según la Normativa establecida por el Hospital.
- Todo trabajador que preste Servicios de orientación deberá presentarse en la Unidad con su uniforme reglamentario y su credencial de identificación a la vista.
- El trabajador que presta servicios de orientación deberá mantener un comportamiento y actitud acorde a la labor que realiza, utilizando un lenguaje y vocabulario adecuado evitando la verbalización de apreciaciones personales con el usuario externo, obviando el uso de improperios, modismos y/o lenguaje coloquial, siendo respetuoso y tratando siempre de Ud. a su interlocutor.
- El trabajador que presta servicios de orientación deberá presentar tolerancia a la frustración, capacidad para actuar en situaciones de urgencia y/o estrés, buen trato y respeto, capacidad de trabajo en equipo, capacidad para recibir y acatar órdenes e instrucciones.
- Queda estrictamente prohibido subir a redes sociales información o fotografías relacionadas con situaciones internas del hospital o pacientes que se atienden en la Unidad de Emergencia Infantil.
- Está prohibido el uso de equipos electrónicos (celulares, juegos, Tablet, etc), leer diarios y/o revistas en el puesto de trabajo durante la jornada laboral (todo elemento que genere distracción de la labor que realiza).

7. INFORMACIÓN EN LA SALA DE ESPERA

La función del personal orientador en las salas de espera de las Unidades de emergencia es fundamental, éste es el nexo entre el usuario externo y el equipo de salud, dentro de sus funciones destacan:

- Realizar un saludo de bienvenida a toda persona que ingrese a la Unidad.
- Ser un **agente activo** dentro de la sala de espera.
- Ser un **interlocutor** entre el usuario externo y el equipo de salud: El personal orientador es el encargado de realizar las preguntas al equipo de salud en relación a tiempos de espera de atención.
- Ubicarse en el cubículo que se encuentra por fuera de la puerta de ingreso a la Unidad y desde ahí informar, acoger dudas, reclamos y derivar a la OIRS en caso de ser necesario.
- Orientar al usuario externo en donde se encuentra el libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones de la unidad.
- Mantener informadas a las personas que se mantienen en la sala de espera en espera de atención médica, satisfaciendo de esta forma la necesidad de información de la población consultante.
- Una vez categorizados los pacientes pediátricos, el orientador debe mantener informados a los usuarios en relación a tiempos de espera según categorización.
- Otorgar información en tiempo real a la población sobre tiempos de espera según categorización, para esto acercarse a BOX 9, obtener información y entregarla al usuario. **No** derivar al usuario a que consulte por su cuenta.
- Entregar folleto informativo sobre categorización.
- Cada vez que un usuario pediátrico vaya a ingresar a la Unidad según llamado por altoparlante, preguntar a qué box se dirige, si el usuario es llamado por el Box 9, indicarle que dicho box queda en la sala de espera.

- Acercarse al personal de salud en caso de tener alguna duda.
 - ✓ **Duda sobre tiempos de categorización de pacientes:**
Acercarse al selector de la demanda (Box 9)
 - ✓ **Duda sobre atención de pacientes dentro de la Unidad:**
Acercarse a la clínica
 - ✓ **Duda sobre pacientes hospitalizados o en observación:**
Acercarse a la sala de observación
 - No proporcionar información de la cual no se está seguro.
 - No manifestar apreciaciones personales en relación a tiempos de espera, atención del personal de salud o normativa interna.
- * Se le proporcionará al personal orientador una bitácora y un lápiz para ser utilizado cuando lo necesite.

8. FUNCIONAMIENTO E INFORMACIÓN SOBRE PACIENTE DE SALA OBSERVACIÓN

La sala de observación de la Unidad de Emergencia Infantil mantiene usuarios pediátricos ambulatorios en observación y hospitalizados cuando no existe resolución médica. Ésta, tiene una normativa interna en relación a las visitas y sus cambios dentro del día por lo que el personal orientador deberá:

- Acercarse a la sala de observación a las 8:15 de la mañana para realizar un listado con el nombre de los pacientes hospitalizados y en observación en la Unidad.
- Mantener actualizado dicho listado, para esto debe acercarse cada una hora a la sala de observación y actualizar datos. (esto es debido a la alta rotación de usuarios pediátricos en la sala de observación).
- Coordinar los cambios de visita de los usuarios pediátricos con sus familiares, manteniendo la normativa interna de la institución de solo **un** (1) acompañante por usuario.

- Informar a los usuarios sobre el horario de visita de la sala de observación: de lunes a viernes desde las 9 am hasta las 19 hrs. y desde las 21 hrs. hasta las 00 hrs. Sábados, domingos y festivos desde las 10 am hasta las 19 hrs. y desde las 21 hrs. hasta las 00 hrs. ambos ingresos previo pase del equipo de salud.
- Se permite solo un cambio de visita en horario de 14 a 15 hrs. para evitar el flujo innecesario de personas en un servicio crítico como lo es la Unidad de Emergencia infantil, para esto debe coordinar el cambio en la sala de espera no en los pasillos de la Unidad.

9. NECESIDAD DE TRADUCTOR

En caso de ser necesario los servicios del traductor en la Unidad, el orientador será el encargado de coordinar que el traductor acuda lo antes posible al Servicio, identificando al usuario que necesita traducción y/ orientarlo desde que box es requerido.

10. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN

Las Unidades de Emergencia se caracterizan por tener un alto flujo de personas con una demanda creciente según la época del año, lo que trae consigo un aumento en los tiempos de espera y el descontento del usuario externo, por lo que mantener un ambiente libre de agresiones se hace imprescindible para el funcionamiento óptimo de la Unidad. En caso de agresión verbal o física contra un funcionario de la Unidad de Emergencia Infantil, el personal orientador deberá:

- No entrar en discusión, ni elevar el tono de voz manteniendo siempre la calma.

- No responder con agresiones ni actitudes que violenten a terceros como reírse de la situación, despreciar o ironizar.
- Mantenerse alerta en caso de detectar alguna situación de conflicto en la sala de espera o dentro de la Unidad de Emergencia Infantil.
- En caso de ser solicitado intervenir sólo de manera verbal tratando de disuadir y apaciguar la situación
- Si la intervención verbal no funciona, informar de manera oportuna a su jefatura directa y a la jefatura de turno sobre la situación de conflicto.
- En caso de presenciar una situación de agresión física o verbal éste deberá de comunicarse inmediatamente con el guardia asignado a la Unidad de Emergencia Infantil para que él siga el conducto regular.
- Solicitar la presencia de Carabinero de Chile o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o se le solicite.

11. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO INCENDIO, INUNDACIÓN, SISMO, TERREMOTO, ALERTA DE TSUNAMI

En caso de situaciones de emergencia y evacuación el personal orientador deberá:

- Conocer las vías de escape y lugar en que se encuentra el extintor
- Colaboraran en los Planes de Emergencia y Evacuación que tengan diseñado el Hospital, siendo parte fundamental en los equipos de intervención.
- Colaborar en la implementación y acciones de los Planes de Emergencia del Hospital, asumiendo las funciones que le sean asignadas.

ANEXO 10: Presentación power point protocolo de acción para orientador de empresa externa que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke



PROTOCOLO DE ACCIÓN PARA ORIENTADOR DE EMPRESA EXTERNA QUE SE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Emergencia son la **puerta de entrada** de las Instituciones Hospitalarias siendo en muchas ocasiones el primer contacto del usuario con el sistema de salud. Según el marco normativo actual las instituciones de salud no pueden limitarse a prestar un servicio de calidad enfocado sólo en lo técnico, sino que es **imprescindible considerar aspectos que afectan la percepción de la calidad** de la salud entregada, como lo es el **acceso a la información** incorporado en la **Ley 20.584** regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Mejorar el proceso de información proporcionado a los usuarios y a sus acompañantes y/o familiares en las salas de espera de las unidades de emergencia se enmarca dentro de la estrategia **"Mi Hospital se pone a punto"** la cual busca **responder a las necesidades de quienes acuden al recinto hospitalario, entregándoles una información adecuada, oportuna, empática y resolutiva.**

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer los deberes y las funciones específicas según el cargo para orientadores de empresa externa que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Objetivos Específicos

- ✓ Describir los deberes generales derivados del cargo
- ✓ Describir las funciones específicas de acuerdo a su cargo
- ✓ Establecer líneas de acción según contingencia
- ✓ Disminuir la ansiedad de los acompañantes de los usuarios pediátricos por falta de información
- ✓ Prevenir situaciones de agresividad desde el usuario externo hacia al personal de salud



3. CONSIDERACIONES GENERALES

Los deberes generales y las funciones derivadas del cargo del funcionario de orientación de empresa externa se realizan considerando las funciones específicas otorgadas por el Referente Técnico de la OIRS.

El personal orientador de empresa externa que se desempeñe en la Unidad de Emergencia Infantil como orientador deberá contar con las siguientes habilidades:

- ✓ **Autocontrol:** Capacidad para mantener las emociones propias bajo control, evitando reacciones negativas ante provocaciones u hostilidad por parte de otros.
- ✓ **Empatía:** Habilidad para escuchar, entender correctamente los pensamientos, sentimientos, requerimientos y/o preocupaciones de los demás.
- ✓ **Tolerancia a la frustración:** Capacidad de actuar a pesar de obstáculos y situaciones difíciles que se presenten, evitar situaciones de bloqueo y demostrar comprensión y tolerancia a los fracasos. Adaptarse a las necesidades que van surgiendo a consecuencias de los conflictos emergentes.



- ✓ **Orientación al usuario:** Deseo de ayudar o servir a los demás, satisfacción de necesidades y acompañamiento al usuario y sus familiares.
- ✓ **Cordialidad, asertividad:** Capacidad de establecer relaciones afables y cálidas, estableciendo confianza en su trato y generando un clima positivo.
- ✓ **Iniciativa y proactividad:** Capacidad para identificar un problema, un obstáculo y una oportunidad para llevar a cabo reacciones que den respuesta a los requerimientos. Hacer frente a la inquietud de los usuarios, tener iniciativa y capacidad de respuesta para buscar una solución.
- ✓ **Capacidad para trabajar bajo presión:** Capacidad para mantener eficiencia con alta sobrecarga laboral y bajo condiciones adversas, como por ejemplo: usuarios o familiares molestos, alta demanda de atención médica, alta horas de espera, fallecimientos, etc.

4. DEBERES GENERALES

El personal de orientador de empresa externa que se desempeñe en la Unidad de Emergencia Infantil deberá:

- ✓ **Conocer** sobre la Organización, el funcionamiento de la planta física del Hospital y de la Unidad en donde se desempeña permitiendo de esta forma una **atención oportuna y certera**.
- ✓ Otorgar una **atención amable y personalizada** orientada a las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos según la **Normativa establecida por el Hospital**.
- ✓ Todo trabajar que preste Servicios de orientación deberá presentarse en la Unidad con su **uniforme reglamentario y su credencial de identificación a la vista**.
- ✓ El trabajador que presta servicios de orientación deberá **mantener un comportamiento y actitud acorde a la labor que realiza**, utilizando un **lenguaje y vocabulario adecuado evitando la verbalización de apreciaciones personales con el usuario externo**, obviando el uso de improprios, modismos y/o lenguaje coloquial, siendo respetuoso y tratando siempre de Ud. a su interlocutor.



- ✓ El trabajador que presta servicios de orientación deberá **presentar tolerancia a la frustración, capacidad para actuar** en situaciones de urgencia y/o estrés, **buen trato y respeto, capacidad de trabajo en equipo, capacidad para recibir y acatar órdenes e instrucciones**
- ✓ Queda **estrictamente prohibido** subir a redes sociales información o fotografías relacionadas con situaciones internas del hospital o pacientes que se atienden en la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Está **prohibido** el uso de equipos electrónicos (celulares, juegos, Tablet, etc), leer diarios y/o revistas en el puesto de trabajo durante la jornada laboral (**todo elemento que genere distracción de la labor que realiza**)

5. INFORMACIÓN EN LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD

La función del personal orientador en las salas de espera de las Unidades de emergencia es fundamental, éste es el **nexo** entre el usuario externo y el equipo de salud, dentro de sus funciones destacan:

- ✓ Realizar un saludo de bienvenida a toda persona que ingrese a la Unidad.
- ✓ Ser un **agente activo** dentro de la sala de espera.
- ✓ Ser un **interlocutor** entre el usuario externo y el equipo de salud: El personal **orientador** es el **encargado de realizar las preguntas al equipo de salud** en relación a tiempos de espera de atención.
- ✓ Ubicarse en el cubículo que se encuentra por fuera de la puerta de ingreso a la Unidad y desde ahí **informar, acoger dudas, reclamos y derivar a la OIRS** en caso de ser necesario.
- ✓ **Orientar** al usuario externo en donde se encuentra el **libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones de la unidad.**
- ✓ **Mantener informadas** a las personas que se mantienen en la sala de espera en espera de atención médica, satisfaciendo de esta forma la necesidad de información de la población consultante.

- ✓ Una vez categorizados los pacientes pediátricos, el **orientador debe mantener informados a los usuarios en relación a tiempos de espera según categorización.**
- ✓ Otorgar **información en tiempo real** a la población sobre tiempos de espera según categorización, para esto **acercarse a BOX 9, obtener información y entregarla al usuario. No derivar al usuario a que consulte por su cuenta.**
- ✓ Entregar **folleto informativo** sobre categorización.
- ✓ Cada vez que un usuario pediátrico vaya a ingresar a la Unidad según llamado por altoparlante, **preguntar a qué box se dirige**, si el usuario es llamado por el **Box 9**, indicarle que dicho box queda en la sala de espera.
- ✓ Acercarse al personal de salud en caso de tener alguna duda.
- Duda sobre **tiempos de categorización** de pacientes: Acercarse al **selector de la demanda (Box 9)**
- Duda sobre **atención de pacientes dentro de la Unidad**: Acercarse a la **clínica**
- Duda sobre **pacientes hospitalizados o en observación**: Acercarse a la **sala de observación**
- ✓ **No proporcionar información de la cual no se está seguro.**
- ✓ **No manifestar apreciaciones personales** en relación a tiempos de espera, atención del personal de salud o normativa interna.

6. FUNCIONAMIENTO E INFORMACIÓN DE PACIENTES SALA DE OBSERVACIÓN



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

- ✓ La sala de observación de la Unidad de Emergencia Infantil mantiene usuarios pediátricos ambulatorios en observación y hospitalizados cuando no existe resolución médica. Ésta, tiene una normativa interna en relación a las visitas y sus cambios dentro del día por lo que el personal orientador deberá:
- ✓ **Acercarse** a la sala de observación a las 8:15 de la mañana para **realizar un listado con el nombre de los pacientes hospitalizados y en observación en la Unidad.**
- ✓ Mantener **actualizado** dicho listado, para esto debe acercarse **cada una (1) hora** a la sala de observación y **actualizar datos.** (esto es debido a la alta rotación de usuarios pediátricos en la sala de observación).
- ✓ **Coordinar los cambios de visita** de los usuarios pediátricos con sus familiares, manteniendo la normativa **interna de la institución de solo un (1) acompañante por usuario.**
- ✓ Informar a los usuarios sobre el horario de visita de la sala de observación:
 - de **lunes a viernes** desde las **9 am hasta las 19 hrs.** y desde las **21 hrs. hasta las 00 hrs.**
 - **Sábados, domingos y festivos** desde las **10 am hasta las 19 hrs.** y desde las **21 hrs. hasta las 00 hrs.** ambos ingresos previo pase del equipo de salud.

7. NECESIDAD DE TRADUCTOR



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

- ✓ Se permite solo un cambio de visita en horario de **14 a 15 hrs.** para evitar el flujo innecesario de personas en un servicio crítico como lo es la Unidad de Emergencia infantil, para esto debe **coordinar el cambio en la sala de espera no en los pasillos de la Unidad.**
- ✓ En caso de ser necesario los servicios del **traductor** en la Unidad, el orientador será el encargado de **coordinar** que el traductor acuda lo antes posible al Servicio, identificando al usuario que necesita traducción y orientarlo desde que box es requerido.

8. LINEAMIENTOS DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

Las Unidades de Emergencia se caracterizan por tener un alto flujo de personas con una demanda creciente según la época del año, lo que trae consigo un **aumento en los tiempos de espera** y el **descontento** del usuario externo, por lo que mantener un ambiente libre de agresiones se hace imprescindible para el funcionamiento óptimo de la Unidad. En caso de agresión verbal o física contra un funcionario de la Unidad de Emergencia Infantil, el personal orientador deberá:

- ✓ **No entrar** en discusión, ni elevar el tono de voz manteniendo siempre la calma.
- ✓ **No responder** con agresiones ni actitudes que violenten a terceros como reírse de la situación, despreciar o ironizar.
- ✓ **Mantenerse alerta** en caso de detectar alguna situación de conflicto en la sala de espera o dentro de la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ En caso de ser **solicitado intervenir sólo de manera verbal** tratando de disuadir y apaciguar la situación.
- ✓ Si la intervención verbal no funciona, **informar de manera oportuna a su jefatura directa y a la jefatura de turno** sobre la situación de conflicto.

- ✓ En caso de presenciar una situación de agresión física o verbal éste deberá de **comunicarse inmediatamente con el guardia asignado** a la Unidad de Emergencia Infantil para que él siga el conducto regular.
- ✓ **Solicitar** la presencia de Carabinero de Chile o Investigaciones de Chile, cuando los acontecimientos así lo requieran o se le solicite.

9. LINEAMIENTO DE ACCIÓN EN CASO INCENDIO, INUNDACIÓN, SISMO, TERREMOTO, ALERTA DE TSUNAMI

En caso de situaciones de emergencia y evacuación el personal orientador deberá:

- ✓ **Conocer** las vías de escape y lugar en que se encuentra el extintor
- ✓ **Colaboraran** en los Planes de Emergencia y Evacuación que tengan diseñado el Hospital, siendo parte fundamental en los equipos de intervención.
- ✓ **Colaborar** en la implementación y acciones de los Planes de Emergencia del Hospital, **asumiendo las funciones que le sean asignadas**



PROTOCOLO DE RECEPCIÓN HUMANIZADA AL USUARIO PEDIÁTRICO Y SU FAMILIA DURANTE LA CATEGORIZACIÓN EN LA EMERGENCIA INFANTIL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
YINA CORTEZ HERRERA ENFERMERA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL	VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ ENFERMERA SUPERVISORA EMERGENCIA INFANTIL
Fecha: Noviembre 2019	Fecha: Diciembre 2019	Fecha: Enero 2019

1. DEFINICIONES

Conceptos básicos en la atención al usuario

- **ACTITUD:** Disposición de una persona hacia algo o alguien.
- **ATENCIÓN PERSONALIZADA:** Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada.
- **ASERTIVIDAD:** Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y capacidad negociadora.
- **CAPACIDAD DE RESPUESTA:** Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de la atención de salud.
- **CONFIDENCIALIDAD:** Es una característica de la relación profesional usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.
- **ELEMENTOS DE SERVICIO AL USUARIO:** Comprende dos elementos, la atención y servicio que se le brinda al usuario. La atención al usuario demanda cortesía, deseo de ayudar, entusiasmo, empatía, puntualidad. Se debe tratar al usuario como la persona más importante y la razón de ser de nuestro trabajo. El servicio demanda una mejora de los procesos internos que hacen contacto con el usuario. Nada se gana si la atención al usuario es excelente, pero los procesos no lo son.
- **EMPATÍA:** Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y transmitírselo, para que sepa que comprendemos su situación.
- **EXPECTATIVAS:** Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a solicitar atención de salud. Es muy importante no generar falsas expectativas, ya que ello puede provocar frustración e insatisfacción de los usuarios.

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el rol que cumple el profesional enfermera/o dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado, adquiriendo los profesionales una conducta institucionalizada. Es así como el ejercicio profesional del equipo de salud adolece de un proceso de deshumanización en la sociedad globalizada, en las cuales prevalece un vacío espiritual y la cultura de la banalidad.

La atención que se brinda en los servicios de urgencias por su dinámica es donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente biológico, por lo que se deja a un lado el componente de calor humano y apoyo a la persona atendida para asimilar su alteración en salud y asumir el tratamiento (1). Esto es, porque dicho escenario exige del profesional la agilidad y dominio de procedimientos técnicos, además de la inmediatez de resultados impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día, lo que potencia esta deshumanización.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Mejorar el trato que se entrega al usuario pediátrico y su familia durante la categorización en la Unidad de Emergencia Infantil

3.2 Objetivos Específicos

- Incorporar el trato humanizado al usuario pediátrico y su familia en el proceso de Atención de Urgencias en la Unidad de Emergencia Infantil.
- Definir los pasos a seguir durante la recepción del usuario pediátrico y su familia al momento de realizar la categorización

4. ALCANCE

- Personal de enfermería; técnico paramédico y profesional enfermera/o que desempeñan funciones durante el subproceso de categorización en la Unidad de Emergencia Infantil.

5. RESPONSABILIDADES

- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Enfermera jefa de turno: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Enfermeras clínicas: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Técnicos en enfermería: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo

6. CUIDADO HUMANIZADO

Jean Watson desarrolla la filosofía del cuidado humano, una de las más reconocidas en el último tiempo, la cual se basa en su propio pensamiento y en teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra). Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser

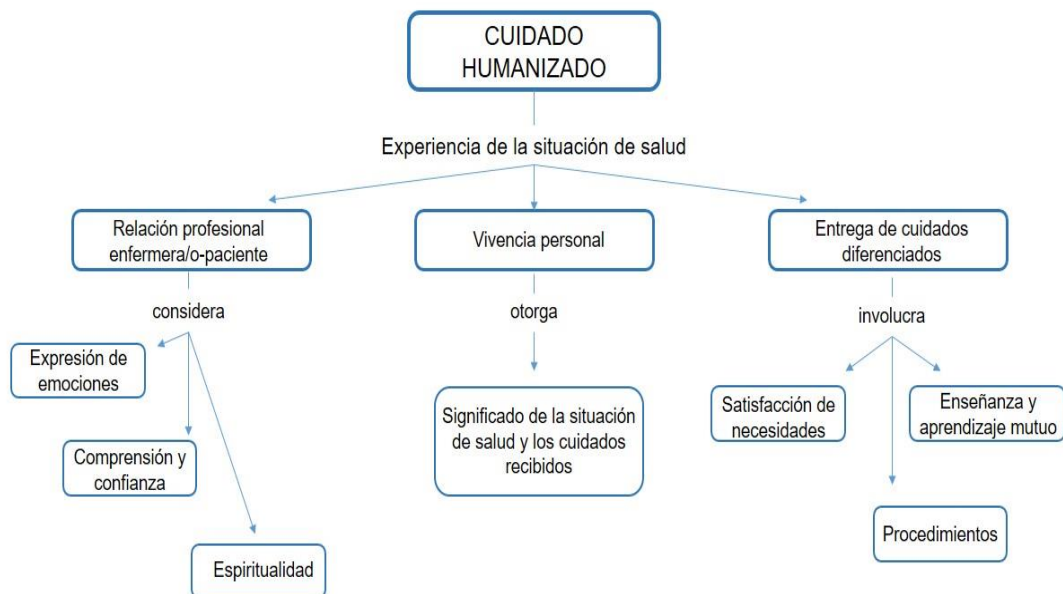
humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Además sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (2).

El cuidado humanizado se entiende como el deber Ser de la Enfermería, es decir, la preocupación por el ser humano, que comprende; conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias; es ayudar al crecimiento y maduración del individuo. Por otra parte, el Cuidado Humanizado es la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al entrar en contacto con el paciente, es el ayudar a que recobre su independencia, su autonomía. De la misma forma, es la preocupación y el esmero para lograr un estado de máximo bienestar físico, psicológico, social y espiritual, lo cual se logra a través de la comunicación terapéutica, la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la escucha activa, el establecimiento de una relación de ayuda donde los pensamientos y sentimientos se reflejan de manera coherente con las acciones que se realizan. A su vez, el cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero/a establece con el paciente (2,3),

La visión de Watson sobre el proceso de enfermería, método científico propio de la disciplina, es favorecedora del concepto de resolución, es decir, lo ve como una herramienta para resolver los problemas que se presentan en las situaciones propias de enfermería. En relación a esto, y para mejorar el trato que se les da al usuario pediátrico y a su familia durante el proceso de categorización es que el Cuidado Humanizado se ve como una oportunidad para cambiar esta institucionalización y visibilizar un cuidado único y particular pensado y adaptado para cada usuario y cada situación.

La base de la teoría de Watson radica en diez factores de cuidado, los que posteriormente fueron desarrollados en Procesos de Caritas para darle una dimensión espiritual, los cuales cuentan con un lenguaje más evolucionado y fluido haciendo más explícita la conexión entre el cuidado y el amor a los proceso de la vida humana (2,3), por tanto, se extraen los factores de cuidado y caritas para crear un modelo de comportamiento de cuidado para humanizar la atención en la Unidad de Emergencia Infantil y utilizarlo durante el subproceso de categorización, en donde el/la profesional enfermera/o es el actor principal y el funcionario que tiene la responsabilidad legal durante el subproceso mencionado.

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CUIDADO HUMANIZADO DE JEAN WATSON



8. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR EL TRATO ENTREGADO

La comunicación se representa como la mejor herramienta para la humanización en los servicios de urgencia, esta humanización se manifiesta en todos sus gestos y formas: la presencia, la escucha activa, la mirada, el silencio, la empatía, la aceptación incondicional del otro, las respuesta asertiva y empática.

La información (clara, comprensible, efectiva, a tiempo, cuando se necesita, adaptada al receptor) se convierte en el punto clave del proceso comunicativo.

Guía para recibir al usuario pediátrico y su familia durante la categorización del
infante

PASO 1: SALUDAR Y DAR LA BIENVENIDA

Ejemplos:

- Buenos días, tarde, noches
- Uso obligatorio de credencial de identificación a la vista del usuario externo

PASO 2: INDIVIDUALIZACIÓN DEL USUARIO/A

Ejemplos:

- Llamarlo por su nombre o tratarlo de "Usted"
- Sr/Sra, Srta, Cuál es su nombre?

PASO 3: PREGUNTAR POR MOTIVO DE CONSULTA

Ejemplos:

- ¿Dígame por qué consulta?
- ¿Por qué viene?... Dígame

Evitar:

- Escribir en el computador mientras se habla con la madre/padre/cuidador

- Manifestación de apreciaciones personales en relación al motivo de consulta
- ¿Y por eso viene?
- ¿Por qué no vino antes?
- ¿Y por eso viene a esta hora?
- ¿Cómo no va a saber manejar la temperatura en su casa?

Respetar

- Intimidad
- Color de piel
- Idiomas
- Costumbres y creencias
- Religión

Mantener

- Escucha activa
- Contacto visual
- Tono de voz cálido y cercano

Prestar

- Atención personalizada
- Contención emocional en caso de ser necesario
- Palabras de aliento: Tranquila.... Todo estará bien.... Esto a veces es común no se preocupe, su hijo se ve bien...

PASO 3: CATEGORIZAR

- Realizar anamnesis con lenguaje amigable, no técnico
- Realizar valoración física con paciencia y orientada al usuario pediátrico

PASO 4: INFORMAR SOBRE CATEGORIZACIÓN

- Mamá/papá su hijo/a está categorizado en categoría ESI..... eso significa que va a pasar de inmediato/tiene que esperar un poco/o hay mayor tiempo de espera para su categoría/color (naranja, amarillo, verde, azul)

- Mire (mostrar pantalla de computador), aquí físicamente está su hijo, en el puesto de su categoría no va a cambiar, pero si llega un niño más grave pase antes.
- Cualquier duda en relación a tiempos de espera se puede acercar al orientador, él le podrá resolver sus dudas.
- En caso de que su hijo se sienta mal y aún no lo llaman para atenderlo puede golpear acá y lo reevaluaremos y eventualmente lo re-categoricemos.

Evitar

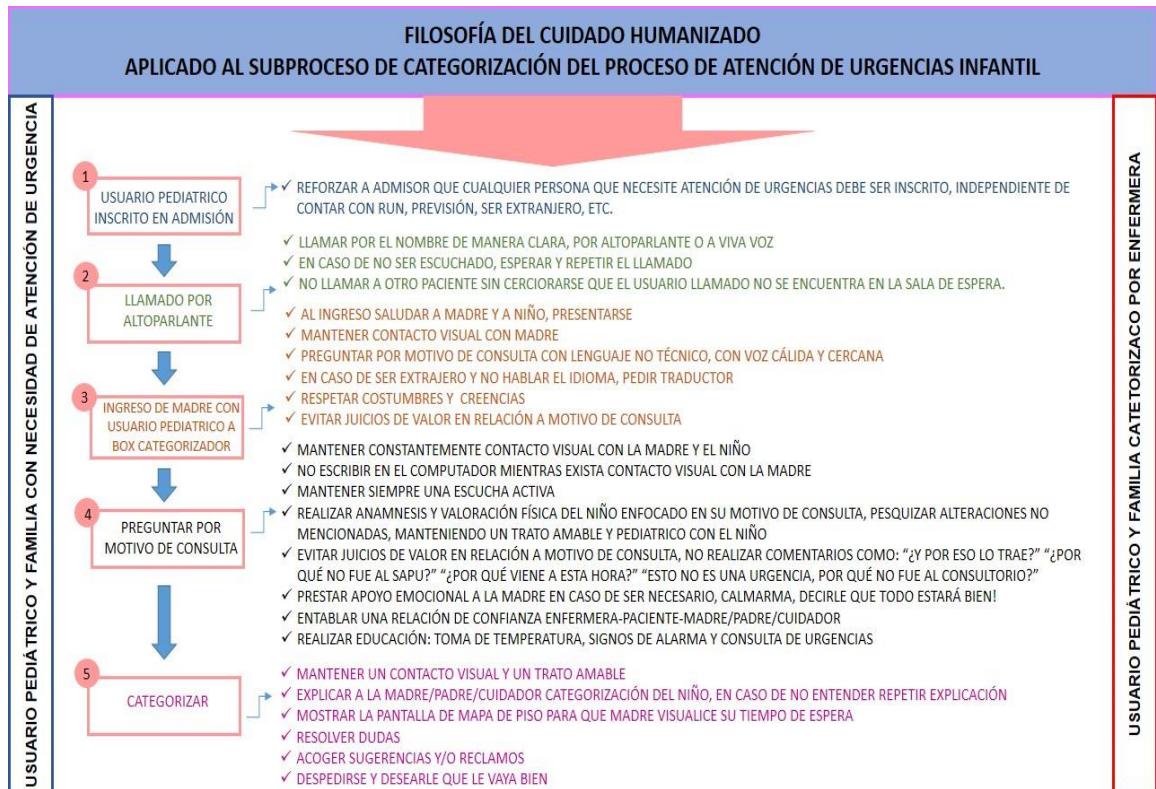
- Decir quedan x niños para que lo atiendan, porque la categorización no es por tiempo de espera sino que por prioridad, al decir un número se entrega información errada debido a que si llega un niño con una categorización más alta ese número cambia.
- Dar información que no informa: Ya lo van a atender, tiene que esperar....

PASO 5: DESPEDIDA

Ejemplos:

- Mamá/papá hasta luego, que le vaya bien
- Qué esté bien
- Cualquier cosa me pregunta

9. CUIDADO HUMANIZADO DURANTE LA CATEGORIZACIÓN



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Durán C. Atención humana del paciente de urgencias. En: Ministerio de protección social. Guías para manejo de urgencias. 3a ed. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2009. p. 1433-40.

(2) Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2011. p. 91-112.

(3) Watson J. Watson s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto enferm.* 2007; 16(1): 129-135.

ANEXO 12: Presentación power point de Protocolo de recepción humanizada para el usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización



PROTOKOLO DE RECEPCIÓN HUMANIZADA A USUARIOS PEDIÁTRICOS Y FAMILIA DURANTE LA CATEGORIZACIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



1. DEFINICIONES

Conceptos básicos en la atención al usuario

- ✓ **ACTITUD:** Disposición de una persona hacia algo o alguien.
- ✓ **ATENCIÓN PERSONALIZADA:** Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada.
- ✓ **ASERTIVIDAD:** Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y capacidad negociadora.
- ✓ **CAPACIDAD DE RESPUESTA:** Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de la atención de salud.
- ✓ **CONFIDENCIALIDAD:** Es una característica de la relación profesional usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.



- ✓ **ELEMENTOS DE SERVICIO AL USUARIO:** Comprende dos elementos, la atención y servicio que se le brinda al usuario. La atención al usuario demanda cortesía, deseo de ayudar, entusiasmo, empatía, puntualidad. Se debe tratar al usuario como la persona más importante y la razón de ser de nuestro trabajo. El servicio demanda una mejora de los procesos internos que hacen contacto con el usuario. Nada se gana si la atención al usuario es excelente, pero los procesos no lo son.
- ✓ **EMPATÍA:** Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y transmitírselo, para que sepa que comprendemos su situación.
- ✓ **EXPECTATIVAS:** Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a solicitar atención de salud. Es muy importante no generar falsas expectativas, ya que ello puede provocar frustración e insatisfacción de los usuarios

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el rol que cumple el profesional enfermera/o dentro de las instituciones hospitalarias está **socialmente estructurado**, adquiriendo los profesionales una **conducta institucionalizada**.

La atención que se brinda en los **servicios de urgencias** por su dinámica es donde con mayor frecuencia se observa una **tendencia a la deshumanización** y a centrar la atención en el aspecto meramente **biológico**, por lo que se deja a un lado el componente de calor humano y apoyo a la persona atendida para asimilar su alteración en salud y asumir el tratamiento (1). Esto es, porque dicho escenario exige del profesional la **agilidad y dominio de procedimientos técnicos**, además de la **inmediatez de resultados** impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día, lo que potencia esta deshumanización.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Mejorar el trato que se entrega al usuario pediátrico y su familia durante la categorización en la Unidad de Emergencia Infantil

Objetivos Específicos

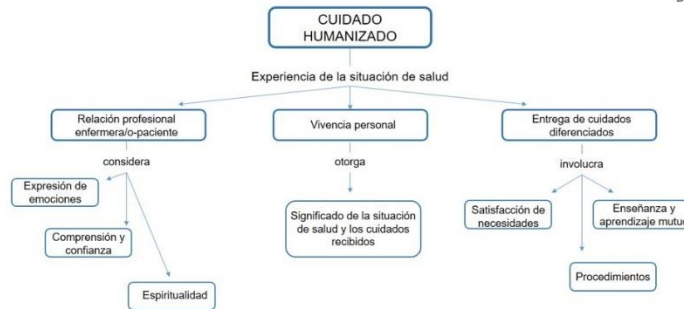
- ✓ Incorporar el trato humanizado al usuario pediátrico y su familia en el proceso de Atención de Urgencias en la Unidad de Emergencia Infantil.
- ✓ Definir los pasos a seguir durante la recepción del usuario pediátrico y su familia al momento de realizar la categorización

3. CUIDADO HUMANIZADO

Jean Watson desarrolla la filosofía del cuidado humano, una de las más reconocidas en el último tiempo. Watson reconoce que el **cuidar es parte fundamental del ser** y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Además sostiene que **ante el riesgo de deshumanización** en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, **se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal**, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (2).

El cuidado humanizado se entiende como el deber Ser de la Enfermería, es decir, la preocupación por el ser humano, que comprende; **conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias; es ayudar al crecimiento y maduración del individuo**. Por otra parte, el Cuidado Humanizado es la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al entrar en contacto con el paciente, es el ayudar a que recobre su independencia, su autonomía

4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CUIDADO HUMANIZADO



5. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR EL TRATO ENTREGADO



La comunicación se representa como la mejor herramienta para la humanización en los servicios de urgencia, esta humanización se manifiesta en todos sus gestos y formas: la presencia, la escucha activa, la mirada, el silencio, la empatía, la aceptación incondicional del otro, las respuesta asertiva y empática.

La información (clara, comprensible, efectiva, a tiempo, cuando se necesita, adaptada al receptor) se convierte en el punto clave del proceso comunicativo.

Guía para recibir al usuario pediátrico y su familia durante la categorización del infante

PASO 1: SALUDAR Y DAR LA BIENVENIDA

Ejemplos:

- Buenos días, tarde, noches
- Uso obligatorio de credencial de identificación a la vista del usuario externo

PASO 2: INDIVIDUALIZACIÓN DEL USUARIO/A

Ejemplos:

- Llamarlo por su nombre o tratarlo de "Usted"
- Sr/Sra, Srta, Cuál es su nombre?

PASO 3: PREGUNTAR POR MOTIVO DE CONSULTA

Ejemplos:

- ¿Dígame por qué consulta?
- ¿Por qué viene?... Dígame

Evitar:

- ✓ Escribir en el computador mientras se habla con la madre/padre/cuidador
- Manifestación de apreciaciones personales en relación al motivo de consulta
- ✓ ¿Y por eso viene?
- ✓ ¿Por qué no vino antes?
- ✓ ¿Y por eso viene a esta hora?
- ✓ ¿Cómo no va a saber manejar la temperatura en su casa?



Respetar

- ✓ Intimidad
- ✓ Color de piel
- ✓ Idiomas
- ✓ Costumbres y creencias
- ✓ Religión

Mantener

- ✓ Escucha activa
- ✓ Contacto visual
- ✓ Tono de voz cálido y cercano

Prestar

- ✓ Atención personalizada
- ✓ Contención emocional en caso de ser necesario
- ✓ Palabras de aliento: Tranquila.... Todo estará bien.... Esto a veces es común no se preocupe, su hijo se ve bien...

PASO 3: CATEGORIZAR

- Realizar anamnesis con lenguaje amigable, no técnico
- Realizar valoración física con paciencia y orientada al usuario pediátrico



PASO 4: INFORMAR SOBRE CATEGORIZACIÓN

- Mamá/papá su hijo/a está categorizado en categoría ESI..... eso significa que va a pasar de inmediato/tiene que esperar un poco/o hay mayor tiempo de espera para su categoría/color (naranja, amarillo, verde, azul)
- Mire (mostrar pantalla de computador), aquí físicamente está su hijo, en el puesto de su categoría no va a cambiar, pero si llega un niño más grave pase antes.
- Cualquier duda en relación a tiempos de espera se puede acercar al orientador, él le podrá resolver sus dudas.
- En caso de que su hijo se sienta mal y aún no lo llaman para atenderlo puede golpear acá y lo reevaluaremos y eventualmente lo re-categoricemos.

Evitar

- Decir quedan x niños para que lo atiendan, porque la categorización no es por tiempo de espera sino que por prioridad, al decir un número se entrega información errada debido a que si llega un niño con una categorización más alta ese número cambia.
- Dar información que no informa: Ya lo van a atender, tiene que esperar....



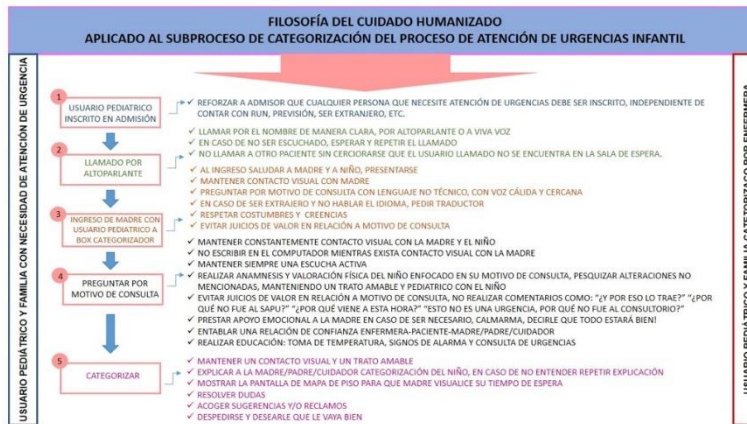
PASO 5: DESPEDIDA

Ejemplos:

- Mamá/papá hasta luego, que le vaya bien
- Qué esté bien
- Cualquier cosa me pregunta



6. CUIDADO HUMANIZADO DURANTE LA CATEGORIZACIÓN



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Durán C. Atención humana del paciente de urgencias. En: Ministerio de protección social. Guías para manejo de urgencias. 3a ed. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2009. p. 1433-40.
- (2) Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2011. p. 91-112.
- (3) Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto enferm. 2007; 16(1): 129-135.



ANEXO 13: Protocolo en caso de agresión a funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia infantil
Hospital Dr. Gustavo Fricke

PROTOCOLO EN CASO DE AGRESION A FUNCIONARIOS DE SALUD QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



**HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE**

ELABORADO POR:	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
<p>YINA CORTEZ HERRERA</p> <p>ENFERMERA</p> <p>UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>VIVIANA RIQUELME GUTIERREZ</p> <p>ENFERMERA SUPERVISORA</p> <p>EMERGENCIA INFANTIL</p>	<p>CARMEN GLORIA DÍAZ</p> <p>ENFERMERA COORDINADORA DE ATENCIÓN ABIERTA</p>
<p>Fecha: Septiembre 2019</p>	<p>Fecha: Octubre 2019</p>	<p>Fecha: Noviembre 2019</p>

1. GLOSARIO DE CONCEPTOS

Accidente de trabajo: Toda lesión que una persona sufre a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte (Ley 16.744) (1)

Agresión física: Cualquier agresión dirigida contra el cuerpo de una persona o grupo de personas y que vulnera, perturba o amenaza la integridad física de la persona o su derecho a la vida. Dentro de estas se incluyen palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos entre otros (1).

Agresión psicológica: Cualquier acto y omisión que vulnera, perturbe o amenace la integridad psíquica, tales como tratos humillantes o vejatorios. La agresión psicológica puede manifestarse de manera verbal (1).

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencias

SAR: Servicio de alta resolutivez

SUR: Servicio de Urgencia Rural

Situaciones de riesgo de agresión

- **Atenciones de Urgencias:** “Corresponden a aquellas atenciones que se realizan en un SAPU, SUR, SAR y Servicios de Urgencia de Hospitales de baja, mediana y alta complejidad. Se trata de una agresión espontánea, en donde los usuarios consultan por una atención inmediata, siendo categorizados según la gravedad. El dolor y el desconcierto de los usuarios, junto a la frustración que generan los tiempos de espera, además de la limitada comunicación con el paciente que se genera por la sobrecarga laboral, la presencia de usuarios bajo los efectos del alcohol y estupefacientes, el trabajo en equipos pequeños (1 o 2 funcionarios), entre otros muchos factores, generan que sean este tipo de atenciones aquellas

en las cuales se presentan con mayor frecuencia las agresiones a los funcionarios de la salud” (2).

- **Estrecho contacto con usuarios, con importante componente emocional:** “El dolor, muerte, sufrimiento o incertidumbre presente en los usuarios constituye una situación de riesgo pues provoca una percepción de falta información o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia” (2).
- **Errores de gestión:** “Estos pueden producir retrasos y errores en citas, procesos diagnósticos y terapéuticos, listas de espera prolongadas y por consiguiente mayor tiempo de espera para ser atendidos, lo cual degrada la percepción de la calidad del servicio” (2).
- **Diferencias entre las expectativas de pacientes y las capacidades del sistema:** “El desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, sus establecimientos y prestaciones, además de su capacidad de resolución según su nivel de complejidad, crea en los usuarios expectativas de atención en ocasiones no posibles de cumplir, produciéndose decepción del sistema de salud y distanciamiento con los establecimientos asistenciales presentes en el territorio, esto conduce a la aparición de hostilidades hacia el centro asistencial representado en sus funcionarios, lo que facilita la manifestación de actitudes violentas. Del mismo modo, el desconocimiento sobre las distintas instancias de atención conducen al mal uso de estas, produciéndose un aumento en los tiempo de atención y espera, junto a la no resolución de los problemas de los usuarios, lo que produce una degradación en la percepción de la calidad del servicio entregado a estos” (2).
- **Actitud del profesional que genere hostilidad:** “Estilos de comunicación (desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia), transmisión de información no real, uso de amenazas, coacciones o insultos por parte del profesional; restar importancia a quejas o críticas por parte de usuario” (2).

- **Ausencia de medidas de seguridad:** “Esto incluye la falta de cámaras, botones de pánico, guardias, disposición de box o unidades de trabajo que no facilitan la huida” (2).

2. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Emergencias constituyen una de las principales puertas de entrada a las instituciones de salud, representando un elemento clave dentro de la gestión hospitalaria. Son unidades que otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día, éstas se caracterizan por presentar alta demanda de usuarios en busca de atención, la cual genera distintos niveles de congestión debido a que frecuentemente el número de usuarios excede las capacidades del servicio (3,4).

Las personas que acuden a las Unidades de Emergencia para ser atendidas por una enfermedad de aparición súbita, que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presentan signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida (5), esto sumado a los prolongados tiempos de espera por atención médica, factores personales y ambientales, pueden desencadenar agresiones hacia el equipo de salud.

A nivel nacional las cifras y/o estudios relacionados con las agresiones que sufre el personal de salud son escasas (2), sin embargo los funcionarios que se encuentran más propensos a sufrir agresiones o actos de violencia a lo largo de su desempeño laboral por parte de usuarios y/o familiares son aquellos que tienen un trato directo con ellos, sobre todo quienes prestan atención de salud en unidades críticas como SAMU, Urgencias, UTI, UCI entre otros.

El siguiente protocolo, se fundamenta en la Norma General Administrativa N°28 “Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud” aprobada por Resolución Exenta N°408 del 04.04.2018 del Ministerio de Salud (4), el cual busca establecer medidas preventivas para evitar y/o mitigar la ocurrencia de agresiones

y ofrecer los lineamientos básicos a seguir en la Unidad de Emergencia Infantil frente a hechos de agresión.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Establecer orientaciones con respecto a las acciones a ejecutar para prevenir, actuar y apoyar a funcionarios y funcionarias que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil en caso de incidentes de agresión por parte de usuario/as de la red asistencial.

3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir con la prevención de situaciones de agresión que puedan sufrir lo/as funcionario/as de la Unidad de Emergencia Infantil por parte de los usuario/as y sus acompañantes
- Definir los procedimientos a seguir frente a hechos de agresión verbal o física.

4. ALCANCE

- Todo personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, auxiliares de servicio) que se desempeñen en la Unidad de Emergencia Infantil.

5. RESPONSABILIDADES

- Médico jefe de la Unidad: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- Médico jefe de turno: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Enfermera jefa de turno: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Enfermeras clínicas: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Técnicos en enfermería: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- Auxiliares de servicio: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo

6. NORMATIVA

Artículo 35, inciso final, Ley 20.584 (6), “Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten”. “El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al

establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud” (6).

Norma General Administrativa N° 28/2018 sobre Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud.

7. ANTECEDENTES GENERALES

En términos generales, existen una serie de características personales que pueden propiciar una reacción agresiva, dentro de las cuales se encuentran la falta de habilidades sociales de la persona, la salud mental, el grupo etario (personas más jóvenes tienden a ser más agresivas), consumo de sustancias, vivencias complejas, incumplimiento de expectativas entre otras. Cuando no se cubre la necesidad de salud según las expectativas del usuario/a puede desencadenar conductas impulsivas con el objetivo de recuperar el control de la situación, sin embargo las reacciones o el tipo de conducta va a depender de las características personales del sujeto. En este sentido, la clave es potenciar prácticas que favorezcan una experiencia positiva en el usuario/a al utilizar los servicios, brindar una sensación de bienestar al usuario/a disminuye potencialmente las reacción de agresión (7).

8. MEDIDAS PREVENTIVAS DE AGRESIÓN

Las siguientes medidas están orientadas en el trabajo de los componentes internos y externos durante el proceso de atención.

Factores Internos: Medidas las cuales son posibles de abordar como organización, implica fortalecer aspectos débiles y trabajar organizadamente.

- Estructurales: Se refiere a las medidas en términos de infraestructura y organización interna los cuales pueden contribuir de manera preventiva con la seguridad del usuario/a como del equipo de salud.
 - ✓ Generar salidas alternativas que faciliten la huida, entre otros. (Si el funcionario es agredido en la sala de espera, evitar el tránsito por esas dependencias).
 - ✓ Revisar la seguridad en infraestructura que, al momento de producirse una situación de agresión, puedan causar algún tipo de lesión. Por ejemplo: vidrios, insumos médicos.
 - ✓ Coordinar y fortalecer del **rol de los guardias** de seguridad, controlando la entrada y salida de personas en ciertos sectores, realizando rondas dentro de la unidad para cumplir la normativa interna de **un** (1) acompañante por usuario pediátrico.
 - ✓ Fortalecer el **rol del orientador** en la sala de espera, proporcionando información actualizada, clara y constante hacia el usuario/a, a fin de disminuir las actitudes hostiles creadas por la desinformación.
 - ✓ Crear un sistema de aviso interno en caso de sufrir agresión en el box de categorización con la finalidad de recibir ayuda en caso de ser necesario.

- Funcionarios/as: Se refiere a las acciones que pueden realizar los funcionarios a nivel individual-grupal con la finalidad de fortalecer su rol durante el proceso de atención y disminuir las posibilidades de agresión.
 - ✓ Mantener escucha activa con contacto visual, demostrando interés ante la problemática del usuario

- ✓ Fomentar un trato personalizado, acogiendo su necesidad con cercanía, ej: tratar siempre por el nombre.
- ✓ Evitar el uso de lenguaje técnico, traduciendo la información a un lenguaje sencillo que la persona pueda comprender.
- ✓ Mantener una actitud de respeto y cordialidad con el usuario.
- ✓ Fortalecer la comunicación en el equipo de trabajo
- ✓ Mantener al usuario informado
- ✓ Evitar errores de gestión.

9. LINEAMIENTOS DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN VERBAL

AGRESIÓN VERBAL:

- No contestar la agresión.
- En caso de ser necesario activar “botón de pánico” si se encuentra disponible en el servicio
- Retirarse del lugar.
- Derivar la atención del usuario a otro funcionario según la situación.
- Informar a su jefatura de turno sobre la agresión.
- Si la situación lo amerita, dar aviso al personal de seguridad de la Unidad, ubicado en la puerta de entrada del servicio, para que este realice contención verbal.
- Si dar aviso al guardia de la Unidad no funciona, este deberá comunicarse con el supervisor de los guardias en horario hábil, en horario inhábil llamar al Jefe de turno de guardias y pedir apoyo con prioridad (ANEXO MINSAL 328558).
- Si la situación lo amerita, solicitar la presencia de Carabineros (éstos serán llamados a través del guardia de la Unidad).
- En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario/a, debe realizarse contención emocional por parte de la jefatura directa.

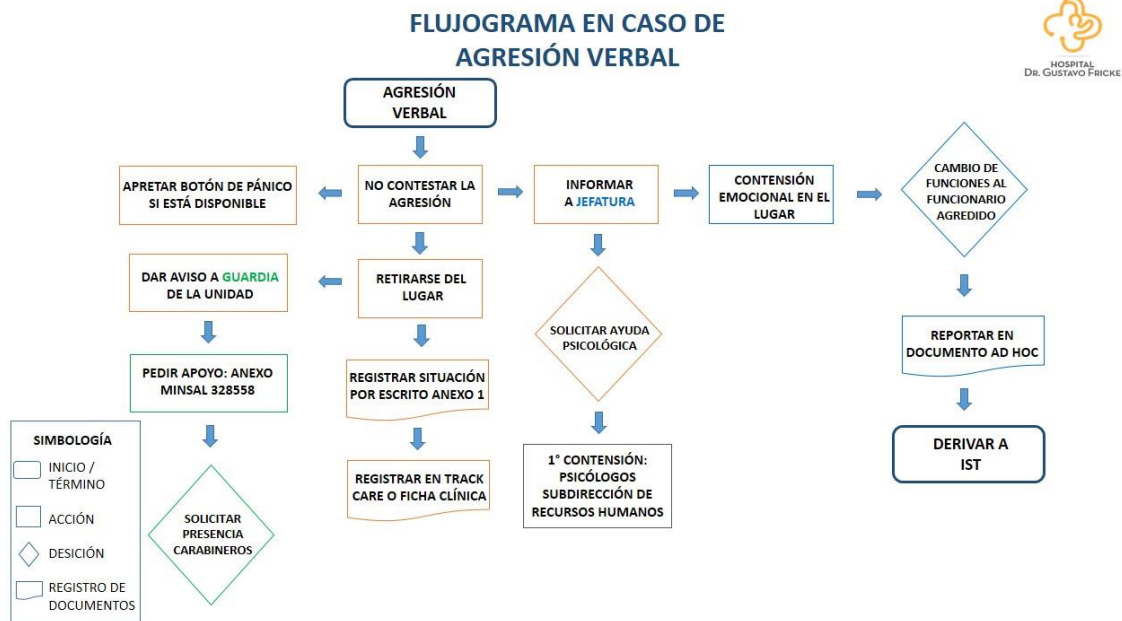
- En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario/a, se debe cambiar de sus funciones. El personal que asuma las funciones del afectado será determinado por la Enfermera jefa de turno.
- Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- Realizar una alerta en el sistema track care de familiar agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación. Si el paciente se encuentra hospitalizado registrar la agresión en la ficha clínica.
- En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo de sus funciones, solicite asistencia psicológica a su jefatura
- La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos
- En caso de ser necesario reportar agresión verbal como accidente laboral en documento ad hoc. Derivando al funcionario a IST

JEFATURA:

- En caso de producirse una agresión, la situación debe derivarse hacia la Enfermera Supervisora de la Unidad en horario diurno (08:00- 17:00) con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- En caso de producirse una agresión, en horario inhábil (de lunes a viernes después de las 17 hrs, sábado, domingo y festivos) la situación debe derivarse hacia la Enfermera jefa de turno con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- De no resultar esta intervención, derivar al Jefe médico del Servicio en horario diurno (08:00- 17:00) con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- Si la situación ocurre en horario inhábil (de lunes a viernes después de las 17 hrs, sábado, domingo y festivos) debe derivarse hacia el médico jefe de turno con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.

- En caso de ser necesario el Médico jefe de turno podría realizar una intervención a viva voz en la sala de espera para disuadir y apaciguar la situación.

10. FLUJOGRAMA DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN VERBAL



11. LINEAMIENTOS DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN FÍSICA

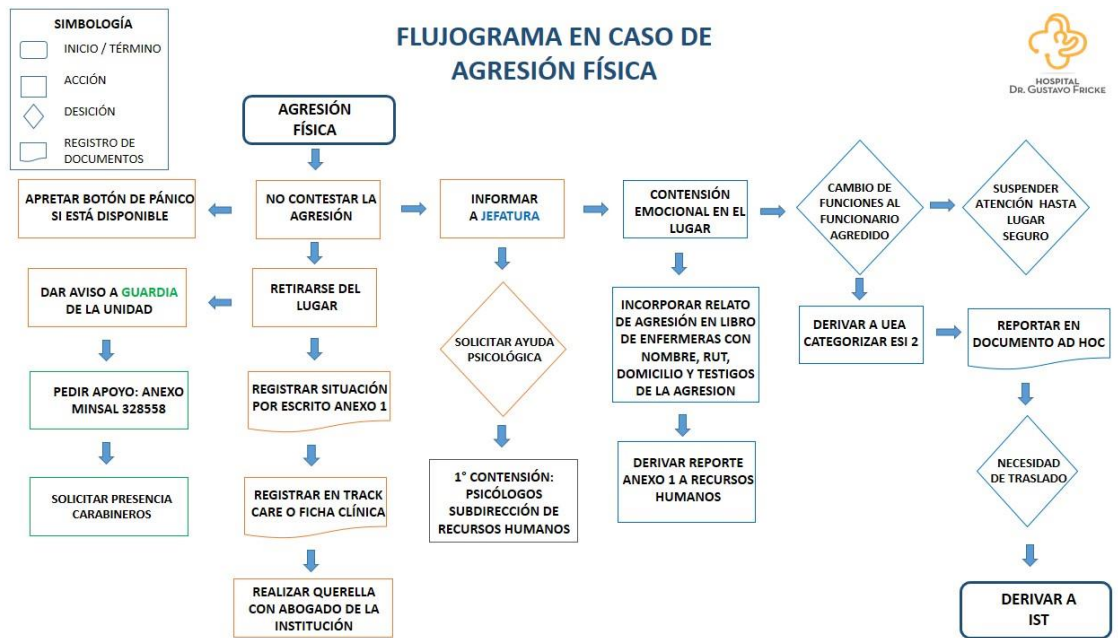
INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA POR PARTE DE ACOMPAÑANTE:

- No contestar la agresión.
- Activar “botón de pánico” en caso de estar disponible en el servicio
- Retirarse del lugar.

- Informar a su jefatura de turno sobre la agresión.
- Informar al guardia de la Unidad sobre la agresión, este deberá comunicarse con el supervisor de los guardias en horario hábil, en horario inhábil llamar al Jefe de turno de guardias y pedir apoyo con prioridad (ANEXO MINSAL 328558).
- Solicitar la presencia de Carabineros (éstos serán llamados a través del guardia de la Unidad).
- El/la o lo/as funcionario/as agredido/as, deberán ser retirados del lugar para recibir la primera atención y resguardar su integridad. El personal que asuma las funciones del afectado será determinado por la Enfermera jefa de turno.
- Si la situación lo amerita, la Jefatura suspenderá la atención hasta que se garantice la seguridad del personal
- Derivar a la Unidad de Emergencia Adulto para constatar las lesiones sufridas, las que deben quedar consignadas mediante hoja DAU y reportar como accidente laboral para posterior derivación a IST. En UEA se categorizará ESI 2
- Evaluar necesidad de traslado a institución correspondiente, si corresponde gestionar traslado
- Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- Realizar una alerta en el sistema track care de familiar agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación, si se trata de un paciente hospitalizado dejar registrado en ficha clínica.
- Incorporar relato de la agresión en libro de novedades de Enfermeras. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
- Proporcionar contención emocional en el momento a los afectados
- La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos

- Realizar querrela con abogado de la Institución

12. FLUJOGRAMA DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN FÍSICA



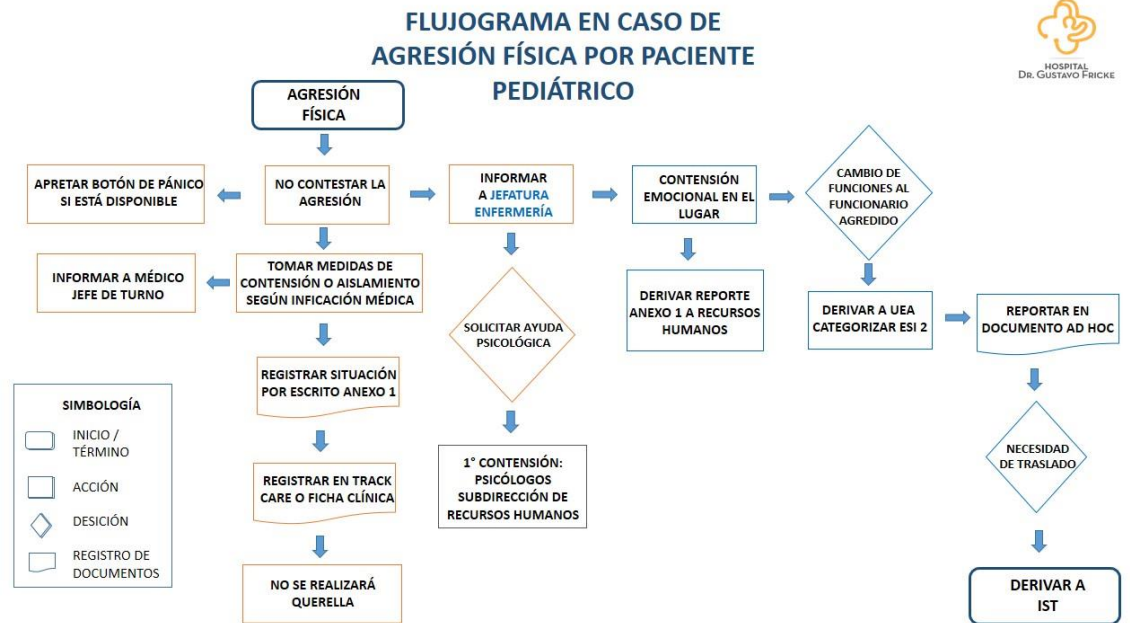
13. INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA POR PARTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO

INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA POR PARTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO

- No contestar la agresión.
- Activar “botón de pánico” en caso de encontrarse disponible en el servicio
- Tomar medidas de contención o aislamiento según la indicación médica.
- Informar a Enfermera jefe de turno.
- Informar a Médico jefe de turno.

- Derivar a la Unidad de Emergencia Adulto para constatar las lesiones sufridas, las que deben quedar consignadas mediante hoja DAU y reportar como accidente laboral para posterior derivación a IST. En UEA se categorizará ESI 2
- Evaluar necesidad de traslado a institución correspondiente, si corresponde gestionar traslado
- Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- Realizar una alerta en el sistema track care de usuario pediátrico agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación, si se trata de un paciente hospitalizado dejar registrado en ficha clínica.
- Incorporar relato de la agresión en libro de novedades de Enfermeras. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
- Proporcionar contención emocional en el momento a los afectados
- La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos
- No se presentará querrela.

14. FLUJOGRAMA DE ACCIÓN EN CASO DE AGRESIÓN FÍSICA POR PACIENTE PEDIÁTRICO



15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Unidad de prevención de riesgos y salud ocupacional Relaciones laborales Departamento de Salud (Coquimbo, Chile). Procedimiento ante amenazas o agresiones de usuarios o acompañantes a funcionarios de APS. Coquimbo, Chile; 2018.

(2) Ministerio de salud (Chile). Norma General Administrativa N°28 “Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud”. Santiago de Chile; 2018.

- (3) Tobar E, Retamal A, Garrido N. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2014; 25: 189 – 200.
- (4) Hospital Los Andes. Protocolo: Información a la familia y acompañamiento en la Unidad de Emergencia. Los Andes (Chile); 2014.
- (5) Durán C. Atención humana del paciente de urgencias. En: Ministerio de protección social. Guías para manejo de urgencias. 3a ed. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2009. p. 1433-40.
- (6) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).
- (7) Servicio de Salud Araucanía Sur. Procedimiento general para incidentes de agresión hacia Funcionario/as Servicio Salud Araucanía Sur. Araucanía Chile; 2018.

ANEXO 14: Presentación power point protocolo en caso de agresión a funcionarios de la salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke



PROTOCOLO EN CASO DE AGRESIÓN A FUNCIONARIOS DE LA SALUD QUE SE DESEMPEÑAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



1. INTRODUCCIÓN

Las **Unidades de Emergencias** constituyen una de las **principales puertas** de entrada a las instituciones de salud, representando un elemento clave dentro de la gestión hospitalaria. Son unidades que otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día, éstas se caracterizan por presentar **alta demanda** de usuarios en busca de atención, la cual genera distintos **niveles de congestión** debido a que frecuentemente el **número de usuarios excede las capacidades del servicio** (3,4).

Las personas que acuden a las Unidades de Emergencia para ser atendidas por una enfermedad de aparición súbita, que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presentan signos y síntomas que le **generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida** (5), esto sumado a los **prolongados tiempos de espera por atención médica, factores personales y ambientales, pueden desencadenar agresiones hacia el equipo de salud.**



A **nivel nacional** las **cifras y/o estudios** relacionados con las agresiones que sufre el personal de salud son **escasas** (2), sin embargo **los funcionarios** que se encuentran **más propensos a sufrir agresiones** o actos de violencia a lo largo de su desempeño laboral por parte de usuarios y/o familiares son aquellos que tienen un **trato directo** con ellos, sobre todo quienes prestan atención de salud en unidades **críticas** como SAMU, **Urgencias**, UTI, UCI entre otros.

El siguiente protocolo, se fundamenta en la **Norma General Administrativa N°28 "Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud"** aprobada por Resolución Exenta N°408 del 04.04.2018 del Ministerio de Salud (4), el cual busca establecer medidas **preventivas** para evitar y/o mitigar la ocurrencia de agresiones y ofrecer los **lineamientos básicos a seguir en la Unidad de Emergencia Infantil frente a hechos de agresión.**

2. OBJETIVOS



Objetivo General

- Establecer orientaciones con respecto a las acciones a ejecutar para prevenir, actuar y apoyar a funcionarios y funcionarias que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil en caso de incidentes de agresión por parte de usuario/as de la red asistencial.

Objetivos Específicos

- ✓ Contribuir con la prevención de situaciones de agresión que puedan sufrir lo/as funcionario/as de la Unidad de Emergencia Infantil por parte de los usuario/as y sus acompañantes
- ✓ Definir los procedimientos a seguir frente a hechos de agresión verbal o física.

3. ALCANCE



Todo personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, auxiliares de servicio) que se desempeñen en la Unidad de Emergencia Infantil.

4. RESPONSABILIDADES

- ✓ Médico jefe de la Unidad: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- ✓ Enfermera Supervisora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- ✓ Enfermera Coordinadora: Responsable de velar por su cumplimiento e implementar el protocolo
- ✓ Médico jefe de turno: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- ✓ Enfermera jefa de turno: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- ✓ Enfermeras clínicas: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- ✓ Técnicos en enfermería: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- ✓ Auxiliares de servicio: Responsable de velar por el cumplimiento del protocolo

5. NORMATIVA



Artículo 35, inciso final, Ley 20.584 (6), "Las personas deberán **tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos**. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten". "El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará **derecho a la autoridad del establecimiento** para requerir, cuando la situación lo amerite, **la presencia de la fuerza pública** para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las **responsabilidades civiles o penales** que correspondan. También podrá ordenar el **alta disciplinaria** del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello **no ponga en riesgo su vida o su salud**" (6).

Norma General Administrativa N° 28/2018 sobre Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud.

6. ANTECEDENTES GENERALES



En términos generales, existen una serie de características personales que pueden propiciar una reacción agresiva, dentro de las cuales se encuentran la **falta de habilidades sociales** de la persona, la **salud mental**, el **grupo etario** (personas más jóvenes tienden a ser más agresivas), **consumo de sustancias**, **vivencias complejas**, **incumplimiento de expectativas** entre otras.

Cuando **no** se cubre la necesidad de salud **según las expectativas del usuario/a** puede desencadenar **conductas impulsivas** con el objetivo de recuperar el control de la situación, sin embargo las reacciones o el tipo de conducta va a depender de las características personales del sujeto. En este sentido, la clave es **potenciar prácticas que favorezcan una experiencia positiva** en el usuario/a al utilizar los servicios, brindar una sensación de bienestar al usuario/a disminuye potencialmente la reacción de agresión (7).

7. SITUACIONES DE RIESGO DE AGRESIÓN



Atenciones de Urgencias: “Corresponden a aquellas atenciones que se realizan en un SAPU, SUR, SAR y **Servicios de Urgencia** de Hospitales de baja, mediana y alta complejidad. Se trata de una **agresión espontánea**, en donde los usuarios consultan por una atención inmediata, siendo categorizados según la gravedad. El **dolor y el desconcierto** de los usuarios, junto a la **frustración que generan los tiempos de espera**, **además de la limitada comunicación** con el paciente que se genera por la **sobrecarga laboral**, la presencia de usuarios bajo los efectos del alcohol y estupefacientes, el trabajo en equipos pequeños (1 o 2 funcionarios), entre otros muchos factores, generan que sean este tipo de atenciones aquellas en las cuales se **presentan con mayor frecuencia las agresiones a los funcionarios de la salud**” (2).

Estrecho contacto con usuarios, con importante componente emocional: “El **dolor, muerte, sufrimiento o incertidumbre** presente en los usuarios constituye una **situación de riesgo** pues provoca una percepción de falta información o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia” (2).



Errores de gestión: “Estos pueden producir **retrasos** y errores en citaciones, procesos diagnósticos y terapéuticos, listas de **espera prolongadas** y por consiguiente **mayor tiempo de espera para ser atendidos**, lo cual **degrada la percepción** de la calidad del servicio” (2).

Diferencias entre las expectativas de pacientes y las capacidades del sistema: “El **desconocimiento sobre el funcionamiento** del sistema de salud, sus establecimientos y prestaciones, además de su capacidad de resolución según su nivel de complejidad, crea en los usuarios **expectativas de atención en ocasiones no posibles de cumplir**, **produciéndose decepción del sistema de salud** y distanciamiento con los establecimientos asistenciales presentes en el territorio, esto conduce a la aparición de hostilidades hacia el centro asistencial representado en sus funcionarios, lo que facilita la manifestación de actitudes violentas. Del mismo modo, el **desconocimiento sobre las distintas instancias de atención** conducen al mal uso de estas, produciéndose un aumento en **los tiempos de atención y espera**, junto a la no resolución de los problemas de los usuarios, lo que produce una degradación en la percepción de la calidad del servicio entregado a estos” (2).

Actitud del profesional que genere hostilidad: “Estilos de comunicación (desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia), **transmisión de información no real**, uso de amenazas, coacciones o insultos por parte del profesional; restar importancia a quejas o críticas por parte de usuario” (2).

Ausencia de medidas de seguridad: “Esto incluye la falta de cámaras, botones de pánico, guardias, disposición de box o unidades de trabajo que no facilitan la huida” (2).

8. MEDIDAS PREVENTIVAS DE AGRESIÓN

Las siguientes medidas están orientadas en el trabajo de los componentes internos y externos durante el proceso de atención.

Factores Internos: Medidas las cuales son posibles de abordar como organización, implica fortalecer aspectos débiles y trabajar organizadamente.

Estructurales: Se refiere a las medidas en términos de infraestructura y organización interna las cuales pueden contribuir de manera preventiva con la seguridad del usuario/a como del equipo de salud.

- ✓ Generar salidas alternativas que faciliten la huida, entre otros. (Si el funcionario es agredido en la sala de espera, evitar el tránsito por esas dependencias).
- ✓ Revisar la seguridad en infraestructura que, al momento de producirse una situación de agresión, puedan causar algún tipo de lesión. Por ejemplo: vidrios, insumos médicos.
- ✓ Coordinar y fortalecer del **rol de los guardias** de seguridad, controlando la entrada y salida de personas en ciertos sectores, realizando rondas dentro de la unidad para cumplir la normativa interna de **un (1) acompañante** por usuario pediátrico.
- ✓ Fortalecer el **rol del orientador** en la sala de espera, proporcionando información actualizada, clara y constante hacia el usuario/a, a fin de disminuir las actitudes hostiles creadas por la desinformación.
- ✓ **Crear un sistema de aviso interno en caso de sufrir agresión en el box de categorización con la finalidad de recibir ayuda en caso de ser necesario.**

Funcionarios/as: Se refiere a las acciones que pueden realizar los funcionarios a nivel individual-grupal con la finalidad de fortalecer su rol durante el proceso de atención y disminuir las posibilidades de agresión.

- ✓ Mantener **escucha activa** con **contacto visual**, demostrando interés ante la problemática del usuario
- ✓ Fomentar un **trato personalizado**, acogiendo su necesidad con cercanía, ej: tratar siempre por el nombre.
- ✓ **Evitar** el uso de lenguaje técnico, traduciendo la información a un lenguaje sencillo que la persona pueda comprender.
- ✓ Mantener una **actitud de respeto y cordialidad** con el usuario.
- ✓ Fortalecer la **comunicación** en el equipo de trabajo
- ✓ Mantener al **usuario informado**
- ✓ **Evitar** errores de gestión.

9. LINEAMIENTOS EN CASO DE AGRESIÓN VERBAL



AGRESIÓN VERBAL:

- ✓ **No** contestar la agresión
- ✓ En caso de ser necesario activar “**botón de pánico**”
- ✓ **Retirarse** del lugar
- ✓ **Derivar** la atención del usuario a otro funcionario según la situación
- ✓ **Informar** a su jefatura de turno sobre la agresión
- ✓ Si la situación lo amerita, **dar aviso al personal de seguridad** de la Unidad, ubicado en la puerta de entrada del servicio, para que este realice contención verbal
- ✓ Si dar aviso al guardia de la Unidad no funciona, **este deberá comunicarse** con el supervisor de los guardias en horario hábil, en horario inhábil llamar al Jefe de turno de guardias y **pedir apoyo con prioridad** (ANEXO MINSAL 328558)
- ✓ Si la situación lo amerita, **solicitar la presencia de Carabineros** (éstos serán llamados a través del guardia de la Unidad)
- ✓ En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario/a, debe realizarse **contención emocional** por parte de la jefatura directa

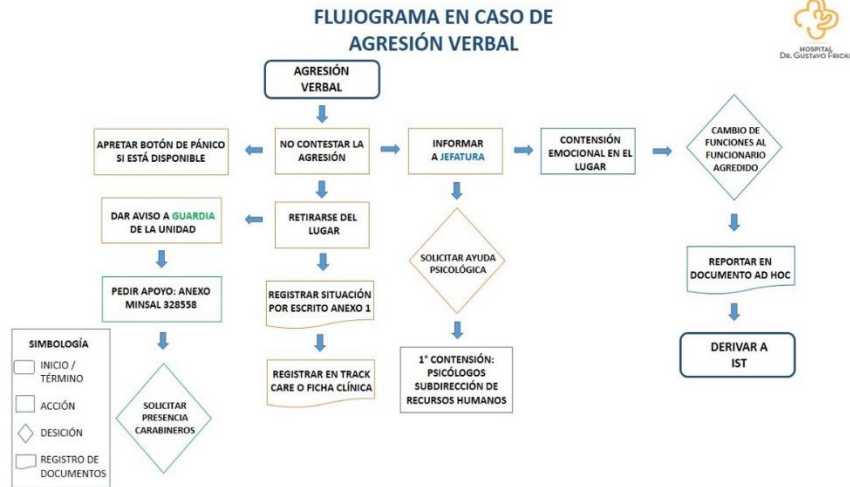


- ✓ Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- ✓ En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario/a, **se debe cambiar de sus funciones**. El personal que asuma las funciones del afectado **será determinado por la Enfermera jefa de turno**
- ✓ Realizar una **alerta** en el sistema track care de familiar agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación. Si el paciente se encuentra hospitalizado registrar la agresión en la **ficha clínica**.
- ✓ En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo de sus funciones, solicite asistencia psicológica a su jefatura
- ✓ La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos
- ✓ En caso de ser necesario reportar agresión verbal como accidente laboral en documento ad hoc. Derivando al funcionario a IST



JEFATURA DE TURNO:

- ✓ En caso de producirse una agresión, la situación debe **derivarse** hacia la **Enfermera Supervisora de la Unidad en horario diurno** (08:00- 17:00) con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- ✓ En caso de producirse una agresión, en **horario inhábil** (de lunes a viernes después de las 17 hrs, sábado, domingo y festivos) la situación debe derivarse hacia la **Enfermera jefa de turno** con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- ✓ De no resultar esta intervención, derivar al **Jefe médico del Servicio en horario diurno** (08:00- 17:00) con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación
- ✓ Si la situación ocurre en **horario inhábil** (de lunes a viernes después de las 17 hrs, sábado, domingo y festivos) debe derivarse hacia el **médico jefe de turno** con la finalidad de disuadir y/o apaciguar la situación.
- ✓ En caso de ser necesario el **Médico jefe de turno** podría realizar una **intervención a viva voz en la sala de espera** para disuadir y apaciguar la situación.

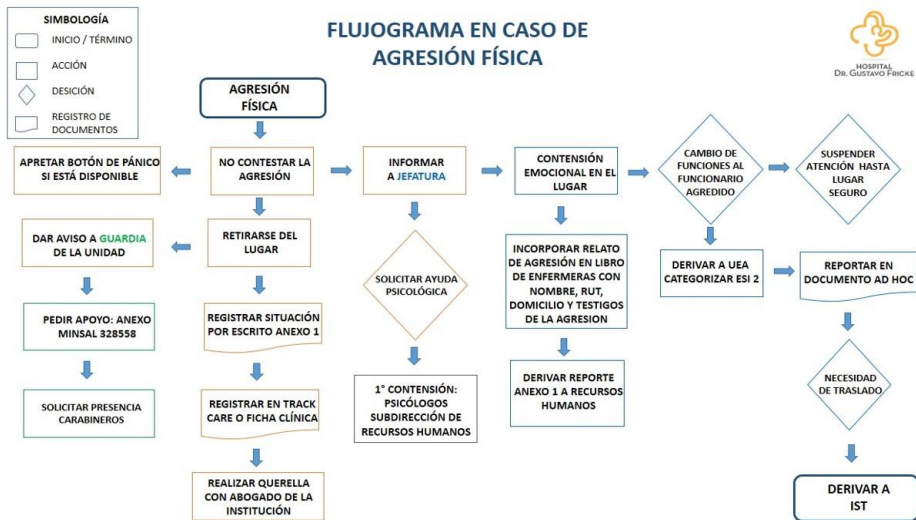


10. LINEAMIENTOS DE ACCION EN CASO DE AGRESIÓN FÍSICA

INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA POR PARTE DE ACOMPAÑANTE:

- ✓ No contestar la agresión
- ✓ Activar “botón de pánico”
- ✓ Retirarse del lugar
- ✓ Informar a su jefatura de turno sobre la agresión
- ✓ Informar al guardia de la Unidad sobre la agresión, este deberá comunicarse con el supervisor de los guardias en horario hábil, en horario inhábil llamar al Jefe de turno de guardias y pedir apoyo con prioridad (ANEXO MINSAL 328558)
- ✓ Solicitar la presencia de Carabineros (éstos serán llamados a través del guardia de la Unidad)
- ✓ El/la o los/as funcionario/as agredido/as, deberán ser retirados del lugar para recibir la primera atención y resguardar su integridad. El personal que asuma las funciones del afectado será determinado por la Enfermera jefa de turno
- ✓ Si la situación lo amerita, la Jefatura suspenderá la atención hasta que se garantice la seguridad del personal
- ✓ Derivar a la Unidad de Emergencia Adulto para constatar las lesiones sufridas. Categorizar ES12
- ✓ Evaluar necesidad de traslado a institución correspondiente, si corresponde gestionar traslado
- ✓ Derivar a IST y reportar como accidente laboral

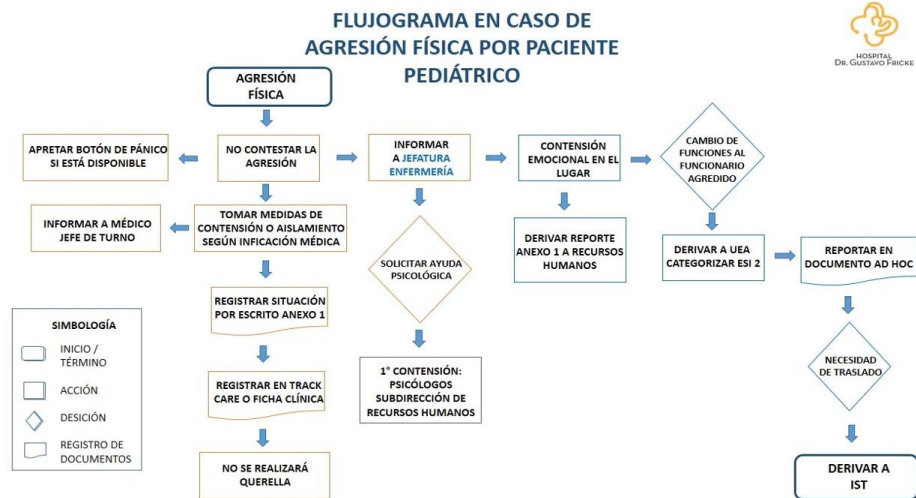
- ✓ Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- ✓ Realizar una alerta en el sistema track care de familiar agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación, si se trata de un paciente hospitalizado dejar registrado en ficha clínica
- ✓ Incorporar relato de la agresión en libro de novedades de Enfermeras. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
- ✓ Proporcionar contención emocional a los afectados
- ✓ La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos
- ✓ Realizar querrela con abogado de la Institución



INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA POR PARTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO

- ✓ No contestar la agresión
- ✓ Activar "botón de pánico"
- ✓ Tomar **medidas de contención o aislamiento** según la indicación médica
- ✓ Informar a Enfermera jefe de turno
- ✓ Informar a Médico jefe de turno
- ✓ Derivar a la Unidad de Emergencia Adulto para constatar las lesiones sufridas. Categorizar ESI2
- ✓ Derivar a IST y reportar como accidente laboral
- ✓ Evaluar necesidad de traslado a institución correspondiente, si corresponde gestionar traslado
- ✓ Registrar la situación en el anexo 1 y entregarlo a su jefatura. La jefatura derivará reporte a la Subdirección de Recurso Humanos
- ✓ Realizar una **alerta** en el sistema track care de familiar agresivo, para que quede registrado de manera interna la situación, si se trata de un paciente hospitalizado dejar registrado en **ficha clínica**
- ✓ Incorporar relato de la agresión en libro de novedades de Enfermeras. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
- ✓ Proporcionar **contención emocional** a los afectados

- ✓ La primera contención al funcionario se otorgará a través del equipo de psicólogos de la Subdirección de Recursos Humanos
- ✓ No se presentará querrella



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Unidad de prevención de riesgos y salud ocupacional Relaciones laborales Departamento de Salud (Coquimbo, Chile). Procedimiento ante amenazas o agresiones de usuarios o acompañantes a funcionarios de APS. Coquimbo, Chile; 2018.
- (2) Ministerio de salud (Chile). Norma General Administrativa N°28 "Agresiones al Personal de Atención en Establecimientos de Salud". Santiago de Chile; 2018.
- (3) Tobar E, Retamal A, Garrido N. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2014; 25: 189 – 200.
- (4) Hospital Los Andes. Protocolo: Información a la familia y acompañamiento en la Unidad de Emergencia. Los Andes (Chile); 2014.
- (5) Durán C. Atención humana del paciente de urgencias. En: Ministerio de protección social. Guías para manejo de urgencias. 3a ed. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2009. p. 1433-40.
- (6) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).
- (7) Servicio de Salud Araucanía Sur. Procedimiento general para incidentes de agresión hacia Funcionario/as Servicio Salud Araucanía Sur. Araucanía Chile; 2018.



ANEXO 15: Acta de reunión con referentes técnicos de área
ACTA DE REUNIÓN CON REFERENTE TÉCNICO DE ÁREA

FECHA

TEMA: _____

NOMBRE	FIRMA

ACUERDOS Y COMPROMISOS: _____

ANEXO 16: Programa de gestión de riesgo

PROYECTO DE GESTIÓN **“Satisfacción durante la espera: Un compromiso de la Unidad de Emergencia Infantil, Hospital Dr. Gustavo Fricke”**

CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de empresa externa guardias y orientador - Personal profesional y no profesional que se desempeña en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke 											
PRESTACIÓN	<p>Implementación de programa de inducción para funcionarios de empresa externa (guardias y orientador) que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil</p>											
GESTIÓN DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación del programa de inducción de manera obligatoria como requisito previo para guardias y orientadores que pasen o se desempeñen en la Unidad de Emergencia Infantil. - Supervisión semestral a supervisora de guardias con plan de monitoreo <table border="1" data-bbox="634 1430 1425 1575"> <thead> <tr> <th data-bbox="634 1430 834 1503">Ene-Mar</th> <th data-bbox="834 1430 1034 1503">Abr-Jun</th> <th data-bbox="1034 1430 1234 1503">Jul-Sep</th> <th data-bbox="1234 1430 1425 1503">Oct-Dic</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="634 1503 834 1575"></td> <td data-bbox="834 1503 1034 1575"></td> <td data-bbox="1034 1503 1234 1575"></td> <td data-bbox="1234 1503 1425 1575"></td> </tr> </tbody> </table>				Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic				
Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic									
MEDIDAS Y CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de tomo conocimiento de manual de inducción - Informe trimestral de referente técnico de área de personal de empresa externa inducido en la Unidad 											

PRESTACIÓN	Implementación de protocolo de recepción humanizada para usuario pediátrico y familia durante el subproceso de categorización en la Unidad de Emergencia Infantil								
GESTIÓN DE RIESGO	<p>- Incorporación de protocolo de recepción humanizada al programa de inducción de la Unidad de Emergencia Infantil</p> <p style="text-align: center;">SI-NO</p> <p>*NO: Plazo de tres meses para incorporarlo</p> <p>- Supervisión semestral enfermera coordinadora de la Unidad de Emergencia infantil</p> <table border="1" data-bbox="634 940 1425 1087"> <thead> <tr> <th data-bbox="634 940 833 1010">Ene-Mar</th> <th data-bbox="833 940 1031 1010">Abr-Jun</th> <th data-bbox="1031 940 1229 1010">Jul-Sep</th> <th data-bbox="1229 940 1425 1010">Oct-Dic</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="634 1010 833 1087"></td> <td data-bbox="833 1010 1031 1087"></td> <td data-bbox="1031 1010 1229 1087"></td> <td data-bbox="1229 1010 1425 1087"></td> </tr> </tbody> </table>	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic				
Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic						
MEDIDA Y CONTROLES	<p>- Hoja de tomo conocimiento de protocolo</p> <p>- Programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil</p> <p>- Informe trimestral de capacitación realizada</p>								
PRESTACIÓN	Implementación de protocolo de agresión para funcionarios de salud que se desempeñan en la Unidad de Emergencia Infantil								
GESTIÓN DE RIESGO	<p>- Incorporación de protocolo de agresión para funcionarios de salud al programa de inducción de la Unidad de Emergencia Infantil</p> <p style="text-align: center;">SI-NO</p>								

	<p>*NO: Plazo de tres meses para incorporarlo</p> <p>- Supervisión semestral enfermera coordinadora de la Unidad de Emergencia infantil</p>			
	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic
<p>MEDIDA Y CONTROLES</p>	<p>- Hoja de tomo conocimiento de protocolo</p> <p>- Programa de inducción a la Unidad de Emergencia Infantil</p> <p>- Informe trimestral de capacitación realizada</p>			

ANEXO 17: Encuesta de satisfacción del usuario interno en relación a situaciones de agresión verbal y/o física en la Unidad de Emergencia Infantil
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO DE LA UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

Esta es una encuesta de carácter anónima, creada para evaluar y generar planes de mejora en situaciones de agresión verbal y/o física en la Unidad de Emergencia Infantil.

Fecha:

Profesión:

Tipo de contrato	
-------------------------	--

Instrucciones

- Lea cada enunciado y marque con una **X** la alternativa que más le represente.

MANEJO PERSONAL DE LA SITUACIÓN

1.- ¿Ante situaciones de agresión verbal y/o física respondí la agresión?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.- ¿Ante situaciones de agresión verbal y/o física me retiré del lugar derivando a otro funcionario la atención?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
3.- Informé a mi jefatura sobre la agresión recibida	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
4.- ¿Posterior a la agresión sufrida registré la situación en el documento ad hoc?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
MANEJO DE LA SITUACIÓN	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	
1.- En situaciones de agresión verbal y/o física vivida el manejo del personal de seguridad fue el adecuado				

2.- En situaciones de agresión verbal y/o física vivida el manejo de mi superior fue el adecuado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
3.- Posterior a la agresión sufrida, mi superior me cambió de puesto trabajo para no exponerme	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
4.- Posterior a la agresión sufrida se me envió a la Unidad de Emergencia Adulto para constatar lesiones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
5.- Según el tipo de agresión sufrida, se me derivó al IST notificándose el evento como accidente laboral	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
6.- Posterior a la agresión sufrida mi jefatura me proporcionó contención emocional	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
7.- Posterior a la agresión sufrida tuve acceso a contención emocional por parte de la institución	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
8.- Posterior a la agresión sufrida la institución me proporcionó apoyo jurídico	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A

Comentario general y/o sugerencias:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 18: Encuesta de satisfacción para el usuario externo en relación al trato y al acceso a la información en la sala de espera de la Unidad de Emergencia Infantil

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO EXTERNO DE LA UNIDAD EMERGENCIA INFANTIL

Esta es una encuesta de carácter anónima, creada para evaluar y generar planes de mejora en relación al trato recibido y al acceso a la información durante los subprocesos de admisión y categorización de la Unidad de Emergencia Infantil.

Fecha:	
Identificación	<input type="checkbox"/> Usuario pediátrico
	<input type="checkbox"/> Madre/padre
	<input type="checkbox"/> Cuidador
	<input type="checkbox"/> Otro

Instrucciones

- Lea cada enunciado y marque con una **X** la alternativa que más le represente.

ACCESO A LA INFORMACIÓN EN LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD

1.- ¿En la sala de espera de la unidad la información sobre tiempos de espera de atención se encuentra visible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.- ¿La información proporcionada por el orientador fue acorde a mis expectativas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.- ¿La información proporcionada por el guardia de seguridad fue acorde a mis expectativas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

3.- ¿La información proporcionada por el personal de salud fue acorde a mis expectativas?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
4.- ¿La información recibida disminuye mi ansiedad durante la espera por atención médica?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
5.- Siento que la información en tiempo real en la sala de espera es muy importante	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
5.- Sugerencias en relación a la entrega de información en la sala de espera de la Unidad:				
TRATO RECIBIDO DURANTE LA CATEGORIZACIÓN	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	
1.- El profesional enfermera/o que me atendió en el categorizador me proporcionó un trato amable				
2.- El personal técnico paramédico que me atendió en el categorizador me proporcionó un trato amable				
3.- Siento que el personal de salud del categorizador me atendió acorde a mis expectativas				
4.- Durante la categorización el personal de salud se preocupó por cuidar mi intimidad o la de mi hijo/a	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

5.- El personal de salud que me atendió en el categorizador, mantuvo contacto visual conmigo y mi hijo/a	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
6.- El personal de salud que me atendió en el categorizador emitió apreciaciones personales en relación a: mi motivo de consulta, hora de consulta, etc.	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
7.- Siento que el personal de salud que me atendió en el categorizador respetó mis creencias y costumbres	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
8.- Siento que durante la categorización pude establecer una relación de confianza con el personal de salud	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
9.- La información proporcionada por el personal de salud durante la categorización fue suficiente	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

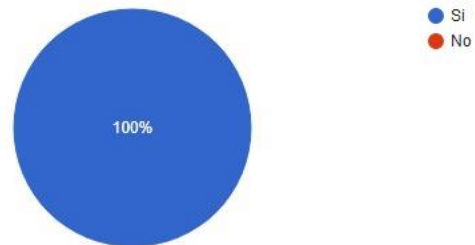
Comentario general y/o sugerencias:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 19: Encuesta de satisfacción del usuario interno post implementación del Trabajo Final de Grado

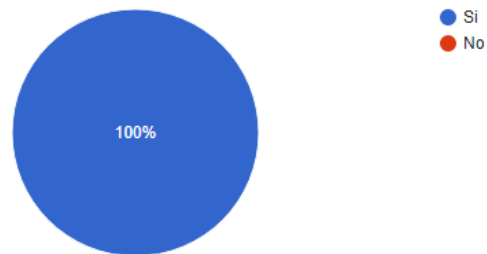
1.- Como funcionario de la Unidad de Emergencia Infantil. ¿Cree usted que el proyecto de gestión implementado durante los meses de septiembre a enero ha sido un aporte para el servicio?

8 respuestas



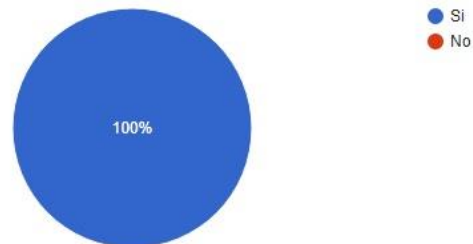
2.- ¿Ha visto al personal de empresa externa (guardia y orientador) más empoderado de su rol en la Unidad de Emergencia Infantil?

8 respuestas



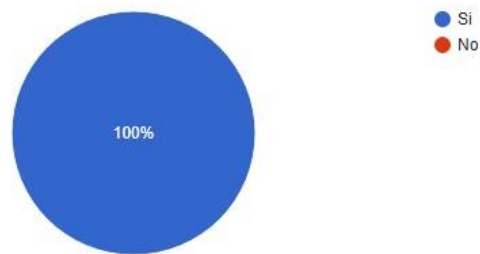
3.- ¿Conocer cuales son los lineamientos a seguir en caso de sufrir alguna agresión física o verbal por parte del usuario pediátrico y/o su familiar le da más seguridad en su lugar de trabajo?

8 respuestas



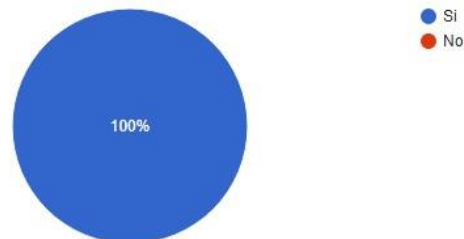
4.- ¿Cree usted que mantener al usuario externo informado en la sala de espera de la Unidad de Emergencia infantil ha disminuido los reclamos y/o agresiones verbales hacia el personal de salud?

8 respuestas



5.- ¿Cree usted que mejorar el trato hacia el usuario pediátrico y su familia durante el proceso de categorización disminuye la ansiedad de éste y previene situaciones de agresión verbal al personal de salud?

8 respuestas



6.- ¿Ha sido testigo de eso?

8 respuestas

