



**OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN DIRECTA DE ENFERMERAS/OS A PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR**

**Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD (MAS)**

Estudiante: Mónica Pía Cruz Navarro
Profesor Guía: Oscar Arteaga Herrera

Santiago, Julio 2021

Resumen Ejecutivo

Los hospitales en Chile y el mundo tienen como prioridad que los procesos de atención en salud se realicen con altos estándares de calidad y seguridad para los pacientes. El tiempo de atención directa de enfermería es un factor condicionante del proceso de tratamiento, recuperación de la salud y el bienestar del enfermo, siendo el proceso de atención la base del quehacer de las enfermeras¹. Para esto es fundamental identificar, valorar y potenciar el liderazgo en el rol autónomo de estas profesionales y lograr que desarrollen una óptima atención centrada en el paciente con eficiencia, eficacia y efectividad.

Se realizó este estudio para generar optimización en los tiempos de atención directa de enfermería. Se observó y midió la distribución del tiempo de las enfermeras durante la jornada laboral en un día hábil para relacionar los factores que podrían estar contribuyendo a ser causas de una disminución del tiempo de atención. Además, se elaboró y realizó una encuesta de “Percepción e interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al proceso de atención continua de enfermería”, observándose que el 48% de las enfermeras percibían dedicar entre un 51 a 75% del tiempo de su jornada a la atención directa de pacientes. Sin embargo, al realizar la medición destaca que tan sólo el 25% del tiempo se destina a la atención directa de pacientes. A su vez, el 32% de su jornada está destinada al traspaso de información relevante de los pacientes en forma verbal, con apoyo de terapias de registro de información realizada por parte de enfermería, durante la entrega de turno entre profesionales. Se identificó un 14% de realización de gestiones indirectas de atención y un 12% de gestiones no propias del rol de la enfermería, es decir, actividades que podrían ser delegadas, entre otros.

¹ Nota sobre el uso del lenguaje

En el marco de avanzar hacia la equidad de género, una de las preocupaciones de la investigadora es el uso de un lenguaje que no discrimine o marque diferencias entre hombres y mujeres. Dado que aún no hay acuerdo sobre cómo hacerlo en español, y en honor a la simplicidad del lenguaje, este documento en su redacción no distingue hombres y mujeres. En este caso, enfermeras incluye tanto hombres como mujeres.

Se evidenció que una gran parte del tiempo las enfermeras lo dedican a realizar registro escrito de la planificación de la atención de enfermería: describir la situación clínica del paciente, sucesos que ocurren durante la jornada laboral, actividades que se realizan, actividades pendientes a realizar, etc. Se observa que durante la realización de actividades no se brinda una atención de enfermería continua, al ser constantemente interrumpidas en las labores que realizan, ya sea por llamadas telefónicas, consultas por diferentes motivos por parte de profesionales clínicos, profesionales no clínicos, personal a cargo y, por mantenerse en un medio en el cual, constantemente deben realizar múltiples tareas en un mismo instante de tiempo.

El presente estudio busca aumentar la seguridad y calidad de atención para los pacientes hospitalizados, potenciando el liderazgo y rol autónomo de las enfermeras en la realización de los principales procesos de atención de enfermería, con el propósito de aumentar el tiempo de atención directa de enfermería a los pacientes y con ello retomar la humanización de la atención enfermera-paciente a través de la generación de acciones sustentadas por evidencia científica, para promover mejoras en el quehacer de la enfermería en el área quirúrgica del Hospital del Salvador.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	Introducción	2
1.1	Contexto relevante del lugar de intervención	5
1.2	Evolución y características importantes de la situación actual	11
1.3	Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual	12
1.4	Objetivo que busca el desarrollo de la AFE	14
II.	Metodología	15
2.1.	Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada	15
2.2.	Equipo Gestor.....	15
2.3.	Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados.....	16
2.3.1.	Metodología Lean.....	16
2.3.2.	Entrevistas.....	17
2.3.3.	Observación <i>in situ</i> a Enfermeras.....	18
2.3.4.	Lluvia de ideas para identificar oportunidades con enfermeras/os del área quirúrgica.....	19
2.3.5.	Encuesta de Percepción.....	19
III.	Fase Analítica	20
3.1.	Descripción del problema	20
3.1.1.	Análisis de tiempos que agregan valor	20
3.1.2.	Encuesta de “Percepción e Interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al Proceso de Atención Continúa de Enfermería”	22
3.2.	Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas.....	29
3.3.	Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades.....	32
3.4.	Análisis de Involucrados	33
3.4.1.	Identificación de actores involucrados	33
3.4.2.	Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados.....	34
3.4.3.	Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central.....	34
3.4.4.	Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados.....	35
3.4.5.	Identificación de intereses de los involucrados en las posibles intervenciones	36
3.4.6.	Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados	36
3.4.7.	Construcción de la matriz de involucrados.....	37

3.5.	Análisis de Problemas	38
3.5.1.	Análisis usando árbol de problemas	38
3.5.2.	Identificación de problemas principales	38
3.5.3.	Identificación y caracterización del problema central	41
3.5.4.	Análisis de relaciones de causa – efecto	41
3.5.5.	Diagrama árbol de problemas.....	43
3.6.	Análisis de Objetivos	44
3.6.1.	Análisis usando árbol de objetivos.....	44
3.6.2.	Análisis de viabilidad	45
3.6.3.	Diagrama árbol de objetivos	47
3.7.	Análisis de Alternativas.....	48
3.8.	Síntesis de la Etapa Analítica	53
IV.	Fase de Planificación	59
4.1.	Objetivos por jerarquía	59
4.2.	Indicadores.....	62
4.3.	Medios de verificación	64
4.4.	Supuestos	66
4.5.	Resumen Matriz de Marco Lógico	71
4.6.	Plan de Ejecución.....	76
4.7.	Presupuesto	82
4.8.	Control de calidad de la propuesta	100
4.8.1.	Esquema de verificación del diseño de proyecto	100
V.	Referencias.....	103
I.	Anexos.....	106
1.1.	Glosario, acrónimos y abreviaciones	106
1.2.	Ejemplos de Mapa de Derivación y Cartera de Servicios amigables.....	110
1.3.	Pauta 1: Tabla de actividades observadas	113
1.4.	Consentimiento informado para participantes de investigación.....	121
1.5.	Antecedentes generales de participantes trabajo de investigación.	122

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina de la salud que históricamente se ha considerado un oficio ejercido por mujeres, lo que, a su vez, significa que el creciente valor que la sociedad le asigna a la disciplina refleja el avance de la mujer al interior de las sociedades (1). Dicho de otro modo, un país mostrará el avance de la enfermería, ya sea como profesión o como disciplina en función del grado de avance del reconocimiento del rol de la mujer en esa sociedad (2). Entre los profesionales que ejercen la enfermería, la relación es de cuatro mujeres por cada hombre. Actualmente, la enfermería cubre el 80% de las necesidades de la atención (3) y, según el último informe disponible en línea de estadísticas de registro de prestadores individuales en salud, constituye el 9,5% de la fuerza laboral en salud en Chile, considerando de manera exclusiva a los profesionales de enfermería inscritos hasta marzo del 2019 (4).

De acuerdo a los antecedentes históricos, la formación profesional de la carrera de enfermería en Chile se habría iniciado de manera institucional en la Universidad de Chile en el año 1906. Los cuidados de enfermería eran realizados por mujeres religiosas (monjas) y/o practicantes, esta decisión de esta institución surge ante la necesidad de formar con bases científicas a mujeres laicas para que pudieran atender la creciente necesidad de cuidados en los recintos hospitalarios. Cabe hacer notar, además, que en diversos países, en esa época existía una disputa que involucraba las dimensiones de buena voluntad, carencia de conocimientos y poco compromiso ético con las personas enfermas que finalmente se traducía en una improvisación de la enfermería (1).

En este contexto, es importante conocer los antecedentes históricos de la enfermería para poder entender cómo con el pasar de los años la profesión ha buscado diferenciarse y destacar por la labor que realiza en el cuidado de los enfermos, con una identidad propia y no como una profesión que se encuentra subordinada a la profesión médica (5). Este

es el fundamento que permite comprender que el centro del quehacer de enfermería son los pacientes y la gestión de los cuidados que necesiten.

El concepto de gestión del cuidado ha tenido dificultades en su interpretación, las que han redundado en una confusa socialización del término. Entre los esfuerzos realizados en Chile para clarificar esta confusión, cabe destacar la Ley N° 19.536 que introdujo un nuevo inciso al artículo 113 mediante el cual se definió el rol social de la enfermera expresado este en tres grandes funciones: la gestión del cuidado, el ejecutar acciones derivadas de diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente (6).

En relación a las funciones que legalmente corresponde que los profesionales de enfermería realizan, surge la necesidad de observar y medir la cantidad de actividades que deben efectuar durante su jornada laboral. Si bien es cierto, en muchas oportunidades es indispensable que las enfermeras realicen gestiones indirectas para contribuir al proceso de atención de enfermería del paciente, en muchas oportunidades también realizan actividades no propias del rol y, estas gestiones aumentan la carga laboral y disminuyen el tiempo de atención directa con el paciente hospitalizado. Sin embargo, dichas acciones más allá del rol profesional de enfermería propiamente tal son invisibilizadas, siendo notorias solo para quienes las asumen incorporándolas como parte de su jornada laboral, normalizándolas.

Actualmente, en el área quirúrgica no existen mediciones del tiempo que la enfermera es interrumpida durante su labor, por lo que, no hay cifras que sustenten el número de veces que las profesionales deban discontinuar su atención, posponer o no realizar una actividad programada de atención directa con el paciente, por realizar gestiones no propias del rol y/o algunas actividades que podrían ser delegables (7).

En el contexto descrito surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo se distribuye el tiempo de atención de enfermería directa en pacientes hospitalizados en el área quirúrgica del

Hospital del Salvador?, ¿Existe concordancia entre la planificación de enfermería y las actividades realizadas al término de la jornada laboral?, ¿Los procesos de atención de enfermería se realizan de manera estandarizada? , ¿En qué momentos hay pérdidas de tiempo que podrían ser utilizada en atención directa a los pacientes?, ¿Los registros son eficientes para contribuir a la optimización del tiempo de atención?, ¿Existirán espacios de mejora para optimizar el tiempo de atención?.

El bajo tiempo de las enfermeras dedicadas al cuidado directo de pacientes, es un proceso que ha sido estudiado (8). No obstante, es importante mencionar que esta actividad se puede mejorar y/o revertir, generando un alto impacto y requiriendo un esfuerzo intermedio, el cual podría ajustarse en la medida que se interioricen los beneficios asociados al bienestar, seguridad y calidad de la atención (9).

Sobre la base de los antecedentes previamente entregados, resulta importante elaborar una propuesta que utilizando la metodología de Marco lógico permita abordar los problemas asociados al quehacer de la atención de enfermería, planificar intervenciones orientadas a enfrentarlos y, comprender en que medida la calidad y seguridad de los pacientes en el Hospital del Salvador se ve afectada por esta disyuntiva.

1.1 Contexto relevante del lugar de intervención

El Hospital del Salvador (HDS) es un centro de atención cerrada de alta complejidad de la Región Metropolitana de Chile y será la institución en la cual estará centrada la presente Actividad Formativa Equivalente (AFE). El HDS forma parte del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y pertenece a la Red Asistencial del Ministerio de Salud (MINSAL) (10).

El hospital se encuentra ubicado en la comuna de Providencia, en la zona oriente de Santiago y otorga, preferentemente, atención a los 624.786 beneficiarios adultos pertenecientes al Fondo Nacional de Salud (FONASA) inscritos en la Atención Primaria de Salud (APS) de las comunas que forman parte del sector oriente de la capital, las cuales corresponden a Ñuñoa, Providencia, Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes, La Reina, Peñalolén y Macul. Además, por decisión de la autoridad sanitaria central, el hospital de Hanga Roa (Isla de Pascua) también forma parte de la red asistencial del SSMO (10).

Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Se compone por 8 comunas de la Región Metropolitana:

- Lo Barnechea
- Vitacura
- Providencia
- Las Condes
- Ñuñoa
- La Reina
- Peñalolén
- Macul

E Isla de Pascua



Fuente: Presentación de Servicio de Salud Metropolitano Oriente, “Red de Urgencia Odontológica Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Contingencia por COVID-19” (11)

El Hospital del Salvador, dentro de sus líneas de trabajo busca responder a las necesidades de la comunidad usuaria en diferentes ámbitos, tales como la participación social, a través de: los dispositivos de salud y representantes en los consejos; atención a migrantes; Hospital Amigo; acompañamiento espiritual y el Programa Especial de Pueblos Indígenas, que aborda la interculturalidad. (12)

El Hospital del Salvador cuenta con una estructura organizacional compuesta por 6.225 funcionarios, quienes se dividen por estamentos que corresponden a 3.193 (51%) profesionales, 1.965 (32%) técnicos, 589 (9%) administrativos y 478 (8%) auxiliares. En el año 2019 contaba con una dotación de 404 camas para pacientes adultos, distribuidas en camas básicas, camas de cuidados medios y camas críticas (cuidados intermedios y de cuidados intensivos). Cuenta también con policlínicos de especialidad, servicio de urgencias las 24 horas del día, Unidad de Memoria y Unidad de Trauma Ocular (Centro de Referencia Nacional del Sistema Público) (13).

El hospital se encuentra acreditado, lo cual implica que es una institución que continuamente se encarga de estandarizar procesos y que las prestaciones de salud sean otorgadas con mayor seguridad para los pacientes, cumpliendo estándares que se deben mínimos para otorgar la calidad necesaria en la atención. Actualmente, se encuentra en proceso de re-acreditación (14).

Actualmente se encuentra en fase de ejecución el proyecto de construcción del nuevo Hospital del Salvador e Instituto de Geriátrica, el que se espera esté concluido en el año 2023. El proyecto contempla la fusión de ambos hospitales, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y, enfocar los cuidados para quienes corresponden a la población que mayoritariamente consulta en la institución (14) (12). Con ello, también se espera disminuir los tiempos de desplazamiento de las personas para las prestaciones que se les otorgan.

Proceso de Gestión de Hospitalización

El proceso de gestión de hospitalización son todas las actividades clínicas y administrativas necesarias en la atención del servicio de admisión asignado y, tiene por objetivo que la condición del paciente se recupere, por medio de las atenciones brindadas por los profesionales y el equipo de salud, en conjunto con las atenciones brindadas por los servicios complementarios y por medio de gestiones acordes a la complejidad del paciente (15).

Los ingresos de pacientes para hospitalización en el Hospital de Salvador son por derivación desde otro centro hospitalario, desde atención ambulatoria, por cirugía mayor ambulatoria o servicio de urgencias. Este último nivel de derivación es el que representa el mayor porcentaje de ingresos a hospitalización (16). El proceso de gestión de hospitalización ha sido detallado como uno de los procesos principales por el Ministerio (15).

En el servicio de urgencias del Hospital del Salvador mensualmente consultan aproximadamente 3.500 personas para solicitar atención por diversas patologías (17) . A las consultas por patología infecciosa y traumatológica, se le suma una creciente prevalencia de consultas por descompensaciones de enfermedades crónicas no transmisibles (ECN), accidentes de tránsito, accidentes cerebro vasculares (ACV), agudizaciones propias de patologías oncológicas y consultas relacionadas con patologías geriátricas. Los adultos mayores son quienes realizar mayor cantidad de consultas siendo quienes, a su vez, presentan mayor riesgo en salud, por la gran cantidad de patologías asociadas y, en su mayoría son pertenecientes a FONASA (18).

Al ingresar un paciente por el servicio de urgencias, la enfermera es la responsable de realizar un **“TRIAGE”**, éste es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. Se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Esta metodología permite realizar la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias, permitiendo así definir la prioridad de la atención. Según la valoración se pueden enfrentar dos situaciones: a) Paciente con requerimientos de atención inmediata; b) Paciente sin requerimientos de atención inmediata. El producto de esta evaluación es la “categorización de pacientes”, la que contempla los siguientes cinco niveles (16) :

- C1: Emergencia médica que requiere atención inmediata (sin tiempo de espera). El usuario entra directamente a sala de reanimación. Presenta riesgo vital, con o sin haberse realizado control de signos vitales en sala de selector de demanda.
- C2: Emergencia médica, en que el usuario presenta compromiso vital evidente; el paciente no debe esperar más de 30 minutos para su atención.

- C3: Usuario con urgencia menor de atención, cuyo estado permite esperar, pero no más allá de 90 minutos.
- C4: Usuario sin riesgo vital inmediato, que puede ser atendido por médico en no más de 180 minutos.
- C5: Usuario sin riesgo vital, cuya atención debería ocurrir en un Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU).

Área Quirúrgica

El área quirúrgica, lugar donde está enfocada la presente AFE se encuentra físicamente ubicado entre el tercer y cuarto pasillo del recinto hospitalario y, ocupa el primer y segundo piso.

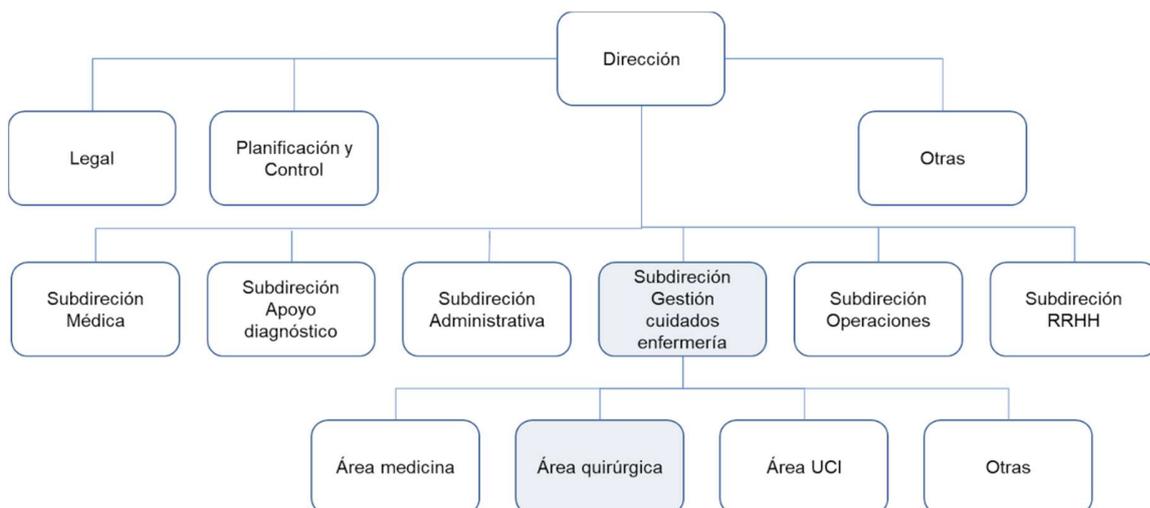
La subdirección de enfermería, es quien se encuentra a cargo de la gran mayoría de las enfermeras de todo el hospital. En este caso, se incluyen las enfermeras del área quirúrgica, ya que se encuentran bajo la supervisión directa de dicho nivel jerárquico. El área quirúrgica se encuentra al mando de la jefatura de una enfermera supervisora y una enfermera coordinadora, quien está bajo su directa supervisión. La enfermera supervisora es la responsable de supervisar, organizar, programar, dirigir, coordinar, controlar, evaluar la atención de enfermería y gestionar los recursos necesarios para que se puedan brindar los cuidados de enfermería por parte del personal del área. A su vez, debe distribuir el personal y velar por el funcionamiento de las unidades.

Los médicos jefes de cada equipo de cirugía se encargan de otorgar las directrices del tratamiento que deben seguir los pacientes, brindar la atención médica a quienes lo requieran, elaborar y establecer los programas y lineamientos para los pacientes que

requieren tratamiento quirúrgico o médico; supervisar y evaluar las actividades que los médicos cirujanos deben realizar y; supervisar los programas respectivos al servicio.

En esta área, trabajan médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, paramédicos y auxiliares. Los pacientes que ingresan son mayores de 15 años que requieran atención médica, atención pre o post quirúrgica, observación, tratamiento y/o recuperación. Si es que fuera necesario, también pueden ingresar pacientes con patología médica, neurológica o la especialidad que lo requiera, si es que no hubiese cama en sus respectivos servicios clínicos. La figura 1 muestra la ubicación de este servicio dentro del organigrama general del hospital.

Figura 1: Organigrama Simplificado



Fuente: Elaboración Propia.

En relación al número de funcionarios, el área quirúrgica cuenta con un total de 60 enfermeras, 91 técnicos de enfermería y 16 auxiliares, quienes trabajan en modalidad diurna y en rotación de cuarto turno. La modalidad diurna comprende el trabajo de 45 horas semanales en horario de 08:00 a 17:00 horas de lunes a jueves y de 08:00 a 16:00 horas los viernes. La modalidad de rotación de “cuarto turno” implica trabajar tres días consecutivos en horarios de 20:00 a 08:00 horas y de 08:00 a 20:00 horas con un día

integro de descanso a continuación, en un ciclo que se va repitiendo sucesivamente. Actualmente, por el tema de la pandemia COVID -19, quienes trabajan en turno tienen una jornada de 24 horas y tres días libres (19).

Previo a la pandemia por el virus SARS- COVID 19, el área quirúrgica disponía solo de camas para pacientes médico-quirúrgicos que requerían hospitalización. Se distribuían en 7 salas básicas con 22 camas cada una y, una sala que se encargaba de recibir pacientes de cirugía mayor ambulatoria, la cual contaba con 10 camillas y 3 sillones. Ingresaban pacientes con criterios de ser dados de alta el mismo día de su cirugía o al día siguiente. Sin embargo, la realidad ha hecho indispensable que se realicen cambios acordes a la situación de pandemia que se está viviendo a nivel mundial. En términos intrahospitalarios, la disminución de camas se ha tenido que realizar para hacer efectivo el distanciamiento entre los pacientes. Sin embargo, las salas han tenido que ir transformándose según requerimientos diarios, semanales o mensuales, aumentando la dotación de camas críticas y con ello la complejidad de los pacientes, cuantificada por medio de la categorización de estos (20). Estos cambios han generado un aumento de la dotación de personal de enfermería en relación a la carga laboral según la complejidad de los pacientes. Es fundamental recalcar que gran parte de la dotación de personal de enfermería contratado previo a la pandemia ha demostrado una enorme capacidad de adaptación a la necesidad de especialización inminente.

1.2 Evolución y características importantes de la situación actual

Los errores de medicación, eventos adversos y eventos centinelas, se han hecho cada día más frecuentes en las distintas unidades de los hospitales del mundo (21) . Si bien existen políticas institucionales para tratar de prevenir que estas sucedan, la necesidad de aumentar el tiempo de atención directa de enfermería con el paciente según las dimensiones de impacto y esfuerzo motiva el desarrollo de este proyecto. El impacto es significativo y el esfuerzo podría ajustarse en la medida que, por parte de los actores

involucrados, se interioricen todos los beneficios asociados al bienestar, seguridad y calidad de la atención (22).

1.3 Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual

Si bien, previo a la situación de pandemia la organización del Hospital del Salvador era muy distinta a la actual, la distribución y complejidad de las camas simboliza el mayor cambio que se ha debido llevar a cabo para lograr una mayor disponibilidad de este recurso. Es importante mencionar algunos datos cualitativos y cuantitativos que aportan información relevante respecto a las modificaciones relacionadas con la complejidad de pacientes y la dotación de personal del área. Estos cambios se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- El Área Quirúrgica estaba compuesta por 7 salas de atención directa para pacientes mayores de 15 años, las cuales contaban con una disponibilidad de 22 camas cada una, conformando un total de 154 camas y, una sala para quienes acudían a cirugía mayor ambulatoria desde su domicilio y serían dados de alta luego de la intervención o al día siguiente, la cual disponía tan solo de 10 camillas y 3 sillones. Actualmente, hay 4 salas de paciente quirúrgico con 17 camas cada una, y la sala de cirugía mayor ambulatoria actualmente tiene 16 camas indiferenciadas. Dos salas fueron requeridas para pacientes críticos y una sala para pacientes de cuidados medios afectados por el virus SARS-COVID 19. Disminuyendo el número total de camas del área quirúrgica a 85 en la actualidad.
- De acuerdo con el protocolo de Categorización de Usuarios según Riesgo y Dependencia (CUDYR), la complejidad de los pacientes era menor, lo cual se ha evidenciado por la constante necesidad de camas de paciente crítico durante la pandemia.

- Previo a la pandemia, la dotación de enfermeras en el área correspondía a 11 enfermeras en modalidad diurna y 28 enfermeras en modalidad cuarto turno. Actualmente, esta cifra aumentó en un 57%, siendo 62 enfermeras en modalidad de cuarto turno y 7 en modalidad diurna. La complejidad de los pacientes y la cantidad de tiempo asociado al cuidado son directamente proporcionales, siendo fundamental lograr encontrar medidas que permitan llevar este objetivo a cabo.
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que en el año 2035, el déficit mundial de trabajadores de la salud será de 12,9 millones. Actualmente, la falta de trabajadores es de alrededor de 7,2 millones, de los cuales 4,3 millones corresponden a los estamentos de médicos y enfermeras (23).

Actividades de enfermería en el área quirúrgica.

Se mencionarán las actividades de enfermería que principalmente se realizan en el área quirúrgica:

1. Toma de muestra sanguínea.
2. Canulación de vías venosas.
3. Administración de medicamentos endovenosos.
4. Instalación de sondas nasogástricas.
5. Instalación de sondas urinarias.
6. Aspiración de secreciones de vía aérea alta y/o baja.
7. Toma de electrocardiograma.
8. Gestión con servicios clínicos.
9. Gestión con servicios no clínicos.
10. Realización de actividades que contribuyan al bienestar del paciente.

Mientras los pacientes se encuentran hospitalizados requieren una serie de tratamientos y cuidados para recuperar el bienestar de su salud, para esto el personal de enfermería está a cargo de brindar los cuidados las 24 horas del día a los pacientes hospitalizados,

por lo que, es necesario que las enfermeras planifiquen una serie de actividades que deben realizar a lo largo de la jornada laboral . Al inicio del turno, ya sea en horario diurno o cuarto turno, las enfermeras deben recibir el turno a las 8 de la mañana, norma transversal a cualquier unidad de pacientes del hospital (excepto diálisis). En la recepción del turno, se debe corroborar el personal de enfermería a cargo, planificar el quehacer de enfermería con el compañero de turno (si es que cuenta con alguno) y, corroborar los insumos necesarios para brindar la atención de salud.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un proceso dinámico y sistematizado que permite brindar los cuidados de enfermería a los pacientes que requieren atención de salud. Esta es una herramienta que es parte del proceso mental con el cual las enfermeras jerarquizan a los pacientes. Comienza con la valoración de los pacientes, luego se debe realizar un diagnóstico, el cual permite analizar datos e identificar los problemas reales y potenciales que manifiesta el paciente; para luego continuar con la planificación individual de atención de enfermería, según lo analizado previamente, para finalmente realizar la ejecución de estas actividades.

1.4 Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

El desarrollo de la Actividad Formadora Equivalente (AFE) corresponde a la actividad final que permite alcanzar la graduación en el proceso de formación del Magíster de Administración en Salud. En la presente AFE, la opción que se tomó fue abordar un problema de la organización de salud, por medio de la metodología de Marco Lógico. La propuesta elaborada cuenta con el respaldo de las jefaturas institucionales, de modo que la información recogida, así como la planificación de la intervención que busca enfrentar el problema que la motiva, se entregan como insumos para que dichos niveles directivos puedan tomar las decisiones que correspondan para la implementación de la propuesta.

II. METODOLOGÍA

2.1. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada

El Marco Lógico (ML) es un enfoque que, en el contexto de las organizaciones de salud, se aplica con el propósito de abordar un problema, permitiendo su adecuada identificación, caracterización y categorización, para diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema, a través de una adecuada planificación, implementación, seguimiento y evaluación. En el caso de la presente AFE, el enfoque de Marco Lógico se utilizó para abordar los problemas asociados al quehacer de la atención de enfermería y sirvió para cuantificar en qué medida se ve afectada la calidad y seguridad de los pacientes en el área mencionada del Hospital del Salvador.

2.2. Equipo Gestor

Los siguientes son los actores relevantes que conforman el Equipo Gestor del proyecto:

- Subdirectora de Enfermería
- Jefaturas de enfermería del área quirúrgica.
- Jefatura de cuarto turno del área quirúrgica.
- Equipo de enfermeras de cuarto turno y diurno del área mencionada.
- Jefatura y equipo del área de calidad.
- Jefatura de los servicios médicos asociados a las distintas áreas.
- Jefatura de docencia e investigación.

2.3. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

2.3.1. Metodología Lean

La presente AFE se desarrolló bajo el enfoque de Marco Lógico. En diferentes momentos de su desarrollo, fundamentalmente para complementar y enriquecer el análisis del problema, se recurrió a otras metodologías que se estimó podían hacer contribuciones específicas.

Una de las metodologías complementarias que se usó fue la Metodología Lean (término que en inglés significa esbelto o liviano) corresponde a una técnica de mejoramiento de procesos y servicios aplicable en empresas, entidades, industrias, entre otros, basada en la filosofía de eliminación de “desperdicios”. Debido a que durante la fabricación, producción, distribución y comercialización de un producto y/o servicio existen diversas tareas que no son necesarias y que implican atrasos en el desarrollo de los procesos, esta metodología permite eliminar aquellos desperdicios y actividades que no se requieren y que no agregan valor a los procesos ni a los productos y/o servicios.

El enfoque sobre la cual descansa la metodología Lean, también denominado pensamiento esbelto, busca la obtención de un mejoramiento continuo, aumento de la eficiencia, mejoramiento de la posición competitiva y mejor administración de recursos humanos, financieros y materiales (24). El origen de este enfoque está basado en el sistema de producción de la empresa Toyota, que se hizo conocido en la década de los años 1950 por Taiichi Ohno, director de la empresa japonesa. A partir de entonces, el pensamiento esbelto se expandió para llegar a ser utilizado en diversas áreas más allá de la manufactura, llegando a ser usado en las organizaciones de salud solo en las últimas dos décadas (25).

Como lo que se busca es crear y especificar el valor que se va a agregar a los productos y/o servicios ofrecidos a los clientes, el instrumento usado de la metodología LEAN, fue la confección del Mapa del flujo de valor, el cual consiste en elaborar un mapa del proceso con todas las actividades (agreguen o no agreguen valor), asociadas a la prestación de un servicio (25) .

En el diagrama de la situación actual del proceso se indican los actores (en este caso las enfermeras observadas del área quirúrgica), flujos de información, tiempos de las actividades, tiempo total del proceso, entre otros. Para realizar esto es importante tener claridad cuales serian los tipos de desperdicios definidos según la metodología LEAN. Asimismo, se debe considerar que dificultades pueden explicar la existencia de estos desperdicios (interrupciones en el quehacer de la enfermería), es decir, es necesario determinar y desarrollar un mapa que clarifique las posibles causas y los efectos de los inconvenientes encontrados en el análisis. Se debe evaluar y verificar qué actividades son las que no aportan valor agregado al flujo del proceso, desde el punto de vista de los profesionales. También se deben revisar si los procesos que se realizan actualmente son los más apropiados o si son interrumpidos, pospuestos por externalidades no acordes a el quehacer de enfermería. Inclusive evaluar si se pudieran hacer de alguna otra manera o asignarla a otra persona. Es por esto, que la idea es identificar si existen cuellos de botella u otros impedimentos en el flujo.

2.3.2. Entrevistas

Se realizaron entrevistas a algunos de los actores relevantes del proceso, y se les invitó a formar parte del comité de planificación, para que pudieran realizar seguimiento e ir validando los resultados del proyecto. Las entrevistas sirven para lograr difundir el proyecto, sus objetivos generales y específicos, además de informar a los actores e invitarlos a participar. Para que la recopilación de información se pudiera realizar primero se tuvo que solicitar autorización a la unidad de docencia e investigación del Hospital del

Salvador, luego de su aprobación se realizó de manera sistemática un diseño de instrumento de levantamiento de datos. Se utilizó un enfoque cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas a los principales actores, para explorar la percepción de éstos en relación a los problemas de calidad en las distintas áreas, identificando oportunidades y los principales desafíos en el proyecto. Las entrevistas fueron analizadas a través de la metodología denominada la “Voz del Cliente” (25). Esta metodología recomienda que en las entrevistas se tomen notas detalladas, para luego transcribirlas y que sean analizadas. Durante el análisis, el objetivo es identificar diferentes dimensiones o categorías desde la perspectiva del entrevistado. Se recurrió a métodos cualitativos por considerar que son más adecuados para profundizar en el conocimiento de las materias que influyen en la percepción actual de la calidad y del tiempo que se dedica al cuidado de los pacientes de forma directa.

2.3.3. Observación *in situ* a Enfermeras

El pensamiento esbelto busca hacer que fluya el valor a lo largo de los procesos, valor que viene definido desde los clientes. El proyecto se enfoca en las necesidades de los clientes, en este caso los pacientes y las familias, ya que el aumento del tiempo directo de atención de enfermería va en directo beneficio de la seguridad y calidad del paciente (9). Para realizar las mediciones se utilizó el método de la observación. Se completaron 7 observaciones a enfermeras del área quirúrgica.

2.3.4. Lluvia de ideas para identificar oportunidades con enfermeras/os del área quirúrgica.

Se utilizó la técnica de lluvia de ideas en reuniones con el equipo de trabajo de enfermería para generar nuevas percepciones que orienten a mejorar el proceso de análisis.

2.3.5. Encuesta de Percepción

Se realizó una encuesta anónima (Anexo – Encuesta) a 27 enfermeras del área en relación a la “Percepción e Interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al Proceso de Atención Continua de Enfermería”. La encuesta considera 11 preguntas en total. Se consideraron los años de experiencia laboral y los años de experiencia trabajando en el Hospital del Salvador.

Implementación de chaleco de advertencia

En otros países se ha implementado un chaleco de barrera o advertencia, el cual requiere ser implementado con una planificación acorde a las demandas del servicio para lograr los objetivos esperados. Para esto se requiere un equipo o comité que esté a cargo de establecer tiempos de prueba, tiempos establecidos de su uso en los procesos críticos, por lo que, es necesario que se le realice seguimiento, evaluación y supervisión continua, evitando así distorsionar el uso de una herramienta que podría ser beneficiosa. Puede ser una buena estrategia, siendo fundamental que se implemente luego de ser parte de la cultura organizacional, por lo que, debe ser difundido por todo el personal de salud y, también a los pacientes y familiares (26).

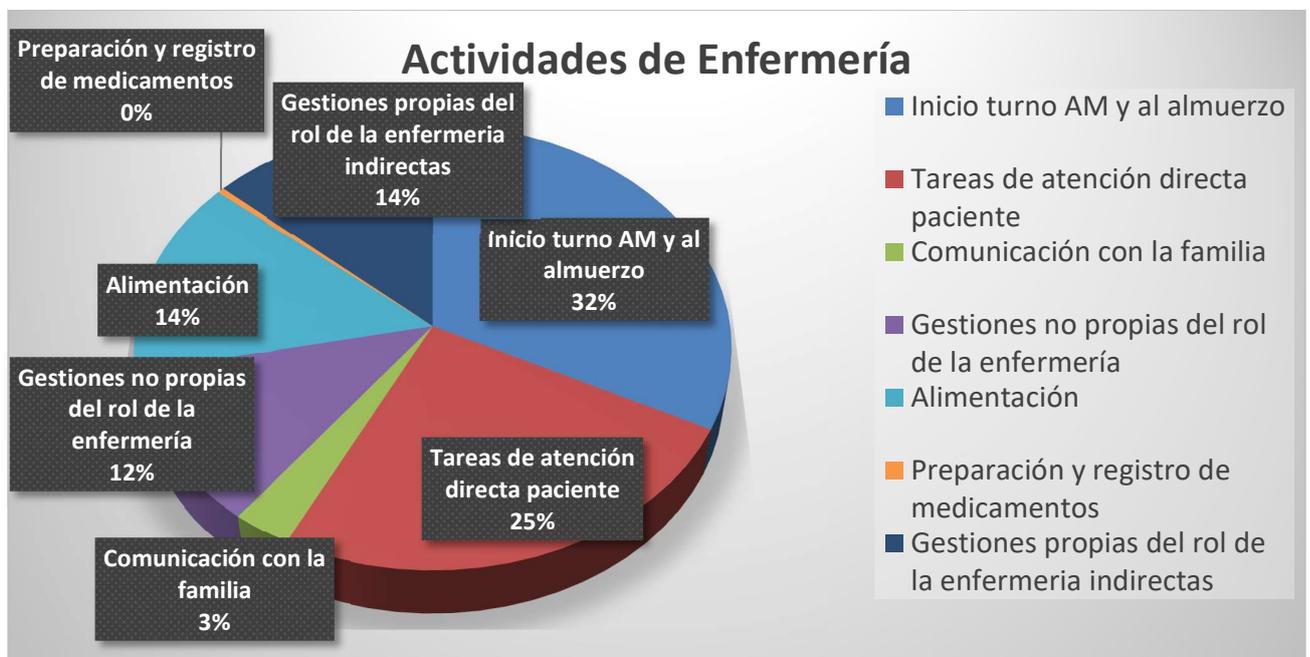
III. FASE ANALÍTICA

3.1. Descripción del problema

3.1.1. Análisis de tiempos que agregan valor

Se realizó una observación in situ de los tiempos implicados en 50 actividades identificadas que desempeñan las enfermeras del área quirúrgica durante su jornada laboral. Para ello, el pensamiento esbelto sugiere hacer un recorrido directo por cada una de las actividades de los procesos, observando, y midiendo cómo se usa el tiempo en cada una de ellas (27). Así, fue necesario establecer una pauta (ANEXO - Pauta 1) para medir cómo cada proceso influye acerca del proceso anterior y del que le sigue. Los resultados obtenidos se pueden observar en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Distribución del tiempo durante la jornada laboral en horario hábil de las enfermeras.



En el Gráfico 1 se puede observar la distribución de la síntesis de las 50 actividades de enfermería observadas durante la jornada laboral en horario hábil. Se puede destacar que del total de la jornada laboral, el 25% del tiempo se otorga a la atención directa a los pacientes, corroborando la hipótesis de baja atención directa de enfermería durante la jornada laboral. El 12% corresponde a la realización de actividades y gestiones no propias del rol de la enfermería, siendo fuente relevante de información para realizar acciones de mejora en los tiempos de atención.

En relación con la tabla en la que se especifican las 50 actividades de enfermería que se observan, se realizó una síntesis con las actividades agrupadas para poder observar la distribución del tiempo en la jornada laboral.

Tabla 1. Distribución sintetizada de las actividades de enfermería en tiempo medido en minutos.

ACTIVIDADES DE ENFERMERERÍA SINTETIZADAS	TIEMPO (min)
Inicio turno AM y entrega de novedades en horario de colación	867
Tareas de atención directa paciente	669
Comunicación con la familia	78
Gestiones no propias del rol de la enfermería	306
Alimentación	385
Preparación y registro de medicamentos	11
Gestiones propias del rol de la enfermería indirectas	360

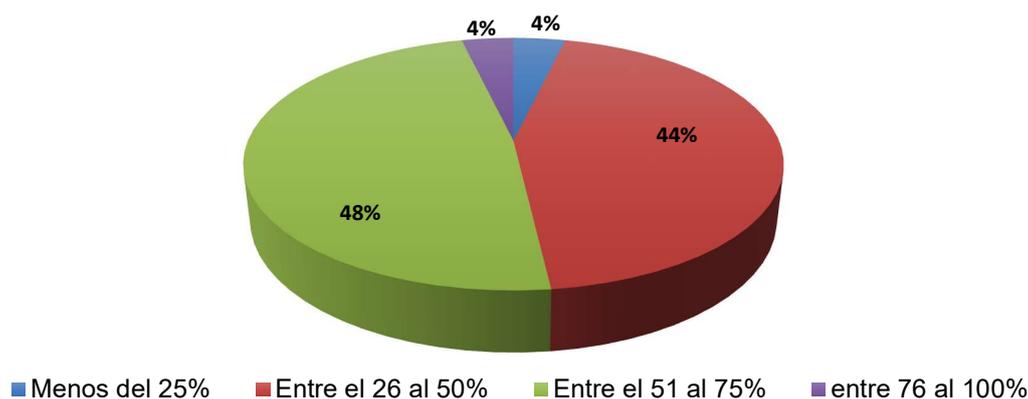
Fuente: Elaboración propia

3.1.2. Encuesta de “Percepción e Interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al Proceso de Atención Continua de Enfermería”

Resultados

El promedio de años de experiencia profesional de las encuestadas corresponde a 5 años y, la cantidad promedio de años trabajando en el hospital, es de 4 años. A todos los participantes se les solicitó que contestarán todas las preguntas, lo que se cumplió a cabalidad. Las preguntas estaban orientadas a obtener información respecto a la utilización de protocolos del hospital; el correcto conocimiento de la información en protocolos y, si es que la persona encuestada sabía cómo acceder a éstos. Se incluyeron preguntas respecto a la planificación y ejecución del quehacer de enfermería; percepción del porcentaje de registro en terapia de enfermería y actividades que realiza durante su jornada laboral. Además, se incluyó la percepción de la implementación de una mejora para la disminución de las interrupciones.

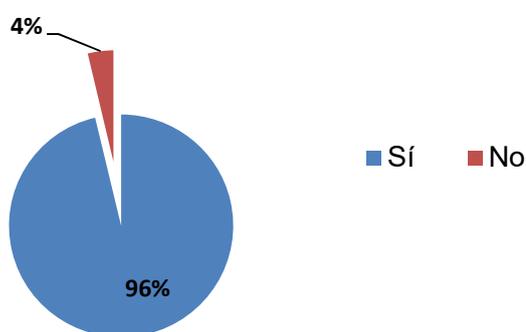
Gráfico 2. Percepción de las enfermeras respecto a la atención directa que brindan en porcentaje de tiempo durante su jornada laboral.



Fuente: Elaboración propia

- El 48% de las enfermeras manifiesta percibir que distribuye entre el 51 al 75% del tiempo de su jornada laboral a la atención directa de pacientes.
- El rango entre el 26 al 50% es el segundo con mayor distribución correspondiendo al 44% de las enfermeras encuestados.

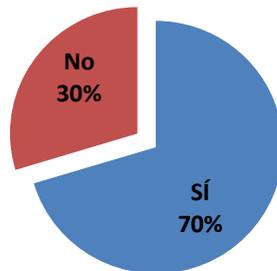
Gráfico 3. Interés de las enfermeras del área quirúrgica en aumentar el tiempo de continuidad en atención de enfermería directa.



Fuente: Elaboración propia

- El 96% de la totalidad de las encuestadas manifestaron tener interés por aumentar el tiempo de atención de enfermería directa con los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.

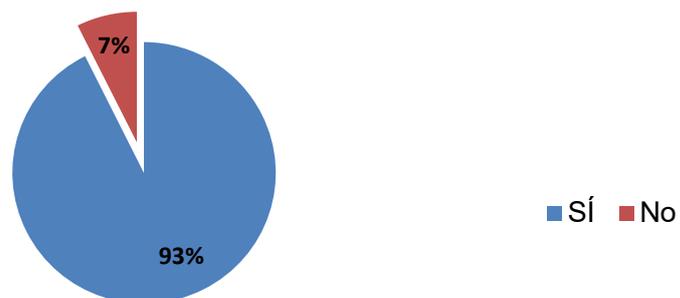
Gráfico 4. Percepción de las enfermeras del área quirúrgica en relación al rol autónomo de la enfermería en la atención directa.



Fuente: Elaboración propia

- El 70% de las enfermeras refieren que la realización de las actividades de su jornada laboral depende del rol autónomo de la enfermería.

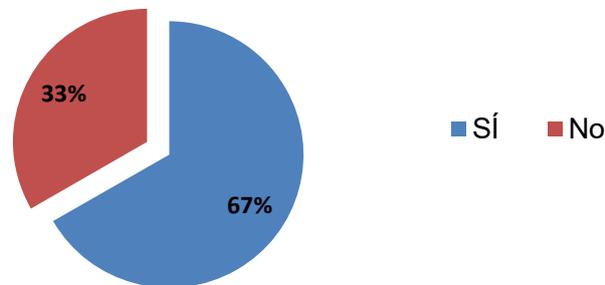
Gráfico 5. Percepción de las enfermeras del área quirúrgica en relación a la incidencia de eventos en la planificación de la jornada laboral.



Fuente: Elaboración propia

- El 93% de las enfermeras refiere que la incidencia de algún evento repercute en que no se pueda realizar la ejecución de las actividades planificadas.

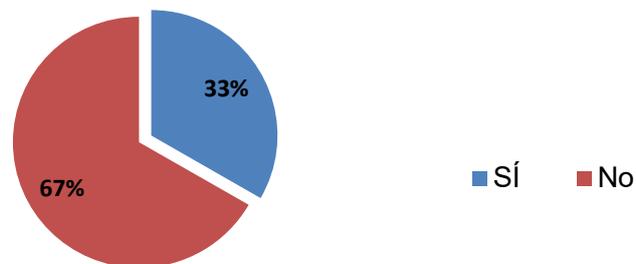
Gráfico 6. Percepción de las enfermeras respecto a la utilización de protocolos en el área quirúrgica



Fuente: Elaboración propia

- Según lo que manifiestan las encuestadas, el 67% de las enfermeras del área quirúrgica refieren desde su perspectiva que utilizan los protocolos la mayoría de las veces considerando que no siempre es necesario utilizarlos.

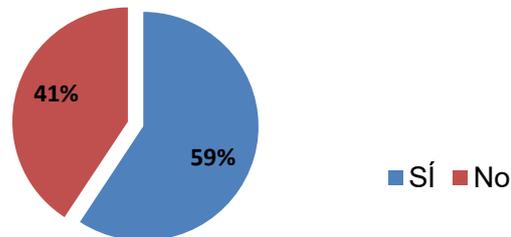
Gráfico 7. Percepción de las enfermeras en relación al conocimiento de la información que brindan los protocolos.



Fuente: Elaboración propia

- En este gráfico es importante destacar que el 67% de las profesionales que no tiene conocimiento de la información de los protocolos y/o no puede explicar la información que entregan.

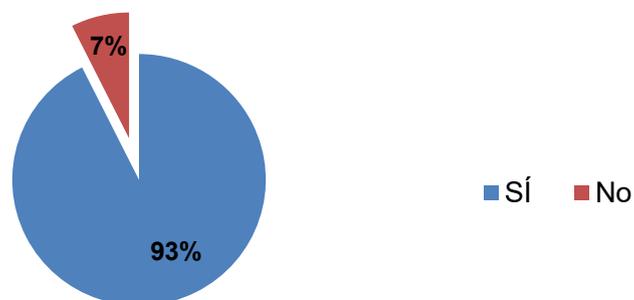
Gráfico 8. Percepción de las enfermeras respecto a al acceso de protocolos del área quirúrgica.



Fuente: Elaboración propia

- Según las encuestadas el 59% de las enfermeras manifiestan que sí saben como tener acceso a los protocolos disponibles para el área quirúrgica.

Gráfico 9. Interés de las enfermeras del área quirúrgica ante la implementación de un dispositivo de seguridad : "Chaqueta de Advertencia de Enfermeras"



Fuente: Elaboración propia

- El 93% de las encuestadas manifiestan interés por la implementación de una "Chaqueta de Advertencia", considerando que sería de gran utilidad para disminuir las interrupciones en el proceso de atención y, podría ser beneficioso para aumentar los tiempos de atención de enfermería directa.

Análisis de los resultados de la encuesta de “Percepción e Interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al Proceso de Atención Continúa de Enfermería”

En relación con los resultados que se muestran en los gráficos precedentes, cabe señalar que entre quienes contestaron la encuesta, aquellas personas que consignaron ser recién egresados y/o presentaban menos de 2 años de experiencia laboral, manifestaban otorgar un mayor porcentaje de su tiempo para dedicación de atención directa de pacientes. Si bien, esta percepción pudiera estar condicionada con la realidad, no se debe descartar que existe la posibilidad que no tengan una percepción que dimensione con exactitud los tiempos de atención que brindan.

Por otro lado, quienes tenían más de 3 años de experiencia, manifestaban que el rango de atención de enfermería directa en el área quirúrgica estaba bajo el 50% del tiempo, considerando la cantidad de actividades indirectas propias del rol de la enfermería y otras actividades que no forman parte del rol profesional representan una parte importante del tiempo que destinan durante un día de trabajo. La principal preocupación de las enfermeras se centra en intentar disminuir la cantidad de interrupciones que enfrentan durante su jornada laboral; siendo algunas de las principales a mencionar: las llamadas telefónicas que requieren que la profesional a cargo sea quien reciba la información, la realización de múltiples actividades de enfermería en un mismo tiempo, llamadas telefónicas de los familiares de pacientes hospitalizados, tiempo utilizado en los registros en la terapia de enfermería o en escribir la planificación de enfermería en las terapias y, la realización de actividades que no están ligadas al rol de la enfermera, generando un empleo ineficiente del capital humano.

Considerando esta información se podría lograr trabajar con actividades enfocadas a potenciar aún más el rol autónomo de la enfermería y, generar un mayor liderazgo que contribuya en el aumento de la atención directa de pacientes hospitalizados. Asimismo, es importante educar y fomentar el conocimiento del rol en quienes tengan la percepción

de que la enfermería no es autónoma, por lo que, se torna indispensable generar espacios de aprendizaje continuo entre las profesionales de enfermería y éstos deben ser sustentados por los avances científicos que respaldan el quehacer de la profesión, logrando así generar más oportunidades para brindar atención directa de calidad y con seguridad para los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.

De acuerdo con la percepción de las enfermeras encuestadas, la incidencia de eventos inesperados manifiesta una tendencia que pudiera influir de manera importante en la planificación de enfermería. Si bien se puede suponer que las enfermeras con mayor experiencia laboral sabrán jerarquizar y priorizar su atención, esto no necesariamente será así en quienes tengan menor experiencia o sean recién egresados. Esta información es relevante al analizar la atención directa que se le brinda al paciente, razón mayor aún, para utilizar activamente la estandarización de los procesos.

Respecto al uso de los protocolos, las personas encuestadas refieren que no siempre los utilizan, por lo que, desde este punto de vista, nos permite inferir que las enfermeras del área quirúrgica trabajan de diferentes maneras, no siguiendo los lineamientos estandarizados que establece el hospital. Por otro lado, es preocupante que un 33% del total de las encuestadas declare no utilizarlos, por lo que, se hace necesario realizar mejoras en este ámbito para lograr una mayor adherencia.

El porcentaje de enfermeras que declara no conocer la información de los protocolos se iguala con quienes mencionaron hacer uso de éstos. Esta información genera controversia respecto a la información otorgada en el Gráfico 5, por lo que, es probable que no se estén realizando los procedimientos según protocolo o no se está utilizando la información realmente como corresponde.

El 59% de las encuestadas declara que sí conoce donde se encuentran los protocolos y, tiene acceso a ellos. Sin embargo, es contradictorio con las respuestas expresadas en los gráficos anteriores. Esto puede sugerir que, pese a que las personas entrevistadas

tengan conocimiento respecto al acceso, señalan que los protocolos no se encuentran de manera visual o concreta en la unidad.

En relación a la pregunta de la encuesta, donde se otorgó información relevante respecto a la implementación de una medida de barrera de seguridad o de advertencia, para disminuir las interrupciones durante los procesos críticos de atención directa. Se explica cómo y cuándo se utilizaría y, el uso correcto que se le debería dar para lograr disminuir o evitar las distracciones que pudieran dar paso a un evento adverso o algún error de medicación durante el proceso de atención teniendo una recepción de gran parte del total de las encuestadas. Sin embargo, el 7% de las encuestadas manifestó una respuesta negativa, refiriendo que las interrupciones no disminuirán y continuarán de igual manera.

3.2. Identificación y priorización de problemas utilizando la metodología de priorización de problemas.

En Chile el número de enfermeras por 1000 habitantes es 2.7, mientras que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo es 8.8 (28), es decir, comparado con los países más desarrollados, existe un déficit de enfermeras en Chile, lo cual contribuye a que se realice una baja atención de enfermería. Esta situación, sobre todo en el actual contexto de pandemia, hace que sea crítico apuntar a mejorar la distribución del tiempo de atención en salud de las enfermeras .

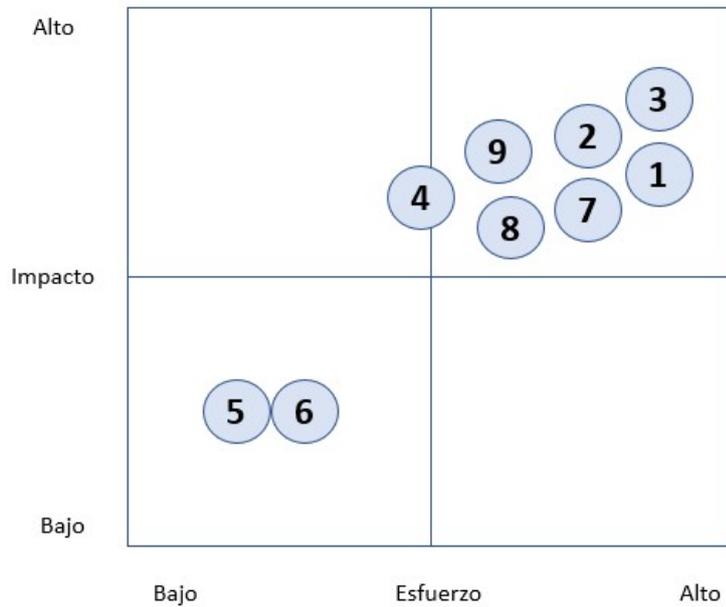
En un estudio realizado en Estados Unidos, se indicó que las enfermeras enfrentan 8,4 fallas en el sistema de trabajo por turno de 8 horas, y son continuamente interrumpidas (29). Aunque no se dispone de estudios similares en Chile, es probable que el número de fallas sea similar o mayor. Estas fallas en los aspectos que habilitan el trabajo hacen que haya más probabilidades de error y, por tanto, resultados adversos para los pacientes (30). El bajo tiempo de atención de enfermería directa, es un problema de calidad significativo que conduce a una subutilización de los servicios de enfermería y está

asociada con pobres resultados de salud para los pacientes (31) (32)(33). Hay una relación directa entre disponer de más tiempo y ser capaz de brindar mejores resultados de atención de enfermería (28).

Por otro lado, se reconoce que el entorno de trabajo, junto con la escasez de personal de enfermería en la fuerza laboral, tiene una mayor influencia en la atención de calidad (34). En este contexto, a través de la encuesta “Percepción e Interés de las enfermeras del área quirúrgica respecto al Proceso de Atención Continua de Enfermería” de elaboración por la propia investigadora, se logró identificar un conjunto de problemas que es necesario abordar para realizar mejoras. Entre estos, se puede mencionar que existe una falta de uso de los protocolos importante, una percepción errada respecto al tiempo de atención directa de los pacientes, un déficit de registro de las actividades de enfermería realizadas durante la jornada laboral y, una importante cantidad de interrupciones durante el proceso de atención de enfermería, siendo éste último un factor gatillante para la pérdida de la planificación y ejecución de actividades programadas, generando como problema una disminución del tiempo otorgado en la atención directa de los pacientes hospitalizados.

Sobre la base de la información recogida mediante la encuesta, se avanzó hacia la priorización de problemas, para lo cual se recurrió a una matriz impacto esfuerzo. La Figura 2 muestra los resultados de un primer análisis de los problemas señalados anteriormente.

Figura 2. Matriz impacto esfuerzo para priorizar los problemas



Posibles iniciativas:

1. Errores en aplicación de medicamentos
2. Aparición de heridas (úlceras)
3. Bajo compromiso del equipo y alta rotación del personal
4. Bajo tiempo de las enfermeras dedicadas al cuidado directo de pacientes
5. Demora en traslados de pacientes
6. Demoras en el aseo de las salas
7. Caídas de los pacientes
8. Infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres
9. Infecciones asociadas a catéteres venosos

Fuente: Elaboración Propia

3.3. Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación con otros problemas y necesidades

Según la Ley N° 19.536, el código sanitario define el rol social de la enfermera en tres grandes categorías las cuales corresponden a: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y otorgar la mejor administración de recursos para lo que requiera el paciente (6). Bajo este marco normativo se establecen las bases que permiten al profesional sustentar su quehacer. La gestión del cuidado, definida por la Comisión de Legislación de Enfermería (Ministerio de Salud 1995-1997) es la base ésta y destaca e identifica a los profesionales como los encargados de valorar, planificar y ejecutar actividades con los pacientes, además de gestionar los recursos para generar cuidados oportunos, seguros y de calidad(35) .

Para desarrollar las funciones recién indicadas, es necesario que exista una dotación efectiva en los servicios de salud del país, considerando una densidad de personal que pueda responder de forma atingente a la demanda de atención en salud. Sin embargo, en la dotación efectiva de los servicios del país aún no se logran los estándares de calidad y seguridad del paciente. Considerando lo mencionado anteriormente, es aún más importante estudiar las causas que influyen en el bajo tiempo que otorgan las enfermeras al cuidado directo de pacientes. En conjunto con el equipo gestor se analizaron 9 problemáticas que se manifiestan en el servicio del área quirúrgica del Hospital del Salvador, la cual se puede ver representada en la Figura 2. Según lo analizado, el problema de bajo tiempo de cuidados directos a los pacientes de las enfermeras se representa con el número 4, el cual se posiciona en un lugar que permite que se realicen actividades de mejoras que requieren un nivel de esfuerzo medio logrando provocar un alto impacto positivo. Es por esto, que realizar mejoras en este ámbito tendría efectos significativos.

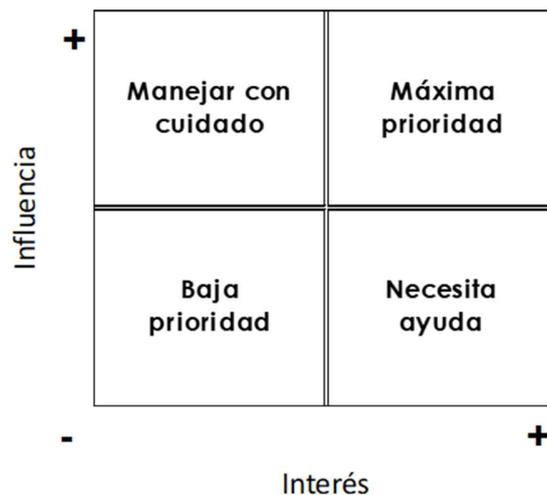
3.4. Análisis de Involucrados

3.4.1. Identificación de actores involucrados

Se identificaron los siguientes grupos de actores relevantes:

- Pacientes
- Familiares de los pacientes
- Jefaturas del área quirúrgica
- Equipo de enfermeras del área quirúrgica
- Jefatura del área de calidad
- Equipo de calidad y seguridad del paciente
- Equipo de técnicos del área quirúrgica
- Sindicatos asociados a los colaboradores del área
- Jefatura de los servicios médicos asociados al área quirúrgica
- Equipo de médicos asociados al área quirúrgica

Figura 2: Relación de Influencia e Interés de los actores involucrados



Fuente: OPS/OMS. Manual para el diseño de proyectos en salud 2020.

3.4.2. Análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados

El Hospital funciona según una estructura jerarquizada, esto quiere decir, que la capacidad de influir o generar acciones de cierto grupo de actores está por sobre las acciones que pudieran generar otros.

Los actores involucrados fueron escogidos según la relación impacto - esfuerzo que pueden propiciar en el incentivo al cambio y, según el escalafón administrativo y/o clínico al que pertenece. Los familiares y los pacientes se incluyen tan solo para demostrar el bajo impacto y poder que poseen para mejorar el problema en cuestión.

Desde el punto de vista de las jefaturas y los profesionales de salud, esta problemática se debe abordar y coinciden en que es necesario realizar cambios y mejoras. A su vez, TENS y Auxiliares de servicio también reconocen la importancia de mejorar y aumentar los tiempos de atención.

3.4.3. Identificación de intereses y mandatos que cada involucrado posee y defiende en relación con el problema central

La identificación de los intereses y los mandatos, al igual que la identificación de los actores, está directamente relacionada con la jerarquía o escalafón al que éstos pertenecen.

El grado de interés que presentan las jefaturas, así como los médicos y enfermeras del Área Quirúrgica es alto, siendo quienes poseen un mayor poder para lograr cambios que causen impacto en la problemática en estudio (Estructura de Matriz).

Los médicos tienen interés en que se cumpla el tratamiento médico que establecen con los pacientes que están hospitalizados en el Área, así como también, esperan que se lleven a cabo las indicaciones que dejan de manera verbal o escrita. Les interesa que ocurran menos eventos adversos, ya que reconocen los beneficios que significa tener una hospitalización acotada.

Las jefaturas de enfermería tienen plena conciencia del número deficiente de enfermeras en relación a la cantidad de pacientes que deberían tener a cargo según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (28). Sin embargo, manifiestan interés en realizar mejoras dentro del rango de acción que poseen y les interesa que los cuidados de enfermería se logren realizar de la mejor manera posible.

Los técnicos de enfermería de nivel superior (TENS) manifiestan interés en que los pacientes tengan mayor tiempo de atención por parte de las enfermeras, ya que mencionan ser quienes pasan la mayor parte de su jornada con ellos, informan alteraciones al realizar las funciones de aseo y confort designadas durante su jornada laboral. Los auxiliares con menos experiencia no manifiestan interés ni desinterés, tan solo no reconocen los beneficios que pudieran significar. Distinto pasa con los auxiliares con mayor experiencia laboral en el ámbito hospitalario, quienes manifiestan interés por las mejoras.

3.4.4. Identificación de la capacidad de incidir que poseen los diferentes involucrados

La capacidad de incidir en relación a las acciones que pueden determinar cambios en los problemas directos, indirectos y estructurales percibidos, están sujetas al igual que en los puntos mencionados con anterioridad, al poder que posean las jefaturas y/o administrativos en su rango de acción y al control de la generación del cambio.

Se podría inferir que la capacidad de incidencia para la generación de mejoras al problema en cuestión, está concentrado en el horario diurno; siendo la jornada laboral de lunes a viernes el horario en el cual se concentran gran parte de las jefaturas.

3.4.5. Identificación de intereses de los involucrados en las posibles intervenciones

Los actores involucrados manifiestan un alto interés en resolver o mejorar el tiempo de atención directa de enfermería con los pacientes que se encuentren hospitalizados en el área quirúrgica. La preocupación ante la incidencia de eventos adversos, el cumplimiento del tratamiento y los cuidados de enfermería, son las principales motivaciones de los actores involucrados.

Los pacientes y sus familias tienen un alto interés en que la atención de enfermería directa aumente, sin tener certeza de los beneficios que esto involucra. Se debe considerar un plan estratégico continuo y constante, para incorporar e interesar al personal de enfermería en las modificaciones que se deben realizar, para que logren comprender el problema y con ello sumar interés a los cambios.

3.4.6. Identificación de acuerdos o conflictos que se prevé podrían desarrollarse con cada uno de los actores involucrados

Si bien, en todo proceso de cambio se lograrán acuerdos transversales, no se puede obviar que se generarán conflictos entre los diferentes actores. Durante la observación *in situ* de las enfermeras, en el momento de comunicar el motivo de la presencia de la investigadora, hubo ocasiones en que el personal de enfermería manifestó “sentirse discriminado por no estar siendo protagonista de la observación”. A la vez, el aumento de actividades para el personal de enfermería y para el personal de aseo no serán desapercibidos.

3.4.7. Construcción de la matriz de involucrados

Cuadro N° 1: Matriz de Involucrados

Actores	Problema percibido	Intereses y mandatos	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
Médicos	Competencia de roles con enfermera/o. Baja comunicación con enfermera y equipo de salud.	Cumplimiento del tratamiento indicado sin incidentes y en los tiempos estimados.	+++++	(+)		5
Enfermeras/os	Bajo tiempo de atención directa. Bajo número de cantidad de enfermeras. Diferencias con equipo de salud.	Evitar eventos adversos, velar por el cuidado del paciente, supervisar que se cumplan indicaciones de atención de enfermería.	++++	(+)		4
TENS	Cambio de rutina. Aumento de tiempo de atención directa y realización de actividades de prevención.	Realizar aseo y confort de los pacientes en tiempos establecidos. Cumplir indicaciones de enfermería.	++	(+)		2
Auxiliares	Cambio de rutina. Aumento de tiempo en la realización de actividades de atención directa.	Cumplir indicaciones de enfermería.	+		(-)	1
Familia	No puede comunicarse con médicos. No puede visitar a paciente durante estadía hospitalaria.	Recuperación de la salud del paciente, lo más pronto posible. Bienestar.	-	(+)		0

Actores	Problema percibido	Intereses y mandatos	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
	Incertidumbre en relación con el estado del paciente.					
Paciente	Se mantiene aislado de su familia. Le interesa ser bien tratado.	Recuperación de su Salud, lo más pronto posible. Bienestar.	-	(+)		0

3.5. Análisis de Problemas

3.5.1. Análisis usando árbol de problemas

Según el problema jerarquizado “Bajo tiempo de atención directa de enfermería a pacientes Hospitalizados en el Área Quirúrgica del Hospital del Salvador”, se lograron establecer problemas directos, indirectos y estructurales, los cuales estarían afectando el brindar buena atención de salud. Gracias a la matriz de árbol de problemas es posible determinar las causas de éstos y, se hace factible profundizar en su caracterización. Al mirar las raíces del árbol, en un primer nivel de análisis se identifican las causas indirectas. En un mayor nivel de análisis se identifican las causas estructurales, las cuales son las raíces más profundas del árbol de problemas y tienen relación con la demanda de usuarios y el sistema de salud.

3.5.2. Identificación de problemas principales

A continuación se listan los problemas principales de acuerdo a la metodología de Marco Lógico.

Problemas Directos

- Bajo número de enfermeras por cantidad de pacientes que brindan atención de salud.

- Baja comunicación entre profesionales de enfermería y/o equipos multidisciplinares: duplicidad de actividades.
- Discontinuidad de la atención : Interrupción constante durante la realización de las actividades de enfermería.
- Bajo conocimiento del rol profesional, funciones no delimitadas ni interiorizadas en el personal que brinda atención de salud.
- Bajo registro de actividades de enfermería realizadas (curaciones, exámenes, pendientes, etc)
- Falta de difusión de protocolos en sistemas de información y organización.
- Falta de horarios estipulados para entrega de información a familiares de pacientes.
- Alta realización de actividades no propias del rol de las enfermeras.

Problemas Indirectos

Se listan a continuación los problemas para los siguientes niveles: hospital y unidad.

Hospital

1. Prolongación del tiempo de estadía hospitalaria.
2. Disminución de la oportunidad de atención de los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.
3. Disminución de la percepción de buena calidad de atención y buen trato al usuario.
4. Falta de personal de enfermería por dotación o licencia médica (Enfermeras, TENS, Auxiliares).
5. Alta rotación de personal de enfermería (Enfermeras, TENS, Auxiliares).
6. Alto número de personal de salud con baja experiencia laboral.
7. Información desactualizada y falta de protocolos de los procesos de atención en salud.

Unidad/Sala

1. Información desactualizada por falta de protocolos de los procesos hospitalarios.
2. Falta de comunicación efectiva entre profesionales de salud.
3. Falta de canales de comunicación efectiva entre profesionales de la salud.
4. Alta cantidad de tiempo otorgada a la gestión administrativa indirecta durante la jornada laboral.
5. Gestión de actividades no competentes al rol de la enfermería.
6. Disminución de oportunidades de educación a los pacientes hospitalizados.
7. Dispensación ineficiente de medicamentos desde farmacia frecuentemente.
8. Alta pérdida de tiempo en traslados de pacientes en servicios complementarios de atención de salud.
9. Falta de personal de Aseo Permanente en la sala.

Problemas Estructurales

1. Incertidumbre en situación país (movilizaciones, pandemia)
2. Escaso desarrollo del servicio al cliente en el servicio público.
3. Insuficientes prestadores para la demanda de atenciones en salud.
4. Infraestructura y equipamiento antiguo.
5. Tecnología insuficiente para desarrollar las actividades del hospital.

En relación a lo presentado, los problemas directos e indirectos, se podrían abordar para realizar mejoras en los procesos. Sin embargo, los problemas estructurales, no son posible abordarlos de manera directa, se requieren políticas públicas para generar cambios de este tipo.

3.5.3. Identificación y caracterización del problema central

El propósito principal de abordar el problema seleccionado se centra en identificar las causas que generan el bajo tiempo de atención directa de enfermería. Si consideramos los lineamientos y las orientaciones otorgadas por el Ministerio de Salud, es necesario priorizar una atención de salud eficiente, de calidad y que brinde seguridad. El rol social de la enfermera mandata a esta profesional a tratar al paciente y su familia de manera integral. No obstante, la forma en que se realizan los procesos dejan en evidencia la insuficiente dotación de personal, lo cual es un problema transversal en salud. Se suma a esto el bajo conocimiento del rol de la enfermera tanto por parte de las profesionales como por el resto del personal de salud, lo cual lleva a una pérdida importante de oportunidades de atención al descuidar las labores que se estaban realizando. Este desconocimiento del rol sumado a la falta de conocimientos de la información de los protocolos y la baja utilización de éstos en la realización de las actividades y/o procedimientos, repercute en pérdidas de tiempo significativas que muchas veces puede ser irrecuperable, para la atención directa del paciente. Esto se expresa en diversas situaciones que contribuyen a que se interrumpa, posponga o no se realice alguna actividad planificada, entre ellas: la administración de medicamentos, curaciones simples o avanzadas, toma de exámenes, verificación de indicaciones médicas en terapias de enfermería, etc., provocando un proceso de atención de enfermería ineficiente, de baja calidad y que pone en riesgo la seguridad de los pacientes .

3.5.4. Análisis de relaciones de causa – efecto

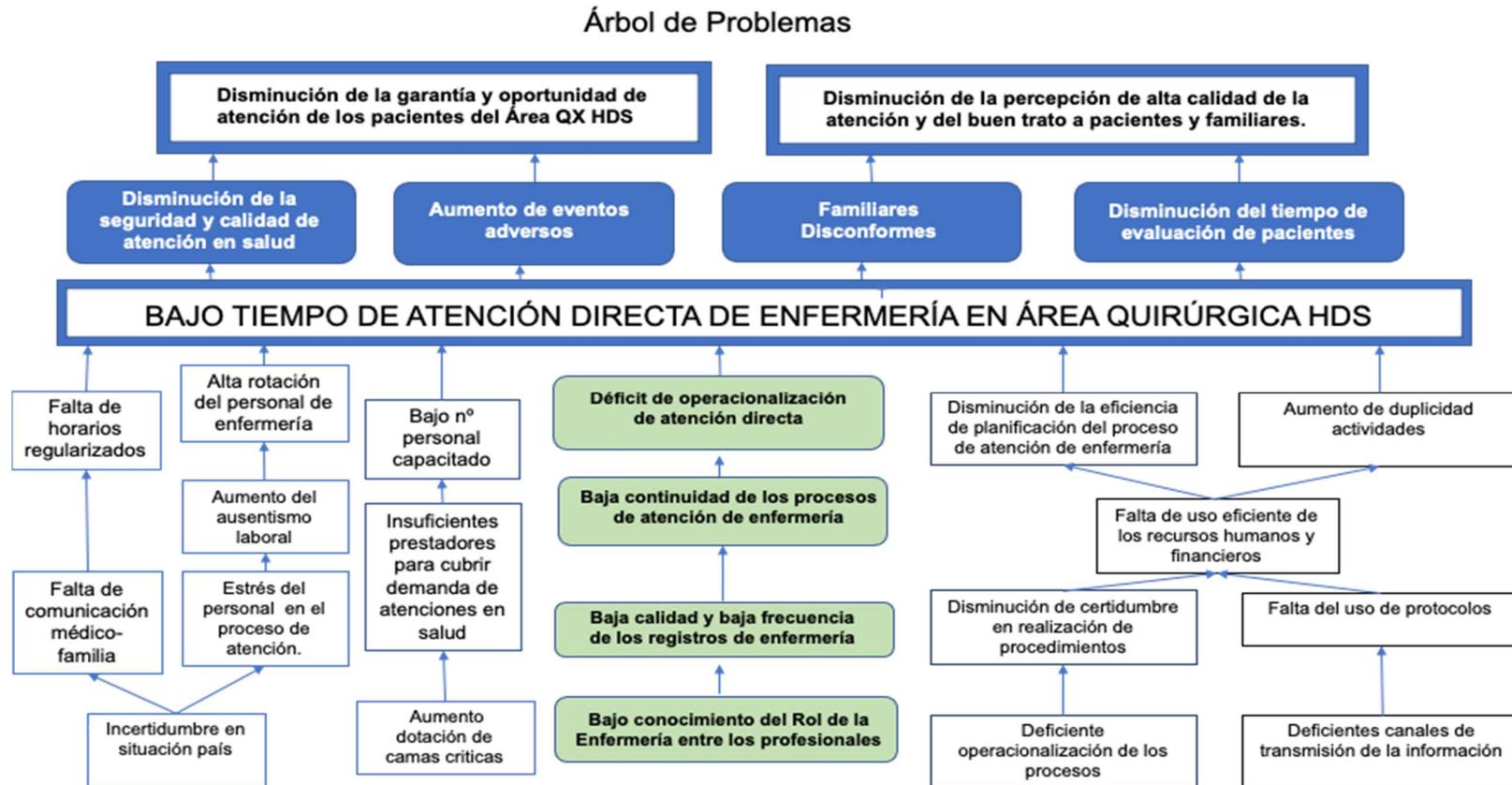
Al analizar las relaciones causa - efecto de este problema, destacan una serie de factores que intervienen y contribuyen a esta realidad. Dentro de las múltiples actividades que deben realizar las enfermeras durante su jornada laboral se evidencia una serie de problemas directos, indirectos y estructurales; representados en el diagrama de árbol de problemas. Se observa la correlación con lo expuesto según la *metodología Lean*, en donde las interrupciones observadas en el quehacer de la jornada de enfermería

corresponden a ruidos en la realización de los procesos, impidiendo la realización de éstos con efectividad y eficiencia.

El ámbito de “Incertidumbre de situación país”, ha transformado la dinámica del hospital. Por ejemplo, las visitas están absolutamente suspendidas, por lo que, el programa de Hospital Amigo dejó de ser efectivo. A veces esto no se cumple y los familiares logran ingresar a las salas, pero paulatinamente se han realizado mejoras para cumplir este objetivo. En estas circunstancias, repercute en una falta de comunicación del médico con la familia, lo que a su vez causa que las enfermeras deban suplir al médico, recibiendo llamadas telefónicas en horarios no regulados o atender las visitas presenciales en el hospital; tiempo que sería mejor utilizado en la atención directa al paciente. En cuanto a la información que las familias solicitan, las enfermeras tan sólo pueden entregar información enfocada a los cuidados de enfermería; Sin embargo, habitualmente los familiares solicitan información que corresponde al ámbito médico legal. Esto produce que las familias se encuentren disconformes y con ello, se genere una disminución de la percepción de la calidad y seguridad del paciente, repercutiendo en la percepción del buen trato al usuario.

3.5.5. Diagrama árbol de problemas

IV. Figura 3: Árbol de Problemas “Bajo tiempo de atención directa en el Área Quirúrgica HDS”



Fuente: Elaboración Propia

4.1. Análisis de Objetivos

4.1.1. Análisis usando árbol de objetivos

La metodología Marco Lógico permite establecer de una manera práctica un árbol de objetivos de relación causa - efecto tan solo cambiando las causas expuestas en el árbol de problemas a términos positivos, se pueden convertir en medios para poder lograr un fin. En este caso, el problema abordado se convierte en un objetivo a lograr: “Aumentar el tiempo de atención directa de enfermería en los pacientes hospitalizados en el Área Quirúrgica del Hospital del Salvador”, esto quiere decir, que si los procesos de operacionalización se realizan de manera eficiente por medio de la utilización de protocolos o las citas son coordinadas y agendadas con anticipación, se puede disminuir la incertidumbre en la realización de un examen o procedimiento, lo cual a su vez permitirá que se realice una planificación de enfermería eficiente, haciendo factible la disminución de tiempos desperdiciados y contribuyendo a maximizar la salud de las personas, su bienestar y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

El conocimiento del rol de enfermería de manera transversal, permitirá que se acote la realización de solicitudes a las tres categorías del rol de la enfermera; disminuyendo la distracción con otras tareas y, así, contribuyendo a la optimización de los tiempos de atención de enfermería. Por ende, se mejorará la eficiencia de los procesos y, también, aumentará la distribución equitativa de tareas entre los profesionales o técnicos del área de salud.

Lograr una comunicación efectiva engloba una serie de beneficios para el paciente y el servicio de salud. Si los profesionales de salud se logran comunicar se contribuye al uso eficiente de los recursos, tanto de capital humano como de recursos de insumos básicos para atender al paciente, evitando así la duplicidad de actividades y el uso innecesario del tiempo de enfermería

4.1.2. Análisis de viabilidad

La viabilidad de abordar este objetivo está dada principalmente por el interés del equipo directivo del Hospital. Se conversó con distintas jefaturas del hospital para explicar la problemática de estudio, jefaturas de enfermería de unidad de paciente críticos (supervisor y coordinador), jefaturas de enfermería del área quirúrgica (supervisor y coordinador), jefatura del área de calidad y seguridad del paciente, jefatura de docencia e investigación del hospital, y se solicitó la autorización para la realización del proyecto a la subdirectora de gestión del cuidado.

Las jefaturas mostraron buena disponibilidad, disposición e interés en el levantamiento de datos que pudiese generar el proyecto. Se suma a esto, la capacidad que poseen de realizar acciones de cambio en pos de resolver la problemática evidenciada, que podría requerir la contratación de nuevo personal.

Actualmente a nivel país y mundial existe una incertidumbre generalizada y transversal en todos los ámbitos. Esto implica que muchos de los cambios y mejoras dependen del enfoque que las políticas gubernamentales estimen conveniente según prioridad ; es importante mencionar que el interés de los actores involucrados en proponer y ejecutar cambios a corto, mediano y largo plazo, son fundamentales para lograr cambios en favor del aumento del tiempo de atención directa a los pacientes hospitalizados, para esto se debe implementar una cultura del cambio bien diseñada, debido a que se debe considerar que habrá resistencia al cambio.

Es ideal que paulatinamente se manifiesten los objetivos, considerando la situación de pandemia actual, se podrían realizar reuniones cortas con aforos pequeños o por medio de canales de comunicación tecnológicos, para luego ir generando estrategias y nuevos comités de planificación con las enfermeras del área.

La mejora continúa debe considerar los aspectos de contexto tales como los demográficos, epidemiológicos y económicos al momento de implementar mejoras. Así, en este instante debido a la pandemia por virus SARS-CoV-2, todos los esfuerzos están puestos en brindar la mejor atención para quienes la requieran.

4.1.3. Diagrama árbol de objetivos

Figura 4: Árbol de Objetivos y ámbito de acción aumento de tiempo de atención directa en el Área Quirúrgica HDS”



Fuente: Elaboración Propia.

4.2. Análisis de Alternativas

Luego de analizar el árbol de problemas se logró su transformación en un árbol de objetivos. Éstos poseen una línea principal de acción que se encuentra destacada en color verde en ambos árboles. La principal razón para tomar esta línea de trabajo, se debe a que se encuentra dentro del campo de acción directa que la investigadora podría abordar, siendo los recursos humanos e insumos asequibles para lograr que se cumpla el objetivo principal de la presente AFE. Además, la sumatoria de todas las acciones identificadas para llevar a cabo podrán generar un gran impacto positivo en el proceso de atención de enfermería del área quirúrgica del Hospital del Salvador.

A continuación se listan una serie de acciones que serán propuestas al equipo gestor del Hospital del Salvador en relación a las mejoras de la eficiencia en tiempos de atención directa basado en la literatura, observación in situ realizada en este estudio y documentos publicados por la OMS, OPS, MINSAL.

Cuadro N° 2: Propuesta de Acciones para el Equipo Gestor en función del Objetivo 1

Objetivo 1: Aumentar el conocimiento del rol de la enfermería entre las/los profesionales de enfermería.	
Acciones	Acción 1: Potenciar el liderazgo y rol autónomo de la enfermera. -Todos los actores involucrados.
	Acción 2: Generar espacios de intercambio de experiencias laborales entre enfermeras/os y equipo multidisciplinario, contribuyendo a la mejora de toma decisiones y liderazgo. Jefaturas de enfermería. -Enfermeras/os del área quirúrgica.

Cuadro N° 3: Propuesta de Acciones para el Equipo Gestor en función del Objetivo 2

Objetivo 2: Aumento de la continuidad de los procesos de atención de enfermería.	
Acciones	Acción 3: Proyectar una planificación temprana de actividades diarias con equipo de trabajo. -Jefaturas de Enfermería - Enfermeras/os del área quirúrgica
	Acción 4: Disminuir la brecha de interrupciones en la planificación incorporando utilización de chaleco de advertencia en enfermeras. -Actores involucrados

Cuadro N° 4: Propuesta de Acciones para el Equipo Gestor en función del Objetivo 3

Objetivo 3: Aumentar la calidad y frecuencia de los registros de enfermería.	
Acciones	Acción 5: Avanzar en un proceso de generación en conjunto de planillas de registros. -Actores involucrados -Enfermeras del área quirúrgica
	Acción 6: Proporcionar capacitación en importancia legal de óptimo registro de enfermería. -Actores involucrados

Cuadro N° 5: Propuesta de Acciones para el Equipo Gestor en función del Objetivo 4

Objetivo 4: Eficiente operacionalización de los procesos de atención directa.

Acciones	<p>Acción 7: Implementar estrategias de adherencia a protocolos de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jefaturas de enfermería quirúrgica -Jefaturas de cuarto turno de enfermería -Enfermeras/os del área quirúrgica
	<p>Acción 8: Evaluar la eficacia de las mejoras continuas en la atención directa de los hospitalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jefaturas de enfermería del área quirúrgica -Jefaturas de cuarto turno de enfermería

En relación a los objetivos propuestos, es importante que se realice un análisis respecto a la disponibilidad de los recursos humanos y financieros. Así como también se debe evaluar por parte del equipo gestor si es que existe la factibilidad de realizar estas acciones. Las apreciaciones que se pueden considerar en relación a esto se pueden agrupar según las acciones a realizar:

Acción 1: “Potenciar el liderazgo y rol autónomo de la enfermera.”

Según el levantamiento de datos mediante la encuesta realizada y la observación *in situ* de las enfermeras se pudo evidenciar que el desconocimiento del rol de la enfermería es transversal, es decir, tanto los mismos profesionales de enfermería desconocen su rol y funciones agregadas y, en mayor medida, también lo desconocen los demás integrantes de los equipos de salud. Por ejemplo, esto se manifiesta en situaciones en las cuales los médicos esperan que las enfermeras informen a pacientes y familiares del alta médica o se mantengan pendientes de los vencimientos de solicitud de tratamiento antibióticos; siendo que dichas funciones son de estricta responsabilidad del médico a cargo del paciente (36).

Si bien, estas actividades contribuyen a que se gestionen los recursos para el paciente, el desconocimiento en la definición de roles y la falta de liderazgo de la

enfermera para realizar las funciones profesionales atinentes limita la dedicación de tiempo de atención directa de enfermería.

Acción 2: “Generar espacios de intercambio de experiencias laborales entre enfermeras y equipo multidisciplinario con enfoque de aprendizaje, contribuyendo en la mejora de toma decisiones y liderazgo.”

Esta acción podría ser de gran impacto para potenciar el quehacer de la enfermería. En este aspecto al compartir las experiencias laborales con enfoque de aprendizaje permitirá que se puedan resolver de mejor manera los eventos o situaciones laborales con el equipo multidisciplinario, tener en consideración distintas aristas, aprender de la experiencia y concluir mejores respuestas a futuras demandas inter o extrahospitalarias de la atención de salud.

Acción 3: “Proyectar una planificación temprana de actividades diarias con equipo de trabajo.”

La reorganización de este aspecto es fundamental. Durante la observación y medición del quehacer *in situ* de las profesionales se pudo evidenciar esta situación. Por ejemplo: planificar de manera oportuna las actividades de enfermería permite realizar una eficiente atención de enfermería a los pacientes, no permitiendo que un paciente sea multipuncionado o se le realice una curación avanzada en más de una oportunidad durante la jornada laboral. Si esto no se evita, se perjudica el proceso de planificación y atención de otros pacientes.

Acción 4: “Disminuir la brecha de interrupciones en la planificación incorporando utilización de chaqueta de advertencia de enfermeras.”

Esta práctica sería una alternativa para que visualmente el personal de salud y los pacientes comprendan que las enfermeras se encuentran realizando un procedimiento o actividad de enfermería que requiere no ser interrumpida. Gracias a la implementación de esta actividad, se podría aumentar el tiempo de atención de enfermería a los pacientes hospitalizados y reducir los errores o eventos adversos

que podrían estar asociados a la gran cantidad de actividades que debe realizar un profesional de enfermería al mismo tiempo.

Acción 5: “Avanzar en un proceso de generación en conjunto de planillas de registros.”

Si bien la enfermería sigue cumpliendo el brindar cuidados a quienes lo requieran, es preciso que se realice una revisión y adaptación respecto a las terapias de enfermería del área quirúrgica, adecuada a la complejidad que manifiestan los pacientes actualmente, por lo que, el espacio de registro actual en las terapias de enfermería se torna insuficiente, siendo necesario sistematizar y esquematizar la planificación de la atención de enfermería como por ejemplo: terapias que tengan impresos los horarios de cambios de posición, horarios de aseo confort y baño, los días y/o tiempos de realización de procedimientos (cada 12 horas, cada 24 horas, etc.) aumentando el tiempo que se pierde en escribir diariamente estas actividades. Generar planillas de procedimientos estandarizadas de las actividades que mayormente se realizan en el área quirúrgica y que la representan como unidad; tal como, las curaciones simples y avanzadas, que requieren estar en continuo seguimiento.

Acción 6: “Proporcionar capacitación en importancia legal de óptimo registro de enfermería.”

La importancia de un buen registro cumple múltiples funciones: mejora la continuidad de los procesos asistenciales, evita la duplicidad de actividades de enfermería, evita las pérdidas de tiempo que se generan al corroborar si es que se realizó o no un examen o un procedimiento de enfermería. Reconocer y adquirir la importancia de resguardar en el ámbito legal al profesional de enfermería, permitirá a su vez brindar mejores atenciones en salud y contribuir a la calidad, seguridad y en el bienestar de los pacientes, por lo que, un correcto traspaso de la información por medio de canales de comunicación efectivos, tales como los registros en la ficha médica y en las terapias de enfermería, permiten el uso eficiente de los recursos

humanos y financieros, mejorando la utilización de los recursos humanos y el recurso tiempo de las profesionales de enfermería.

Acción 7: “Implementar estrategias de adherencia a protocolos de atención.”

La falta de adherencia a los protocolos se ve principalmente evidenciada con la encuesta realizada a las profesionales, es por ello, fundamental realizar mejoras en este aspecto para que los lineamientos del hospital se logren cumplir. Para esto, el análisis y revisión de los protocolos continuamente, es una práctica que se debe lograr implementar paulatinamente.

Acción 8: “Evaluar la eficacia de las mejoras continuas en la atención directa de los hospitalizados.”

Durante el levantamiento de datos, se observó que durante el tiempo en el cual las enfermeras realizan las actividades planificadas de atención directa durante su jornada laboral eran interrumpidos constantemente. Para disminuir esta situación, se propone la incorporación de reuniones continuas tanto de las enfermeras con el personal de enfermería y de las jefaturas con las enfermeras tanto diurnas como de cuarto turno.

4.3. Síntesis de la Etapa Analítica

Cuadro N° 6: Identificación y descripción del problema central

Identificación y descripción del problema central
<p>Problemas Enunciados</p> <ul style="list-style-type: none">● Bajo tiempo de atención directa de enfermería en el área quirúrgica del Hospital del Salvador● Bajo conocimiento del rol de la enfermería● Baja continuidad en los procedimientos de enfermería● Disminución de las oportunidades de atención

- Disminución de la eficiencia de planificación de atención de enfermería
- Deficiente operacionalización de los procesos
- Aumento de la duplicidad de las actividades
- Deficientes canales de transmisión de la información
- Falta del uso de protocolos
- Falta de uso eficiente de recursos humanos y financieros

Problema priorizado según Matriz (Cuadro N°11):

Bajo tiempo de atención directa de enfermería en el área quirúrgica Hospital del Salvador

Análisis de Involucrados

- **Instituciones:** Hospital del Salvador
- **Grupos:** Equipo de calidad.
- **Individuos:** Subdirectora de Enfermería, Jefa Área Quirúrgica, Jefe médico área quirúrgica, Enfermeras/os Área Quirúrgica

Matriz de Involucrados (cuadro N° 1):

La totalidad de los involucrados se mostraron dispuestos a que se abordara esta problemática en conjunto, no habiendo oposición.

Análisis de Problemas

Problemas Directos

1. Bajo número de enfermeras por cantidad de pacientes que brindan atención de salud.

2. Baja comunicación entre profesionales de enfermería y/o equipos multidisciplinarios: duplicidad de actividades.
3. Discontinuidad de la atención : Interrupción constante durante la realización de las actividades de enfermería.
4. Bajo conocimiento del rol profesional, funciones no delimitadas ni interiorizadas en el personal que brinda atención de salud.
5. Falta de difusión de protocolos en sistemas de información y organización.
6. Falta de horarios estipulados para entrega de información a familiares de pacientes.
7. Alta realización de actividades no propias del rol de las enfermeras.

Problemas Indirectos

Hospital

1. Prolongación del tiempo de estadía hospitalaria.
2. Disminución de la oportunidad de atención de los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.
3. Disminución de la percepción de buena calidad de atención y buen trato al usuario.
4. Falta de personal de enfermería por dotación o licencia médica (Enfermeras, TENS, Auxiliares).
5. Alta rotación de personal de enfermería (Enfermeras, TENS, Auxiliares).
6. Alto número de personal de salud con baja experiencia laboral.
7. Información desactualizada y falta de protocolos de los procesos de atención en salud.

Unidad/Sala

1. Información desactualizada por falta de protocolos de los procesos hospitalarios.
2. Falta de comunicación efectiva entre profesionales de salud.
3. Falta de canales de comunicación efectiva entre profesionales de la salud.
4. Alta cantidad de tiempo otorgada a la gestión administrativa indirecta durante la jornada laboral.
5. Gestión de actividades no competentes al rol de la enfermería.

6. Disminución de oportunidades de educación a los pacientes hospitalizados.
7. Dispensación ineficiente de medicamentos desde farmacia frecuentemente.
8. Alta pérdida de tiempo en traslados de pacientes en servicios complementarios de atención de salud.
9. Falta de personal de Aseo Permanente en la sala.

Problemas Estructurales

1. Incertidumbre en situación país (movilizaciones, pandemia)
2. Aumento de dotación de camas de paciente crítico.
3. Insuficientes prestadores para la demanda de atenciones en salud.
4. Infraestructura y equipamiento antiguo.
5. Tecnología insuficiente para desarrollar las actividades del hospital.

Ejemplo relaciones causa-efecto (Figura 3: Árbol de Problemas)

•**Causa indirecta:** Bajo conocimiento del rol de la enfermería

•**Causa directa:** Baja continuidad de los procedimientos de enfermería

•**Problema central:** Bajo tiempo de atención directa de enfermería en el área quirúrgica del Hospital del Salvador

•**Efecto Directo:** Aumento de eventos adversos

•**Efecto indirecto:** Disminución de garantía y oportunidad de atención de los pacientes del área quirúrgica del Hospital del Salvador

Análisis de Objetivos

Situación final: Se le presentará al equipo gestor el árbol de objetivos y el análisis de viabilidad en relación a lo planteado en el problema abordado

Ejemplo relaciones medios-fines (Figura 4: Árbol de Objetivos):

- **Medio indirecto:** Aumento de conocimiento del rol de la enfermería

- **Medio directo:** Aumento de la continuidad de los procedimientos de enfermería

- **Propósito:** Aumentar el tiempo de atención directa de enfermería en el área quirúrgica del Hospital del Salvador

- **Fin directo:** Disminución de los eventos adversos

- **Fin indirecto:** Aumento de garantía y oportunidad de atención de los pacientes del área quirúrgica del Hospital del Salvador

Ámbito de intervención del proyecto: Se le presentará al equipo gestor el ejemplo en relación al aumento del conocimiento del rol de la enfermería como un medio para disminuir los eventos adversos y así, aumentar el tiempo de atención directa y cumplir con el fin de aumentar la garantía y oportunidad de atención.

Análisis de alternativas

En relación a las acciones planteadas, se analizó que las alternativas que pueden mejorar el proceso de atención de enfermería con la capacidad técnica y recursos humanos disponibles podrían ser los siguientes:

- “Potenciar el liderazgo y rol autónomo de la enfermera”
- “Disminuir la brecha de interrupciones en la planificación incorporando utilización de chaleco de advertencia en enfermeras”

- “Avanzar en un proceso de generación en conjunto de planillas de registros”
- “Implementar estrategias de adherencia a protocolos de atención.”

V. FASE DE PLANIFICACIÓN

En esta fase la pregunta principal está enfocada en reconocer ¿Quién de los actores sería el más interesado en que se realice el proyecto? En este caso, la respuesta desde el punto de vista de la tesista es que el actor más interesado es la Subdirectora de Enfermería y, junto con ella, las Jefaturas del área quirúrgica. Para lograr generar una secuencia detallada se construyó la Matriz de Marco Lógico disponible en el cuadro N° 11.

5.1. Objetivos por jerarquía

Se describirán los objetivos por jerarquía según metodología de Marco Lógico y con relación al árbol de objetivos creado.

Cuadro N° 7: Resumen narrativo de los objetivos del proyecto

PROYECTO “Aumentar el tiempo de cuidado directo a pacientes por parte de las/los enfermeras/os en el Área Quirúrgica del Hospital del Salvador”
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS
FIN Aumentar la seguridad y calidad de atención para el paciente potenciando el liderazgo y rol autónomo de las enfermeras en la realización de los principales procesos de atención de enfermería y aumentando la atención directa de enfermería a los pacientes.
Propósito Aumentar el tiempo de atención de cuidado directo con los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.
Resultados Esperados 1. Aumento del conocimiento del <i>rol autónomo</i> entre las/los profesionales de enfermería.

2. Disminución en la brecha de interrupciones en la planificación debido a la incorporación del uso de chaleco de advertencia en enfermeras/os.
3. Aumento de los registros en planillas de actividades de enfermería.
4. Implementación de estrategias de adherencia a protocolos de atención.

Actividades asociadas a resultados

Actividad 1

- 1.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras/os del área quirúrgica interesados en participar.
- 1.2 Realizar encuesta para identificar el conocimiento que se tiene por parte de los participantes en relación al rol autónomo de la enfermería.
- 1.3 En relación al conocimiento identificar brechas y mejorar el existente.
- 1.4 Realizar investigación basada en la evidencia para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería.
- 1.5 Realizar adaptación de los cuidados en relación a la demanda social y tecnológica.
- 1.6 Presentar mejoras a los actores involucrados.
- 1.7 Consolidar un status profesional por medio de la cultura del cambio.

Actividad 2

- 2.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras/os del área quirúrgica interesados en participar.
- 2.2 Definir actividades críticas en la realización de procedimientos de enfermería que requieren no ser interrumpidas.
- 2.3 Establecer protocolo de método de uso y retiro de chaleco de advertencia en el quehacer de enfermería.
- 2.4 Presentación de protocolo a los actores involucrados.
- 2.5 Promoción y difusión de chaleco de advertencia para disminuir la cantidad de interrupciones y así, mejorar la calidad de la atención.

2.6 Supervisar implementación, uso y acceso de chaleco de advertencia disponible en las salas del área quirúrgica.

Actividad 3.

3.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras/os del área quirúrgica interesados en participar.

3.2 Recalcar los beneficios de la importancia de un buen registro de enfermería.

3.3 Diseñar cartera de capacitación de mejoras para obtener buenos registros de enfermería.

3.4 Promover cápsulas educativas en relación a los aspectos legales de esta temática.

3.5 Supervisar implementación de mejoras por parte del personal de enfermería.

Actividad 4

4.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras/os del área quirúrgica interesados en participar.

4.2 Definir alcance de la elaboración de los documentos que se realizarán.

4.3 Definir el motivo por el cual se actualizarán, mejorarán o modificarán los protocolos.

4.4 Definir el problema y magnitud de lo que se pretende abordar para justificar tiempo y recursos utilizados.

4.5 Evaluar bibliografía disponible para la elaboración de los protocolos.

4.6 Presentar a jefaturas de área quirúrgica.

4.7 Supervisar implementación, uso y acceso del material disponible en las salas del área quirúrgica.

5.2. Indicadores

Los indicadores se construyen según los objetivos, en base a la matriz de Marco Lógico. Para las actividades, el indicador corresponde al presupuesto requerido para desarrollar la actividad.

Cuadro N° 8: Indicadores según nivel de objetivos

RESUMEN OBJETIVOS	NARRATIVO DE	INDICADORES
FIN Aumentar la seguridad y calidad de atención para el paciente potenciando el liderazgo y rol autónomo de las/los enfermeras/os en la realización de los principales procesos de atención de enfermería y aumentando la atención directa de enfermería a los pacientes.		1.- Porcentaje de enfermeras/os que responde que les gustaría otorgar más tiempo de atención directa de enfermería. 2.- Porcentaje de enfermeras/os que responde que le gustaría aumentar la continuidad de la ejecución de actividades.
Propósito Aumentar el tiempo de atención de cuidado directo con los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.		1.- Porcentaje de aumento de atención directa de pacientes.

<p>Resultados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento del conocimiento del rol autónomo entre las/los profesionales de enfermería. 2. Disminuir la brecha de interrupciones en la planificación debido a la incorporación del uso de chaleco de advertencia en enfermeras/os. 3. Aumento de los registros en planillas de actividades de enfermería. 4. Implementación de estrategias de adherencia a protocolos de atención. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Porcentaje de profesionales que reconoce el rol autónomo de enfermería. 2.- Porcentaje de aceptación para la implementación del chaleco de advertencias. 3.- Porcentaje declarado de registro de actividades de enfermería en terapia. 4.1.- Porcentaje declarado de uso de protocolos. 4.2.- Porcentaje declarado de conocimientos de protocolo.
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Actividad 1 ● Actividad 2 ● Actividad 3 ● Actividad 4 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presupuesto Actividad 1: \$2.541.704.- ● Presupuesto Actividad 2: \$2.947.184.- ● Presupuesto Actividad 3: \$1.706.664.- ● Presupuesto Actividad 4: \$1.685.996.-

5.3. Medios de verificación

A continuación, se presenta el cuadro N° 9 en el cual se asociaron medios de verificación para cada indicador, con la finalidad de que se cumplan los objetivos planteados.

Cuadro N° 9: Medios de verificadores de la Matriz de ML

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>FIN</p> <p>1.- Porcentaje de enfermeras que responde que les gustaría otorgar más tiempo de atención directa de enfermería.</p> <p>2.- Porcentaje de enfermeras que responde que le gustaría aumentar la continuidad de la ejecución de actividades.</p>	<p>1.- Encuesta aplicada al total de las enfermeras del área quirúrgica durante su jornada laboral.</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>1.- Porcentaje de aumento de atención directa de pacientes.</p>	<p>1.- Medición del tiempo por medio de cronómetro durante la jornada laboral de las enfermeras observados, según relación de tiempo otorgado a la atención directa de pacientes (numerador) y el tiempo total de la jornada laboral observada (denominador) x 100.</p>
<p>2.- Porcentaje de profesionales que reconoce el rol autónomo de enfermería.</p>	<p>2.- Pregunta de encuesta cualitativa que pregunta directamente si la ejecución de la planificación de</p>

<p>3.- Porcentaje de aceptación de implementación del chaleco de advertencias.</p> <p>4.- Porcentaje declarado de registro de actividades de enfermería en terapia.</p> <p>5.- Porcentaje declarado de uso de protocolos.</p> <p>6.- Porcentaje declarado de conocimientos de protocolo.</p>	<p>actividades depende de la enfermera o de los eventos que ocurran durante su jornada.</p> <p>3.- Pregunta de encuesta cualitativa en la que se pregunta si utiliza los protocolos de enfermería disponibles (si o no) y si conoce la información correcta que entregan (si o no).</p> <p>4.- Observación directa de registro de actividades de enfermería (numerador) en relación al total de procedimientos realizados durante su jornada laboral observada (denominador).</p> <p>5.- Pregunta de encuesta dirigida (si o no) respecto si considera que la utilización de una barrera de seguridad contribuiría a evitar la interrupción de los procedimientos de enfermería.</p>
<p>Presupuesto Actividad 1: \$2.541.704.-</p> <p>Presupuesto Actividad 2: \$2.947.184.-</p> <p>Presupuesto Actividad 3: \$1.706.664.-</p> <p>Presupuesto Actividad 4: \$1.685.996.-</p>	<p>Rendición de cuentas de proyecto.</p>

5.4. Supuestos

Se construyeron los supuestos con relación a los diferentes niveles de objetivos para que se logre cumplir el proyecto.

Cuadro N° 10: Supuestos del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
1.- Aumentar la seguridad y calidad de atención para el paciente potenciando el liderazgo y rol autónomo de las enfermeras en la realización de los principales procesos de atención de enfermería y aumentando la atención directa de enfermería a los pacientes.	<p>1.- Se contará con el apoyo de los actores involucrados.</p> <p>2.- Se otorgará tiempo protegido a enfermeras que participen en el comité y a encargada de comité, para realizar capacitaciones de potenciamiento de liderazgo y rol autónomo de las enfermeras/os.</p> <p>3.- Se logrará controlar la pandemia por el virus SARS - COVID 19</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>1.- Aumentar el tiempo de atención de cuidado directo con los pacientes hospitalizados en el área quirúrgica.</p>	1.-La intervención del proyecto permite la disminución de interrupciones en el proceso de atención continua de enfermería.
<p>RESULTADOS</p> <p>1.- Aumento del conocimiento del rol autónomo entre las profesionales de enfermería.</p>	1.- Se generan capacitaciones para fomentar el aumento del conocimiento del rol autónomo de los profesionales

<p>2.- Disminuye la brecha de interrupciones en la planificación debido a la incorporación del uso de chaleco de advertencia en enfermeras.</p> <p>3.- Aumento de los registros en planillas de actividades de enfermería.</p> <p>4.- Implementación de estrategias de adherencia a protocolos de atención.</p>	<p>de enfermería.</p> <p>2.- La implementación de chaleco de advertencia, logra ser incorporado y aceptado por el equipo de salud como una medida positiva en el quehacer de enfermería.</p> <p>3.- Los registros son efectuados en nuevas planillas específicas de procedimientos de enfermería.</p> <p>4.- Se incorporan los protocolos en cada sala quirúrgica de manera física, se revisan mensualmente por parte del equipo de enfermería.</p>
<p>Actividad 1.</p> <p>1.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar.</p> <p>1.2 Realizar encuesta para identificar el conocimiento que se tiene por parte de los participantes en relación al rol autónomo de la enfermería.</p> <p>1.3 En relación al conocimiento identificado generar nuevo conocimiento y mejorar el existente.</p> <p>1.4 Realizar investigación basada en la evidencia para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería.</p>	<p>1. Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad.</p> <p>2. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada.</p> <p>3. Elaboración de encuesta en conjunto con equipo de comité de enfermería.</p> <p>4. Investigación de literatura disponible en internet.</p> <p>5. Aprobación de encuesta por parte de docencia e investigación.</p>

<p>1.5 Realizar adaptación de los cuidados en relación a la demanda social y tecnológica.</p> <p>1.6 Presentar mejorar a los actores involucrados.</p> <p>1.7 Consolidar un status profesional por medio de la cultura del cambio.</p>	<p>Identificación de nuevos conocimientos.</p> <p>6. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo.</p> <p>7. Realización de mejoras en equipo.</p>
<p>Actividad 2.</p> <p>2.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras del área quirúrgica interesados en participar.</p> <p>2.2 Definir actividades críticas en la realización de procedimientos de enfermería que requieren no ser interrumpidas.</p> <p>2.3 Establecer protocolo de método de uso y retiro de chaleco de advertencia en el quehacer de enfermería.</p> <p>2.4 Presentación de protocolo a los actores involucrados.</p> <p>2.5 Promoción y difusión de chaleco de advertencia para disminuir la cantidad de interrupciones y así, mejorar la calidad de la atención.</p> <p>2.6 Supervisar implementación, uso y acceso de chaleco de advertencia disponible en las salas del área</p>	<p>1. Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad.</p> <p>2. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada.</p> <p>3. Elaboración de encuesta en conjunto con equipo de comité de enfermería.</p> <p>4. Investigación de literatura disponible en internet.</p> <p>5. Aprobación de encuesta por parte de docencia e investigación.</p> <p>6. Identificación de nuevos conocimientos.</p> <p>7. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo.</p> <p>8. Realización de mejoras en equipo.</p>

quirúrgica.	
<p>Actividad 3.</p> <p>3.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar.</p> <p>3.2 Recalcar los beneficios de la importancia de un registro completo y ordenado de enfermería.</p> <p>3.3 Diseñar cartera de capacitación de mejoras para obtener buenos registros de enfermería.</p> <p>3.4 Promover cápsulas educativas en relación a los aspectos legales de esta temática.</p> <p>3.5 Supervisar implementación de mejoras por parte del personal de enfermería.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad. 2. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada. 3. Se explicarán los beneficios que otorga un registro completo y ordenado de enfermería. 4. Contar con investigación de literatura disponible en internet. 5. Identificación de nuevos conocimientos. 6. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo. 7. Realización de mejoras en equipo.
<p>Actividad 4</p> <p>4.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar.</p> <p>4.2 Definir el alcance de la elaboración de los documentos que se realizarán.</p> <p>4.3 Definir el motivo por el cual se actualizarán, mejorarán o modificarán los protocolos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad. 2. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada. 3. Se explicarán los beneficios que otorga un registro completo y ordenado de enfermería. 4. Contar con investigación de literatura disponible en internet.

<p>4.4 Definir el problema y magnitud de lo que se pretende abordar para justificar tiempo y recursos utilizados.</p> <p>4.5 Evaluar bibliografía disponible para la elaboración de los protocolos.</p> <p>4.6 Presentar a jefaturas de área quirúrgica.</p> <p>4.7 Supervisar implementación, uso y acceso del material disponible en las salas del área quirúrgica.</p>	<p>5. Identificación de nuevos conocimientos.</p> <p>6. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo.</p> <p>7. Realización de mejoras en equipo.</p>
---	---

5.5. Resumen Matriz de Marco Lógico

A continuación, se presenta el resumen de la matriz de Marco Lógico del Proyecto.

Cuadro N° 11: Matriz de Marco Lógico del proyecto

<p style="text-align: center;">PROYECTO: OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN DIRECTA DE ENFERMERAS/OS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR</p>			
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN: Aumentar la seguridad y calidad de atención para el paciente potenciando el liderazgo y rol autónomo de las enfermeras en la realización de los principales procesos de atención de enfermería y aumentando la atención directa de enfermería a los pacientes.</p>	<p>1.- Porcentaje de enfermeras que responde que les gustaría otorgar más tiempo de atención directa de enfermería. 2.- Porcentaje de enfermeras que responde que le gustaría aumentar la continuidad de la ejecución de actividades.</p>	<p>1.- Encuesta aplicada al total de las enfermeras del área quirúrgica durante su jornada laboral.</p>	<p>1.- Se contará con el apoyo de los actores involucrados. 2.- Se otorgará tiempo protegido a enfermeras/os que participen en el comité y a encargada de comité, para realizar capacitaciones de potenciamiento de liderazgo y rol autónomo de las enfermeras.</p>

<p>Propósito: Aumento del conocimiento del rol autónomo entre las profesionales de enfermería.</p>	<p>1.- Porcentaje de aumento de atención directa de pacientes.</p>	<p>1.- Medición del tiempo por medio de cronómetro durante la jornada laboral de las enfermeras observadas, según relación de tiempo otorgado a la atención directa de pacientes (numerador) y el tiempo total de la jornada laboral observada (denominador) x 100.</p>	<p>1.- La intervención del proyecto permite la disminución de interrupciones en el proceso de atención continua de enfermería.</p>
<p>Resultados: 1.- Aumento del conocimiento del rol autónomo entre las profesionales de enfermería. 2.- Disminuye la brecha de interrupciones en la planificación debido a la incorporación del uso de chaleco de advertencia en enfermeras. 3.- Aumento de los registros en planillas de actividades de enfermería. 4.- Implementación de estrategias de adherencia a protocolos de atención.</p>	<p>1.- Porcentaje de profesionales que reconoce el rol de enfermería. 3.-Porcentaje declarado de registro de actividades de enfermería en terapia. 4.-Porcentaje declarado de uso de protocolos.</p>	<p>1.-Pregunta de encuesta cualitativa que pregunta directamente si la ejecución de la planificación de actividades depende de la enfermera o de los eventos que ocurran durante su jornada. 2.-Pregunta de encuesta dirigida (si o no) respecto si considera que la utilización de una barrera de seguridad contribuiría a evitar la interrupción de los procedimientos de enfermería. 3.-Observación directa de registro de actividades de enfermería (numerador) con relación al total de procedimientos realizados durante su jornada laboral observada (denominador). 4.-Pregunta de encuesta cualitativa en la que se pregunta si utiliza los protocolos de enfermería disponibles (si o no) y si conoce la información correcta que entregan (si o no).</p>	<p>1.- Se generan capacitaciones para fomentar el aumento del conocimiento del rol autónomo de los profesionales de enfermería 2.- La implementación de chaleco de advertencia logra ser incorporado y aceptado por el equipo de salud como una medida positiva en el quehacer de enfermería. 3.-Los registros son efectuados en nuevas planillas específicas de procedimientos de enfermería. 4.-Se incorporan los protocolos en cada sala quirúrgica de manera física, se revisan mensualmente por parte del equipo de enfermería</p>

(Continuación Cuadro N° 11)

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Actividad 1. 1.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar. 1.2 Realizar encuesta para identificar el conocimiento que se tiene por parte de los participantes en relación con el rol autónomo de la enfermería. 1.3 En relación con el conocimiento identificado generar nuevo conocimiento y mejorar el existente. 1.4 Realizar investigación basada en la evidencia para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería. 1.5 Realizar adaptación de los cuidados con relación a la demanda social y tecnológica. 1.6 Presentar mejorar a los actores involucrados. 1.7 Consolidar un status profesional por medio de la cultura del cambio.</p>	<p>Presupuesto Actividad 1: \$2.541.704.-</p>		<p>Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada. Elaboración de encuesta en conjunto con equipo de comité de enfermería. Investigación de literatura disponible en internet. Aprobación de encuesta por parte de docencia e investigación. Identificación de nuevos conocimientos. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo. Realización de mejoras en equipo.</p>

<p>Actividad 2. 2.1 Generar comités de enfermería con las/los enfermeras/os del área quirúrgica interesados en participar. 2.2 Definir actividades críticas en la realización de procedimientos de enfermería que requieren no ser interrumpidas. 2.3 Establecer protocolo de método de uso y retiro de chaleco de advertencia en el quehacer de enfermería. 2.4 Presentación de protocolo a los actores involucrados. 2.5 Promoción y difusión de chaleco de advertencia para disminuir la cantidad de interrupciones y así, mejorar la calidad de la atención. 2.6 Supervisar implementación, uso y acceso de chaleco de advertencia disponible en las salas del área quirúrgica.</p>	<p>Presupuesto Actividad 2: \$2.947.184.-</p>		<p>Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada. Elaboración de encuesta en conjunto con equipo de comité de enfermería. Revisión de literatura. Aprobación de encuesta por parte de docencia e investigación. Identificación de nuevos conocimientos. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo. Realización de mejoras en equipo.</p>
<p>Actividad 3. 3.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar. 3.2 Recalcar los beneficios de la importancia de un buen registro de enfermería. 3.3 Diseñar cartera de capacitación de mejoras para obtener buenos registros de enfermería. 3.4 Promover cápsulas educativas en relación con los aspectos legales de esta temática.</p>	<p>Presupuesto Actividad 3: \$1.706.664.-</p>		<p>Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad. Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada. Se explicarán los beneficios que otorga un registro completo y ordenado de enfermería. Contar con investigación de literatura disponible en internet. Identificación de nuevos conocimientos. Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo. Realización de mejoras en equipo.</p>

3.5 Supervisar implementación de mejoras por parte del personal de enfermería.			
<p>Actividad 4</p> <p>4.1 Generar comités de enfermería con las enfermeras del área quirúrgica interesados en participar.</p> <p>4.2 Definir alcance de la elaboración de los documentos que se realizarán.</p> <p>4.3 Definir el motivo por el cual se actualizarán, mejorarán o modificarán los protocolos.</p> <p>4.4 Definir el problema y magnitud de lo que se pretende abordar para justificar tiempo y recursos utilizados.</p> <p>4.5 Evaluar bibliografía disponible para la elaboración de los protocolos.</p> <p>4.6 Presentar a jefaturas de área quirúrgica.</p> <p>4.7 Supervisar implementación, uso y acceso del material disponible en las salas del área quirúrgica.</p>	Presupuesto Actividad 4: \$1.685.996.-		<p>Apoyo de los actores involucrados en la realización de la actividad.</p> <p>Tiempo protegido para realizar la actividad aprobada.</p> <p>Se explicarán los beneficios que otorga un registro completo y ordenado de enfermería.</p> <p>Contar con investigación de literatura disponible en internet.</p> <p>Identificación de nuevos conocimientos.</p> <p>Propuesta de cambio durante un periodo de tiempo.</p> <p>Realización de mejoras en los equipo.</p>

5.6. Plan de Ejecución

A continuación, se presentan los cuadros del plan de ejecución de las 4 actividades a realizar.

Cuadro N° 12. Plan Ejecución Actividad n° 1

ITEM	TEMA 1: AUTONOMÍA DEL ROL	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TÉRMINO	PRESUPUESTO (\$)	RESPONSABLE
1.1	-Crear comité para abordar esta temática.	-Invitación a enfermeras. -Selección de participantes del comité.	02/08-06/08	\$34.000	-Encargada Comité n° 1.
1.2	-Encuesta diseño y análisis.	-Diseño encuesta. -Ejecución de encuesta. -Análisis de resultados.	02/08 - 13/08	\$284.750	-Encargada del Comité 1
1.3	-Análisis de evidencia científica	-Búsqueda de artículos. -Selección evidencia. -Análisis.	09/08 - 27/08	\$544.000	-Encargada del Comité 1
1.4	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller. -Ejecución taller.	16/08 - 16/08	\$374.000	-Encargada del Comité 1

		Análisis de resultados.			
1.5	Taller 2 priorización de brechas	-Organizar taller -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	30/08 - 30/08	\$374.000	-Encargada del Comité 1
1.6	Taller 3 diseño plan de acción	-Organizar taller. -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	13/09 - 13/09	\$374.000	-Encargada del Comité 1
1.7	Presentación de resultados	-Preparar presentación. -Organizar reunión. -Análisis de resultados.	27/09 - 27/09	\$170.000	-Encargada del Comité 1
1.8	Plan de monitoreo y seguimiento	-Preparación de plan. -Puesta en marcha.	11/10 - 15/10	\$340.000	-Encargada del Comité 1

Cuadro N° 13 : Plan Ejecución Actividad n° 2

SUBACTIVIDAD		TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TÉRMINO	PRESUPUESTO (\$)	RESPONSABLE
ITEM	TEMA 2: DISCONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN				
2.1	Crear Comité 2	Invitación Selección de participantes	02/08 - 06/08	\$34.000,0	Encargada del Comité 2
2.2	Incorporación chaleco de advertencia	-Selección de chalecos -Compra de chalecos. -Diseño de protocolo de implementación. -Lanzamiento de su uso. -Evaluación de resultados y ajustes.	02/08 - 10/09	\$525.000,0	Encargada del Comité 2
2.3	Taller 1: Identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller. -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	16/08 - 16/08	\$722.500,0	Encargada del Comité 2
2.4	Taller 2 : Priorización de brechas.	-Organizar taller. -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	30/08 - 30/08	374.000,0	Encargada del Comité 2
2.5	Taller 3 : Diseño plan de acción	-Organizar taller Ejecución -Análisis de resultados	13/09 - 13/09	374.000,0	Encargada del Comité 2
2.6	Presentación de resultados	-Preparar presentación -Organizar reunión	27/09 - 27/09	374.000,0	Encargada del Comité 2

		-Análisis de resultados			
2.7	Plan de monitoreo y seguimiento	-Preparación de plan -Puesta en marcha	11/10 - 15/10	170.000,0	Encargada del Comité 2

Cuadro N° 14 : Plan Ejecución Actividad n° 3

	TEMA 3: REGISTROS DE ENFERMERÍA	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TÉRMINO	PRESUPUESTO (\$)	RESPONSABLE
3.1	Crear Comité 3	-Invitación -Selección de participantes	02/08 - 06/08	34.000	Encargada del Comité 3
3.2	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	16/08 - 16/08	374.000	Encargada del Comité 3
3.3	Taller 2 priorización de brechas	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	30/08 - 30/08	374.000	Encargada del Comité 3
3.4	Taller 3 diseño plan de acción	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	13/09 - 13/09	374.000	Encargada del Comité 3
3.5	Presentación de resultados	-Preparar presentación -Organizar reunión -Análisis de resultados	27/09 - 27/09	170.000	Encargada del Comité 3
3.6	Plan de monitoreo y seguimiento	-Preparación de plan -Puesta en marcha	11/10 - 15/10	340.000	Encargada del Comité 3

Cuadro N° 15: Plan Ejecución Actividad n° 4

ITEM	TEMA 4: PROTOCOLOS	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TÉRMINO	PRESUPUESTO (\$)	RESPONSABLE
4.1	Crea Comité 4	-Invitación. -Selección de participantes.	02/08 - 06/08	\$34.000	Encargada del Comité 4
4.2	Taller 1: Identificación de brechas y oportunidades.	-Organizar taller -Ejecución. -Análisis de resultados.	16/08 - 16/08	\$374.000	Encargada del Comité 4
4.3	Taller 2: Priorización de brechas.	-Organizar taller. -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	30/08 - 30/08	\$374.000	Encargada del Comité 4
4.4	Taller 3: Diseño plan de acción.	-Organizar taller. -Ejecución taller. -Análisis de resultados.	13/09 - 13/09	\$374.000	Encargada del Comité 4
4.5	Presentación de resultados	-Preparar presentación. -Organizar reunión. -Análisis de resultados.	27/09 - 27/09	\$170.000	Encargada del Comité 4
4.6	Plan de monitoreo y seguimiento	-Preparación de plan. -Puesta en marcha.	11/10 - 15/10	\$340.000	Encargada del Comité 4

5.7. Presupuesto

Cuadro N° 16: Presupuesto Actividad 1

Subactividades		Tarea y subtareas	N° RRHH (Enfermera/o)	Horas	Costo hora (\$)	Total (\$)
Item	Tema 1 - Autonomía del rol					
1.1	Crear Comité 1	-Invitación -Selección de participantes	4		8.500	34.000
1.2	Encuesta - diseño y análisis	-Diseño encuesta -Ejecución de encuesta -Análisis de resultados	33,5		8.500	284.750
1.3	Análisis de evidencia científica	-Búsqueda de artículos -Selección Análisis	64		8.500	544.000
1.4	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44		8.500	374.000
1.5	Taller 2 priorización de brechas	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44		8.500	374.000
1.6	Taller 3 diseño plan de acción	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44		8.500	374.000

Subactividades		Tarea y subareas	N° Horas RRHH (Enfermera/o)	Costo hora (\$)	Total (\$)
Item	Tema 1 - Autonomía del rol				
1.7	Presentación de resultados	-Preparar presentación -Organizar reunión -Análisis de resultados	20	8.500	170.000
1.8	Plan de monitoreo y seguimiento	-Preparación de plan -Puesta en marcha	40	8.500	340.000
Subtotal					\$2.494.750

**Cuadro N° 17: Detalle de presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo
Actividad 1**

Subactividades Actividad 1	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Crear Comité 1 (7 enfermeras)	-Invitación Selección de participante s	Coffee reunión:	4 paquetes de galletas.	\$4.396	\$25.076
		-Café, Té, Galletas, Sándwich, Jugo.	1 tarro de café.	\$3.000	
			1 caja de bolsas de té.	\$1.580	
			4 bolsas pan de molde.	\$8.500	
			½ kg. queso.	\$3.600	
			½ kg. jamón.	\$4.000	

Subactividades Actividad 1	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Encuesta - diseño y análisis	-Diseño encuesta. -Ejecución de encuesta. -Análisis de resultados.	- Papel tamaño carta. -Impresora. -Computador.	1 resma (*) ²	\$3290	\$3.290
Análisis de evidencia científica	-Búsqueda de artículos. -Selección Análisis.		(*)		
Taller 1 : Identificación de brechas y oportunidades			4 paquetes de galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 2 botellas de agua.	\$4.396 - - \$1.800	\$6.196
Taller 2: Priorización de brechas que afectan la atención continua.			4 paquetes de galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.**	\$4.396 - -	\$6.196

² (*)En el hospital hay disponible impresora y computador.

Subactividades Actividad 1	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
			2 botellas de agua.	\$1.800	
Taller 3: Diseño plan de acción.			4 paquetes de galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 2 botellas de agua.	\$4.396 - - \$1.800	\$6.196
TOTAL					\$46.954.-

3

³ ** Se considera insumo en compra anterior.

Cuadro N° 18: Carta Gantt Actividad 1

	Mes	Agosto					Septiembre				Octubre			
		02-ago	09-ago	16-ago	23-ago	30-ago	06-sept	13-sept	20-sept	27-sept	04-oct	11-oct	18-oct	25-oct
		Días acumulados al final de la semana	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84
Subactividades														
Item	Tema 1 - Autonomía del rol													
1.1	Crea Comité 1													
1.2	Encuesta - diseño y análisis													
1.3	Análisis de evidencia científica													
1.4	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades													

1.5	Taller 2 priorización de brechas												
1.6	Taller 3 diseño plan de acción												
1.7	Presentación de resultados												
1.8	Plan de monitoreo y seguimiento												

Cuadro N° 19: Detalle presupuesto de Recursos Humanos Actividad N° 2.

Subactividades		Tarea y subareas	N° Horas RRHH	Costo hora (\$)	Total (\$)
Item	Tema 2 - Interrupciones				
2.1	Crea Comité 2 (7 enfermeras)	-Invitación -Selección de participantes	4	8500	34.000
2.2	Incorporación chaleco de advertencia	-Selección de chalecos -Compra -Diseño de protocolo de implementación -Lanzamiento de su uso -Evaluación de resultados y ajustes	85	8.500	722.500
2.3	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44	8.500	374.000
2.4	Taller 2 priorización de brechas	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44	8.500	374.000
2.5	Taller 3 diseño plan de acción	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	44	8.500	374.000
2.6	Presentación de resultados	-Preparar presentación -Organizar reunión	20	8.500	170.000

		-Análisis de resultados			
2.7	Plan de monitoreo y seguimiento	Preparación de plan Puesta en marcha	40	8.500	340.000
Subtotal					\$2.388.500.-

Cuadro Nº 20: Detalle presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo Actividad 2.

Subactividades Actividad 2	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Crea Comité 2 (7 enfermeras)	-Invitación -Selección de participantes	Coffee reunión:	4 paquetes de galletas.	\$4.396	\$20.496
		-Café, Té, Galletas, Sándwich, Jugo.	1 tarro de café.**	-	
			1 caja de bolsas de té.**	-	
			1 kilo de pan de molde.	\$8.500	
			½ kg. queso.	\$3.600	
			½ kg. jamón.	\$4.000	
Incorporación chaleco de advertencia	-Selección de chalecos -Compra -Diseño de protocolo de implementación -Lanzamiento de su uso -Evaluación de	-Chalecos de advertencias	50	\$10.500	\$525.000

	resultados y ajustes				
Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	-paquetes galletas. -tarro de café. -caja de bolsas de té. -botellas de agua.	4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.**	\$4.396 - -	\$4.396
Taller 2 priorización de brechas	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados	-paquetes de galletas. -tarro de café. -caja de bolsas de té. -botellas de agua.	4 paquetes de galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.**	\$4.396 - -	\$4.396
Taller 3 diseño plan de acción	-Organizar taller Ejecución -Análisis de resultados	-paquetes galletas. -tarro de café. -caja de bolsas de té. -botellas de agua.	4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.**	\$4.396 - -	\$4.396
Total					\$558.684.-

4

⁴ ** Se considera insumo en compra anterior.

Cuadro N° 21: Carta Gantt Actividad N° 2

Mes	Agosto					Septiembre				Octubre			
Día inicio semana	02-ago	09-ago	16-ago	23-ago	30-ago	06-sept	13-sept	20-sept	27-sept	04-oct	11-oct	18-oct	25-oct
Días acumulados al final de la semana	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84	91
Subactividades													
Item	Tema 2 - Interrupciones												
2.1	Crea Comité 2												
2.2	Incorporación chaleco de advertencia												
2.3	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades												
2.4	Taller 2 priorización de brechas												
2.5	Taller 3 diseño plan de acción												
2.6	Presentación de resultados												
2.7	Plan de monitoreo y seguimiento												

Cuadro N° 22: Detalle presupuesto de Recursos Humanos Actividad N°3.

Subactividades		Tarea y subareas	N° Horas RRHH	Costo hora (\$)	Total (\$)
Item	Tema 3 - Registros				
3.1	Crear Comité (7 enfermeras) 3	Invitación Selección de participantes	4	8.500	34.000
3.2	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
3.3	Taller 2 priorización de brechas	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
3.4	Taller 3 diseño plan de acción	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
3.5	Presentación de resultados	Preparar presentación Organizar reunión Análisis de resultados	20	8.500	170.000
3.6	Plan de monitoreo y seguimiento	Preparación de plan Puesta en marcha	40	8.500	340.000
Subtotal					\$1.666.000

**Cuadro N° 23: Detalle presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo
Actividad N° 3**

Subactividades Actividad 3	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Crear Comité 3 (7 enfermeras)	-Invitación Selección de participantes	Coffee reunión: -Café, Té, Galletas, Sándwich, Jugo.	4 paquetes galletas.	\$4.396	\$22.076
			1 tarro de café.**	-	
			1 caja de bolsas de té.	\$1.580	
			1 kilo de pan de molde.	\$8500	
			½ kg. queso.	\$3.600	
			½ kg. jamón.	\$4.000	
Taller 1 : Identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados		4 paquetes galletas.	\$4.396	\$6.196.
			1 tarro de café.**	-	
			1 caja de bolsas de té.**	-	
			2 botellas de agua.	\$1.800	
Taller 2: Priorización de brechas que afectan la atención continúa.	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados		4 paquetes galletas.	\$4.396	\$6.196
			1 tarro de café.** ⁵	-	
			1 caja de bolsas de té.**	-	
			2 botellas de agua.	\$1.800	

⁵ **Se considera insumo en compra anterior.

Taller 3: Diseño plan de acción.	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados		4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 2 botellas de agua.	\$4.396 - - \$1.800	\$6.196
Presentación de resultados	-Preparar presentación -Organizar reunión -Análisis de resultados				
TOTAL					\$40.664

Cuadro N° 24 : Carta Gantt Actividad N° 3

Mes		Agosto					Septiembre				Octubre			
Día inicio semana		02- ago	09- ago	16- ago	23- ago	30- ago	06- sept	13- sept	20- sept	27- sept	04- oct	11- oct	18- oct	25-oct
Días acumulados al final de la semana		7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84	91
Subactividades														
Item	Tema 3 - Registros													
3.1	Crea Comité 3													
3.2	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades													
3.3	Taller 2 priorización de brechas													
3.4	Taller 3 diseño plan de acción													
3.5	Presentación de resultados													
3.6	Plan de monitoreo y seguimiento													

Cuadro N° 25 : Detalle de presupuesto de Recursos Humanos Actividad 4.

Subactividades		Tarea y subareas	N° Horas RRHH	Costo hora (\$)	Total (\$)
Item	Tema 4 - Protocolos				
4.1	Crea Comité 4 (7 enfermeras)	Invitación Selección de participantes	4	8.500	34.000
4.2	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
4.3	Taller 2 priorización de brechas	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
4.4	Taller 3 diseño plan de acción	Organizar taller Ejecución Análisis de resultados	44	8.500	374.000
4.5	Presentación de resultados	Preparar presentación Organizar reunión Análisis de resultados	20	8.500	170.000
4.6	Plan de monitoreo y seguimiento	Preparación de plan Puesta en marcha	40	8.500	340.000
Subtotal					\$1.666.000

**Cuadro N° 26 : Detalle presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo
Actividad N° 4**

Subactividades Actividad 4	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Crea Comité 4 (7 enfermeras)	-Invitación -Selección de participantes	Coffee reunión: -Café, Té, Galletas, Sándwich, Jugo.	4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 1 kilo de pan de molde. ½ kg. queso. ½ kg. jamón.	\$4.396 - - \$8.000 \$3.600 \$4.000	\$19996
Taller 1 : Identificación de brechas y oportunidades	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados		4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 2 botellas de agua.	\$4.396 - - \$1.800	\$6.196
Taller 2: Priorización de brechas que afectan la atención continúa.	-Organizar taller -Ejecución -Análisis de resultados		4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** 2 botellas de agua.	\$4.396 - - -	\$6.196

				\$1.800	
Taller 3: Diseño plan de acción.	-Organizar taller Ejecución Análisis de resultados		4 paquetes galletas. 1 tarro de café.** 1 caja de bolsas de té.** ⁶ 2 botellas de agua.	\$4.396 - - \$1.800	\$6.196
Presentación de resultados	Preparar presentación Organizar reunión Análisis de resultados				
TOTAL					\$38.584

⁶ **Se considera insumo en compra anterior.

Cuadro N° 27 : Carta Gantt Actividad N° 4

Mes		Agosto					Septiembre				Octubre			
Día inicio semana		02-ago	09-ago	16-ago	23-ago	30-ago	06-sept	13-sept	20-sept	27-sept	04-oct	11-oct	18-oct	25-oct
Días acumulados al final de la semana		7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84	91
Subactividades														
Item	Tema 4 - Protocolos													
4.1	Crea Comité 3													
4.2	Taller 1 identificación de brechas y oportunidades													
4.3	Taller 2 priorización de brechas													
4.4	Taller 3 diseño plan de acción													
4.5	Presentación de resultados													
4.6	Plan de monitoreo y seguimiento													

5.8. Control de calidad de la propuesta

5.8.1. Esquema de verificación del diseño de proyecto

CRITERIOS	CUMPLE	
	SÍ	N O
Respecto al Fin		
1. El Fin responde al problema central identificado		
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto		
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada		
4. Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios		
5. Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto al Propósito		
6. El proyecto tiene un sólo Propósito		
7. El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado		
8. Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto		
9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto		
10. Los Indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados		
11. Los Indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante		
12. Los Indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto		
13. Los Indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a los Resultados		
14. Los Resultados están expresados como logros		

15. Los Resultados del proyecto están claramente expresados		
16. Todos los Resultados son necesarios para cumplir el Propósito		
17. Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto		
18. Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a las Actividades		
19. Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente		
20. Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados		
21. Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores		
22. Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar		
23. La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista		
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
24. La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes		
25. La relación entre los Resultados y el Propósito es realista		
26. La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad		
27. El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el Fin		
28. Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito		
29. Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades		

Otras		
30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador		
31. El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto		

VI. REFERENCIAS

1. Carrasco EN, Inzunza LM, Torres RN, Paiva SDS. History of Chilean nursing: A review from the sources. *Cienc y Enferm*. 2019;25.
2. Aguirre Raya DA. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Rev habanera cienc méd*. 2020;19(3):1–5.
3. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob*. 2015;14(1):328–34.
4. MINSAL. Estadísticas de prestadores individuales de salud. *Supt Salud* [Internet]. 2019;1–10. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15833_recurso_1.pdf
5. OPS. Formación doctoral Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en América Latina en la atención primaria de salud y el Caribe [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2018. 54 p. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
6. Milos PH, Bórquez BP, Isabel Larrain AS. La “gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 9];16(1):17–29. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Yen PY, Kellye M, Lopetegui M, Saha A, Loversidge J, Chipps EM, et al. Nurses’ Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. *AMIA . Annu Symp proceedings AMIA Symp*. 2018;2018:1137–46.
8. Lim ML, Ang SY. A time–motion observation study to measure and analyse clinical nursing workload in an acute care hospital in Singapore. *Proc Singapore Healthc* [Internet]. 2019;28(2):124–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/2010105819834569>
9. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018 May 1;29(3):278–87.
10. Servicio Salud Metropolitano Oriente. Cuenta pública gestión 2019. 2020.
11. Red de Urgencia Odontológica Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Contingencia por COVID-19.
12. Ssmo REDA. Cuenta pública gestión 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.saludorient.cl/websaludorient/wp-content/uploads/2020/06/Cuenta-Pública-Participativa-Gestión-2019-OK.pdf>
13. Hospital del Salvador. Cuenta Pública 2019 - Hospital del Salvador [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 8]. Available from: <https://www.hsalmador.cl/index.php/cuentas-publicas-hds/>
14. Palabras de la directora. *Rev Fem Casa la Mujer*. 2012;21(2):7–8.
15. Ministerio de Salud. Mapa de Proceso de Atención de Salud 2015 [Internet]. Santiago; 2015 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.minsal.cl/SIDRA/>
16. Mix A, Pérez P, Saavedra C, Rodríguez M, del Fierro V, Price Y, et al.

- Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. 2018;42.
17. Ministerio de Salud. Egresos Hospitalarios, últimos 4 años [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12]. Available from: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
 18. Olivares-Tirado P. Hospitalización Social en Adultos Mayores en el Sistema de Salud de.
 19. Dirección del Trabajo. Ordinarios N°1544 - Sistema excepcional de duración y distribución de jornada; Descanso compensatorio; Remuneración extraordinaria; Descanso recaído en días domingo. [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/w3-article-111803.html>
 20. García G MA, Castillo F L. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Rev Med Chil* [Internet]. 2000 Feb [cited 2021 May 9];128(2):177–83. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 21. Clarke SP, Donaldson NE. Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2021 Jan 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328775>
 22. Wolf ZR, Hughes RG. Chapter 35: Error Reporting and Error Disclosure. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2020 Dec 27]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328753>
 23. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: No health without a workforce. *World Heal Organ* [Internet]. 2013; Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
 24. White M, Waldron M. Effects and impacts of Productive Ward from a nursing perspective. *Br J Nurs*. 2014;23(8):419–26.
 25. Mousavi Isfahani H, Tourani S, Seyedin H. Lean management approach in hospitals: a systematic review. Vol. 10, *International Journal of Lean Six Sigma*. Emerald Group Publishing Ltd.; 2019. p. 161–88.
 26. Tobergte DR, Curtis S. Barreras De Seguridad Para Prevenir Los Eventos Adversos Relacionados Con La Administración De Medicamentos En La Unidad De Cuidado Intensivo. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
 27. Simon RW, Canacari EG. A Practical guide to applying lean tools and management principles to health care improvement projects. *AORN J*. 2012 Jan;95(1):85–103.
 28. OCDE. Panorama de la Salud 2019: OCDE indicadores. Conifarma [Internet]. 2020; Available from: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
 29. Jorma T, Tiirinki H, Bloigu R, Turkki L. LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadersh Heal Serv*. 2016 Feb 1;29(1):9–36.

30. Westwood N, Moore MJ, Cooke M. Going lean in the NHS: How lean thinking will enable the NHS to get more out of the same resources. *NHS Inst Innov Improv* [Internet]. 2007;24. Available from: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Going-Lean-in-the-NHS.pdf>
31. Al-Balushi S, Sohal AS, Singh PJ, Hajri A Al, Farsi YMA, Abri R Al. Readiness factors for lean implementation in healthcare settings - a literature review. *J Heal Organ Manag* [Internet]. 2014 [cited 2020 Dec 23];28(2):135–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25065107/>
32. Lyder CH, Ayello EA. Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2021 Jan 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328751>
33. Abdallah AA. Healthcare Engineering: A Lean Management Approach. *J Healthc Eng*. 2020;2020.
34. Fuentes-García A. El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2020 Jan 31 [cited 2021 Jan 7];23(2):93. Available from: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
35. Ministerio de Salud. Glosa 1: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad Ley de Presupuesto N° 21.192. 2020.
36. Universitario H. Rol de la enfermería. *Asoc Española Enferm en Urol*. 2012;(121):19–21.

VII. ANEXOS

1.1. Glosario, acrónimos y abreviaciones

1. Actividades de enfermería: Son las actividades que realizan los enfermeros en su quehacer diario, entre ellos destacan: evaluar el estado del paciente, administración de medicamentos; medición y evaluación de parámetros vitales, etc.
2. Atención directa: Son las atenciones realizados a través de la interacción con los pacientes para su tratamiento y recuperación, y conversar para conocer los aspectos psicosociales del paciente.
3. Atención indirecta: Son las atenciones realizadas a distancia del paciente, pero en beneficio del mismo. Se pueden incluir acciones de cuidado dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar con otros profesionales.
4. Administración de medicamentos endovenosos: Es la administración de medicación endovenosa para lograr proporcionar los fármacos que el paciente requiere para su tratamiento y recuperación por vía venosa.
5. Aspiración de secreciones de vía aérea alta y/o baja: La aspiración de secreciones se realiza para lograr la eliminación de las mucosidades que podrían dificultar la entrada de aire de la boca a los pulmones.
6. Categorización de pacientes: La categorización es un proceso realizado por personal de salud, en el cual, a través de preguntas y control de los signos vitales, se clasifica al paciente en 5 categorías de según la gravedad para determinar el orden en el cual se le otorgará atención. También se realiza categorización de manera diaria para evaluar los requerimientos de dependencia parcial, moderada o total del paciente y los riesgos que pudiera sufrir y se deben evitar durante su hospitalización.

7. Canulación de vías venosas: Introducción de un dispositivo intravenoso para administración de fármacos.
8. Chaqueta de advertencia: Chaqueta de color amarillo que tiene como objetivo informar que el enfermero se encuentra realizando un procedimiento que no debe ser interrumpido.
9. Entrega de turno: Procedimiento mediante el cual se produce el relevo de profesional, y tiene lugar la transferencia, en forma clara, completa, organizada y veraz de información relacionada con las funciones asistenciales y administrativas, incluyendo situación clínica, plan de cuidado, tratamientos y/o exámenes realizados a los pacientes y los que han quedado pendientes, dejando además registro escrito de ello.
10. Eventos adversos: Evento inesperado al que se quería conseguir y que sucede durante el tratamiento con un medicamento, hospitalización o alguna otra terapia.
11. Gestiones no propias del rol de la enfermería: Es el conjunto de actividades que las podría desempeñar otra persona.
12. Gestión de hospitalización: Es el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en el Servicio de Hospitalización asignado.
13. Gestión con servicios clínicos: Es la gestión de las prestaciones que brindan asistencia sanitaria en un centro de salud, articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.
14. Gestión con servicios no clínicos: Es la gestión de aquellos servicios complementarios a la asistencia sanitaria en un centro de salud.
15. Indicadores: Expresiones matemáticas respecto de un criterio en evaluación.
16. Instalación de sondas nasogástricas: La intubación nasogástrica es un procedimiento en el que se inserta un tubo delgado de plástico en la nariz, hacia el esófago y hasta el estómago.

17. Instalación de sonda urinaria: Una sonda urinaria es una cánula flexible de plástico que se usa para drenar la orina de la vejiga cuando una persona no puede orinar.
18. Jornada laboral diurna: Jornada laboral que se realiza desde las 8:00 am a las 17:00 hrs horas con una duración máxima de 9 horas.
19. Jornada laboral en rotativa cuarto turno: turno de trabajo de tres días consecutivos en horarios de 20:00 a 08:00 horas y de 08:00 a 20:00 horas con un día integro de descanso a continuación, en un ciclo que se va repitiendo sucesivamente. Actualmente, por el tema de la pandemia COVID -19, quienes trabajan en turno tienen una jornada de 24 horas y tres días libres.
20. Multipunción: Introducción de un instrumento agudo más de una vez, como un trocar o una aguja, en un tejido, órgano o cavidad.
21. Registro de actividades en terapia de enfermería: Se refiere al conjunto de información organizada que tiene relación entre sí para lograr un propósito asistencial determinado.
22. Resultados: Efecto y consecuencias de un hecho, operación o deliberación.
23. Optimización de tiempos: Realizar las actividades priorizando por estándares transversales, reduciendo el tiempo de la misma.
24. Protocolos: Descripción de un conjunto ordenado y secuencial de procedimientos o actividades estandarizadas necesarios para realizar con éxito actividades sanitarias específicas.
25. Supuestos: Suposición o hipótesis.
26. TENS: Técnico de Enfermería Nivel Superior.
27. Traspaso de información: Hace referencia a la definición "Entrega de turno"
28. Toma de muestra sanguínea: Extracción de sangre desde una vena
29. Toma de electrocardiograma: Registro gráfico de la actividad eléctrica del miocardio.

- 30. OPS: Organización Mundial de la Salud.
- 31. OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
- 32. SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
- 33. MINSAL: Ministerio de Salud.
- 34. HDS: Hospital del Salvador.
- 35. SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

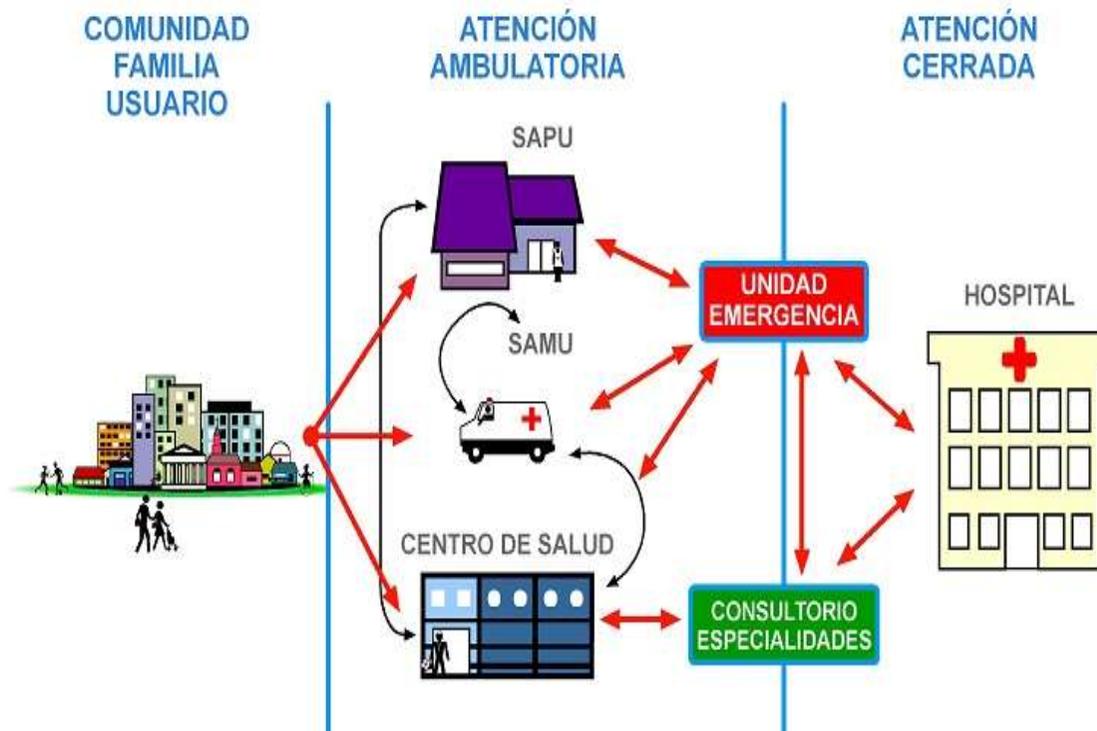
1.2. Ejemplos de Mapa de Derivación y Cartera de Servicios amigables.

Composición de la Red



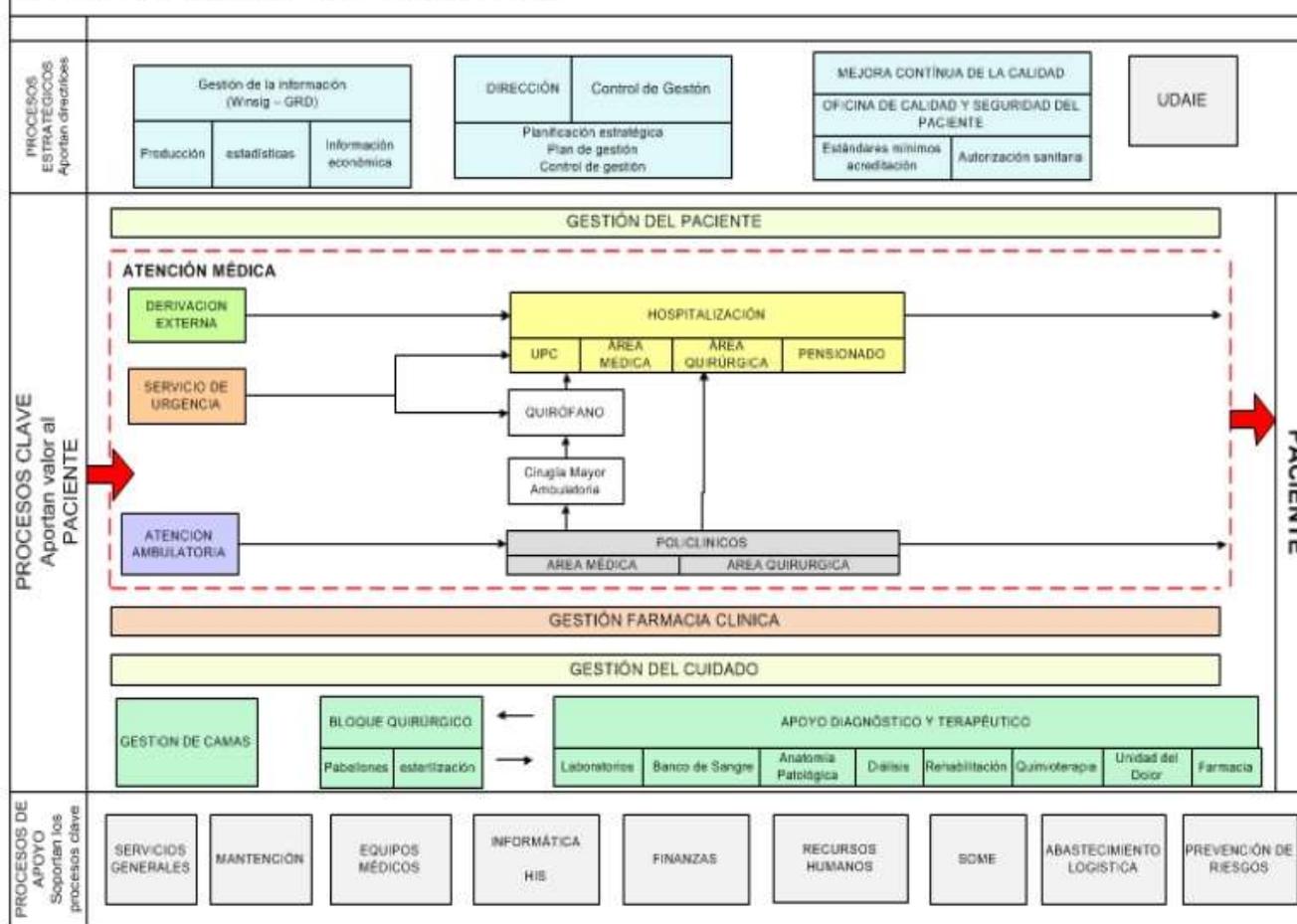
SSMO | SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN

Fuente:



Fuente:

MAPA DE PROCESOS HOSPITAL DEL SALVADOR



Fuente:

1.3. Pauta 1: Tabla de actividades observadas

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
1	Entrega de turno					
2	Corroborar el personal en turno					
3	Planificación del quehacer de enfermería					
4	Categorización de pacientes					
5	Valoración de pacientes					
6	Planificación individual de atención de enfermería					
7	Solicitud de indicaciones médicas					
8	Verificación de indicaciones medicas					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
9	Preparación de medicamentos					
10	Administración de medicamentos					
11	Registro de medicamentos					
12	Entrega de indicaciones a personal técnico de enfermería					
13	Entrega de indicaciones a personal auxiliar de enfermería					
14	Realizar procedimientos de enfermería					
15	Traslado de pacientes a otra unidad					
16	Traslado de pacientes a otro centro de atención en salud					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
17	Evaluación de paciente luego de procedimiento					
18	Llamar para entregar o recibir paciente a pabellón					
19	Llamar para entregar o recibir paciente en procedimiento					
20	Entrega de indicaciones a familiar de paciente de alta					
21	Entrega de indicaciones a paciente de alta u hospitalizado					
22	Educación a paciente hospitalizado					
23	Realizar pedido de insumos para sala quirúrgica					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
24	Entrega de información a familiares					
25	Entrega de información a gestión de camas enfermería					
26	Entrega de información a gestión de camas medico					
27	Llamar a movilización					
28	Llamar a mantención					
29	Llamar para solicitud o acelerar exámenes imagenología					
30	Llamar para solicitar evaluación por medico					
31	Llamar para solicitar insumos a bodega					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
32	Llamar para solicitar insumo en ropería					
33	Llamar para solicitud de limpieza de aseo					
34	Llamar para solicitud de recurso humano					
35	Llamar a farmacia por error de medicamento enviado					
36	Llamar a farmacia por falta de medicamento enviado					
37	Llamar a farmacia por receta pendiente					
38	Valoración de útiles de aseo pendientes de pacientes					
39	Realizar tickets según necesidad de servicio o paciente					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
40	Llamar para comunicarse con algún servicio de soporte					
41	Llamar a médico para informar error de indicación médica					
42	Llamar sin obtener respuesta					
43	Comunicación con equipo de nutrición					
44	Comunicación con kinesiología					
45	Comunicación con equipo médico					
46	Comunicación con fonoaudiólogo					

N° de actividades	Actividades que debe realizar durante su jornada	Tiempo (medido en minutos)	Debe realizar actividad (sí / no)	Logra realizar actividad (sí / no)	N° de veces que es interrumpido (indique número)	N° de veces que debe posponer actividad (indique número)
47	Comunicación con asistente social					
48	Comunicación con algún otro profesional de salud					
49	Almuerzo					
50	Otras actividades u observaciones					

I. Carta de Solicitud



Santiago, 10
de mayo de 2021

**Estimada
Enfermera Supervisora Área Quirúrgica
Hospital Salvador**

En el contexto de la realización del Magister de Administración en Salud orientado a la gestión de salud en general, impartido por la Universidad de Chile, quien envía esta carta se encuentra desarrollando el proyecto de investigación titulado “**Optimización de tiempos de atención directa de enfermeras a pacientes hospitalizados en el Hospital del Salvador**”

El objetivo de este proyecto es: observar e identificar los procesos que realizan las enfermeras y enfermeras de unidades similares para lograr aumentar el tiempo que dedican al cuidado directo de los pacientes hospitalizados, a través del uso de metodologías de pensamiento esbelto (LEAN). El proyecto se enfoca en las necesidades de los clientes, es decir los pacientes y sus familias, ya que el incremento del tiempo directo de atención de enfermería aumenta la seguridad y calidad del cuidado del paciente.

Para la realización de este proyecto de investigación, es necesario hacer un estudio de los tiempos implicados en diferentes actividades (las cuales fueron identificadas por la investigadora). Para ello, el pensamiento esbelto sugiere hacer un recorrido por cada una de las actividades de los procesos involucrados, observando y midiendo cómo se usa el tiempo en cada una de ellas. Por ello, la metodología de esta investigación considera el estudio de 15 casos en distintos grupos, diferenciados por años de experiencia, género, edad, modalidad de trabajo y si tiene estudios complementarios o no.

Es por esto, que se solicita su colaboración y apoyo en la realización de este estudio, para lo cual se requiere tiempo en horario laboral de la investigadora (opciones a conversar), el acceso a las distintas unidades en que trabajan las personas en estudio, y la autorización de publicar (en forma anonimizada) estos resultados para el proyecto de titulación de la solicitante.

Atentamente,

**Mónica Cruz Navarro
Enfermera Diurna
Hospital Salvador**

II. Consentimiento informado para participantes de investigación



UNIVERSIDAD DE CHILE
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

La estudiante Mónica Cruz Navarro perteneciente al Magister de Administración en Salud, orientado a la gestión de salud en general de la Universidad de Chile. Se encuentra desarrollando el proyecto de investigación titulado ***“Optimización de tiempos de atención directa de enfermeras a pacientes hospitalizados en el Hospital del Salvador”***

Por ello, le solicita su participación aportando valiosa información al respecto. Se asegurará que su identidad (nombre y apellido) sea resguardada en forma CONFIDENCIAL en un documento independiente. Es indispensable que usted posea el título universitario de Enfermera, y se desempeñe en dicho estamento en el hospital actualmente.

En caso de aceptar, su participación específica consistirá en completar una ficha con sus datos personales y su firma, el cual sólo será un respaldo para verificar su estamento correspondiente. Además, deberá completar la información de un cuestionario de datos generales y un documento en el cual están especificadas las actividades que usted podría realizar o no durante su jornada laboral.

En caso de requerir más información sobre la finalidad de este proyecto, usted puede solicitarla directamente a la investigadora antes de participar, incluso aunque después decida arrepentirse. Si decidiera no aceptar participar del estudio, no necesita ningún tipo de explicación, tampoco significará alguna sanción o problema administrativo en el centro asistencial donde usted trabaja, ni representa ningún costo para usted.

Esta investigación no conlleva ningún perjuicio a la salud de los pacientes que se encuentran hospitalizados. Para su tranquilidad, finalizado el estudio, se eliminará todo registro en que aparezcan sus datos personales.

De acuerdo, a lo anterior yo: Decido participar voluntariamente.

Rechazo participar voluntariamente.

Nombre y Firma del Invitado a participar del estudio:

Firmado en, _____, **a** ___ **de** _____ **de 2021.**

III. Antecedentes generales de participantes trabajo de investigación.

1. EDAD:

- a) Entre 23 a 30 años
- b) Entre 30 a 40 años
- c) Más de 40 años

2. GÉNERO:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) No me siento representado con ningún género.

3. AÑOS DE EXPERIENCIA:

- a) Menos de 1 año
- b) Entre 1 a 5 años
- c) Entre 6 a 10 años
- d) Entre 11 a 15 años
- e) Más de 16 años

4. MODALIDAD DE TRABAJO

- a) Diurna.
- b) Sistema Rotativo de Turnos.

5. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- a) SI
- b) NO

- ESPECIFIQUE:

- a) Diplomado
- b) Cursos Servicio de Salud
- c) Magister
- d) Cursos Obligatorios Servicios de Salud
- e) Otros

IV. Encuesta Aplicada en Hospital El Salvador

1.- Años de Experiencia Laboral: _____

2.- Años que trabaja en el Hospital El Salvador: _____

3.- En función de la Atención Directa e Indirecta, mencionar cuanto tiempo dedica a cada una de ellas (en Porcentaje)

a.- % Atención Directa: _____

b.- % Atención Indirecta: _____

4.- De todas las tareas que usted debiera registrar, ¿Qué porcentaje registra? _____

5.- ¿Le gustaría otorgar más tiempo de atención directa de enfermería?

SI: _____ NO: _____

6.- ¿Le gustaría aumentar la continuidad de la planificación en la atención de enfermería?

SI: _____ NO: _____

7.- ¿La ejecución de su planificación de actividades de enfermería depende de su rol autónomo?

SI: _____ NO: _____

8.- ¿La ejecución de su planificación de actividades de enfermería depende de los eventos que ocurren durante su jornada laboral?

SI: _____ NO: _____

9.- ¿Utiliza usted los protocolos de enfermería disponibles en el Hospital del Salvador?

SI: _____ NO: _____

10.- ¿Estos protocolos sabe dónde buscarlo en su lugar de trabajo?

SI: _____ NO: _____

11.- ¿Conoce usted la información correcta que entregan los protocolos del Hospital del Salvador?

SI: _____ NO: _____

12.- Se ha demostrado que la utilización de un chaleco de advertencia visual (por ej: chaleco amarillo) disminuye las interrupciones y, por ende los eventos adversos o errores en el proceso de atención ¿Considera usted que la utilización de un chaleco de advertencia contribuiría a disminuir las interrupciones durante la realización de los procedimientos de enfermería en el Hospital del Salvador?

SI: _____ NO: _____