



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

**Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

**“Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de
Información para la Toma de Decisiones en la División de
Enfermería del Hospital Santa Rosa Chajarí, Entre Ríos”**

Año 2019

Autora: Hilda Elisabet Franco

Directora: Mgter. María Natalia Echevoyemberry



AGRADECIMIENTOS

En todos los instantes que quise decaer y abandonar, ahí estuvieron, que viajaron largas horas durante los años de cursada; mi gratitud en primer lugar son para mi esposo Gustavo, mis hijos Nicolás y Mateo.

A mis padres y hermanos, que han sido una fuente de inspiración en esos momentos de descanso y pensar como continuar...

A la Universidad Nacional de Rosario y al director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ernesto Báscolo, docentes, administrativos y todos los profesionales que siempre estuvieron presentes acompañando a los estudiantes.

A mi directora de tesis la Mg. Natalia Etchegomberry, por haber aceptado ser directora de mi tesis, por su dedicación, por su tiempo, por su valiosa guía, orientación, respeto y responsabilidad.

A mi amigos Bocha y Celina por no soltarme la mano y ser siempre leales.

A un compañero incondicional que conocí no hace mucho tiempo, pero me ha guiado en el uso de herramientas Tic'S al Lic. En Informática Matías López Fader.

A mis compañeros de cursado, por los momentos compartidos a lo largo de toda la carrera.

A mis colegas enfermeros/as del Hospital Santa Rosa de Chajarí Entre Ríos, que han brindado su tiempo y trabajo en equipo para realizar esta tesis.

SIMPLEMENTE GRACIAS. -



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ÍNDICE

Resumen	5
Abreviaturas	7
1.Introducción	8
2.Pregunta de Investigación	14
3. Justificación de Investigación	15
4. Marco Teórico	19
4.1. Evaluación- Control	19
4.2. Evaluación de niveles de gestión-calidad	24
4.3. Sistema de Información en Salud	27
4.4. Problemas de Sistemas de Salud	31
4.5. Evaluación de Tecnologías Sanitarias	34
4.6. Las Tecnologías de la relación, la información y la comunicación	36
4.7. Historia Clínica-Registros	37
4.8. Manual de Evaluación de Hospitales en Entre Ríos	44
5. Objetivos	47
5.1 Objetivo General	47
5.2 Objetivos Específicos	47
6. Metodología	48
7. Resultados	52
7.1 Análisis del perfil del personal	52
7.2.Análisis del DICCA para la toma de decisiones	62
7.3Análisis de opinión	76
8. Discusión de resultados	103
9. Conclusiones	108
10. Recomendaciones	113
11. Bibliografía	116
12. Anexos:	123
12.1 Plano ciudad de Chajarí. E. Ríos	123
12.2 Decreto 4777. Ministerio Salud. E. Ríos	124
12.3 Código Deontológico del CIE	125
12.4 Consentimiento Informado	126
12.5 Hoja Enfermería	127
12.6 Valoración y Atención Inicial del paciente	128
12.7 Ingreso a Sala de Tocoginecología y Obstetricia	130
12.8 Valoración Post- Parto	131
12.9 Valoración del Recién Nacido	132
12.10 Valoración de Enfermería en Pediatría	133



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



12.11 Valoración de Enfermería Clínica Médica	135
12.12 Hoja Enfermería en Sala de Operaciones	136
12.13 Prestaciones de Enfermería en Consultorios Externos	138
12.14 Hoja de Enfermería para Pacientes en Traslado	139
12.15 Informe Diario de Supervisión	141
12.16 Informe Diario de Pacientes Internados	142
12.17 Disposición de Cambio de Servicio Personal de Enfermería	144
12.18 Imagen Hoja Enfermería	145
12.19 Entrevista al Personal de Enfermería	146
12.20 Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales E. Ríos	149
12.21 Observación Directa en Departamento Enfermería	155



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



RESUMEN

Objetivo: En este trabajo se presenta la Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de Información para la Toma de Decisiones en la División de Enfermería del Hospital Santa Rosa Chajarí, Entre Ríos, durante el año 2019. A tal fin se tomó en cuenta la aplicación procesual del modelo DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción).

Métodos: Se realizó un estudio de caso cuali-cuantitativo transversal. Los datos cualitativos se analizaron de acuerdo al método de análisis temático y los datos cuantitativos mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

A su vez, se triangularon datos. Se elaboró una Encuesta, un Guión de entrevista, una grilla de evaluación en base al Manual de Evaluación de Hospitales a través del Programa de Gestión de la provincia de Entre Ríos. También se llevó un registro de observación participante.

Resultados: Se pudo corroborar que existen más de 16 registros en la División de enfermería, hay superposición de datos, repeticiones y omisiones frecuentes.

Por lo que el Sistema de Información tal como está organizado es insuficientes para dar respuestas clínicas a los usuarios de servicios, para la producción de datos estadísticos, para la comunicación y la acción, por lo tanto se dificulta la toma de decisiones oportuna, y eficiente.

A su vez, se pudo corroborar que estos registros son ineficientes para establecer patrones y estadísticas que permitiría ir mejorando el sistema de información.

Este sistema de información es opaco, poco transparente para la rendición de cuentas y para la toma de decisiones médicas y de gestión.

Otros problemas identificados a partir de las entrevistas y del registro de observación participante fueron que los interconsultores hacen sugerencias



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



inadecuadas o repiten datos; los registros no permiten evolucionar con claridad la historia del paciente por estar fragmentados en distintos registros; no se cuenta con información sistematizada, no se produce estadísticas, no es útil para la educación y la investigación. Dentro de los hallazgos, se encontró que el recurso humano tiene formación clínica específica para la asistencia, pero no de gestión, ni estadística.

A su vez, no se encuentra designado personal especializado para la carga y procesamiento de datos, ni han realizado capacitaciones que pongan en el centro la importancia de la generación de datos, la producción de información y la comunicación de estos para la acción.

Se encontró también una gran pérdida de datos, recursos informáticos, soportes tecnológicos y ello denota una gestión de información fragmentada y superpuesta del sistema de información de salud.

Conclusiones: De la evaluación surge que en la producción de datos, información, conocimiento, comunicación y acción se encontraron problemas de gestión que afecta este proceso. Se formulan observaciones para las distintas instancias.

Los sistemas de información en salud deberían garantizar la accesibilidad y fácil aplicación de tecnología informática al personal que ejercen funciones en equipos de salud; fundamentalmente para mejorar la calidad de atención de la población que se asiste en el HSR Chajarí.

El Sistema de Información de Salud, requeriría adecuaciones que permitan su óptima vinculación, articulación, coordinación y organización de programas informáticos, con planes estratégicos que sirvan para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: Evaluación de calidad, Sistema de información en Salud, Toma de Decisiones, Modelo DICCA.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ABREVIATURAS

- DE	División Enfermería
- DICCA	Datos, Información, Conocimiento, Comunicación y Acción
- E	Entrevista
- HC	Historia Clínica
- HSR	Hospital Santa Rosa
- NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
- OMS	Organización Mundial de la Salud
- OPS	Organización Panamericana de Salud
- ORAS	Organización Andino de Salud
- OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
- PE	Plan Estratégico
- PSEC	Proceso, Salud, Enfermedad y Cuidado
- SE	Servicio de Enfermería
- SIS	Sistema de Información en Salud
- SOEP	Subjetivo, Objetivo Evaluación y Plan
- GETSI L	Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto del Lazarte
- TRIC	Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



1. INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. Argentina enfrenta fuertes desafíos en materia de salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: nación, provincias y municipios.

La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población (Página Oficial Ministerio de Salud, 2018).

Según Echegoyemberry, Castiglia, Yavich, Báscolo (2018), en Argentina podemos distinguir, tres subsectores que coexisten de manera desarticulada y fragmentada: 1) el subsector público, 2) el subsector de la seguridad social y 3) el subsector privado.

Tenemos subsectores que no están integrados entre sí, pero que además hacia el interior de cada subsector también se repite esta desintegración y desarticulación que profundizan inequidades y asimetrías. Así, estamos en presencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado.

Cuando referimos a segmentación esta implica: la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud que dependen de la inserción laboral (o no), nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social, mientras que la fragmentación implica: la coexistencia de varias unidades no integradas dentro de la red sanitaria asistencial (OPS, 2007).

En efecto para profundizar y comprender los tres subsectores existentes los ampliaremos a continuación.

El **subsector público**: presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud, los gobiernos provinciales y municipales tienen los



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago.

El subsector de la seguridad social: presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

El subsector privado: presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (prepagado). Las entidades de medicina prepaga cubren una población cercana a 2.500.000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el restante a través de empresas.

Para Spinelli (2010) el muy utilizado concepto sistema de salud expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada de abordar algo mucho más complejo.

Es por ello que en este texto se trabaja el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

En la ciudad de Chajarí Entre Ríos el efector de salud más importante es el Hospital Santa Rosa (HSR en adelante). Este se encuentra geográficamente, ubicado a 395 km. de la ciudad de Paraná. El nosocomio se encuentra en la calle Dr. Planas 2285.

Depende del Ministerio de Salud de la Provincia, es de mediana complejidad (categoría IV, según la clasificación de los hospitales públicos, con las cuatro



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



especialidades básicas) y que su referente es el Hospital Delicia Concepción Masvernat (categoría VI incluye más especialidades y cuidados críticos), situado en la ciudad de Concordia a 90 km. aproximadamente.

Respecto al servicio ambulatorio, abarca una extensa zona geográfica que incluye: San Jaime, Los Conquistadores y Colonias cercanas (San Pedro, San Ramón, Alemana, Villa del Rosario, Santa Ana, Ensanche Sauce), estos centros tienen atención médica y de enfermería, pero no constan de aparatología para estudios complementarios (Área programática Hospital Santa Rosa Chajarí)

Considerando también que a 17 km. está el límite con la Provincia de Corrientes y que los habitantes de la ciudad de Mocoretá también concurren a consultar a este establecimiento.

La ciudad de Chajarí, se ubica sobre la ruta Nacional N° 14 en el KM. 325 sobre el corredor del Río Uruguay a 523 KM. de Buenos Aires. Con una población estimada de 45.000 habitantes (Planeamiento Municipal, ANEXO 1).

Esta investigación se realiza en el servicio de enfermería del HSR. Cabe señalar que la actividad Enfermería de la Provincia de Entre Ríos se rige por la resolución N° 194/95 Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica).

La división Enfermería del HSR se conforma como tal en 1998 a instancias del Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, un jefe de división, 6 supervisores, Enfermeros jefes de unidad y subjeses – Clínica Médica, Maternidad, Pediatría, Guardia, Cirugía, Quirófano y Consultorios Externos – Desde el 2003 el Decreto N° 4777 SES, brinda el marco regulatorio a las funciones con la orgánica hospitalaria. (ANEXO 2).

A partir de la experiencia en el servicio de quién es la autora de esta tesis surge el interés de realizar esta investigación a fin de aportar insumos para la



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



discusión sobre la calidad de la información que se produce y en su caso, plantear los cambios que son necesarios realizar a fin de adecuar los procesos de producción de información y toma de decisiones en el servicio de enfermería de modo eficiente y eficaz, teniendo en cuenta el marco normativo y los estándares de derecho.

La dotación de enfermería que presta servicio dentro de la Institución está conformada por 94 agentes, 24 son Lic. En Enfermería, 64 son enfermeros y 6 son auxiliares (incluye titulares, suplentes en cargo vacante y suplentes transitorios).

En este sentido, el Servicio de Enfermería (SE), es la unidad de organización que tiene la responsabilidad de la administración de los cuidados de enfermería del Hospital.

El término servicios, hace referencia a aquellos servicios brindados como consultas evacuadas, referencias y contra-referencias realizadas, talleres, reuniones, charlas u otros servicios brindados a los pacientes.

La cantidad y tipo de productos y servicios generados son resultado de las actividades desarrolladas (ej. definición de servicios ofrecidos, definición de horario de atención, modalidad de organización del equipo, si se promueve el trabajo intersectorial, etc.). El tipo de servicios puede describirse en términos de las categorías de atención preventiva, promoción, cuidados curativos, rehabilitación y atención paliativa o de soporte. (Yavich N. 2015)

La División de Enfermería, en adelante, (DE) mantiene relación funcional con el/la director/a y otros organismos que se correspondan con el cumplimiento de sus funciones. Para el desarrollo del trabajo de enfermería cobra relevancia los registros de enfermería.

Estos son documentos que forman parte de la historia clínica (HC), en el cual se describe cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones brindadas a las personas cuidadas. Son constancia escrita y legal



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



de información, es la mejor fuente de revisión, estudio y evaluación de calidad de atención brindada a los pacientes.

Son instrumentos de planificación de intervenciones, haciendo enlace en la comunicación con otras disciplinas. A su vez, proporcionan datos para investigación y docencia. Sin embargo, deben ser breves, anotar los hechos y especificar sobre el problema en cuestión, si se realiza una afirmación o negación siempre tendrá que ir acompañado de evidencia científica.

Es importante aclarar que en los registros no se emite juicios de valor se anota de forma objetiva o lo más neutral posible.

En el contexto estudiado se llevan diferentes registros que a continuación se exponen, donde no siempre la información que se produce sirve para tomar decisiones, ya sea porque es abundante y superpuesta, o porque no se cuenta de manera rápida con la información más relevante.

En general, los registros que se llevan buscan responder a una cuestión legal o ciertos temores a los procesos penales, disciplinarios, o administrativos (como por ejemplo miedo a mala praxis), que a dar respuestas a los problemas de salud y gestión de la información.

La pérdida de datos, recursos informáticos, soportes tecnológicos y recurso humano idóneo denotan una gestión de información fragmentada y superpuesta del Sistema de Información de Salud (en adelante SIS).

La DE, en la transposición y repetición de datos que no son utilizados para la toma de decisiones se ve en la necesidad de investigar: **¿Cómo es la calidad del sistema de información que se produce en la División de Enfermería, del Hospital Santa Rosa de Chajarí para la toma de decisiones; teniendo en cuenta la aplicación procesual del modelo DICCA durante el primer semestre del 2019?**



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Las HC son esenciales para mantener la información de los pacientes. Es por ello por lo que los datos que se vuelcan en ellas deben tener la máxima exactitud posible para garantizar la mejor toma de decisiones acerca de los pacientes.

Por lo tanto, la investigación está dirigida a evaluar la calidad del sistema de información en salud que utiliza la División de Enfermería para la toma de decisiones teniendo en cuenta la producción y aplicación procesual del modelo DICCA.

Se utilizó como instrumento el Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales en la provincia de Entre Ríos y teniendo en cuenta el marco referencial DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción). Para luego generar propuestas de gestión en base a los resultados obtenidos.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad del sistema de información que se produce en la división de enfermería, del Hospital Santa Rosa de Chajarí para la toma de decisiones; teniendo en cuenta la aplicación procesual del modelo DICCA durante el primer semestre del 2019?



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación producirá información para la toma de decisiones en un área poco investigada y de gran relevancia en el sistema de salud de la institución en la cual se realiza el trabajo final.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). *“Los sistemas de información y la tecnología relacionada son necesarios para crear, democratizar y aplicar el conocimiento, cuya meta es mejorar la salud de los individuos y las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información organizados”*.

Para que los sistemas de información de salud sean útiles, deben contemplar un espectro amplio de datos. La información es un elemento esencial en la toma de decisiones, como también la prestación de servicios y la orientación en la atención de salud son una tarea compleja, que implican un alto nivel de dependencia de la información para llevar adelante una gran variedad de decisiones tanto clínicas como de gestión.

La utilidad de los sistemas de información implica que deben captar y procesar datos sobre salud y datos relacionados con la salud de diversidad, alcance y nivel de detalle amplios.

Todas las organizaciones siempre han contado con algún sistema de información para contribuir en las tareas de registrar, procesar, almacenar, extraer y presentar información acerca de sus operaciones.

En todo el sector, la mayor necesidad sigue siendo el establecimiento de sistemas continuos de información que permitan la recuperación de datos



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



orientados a los pacientes, a los problemas y a los procedimientos. Solo en los últimos veinticinco años las organizaciones se han dado cuenta de que la información es un recurso muy valioso. En efecto, la calidad de la toma de decisiones gerenciales, de las cuales depende el éxito de una organización en un mercado mundial muy competitivo, está relacionada directamente con la calidad de la información al alcance de sus directivos.

La única justificación para todo sistema de información, o un componente particular, es que los beneficios justifiquen los costos. Deben determinarse esos beneficios, justificados no sólo en términos monetarios sino también considerando el mejoramiento del acceso, la calidad de la atención, el mejor rendimiento de la utilización de recursos, los mejores resultados clínicos, la satisfacción de los usuarios y el mejoramiento del estado de salud general de la comunidad. (PAHO, 1999: pág. 8).

En la actualidad, es necesario implementar un sistema de anotación profesional y eficiente. Los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas (Dpto. Central Enfermería E.R. “Manual de Concurso” folio 66/69, año 2005).

Por otro lado, los registros en enfermería son variados, complejos y consumen tiempo. Dependiendo de la gravedad de los pacientes muchas veces quedan observaciones sin anotar, déficit de datos para revisión de cuentas, transferencia, comprometen la toma de decisiones adecuadas.

Un ejemplo de esto puede ser: en Colombia, los registros se denominan ‘plantillas electrónicas’ avanzando en reformas continuas para mejorar la calidad de atención de los usuarios (Experiencia en Colombia, Año 2017, respecto del Proceso de Producción de Información)



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Como señala Bolli (2011) “No es gestión transparente de producir información sino se basan en evidencia científica. La falta de tiempo y digitalización hace que no pueda optimizarse dicha información” (Bolli E. Retamoza N., Facultad de Ciencias de la Salud UNER, año 2011). A su vez agrega, “No es gestión transparente de producir información sino se basan en evidencia científica.

La falta de tiempo y digitalización hace que no pueda optimizarse dicha información” (Bolli y Retamoza, 2011).

La formación y la práctica hace que estén abocadas al proceso de atención del cuidado generando que al escribir sus intervenciones se olvidan registrar datos e información.

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Por estas cuestiones es imprescindible procesar datos e información de los registros para la toma de decisiones. Difícilmente pueda ser una medida tangible si se aplica sobre una realidad que no es relevante para el paciente.

Para seguir profundizando en el tema, hay que reconocer que la Historia Clínica (HC) tradicional no responde adecuadamente a los criterios de calidad de un buen sistema de registro de la información clínica.

En la HC tradicional, los datos se agrupan de acuerdo con su fuente de recolección: notas de los médicos, de las enfermeras y otros profesionales de la salud, informes de radiografías, de laboratorio, etc. Si bien se encuentra la totalidad de los datos, dicha estructura ofrece algunas dificultades que podemos enumerar:

1. No se registran problemas, algunos se obvian.
2. Para encontrar la información buscada, es necesario leer toda la HC.

3. Los interconsultores hacen sugerencias inadecuadas o repiten estudios (a causa del punto 2).
4. Es difícil seguir la evolución de un problema.
5. Es difícil realizar un estudio de efectividad, tanto individual como poblacional. La información no se encuentra sistematizada.
6. Es dificultoso realizar el cuidado preventivo del paciente.
7. Es poco útil para la educación y la investigación (a causa de los puntos 4 y 6).
8. Es difícil de informatizar (Bolli y Retamoza, 2011).

La clasificación de los problemas es una herramienta imprescindible para la aplicación de un sistema de garantía de calidad. En este sentido, se entiende por problema todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o del agente de salud.

En una definición más académica, es problema cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente.

Según “Historia clínica orientada al problema y sistema de registros” PROFAM (Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria) un buen sistema de registro a través de la HC debería asegurar exactitud en los datos que ofrece para evaluar la efectividad, tanto a nivel individual como poblacional, de las intervenciones que el sistema de cuidados médicos realiza.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



4. MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta a continuación el marco conceptual que guía y orienta la interpretación de los resultados encontrados, como sigue:

4.1. Evaluación – Control

Esto se define como función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual - organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes y objetivos propuestos. Implica medir el desempeño contra las metas y los planes, a su vez muestra donde existen desviaciones con los estándares, y ayuda a corregirlas.

El sondeo constante facilita el logro de los planes, aunque esta debe preceder del control. Los planes no se logran por sí solos, éstos orientan a los gestores en el uso de los recursos para cumplir con metas específicas, después se verifican las actividades para determinar si se ajustan a los planes.

El control administrativo es esencialmente el mismo proceso básico que se encuentra en los sistemas físicos, biológicos y sociales. Muchos sistemas se controlan a sí mismos mediante la retroalimentación de información, que muestra las desviaciones con respecto a los estándares, da origen a los cambios.

En otras palabras, los sistemas utilizan parte de su energía para retroalimentar información, se compara el desempeño con un estándar e inicia la acción correctiva.

Por lo general el control administrativo se considera como un sistema de retroalimentación. Este sistema presenta el control en una forma más compleja y



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



realista que si se considera solamente como un asunto de fijación de estándares, medición del desempeño y corrección de desviaciones.

Los administradores miden el desempeño real, comparan esta medición con los estándares e identifican las desviaciones; pero después, para realizar las correcciones necesarias deben desarrollar un programa de acción correctiva y ponerlo en práctica a fin de desempeño deseado (Magalon, 2006).

- ✓ **Auditorías:** Es una *revisión sistemática y evaluatoria* de una entidad o parte de ella, que se lleva a cabo con la finalidad de determinar si la organización está operando eficientemente. Constituye una búsqueda para localizar los problemas relativos a la eficiencia dentro de la misma.

La auditoría administrativa abarca una revisión de los objetivos, planes y programas de la entidad; su estructura orgánica y funciones; sus sistemas, procedimientos y controles; el personal y las instalaciones de la institución y el medio en que se desarrolla, en función de la eficiencia de operación y el ahorro en los costos.

La auditoría administrativa puede ser llevada a cabo por profesionales capacitados. El resultado de esta es una opinión sobre la eficiencia del proceso administrativo de todo el establecimiento o parte de él.

- ✓ **Evaluación de procesos:**

Donabedian (1980) se pregunta ¿Qué se debe evaluar? y analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados. Este autor señala, en cuanto a la estructura que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basa en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo.

Por otro lado, hay ciertos términos que parecen similares, como auditoría, control de gestión y supervisión. Estos son términos relacionados a la evaluación, pero que a su vez tienen distinto significado. Se presenta ahora una breve definición de cada una, para diferenciar esas tareas de la evaluación, ya que es la función que interesa a los fines de este trabajo.

En primer lugar, la auditoría tiene por objeto garantizar el buen uso de los recursos, evitando principalmente acciones negligentes o delictivas. Por su parte, el control de gestión atiende a los procesos de conversión de los insumos en productos, es decir, a las actividades y los resultados esperados de ésta en cantidad y calidad.

Por último, la supervisión se orienta a observar que los procesos se desarrollen según lo previsto, incorporando actividades de apoyo o asesoramiento (Mattioli, 2011).

En cuanto a las fuentes de información, analiza cómo el enfoque adoptado determina el método para recoger la información requerida. Sin embargo, el autor considera que las cuatro fuentes de información más importantes son:

1. Las HC señalando las limitaciones propias de la información que contiene, y que entonces prácticamente solo se utilizaban para evaluar la atención hospitalaria;
2. La observación directa por un colega cualificado;
3. El enfoque sociométrico: cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad; y



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



4. El método autorreferencia/: la evaluación que los propios profesionales realizan para juzgar la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan.

Analiza igualmente validez y fiabilidad: el principal mecanismo para lograr un mayor grado de fiabilidad es la especificación detallada de criterios (como un componente o aspecto de la estructura de un sistema de atención sanitaria, o del proceso o de los resultados de la atención, que tienen relación con la calidad asistencial), patrones y procedimientos empleados para evaluar la atención. Analizando también los problemas derivados de los sesgos de observación.

Todo el trabajo de evaluación de calidad depende de la disponibilidad y calidad de las HC. En especial, la omisión de anotar los "resultados negativos" en la historia y la exploración física, ha creado un vacío importante, así como la escasez de información a partir de la cual, se puede deducir la información que recibió el paciente y como se manejó la relación social entablada por médico y paciente.

Como resultado de estas dificultades, los criterios de calidad seleccionados para la evaluación están hechos a medida y se limitan a la información de la historia clínica. Llega el momento de considerar las posibilidades de modificarlas para poder adaptarla mejor a la evaluación de la calidad.

Considera indudable la relación entre la estructura y el proceso, la complejidad y ambigüedad de las relaciones depende de la gran variedad de factores que intervienen. (Suñol Sala R. 2001)

De esa manera, en algunas circunstancias el monitoreo puede producir información para la realización de una evaluación, pero puede no corresponder necesariamente la implementación de esta sea, cuando la actividad de monitoreo se reduce al registro continuo de variables lo largo del tiempo se superpone al montaje de un sistema de información.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



La transformación de datos en información, tanto como su utilización para la evaluación requiere la formulación de una pregunta específica que orienta el análisis los posibles sentidos ser atribuidos los hallazgos empíricos.

La optimización de los sistemas de información para los fines de evaluación tanto como la indicación adecuada acerca de la necesidad no de la realización de evaluaciones puntuales de investigaciones evaluativas requiere cierto grado de institucionalización de la evaluación (Hartz, 1999).

La evaluación puede producir información tanto para la mejora de las intervenciones en salud como para el juicio acerca de su cobertura, acceso, equidad, calidad técnica, efectividad, eficiencia percepción de los usuarios a su respecto.

Con esa finalidad puede y debe movilizar las estrategias técnicas necesarias de la epidemiología de las ciencias humanas, sin preconceptos sin impedimentos (Hartz y Vieira Da Silva, 2009).

La evaluación de las prácticas cotidianas: corresponde a un juicio que se realiza a partir de recurrir nociones provenientes del sentido común, técnicas no sistemáticas de observación al análisis formulación de juicios de valor dicotómicos simplificados.

Por ejemplo, al final de un día de trabajo un equipo de salud se reúne para 'hacer un balance' de las actividades de aquel día en relación con el funcionamiento de un servicio de control de hipertensión arterial. Consideran que el balance es 'positivo' pues la demanda fue 'grande' la atención fue 'buena' dejando los usuarios satisfechos".

Ese balance corresponde un juicio de las prácticas rutinarias del trabajo de aquel equipo partir de la percepción de sus componentes acerca de lo que sería un desempeño 'positivo' en el trabajo, una gran' demanda, una buena" atención una adecuada "satisfacción" de los usuarios. (Hartz, 2009).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Por otro lado, la investigación evaluativa corresponde al juicio que se realiza sobre las prácticas sociales a partir de la formulación de una pregunta no respondida aún en la literatura especializada, sobre las características de esas prácticas en general, en un contexto particular, recurriendo a metodologías científicas.

Las prácticas que han sido más frecuentemente objeto de evaluación son aquellas resultantes de la acción social planeada, tales como políticas, programas servicios de salud (Araujo, Hartz, 2009). En la actualidad, para tomar decisiones también se incorporan las tecnologías sanitarias.

En efecto un hospital integral, se trata de una organización jerarquizada, en la que se realiza un trabajo a tiempo pleno, con clara tendencia a ampliar esa dedicación hasta conseguir una entrega exclusiva de la mayoría de las profesionales que desarrollan su labor en estas instituciones.

4.2 Evaluación: Niveles de gestión - calidad

En el campo de la salud, es clásica la referencia a tres niveles donde la gestión se desarrolla:

1. La gestión macro, vinculada a las políticas públicas y a los recursos destinados a garantizar el derecho a la atención de los problemas de salud-enfermedad de la población.

Por ejemplo, en nuestro país, el Sistema de Información, Monitoreo, y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) está dedicado a diseñar e implementar sistemas, destinados a producir información que permita diagnosticar la situación socioeconómica de la población y efectuar análisis útiles para la formulación de políticas; captar información sobre los programas sociales en marcha; monitorear el grado de avance en el cumplimiento de las metas propuestas,



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



y evaluar el grado de correspondencia entre el impacto previsto y el efectivamente alcanzado a través de la ejecución de los mismos (www.siempro.gov.ar).

Fue creado en 1995 y los sistemas son aplicados a nivel nacional, provincial, y municipal. Desde la creación del SIEMPRO, se han desarrollado evaluaciones de distinto tipo - de resultados, de impacto, de gestión, desde la perspectiva de los beneficiarios -.

En este sentido, se han desarrollado sistemas de información para la toma de decisiones e investigación entre los cuales se destaca la Encuesta de Desarrollo Social (EDS).

No obstante, en Argentina "(...) no hay autoridad en materia de evaluación de programas y se observan superposiciones entre las funciones que desempeña SIEMPRO, Jefatura de Gabinete y el mismo Ministerio de Economía y Hacienda" (Neirotti, 2001).

Actualmente se denomina Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. En la Ciudad de Buenos Aires, la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIM y E), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social tiene entre sus funciones evaluar programas sociales.

Las evaluaciones publicadas en la actualidad corresponden al programa Ciudadanía Porteña, dando cuenta así del mayor desarrollo de estrategias de evaluación en los programas sociales.

2. La meso gestión, o gestión de las instituciones y servicios de salud.
3. La gestión micro, o gestión del proceso de trabajo de los equipos y trabajadores de salud, de la que en gran medida depende el modo de atención a nivel de los servicios que conforman el sistema de salud.

La capacitación no solo en una herramienta de gestión a nivel micro, en tanto estrategia que posibilita reorganizar las prácticas asistenciales de acuerdo a otras



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



modalidades organizativas que buscan la equidad, la calidad, y la eficacia en tanto valores que otorgan sentido al proceso de trabajo. Sino también en una política concreta de gestión a nivel de las instituciones.

Entendiendo que a través de ella se transfieren cuotas de poder a los trabajadores, quienes a partir de los saberes construidos mediante la experiencia y de mayores márgenes de autonomía, se encuentran con la posibilidad de repensar y re-planificar los procesos de trabajo, cogestionando en el espacio micro los servicios de salud.

A su vez, es importante que el término - calidad - sea aplicado en la obtención de información para la toma de decisiones. En este sentido, la definición de calidad propuesta por Donabedian (1980) ha sido la más aceptada en el ámbito de salud.

Para Donabedian (1980), la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.

Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

Es trascendental señalar que, de acuerdo con Donabedian (1980), la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo (Ruelas, Barajas, 1992).

Es significativo aclarar que esta estrategia parte de incluir desde su inicio a otros saberes formalmente instituidos (las normativas de programas o los



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



conocimientos de cada una de las disciplinas y oficios que intervienen en el trabajo de la salud) así como considerar otros niveles o estructuras que hacen a la gestión (coordinaciones, direcciones, jefaturas, etc.) a fin de repensar el trabajo en las instituciones como un todo, adecuándose a una estrategia que permita recuperar el sentido que la alineación del trabajo fragmentado y burocratizado produce en los equipos, trabajo que debería tener como objetivo final un compromiso impostergable con la vida de las personas - usuarios y trabajadores - y de la comunidad.

4.3. Sistema de Información en Salud (SIS):

Los sistemas de Información para la Salud son un mecanismo para gestionar sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes, y que se utiliza de forma ética, a través de herramientas TIC eficaces, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006).

Se propone como orientador de la producción y aplicación de información en salud, es un esquema que contiene: “dato, información, conocimiento, comunicación y acción” (DICCA).

Si queremos construir un sistema de información para la gestión necesitamos incluir todos los elementos mencionados en DICCA. Este conjunto de elementos en una lógica procesual, donde mantienen entre sí una interrelación múltiple y de retroalimentación, es decir, no tienen una relación lineal.

Si se logra desarrollar un proceso de trabajo que incluya los cinco elementos estaremos en presencia de un sistema de información para la gestión (Alazraqui, Mota, y Spinelli, 2006).

No se trata de indicar una nueva receta que haga “funcionar” a los SIS, sino de alertar sobre la incorporación de elementos como la comunicación y la acción



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



que son imprescindibles. Entendiendo que los SIS existen en organizaciones y éstas no deben entenderse solamente desde una lógica racional, ni normativa.

Entender a los SIS como sistemas abiertos, complejos, y de esta forma la propuesta DICCA se entiende como procesual, donde todos los elementos explicitados son relevantes y se presentan de forma simultánea o superpuesta en la realidad.

Es decir, de forma semejante a la concepción de “momentos” (explicativo, normativo, estratégico y táctico operacional). Esto es desarrollado por Matus (1993).

La integración de DICCA en el proceso de trabajo es la forma de construir el camino, que nos lleve de la práctica fragmentada al ejercicio de la ciudadanía, según Moraes (1994). Debe tener este componente reflexivo que permitiría a los trabajadores de salud apropiarse de su proceso de trabajo mediante una concepción creativa, transformadora de la realidad y no alienante del trabajador.

En el DICCA, el **dato** es una estructura compleja constituida por tres elementos básicos: las unidades de análisis, las variables y los valores de las variables.

Los datos de los pacientes se pueden originar directamente de los pacientes, en los servicios de diagnóstico, en la historia clínica o en el médico u otro profesional de la salud. Cada uno de los datos que ingresan en la Historia Clínica debe poseer suficiente confiabilidad y validez.

Es decir, debe reflejar lo más fielmente posible la realidad a la que se refiere y debe ser interpretado de igual manera por el mismo o diferentes profesionales que recaban esa información.

Una base de datos definida permite sistematizar la información de los pacientes, proceso imprescindible para realizar auditoría y comparación de intervenciones.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En la producción de información en salud es muy relevante la discusión sobre la elección de qué datos compondrán el instrumento de captura de datos.

Esto lleva a la discusión de los objetivos de la producción de información en salud; y estos a su vez a la discusión de los “constructos teóricos” (concepciones teóricas) de los datos y de cada uno de sus componentes, por ejemplo, en la definición conceptual y operativa de las variables.

El momento de la elección y definición de qué datos necesitamos es el momento donde nuestros conceptos teóricos se transforman en conceptos operativos a ser aplicados en terreno (transformación del dato conceptual al operativo).

Se observa una cierta tendencia a centrar la discusión en la obtención de nuevos datos con la ilusión de que el ‘dato ideal’, o la profusión de datos, ‘solucione’ los problemas de los SIS.

En el DICCA, la **información** es un conjunto de datos procesados. Esta definición, arbitraria, por cierto, pretende diferenciar información de conocimiento con el objetivo de entender los diferentes componentes procesuales existentes en un SIS y proponer acciones, esto es planteado por Moraes (2002).

La información es aquello que ayuda a tomar decisiones. Aquella que es relevante para tomar decisiones acerca del manejo de un paciente incluye los datos clínicos (interrogatorio, examen físico, resultados de exámenes complementarios) y el conocimiento clínico (conocimiento acerca de las enfermedades, cómo interpretar resultados del examen físico y de los estudios complementarios, cómo elegir tratamientos, etc.).

En consecuencia, los datos clínicos varían de paciente en paciente, mientras que el conocimiento clínico se aplica a muchos pacientes. Algunos médicos llevan todo el conocimiento clínico en sus cabezas, mientras que la mayoría consulta revistas científicas, libros de texto, sistemas bibliográficos y, también, programas de



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



computadoras. Sin embargo, cuando se quiere obtener información de los pacientes, las Historias Clínicas son esenciales.

En el DICCA, la producción de **conocimiento** existe una comprensión del fenómeno y de apropiación por parte del sujeto. En el conocimiento es primordial el concepto de comprensión del fenómeno en el mundo, y de apropiación por parte del sujeto.

Es decir, que reconocemos en el conocimiento dentro de la secuencia DICCA un doble carácter; por un lado, uno más ligado a la producción (técnica); por el otro el más ligado a la acción y a la constitución del sujeto (pensamiento). En este proceso de producción y aplicación del conocimiento el poder es central como categoría de análisis (Moraes 2002).

Finalmente el DICCA, entiende que la **comunicación** es el eje articulador de los conceptos anteriores con la **acción**. Las acciones estratégicas y comunicativas deben ser jerarquizadas en la gestión local.

La propuesta está orientada a que los SIS den soporte a la gestión en la eliminación de desigualdades en salud y en la construcción de una sociedad de inclusión.

Así entendido el proceso DICCA es una forma de intervención dirigida al desarrollo y perfeccionamiento de nuevos modelos de cuidado a la salud y de gestión local en salud (Moraes, 2002).

A los fines de esta tesis se continúa para la evaluación del proceso el modelo DICCA.

4.4. Problemas de los Sistemas de Información en Salud (SIS)

En América Latina encontramos una serie de problemas en los datos y la información sobre condiciones de vida y eventos del Proceso Salud Enfermedad Cuidado (PSEC) que dificultan su utilización.

Estos problemas son: registros asistemáticos, ausencia de soporte magnético (en formato papel), bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), superposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, entre otros problemas, déficit herramientas informáticas estandarizadas.

“En definitiva esta información presentada así es de muy baja utilidad en la toma de decisiones y como consecuencia insuficiente para dar soporte a la gestión”.

En la Reunión de Alto Nivel sobre Sistemas de Información para la Salud en Julio de 2018, Bogotá, Colombia. Asistieron representantes de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Asimismo, se contó con la participación de iniciativas subregionales como el ORAS (Organismo Andino de Salud) y la OTCA (Organización del Tratado de Cooperación Amazónica).

Cuyos resultados esperados han sido:

1. Desarrollar plan de acción que permita fortalecer los Sistemas de Información para la Salud en la Subregión de Sudamérica, aprovechando la retroalimentación y recomendaciones tanto de los Estados Miembros, como de otros socios involucrados.
2. Identificar oportunidades y estrategias para la cooperación entre países, susceptibles de ser apoyadas por agencias bilaterales y multilaterales de desarrollo.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



3. Fomentar el intercambio de lecciones mediante la revisión de iniciativas y proyectos que están siendo implementados en los países de la Subregión de Sudamérica.

En Argentina, el sistema de salud es fragmentado y además se tiene la complejidad de que en el nivel subnacional muchas de las iniciativas son de implementación opcional; por lo que es imposible implementar 'soluciones únicas'. En los centros de salud tienen diversos sistemas paralelos, en su mayoría locales.

Las necesidades de información en salud cambian a lo largo del tiempo en relación con cambios en la situación social del espacio considerado. Estas nuevas necesidades de información obligan a modificar, agregar y eliminar datos en nuestras fuentes de información en muchas ocasiones.

La dirección es posible mediante sistemas de comunicación - información y coordinación adecuados a la estructura de organización. Entendiendo que es un proceso dinámico, fluido, constante en la transmisión de un mensaje dirigido a una persona o a varias, cuya percepción produce una respuesta.

Los sistemas de información en salud son el eje principal no sólo para tomar decisiones de calidad sino para planificar estratégica y organizacionalmente.

La planificación estratégica de recursos humanos constituye un enriquecimiento teórico - conceptual y metodológico de la reflexión y el cálculo por parte de todos aquellos que, individual o colectivamente, participan tomando decisiones trascendentes a lo largo de un extenso proceso.

Tal proceso va desde el comienzo de la formación de un nuevo personal hasta la generación de condiciones que permitan el mayor o menor aprovechamiento social de su capacidad para brindar servicios directos e indirectos de salud.

De esa manera, participar activamente en los proyectos de cambio, en la adecuación de esos servicios, y para expandir sus propias posibilidades mediante



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



las oportunidades sistemáticas de aprendizaje, perfeccionamiento individual y grupal. Según Mario Rovere (Planificación Estratégica del recurso humano en Salud).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



4.5. Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Según Informes del Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la evaluación de tecnologías sanitarias es una actividad multidisciplinaria que consiste en sintetizar y analizar la información científica con el objetivo de guiar las decisiones clínicas y administrativas a todos los niveles del sistema de salud (GETSIL, 2004).

Frente al desarrollo cada vez más rápido de la tecnología y a la presión que esto ejerce sobre el sistema de salud, la evaluación de tecnologías persigue el objetivo de asegurar la mejor calidad posible de la atención sanitaria y la utilización racional de los recursos, acercando al decisor la mejor información científica disponible.

El contexto actual del sistema de salud es propicio al desarrollo de la evaluación de tecnologías. Los recursos son cada vez más escasos, las necesidades de la población aumentan y las tecnologías se desarrollan a un ritmo creciente. Poco de lo que se hace se evalúa y es fácil de constatar que mientras los costos aumentan en forma vertiginosa, los resultados en términos de salud son estables.

Las nuevas tecnologías no reemplazan las precedentes, sino que se agregan. El desarrollo tecnológico trae además consigo cambios mayores en el modo de dispensación de servicios que se operan generalmente sin evaluación previa.

Finalmente, la revolución que se vive en el campo de la comunicación hace que los pacientes mejor informados tengan exigencias cada vez más elevadas en torno a la atención sanitaria y puedan recurrir con más frecuencia a recursos legales a fin de obtener el acceso a las tecnologías y servicios existentes, pero no cubiertos por los seguros de salud (GETSIL, 2004).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



La evaluación de tecnologías aporta a los decisores, en todos los niveles jerárquicos de la organización, una información basada en el conocimiento científico utilizando metodologías reconocidas.

Evaluar es hoy en día una actividad indispensable para decidir tanto sobre la incorporación como sobre la cobertura de nuevas tecnologías y el reemplazo o la exclusión de tecnologías obsoletas, sobre la base de la inocuidad, eficacia, efectividad y eficiencia. Como también para apoyar los modelos de implantación, difusión y utilización de tecnologías y de modos de intervención en salud.

La evaluación de tecnologías necesita integrarse (y no imponerse) a las preocupaciones de los decisores y responder a las prioridades de la organización o del sistema. Las necesidades de evaluación son enormes y las organizaciones de evaluación de tecnologías se ven confrontadas a múltiples desafíos: priorizar, producir evaluaciones útiles, de calidad, accesibles en tiempo oportuno, cuyos resultados son utilizados y tienen un impacto sobre la toma de decisiones.

La calidad de las evaluaciones resulta del rigor de la metodología utilizada y exige tiempo y recursos humanos especializados. La accesibilidad en tiempo oportuno es un desafío constante, que pone en juego la capacidad de producir rápidamente una información rigurosa y exhaustiva.

Los resultados de la evaluación de tecnologías necesitan una difusión amplia, rápida y eficaz a fin de que los administradores y profesionales implicados puedan acceder fácilmente a la información pertinente a la hora de tomar una decisión (GETSIL, 2004).

La formación de los decisores y la promoción de la cultura y la práctica de la evaluación son aspectos esenciales a la interpretación correcta de los resultados de las evaluaciones y a la incorporación de los mismos en su práctica cotidiana.

El rol de la evaluación de tecnologías es acercar la información científica a la decisión. Sin embargo, uno de los desafíos actuales es cómo acercar la evaluación



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



a la decisión. La información producida por la evaluación de tecnologías es solamente uno de los elementos de la toma de decisiones y en el futuro se deberá desarrollar una metodología apropiada para identificar y medir su impacto en las decisiones y en los resultados de salud (GETSIL, 2004)

4.6 Las tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC) como entorno de integración social

En la actualidad, la alfabetización no puede entenderse únicamente como la capacidad para leer y escribir, que hasta hace poco era la que precisamos para vivir en sociedad, interactuar, convivir y ser parte activa de nuestro entorno.

Los nuevos contextos digitales implican la necesidad de una alfabetización que supere la tradicional, basada en la lecto - escritura, y que sirva de preparación para la vida en la sociedad digital (Gutiérrez y Tyner, 2012). Una sociedad donde los procesos sociales y culturales están siendo alterados. Así lo considera Echeverría (2008), cuando habla de “una revolución tecnocientífica que modifica las prácticas humanas, incluida la vida cotidiana”.

La alfabetización digital es una necesidad para dotar a las personas de las competencias exigidas en los nuevos entornos. Competencias que posibilitan tanto el acceso técnico y crítico a la información, como la creación de la misma y, en consecuencia, la participación y capacidad de relación necesarias en contextos sociales.

Se puede hablar de multialfabetizaciones, alfabetización digital, alfabetización mediática, alfabetización transformadora.

La terminología es abundante, pero como dice Casado (2006), “(...) en definitiva, estar alfabetizado digitalmente es poseer la capacitación imprescindible para sobrevivir en la sociedad de la información y poder actuar críticamente sobre ella” (Casado, 2006).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



4.7 Historia Clínica-Registros

La División de Enfermería (DE) cuenta con normas y protocolos de cada servicio, que se intentan actualizar regularmente. Se realiza seguimiento de varios registros, pero le es dificultoso con tantos datos e información unificar criterios para la toma de decisiones.

Los marcos referenciales y legales por los cuales se rigen los enfermeros surgen desde Ministerio de Salud (Ley 8899 y Ley 9564 de la profesión y ejercicio de Enfermería Prov. Entre Ríos).

Completan a diario una serie de registros: report diario, planilla de informe diario de pacientes, parte diario de pacientes, planilla de asistencia, imprevistos y horas mensuales del personal de enfermería (ver anexos). Cumplen un rol de supervisión los 365 del año de 06 a 21 hs.

Habitualmente se completan los datos e información obtenidos tan pronto como les es posible, evitando omisiones que podrían dificultar la evolución de los casos.

Se entiende que son instrumentos que forman parte de la historia clínica en el cual se describe cronológicamente la situación, proceso del estado de salud e intervenciones brindadas.

La HC es una de las herramientas más importante y útiles para la actividad cotidiana. Muchas veces menospreciada por lo tediosa y poco práctica, una historia clínica bien diseñada y utilizada es una aliada noble y de mucho valor para los médicos de atención primaria.

Su función primordial es ordenar la información para mejorar y facilitar la atención del individuo y la familia; nos permite reflexionar sobre los pacientes y abrir un canal de comunicación entre los distintos agentes de salud que actúan sobre el mismo (Médicos de Familia, Clínicos, Personal de Enfermería, Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Administrativos, etc.). Además de facilitar evaluaciones que nos permitan garantizar la calidad de nuestra actividad.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



La HC clásica que todos hemos aprendido padece de muchas carencias no por falta de datos sino por falta de utilidad. Muchas veces para ser más completos somos menos efectivos, la sobrecarga de información en una historia clínica puede retrasarnos o confundirnos en la búsqueda del dato que necesitamos.

La mayoría de los médicos terminan por no leer la historia y escribir directamente en la hoja de evolución, quizás repitiendo algún estudio ya solicitado.

Las diferencias fundamentales para nuestra práctica es que en la historia clásica no se registran problemas de salud. Los médicos de familia hablan de problemas de salud con lo cual no nos limitamos a categorizar entidades nosológicas, sino que este concepto nos permite ampliar nuestro espectro de registro.

En la HC tradicional su orden cronológico hace difícil seguir la evolución de un problema determinado. Además es difícil realizar evaluaciones de garantía de calidad; la información no se encuentra sistematizada por lo cual no es posible informatizarla; y por supuesto, al no estar previsto, es dificultoso realizar y registrar el cuidado preventivo del paciente.

Una HC útil sería una que registre los problemas de salud de sus pacientes, no solo los problemas de origen biológico sino también los de la esfera psicológica y social. Debe estar diseñada para registrar además de los problemas presentes aquellos que han pasado y que por sus características puedan afectar la funcionalidad de nuestro paciente o grupo familiar.

Además debe registrar los elementos que nos permitan conocer el contexto en que se desarrollan los problemas de salud (condiciones sociales, económicas, red de apoyo familiar y social).

Los objetivos de la historia clínica orientada a los problemas son:

- Registrar los problemas por los que nuestro paciente está consultando.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- Registrar los hechos pasados, presentes o futuros que sean relevantes para la salud de nuestro paciente y su familia.
- Registrar no sólo los hechos relacionados con la enfermedad, sino también aquellos relacionados con la salud.
- Registrar el contexto en el que esta relación se está desarrollando.
- Registrar el nivel de utilización de los servicios de salud, a los fines de auditoría, evaluación de calidad, planificación, etc.
- Facilitar la continuidad por parte de otros integrantes del equipo de salud.
- Dar un marco administrativo legal para el ejercicio médico.

Si bien el estilo puede ser distinto la HC orientada al Problema estructura la información en tres partes principales:

1. Conjunto mínimo de Datos Básicos.
2. Lista de Problemas.
3. Notas de Evolución.

En ciertas regiones cuando pensamos en un conjunto mínimo de datos para nuestra historia clínica es necesario que incorpore al mismo el indicador (N.B.I.) Necesidades Básicas Insatisfechas. Como su nombre lo refiere este indicador nos señala las necesidades básicas que nuestra población no tiene cubiertas.

El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas evalúa:

- Escolaridad: Tener algún niño en edad escolar (6-12 años) que no asista a la escuela.

- Hacinamiento: Presencia de tres o más personas por cuarto.
- Vivienda: Habitar en una vivienda de “tipo inconveniente”, como inquilinato o vivienda precaria. Esto excluye casa, rancho o departamento.
- Servicio: Habitar en viviendas sin retrete con descarga de agua.

Dentro del conjunto mínimo de datos incluimos el Genograma que es la representación gráfica de la estructura familiar, y de acuerdo con el grado de entrenamiento del médico, nos informa su funcionamiento. Utiliza símbolos seleccionados por convención, lo que permite su interpretación por cualquier médico capacitado.

A partir del genograma podemos conocer el contexto familiar con el que nuestro paciente vive, evidenciar la calidad de las relaciones con las que se vincula, conocer rápidamente antecedentes familiares de importancia.

Además, el construir un buen genograma nos permitirá conocer los nombres de los familiares de nuestro paciente, lo cual nos crea un principio de vínculo afectivo en la relación médico - paciente que no solo es especial, sino que evidencia nuestro interés y preocupación.

Si bien, como toda herramienta nueva, nos puede requerir un tiempo su aprendizaje, la inversión nos redundará en mayor conocimiento y eficacia en su manejo.

El Genograma es una de las herramientas fundamentales en la práctica del Médico de Familia; nos permite visualizar el contexto de nuestros pacientes rápida y fácilmente. Es una buena opción utilizarlo para optimizar nuestro tiempo en la consulta y profundizar el conocimiento sobre la relación médico - paciente familia.

Según el diccionario ‘problema’ hace referencia a una cuestión que se procura aclarar, o también, proposición para averiguar el modo de hallar un



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



resultado conociendo ciertos datos. Pero ¿Qué entendemos por Problema Salud?
Existen varias definiciones que nos pueden ayudar:

- ✓ Problema: es toda situación padecida por el paciente o su familia, que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o de algún otro miembro del equipo de salud.
- ✓ Problema: es cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el agente de salud perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente.
- ✓ Zurro M. (1994) “considera un problema a toda enfermedad, trastorno o anomalía dentro del campo biopsicosocial de la salud del paciente que deba ser objeto de atención por parte de los profesionales”.

Es una muy importante considerar una lista de problemas en la historia clínica que nos permite una rápida evaluación de la situación en un momento determinado.

Según Weed Laurence (1968), sugiere realizar un plan inicial de cada uno de los problemas registrados en la primera consulta. Luego de elaborar la lista de problemas el médico debe realizar un plan inicial de abordaje de estos que incluya, un plan diagnóstico, un plan terapéutico, un plan de educación, cada uno de estos será desarrollado en las Notas de Evolución.

Si bien es de utilidad no todos los modelos de historias clínicas orientadas al problema incluyen este plan inicial (Lawrence, 1968).

En las historias tradicionales las evoluciones son pobres y tediosas, esto se debe entre muchas cosas por la falta de una metodología consensuada por los médicos. En la Historia Clínica Orientada al Problema la evolución se realiza por el método del **S.O.E.P.** (Subjetivo, Objetivo Evaluación y Plan).

Hay 4 partes en la evolución de un problema:



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



S: Es la información subjetiva: lo que nos dice el paciente, los cambios o no en los síntomas. Muchas veces es muy útil consignar las mismas palabras o términos que utiliza nuestro paciente para poder valorar esta información.

O: Es la información objetiva: aquí se describe el examen físico (los signos del paciente, si hubo o no cambios, etc.), el valor de scores clínicos y los resultados de exámenes complementarios (laboratorio, imágenes, etc.) realizados para aclarar el problema.

E: Se refiere a la interpretación del problema y su reevaluación.

P: El Plan. Se consta de 4 partes:

1. *Dx.* (Plan Diagnóstico): Aquí se consignan los resultados de laboratorio, estudios por imágenes, test, etc. que se soliciten para especificar el problema.
2. *Tx.* (Terapéutica): Se refiere a los tratamientos que se le han indicado al paciente para ese problema. (Medidas Higiénico-Dietéticas, Medicación, Cirugía, Fisioterapia, etc.)
3. *Mx.* (Monitoreo): Aquí se debe especificar cómo se realizará monitoreo del problema. (HTA: control de T.A., DBT: Glucemias, Hb, glicosilada, etc.).
4. *Ex.* (Educación): Aquí se describe la información que se le da al paciente para la comprensión y/o prevención de su problema, y las estrategias utilizadas para aumentar la adherencia terapéutica.

En muchas ocasiones en la evolución de un problema puede no requerirse evolucionar cierta parte del S.O.E.P. Deben evolucionar todos los problemas tratados en la consulta. Las notas de evolución deberán ser firmadas por el médico de familia o el agente del equipo (enfermera, psicólogos, trabajo social) que hubiera actuado en la consulta.

En la HC es muy útil que se desarrolle una hoja exclusiva de 'Tratamiento' donde se coloquen los medicamentos que nuestro paciente toma. Así con un



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



vistazo, ordenadamente en una hoja sabemos toda la medicación que le fue prescrita a nuestro paciente.

Es fundamental que exista un sistema de códigos diagnósticos para poder clasificar los problemas de salud. Particularmente en Argentina no hay un sistema de códigos oficial.

Sin embargo, con la reforma del sistema de salud cada vez será más necesario clasificar los problemas y así obtener una gran capacidad de relevamiento estadístico, brindar información real y clara a los auditores, desarrollar mejor las tareas de docencia e investigación y nos permitirá sacar conclusiones sobre qué tipo de problemas atendemos con mayor frecuencia y planificar, así, nuestras actividades.

Haciendo referencia específicamente a los registros de enfermería, son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

Son instrumentos metodológicos que permita a las enfermeras llevar a cabo satisfactoriamente el proceso de cuidar. Debiendo favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud, y permitir que se les analice con fines estadísticos y de investigación.

El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería (por ejemplo, tiempo que el paciente lleva puesto un catéter o sonda, etc.).

Los registros son documentos que deberían contar con una serie de características como integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad, obligatoriedad, reserva, inalterabilidad para



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



posteriormente tomar decisiones. Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios.

En nuestro país, no hay propuesta de los organismos representativos más allá de las que cada uno realiza en nuestro lugar de trabajo.

De acuerdo con diversas investigaciones y enfoques teóricos, la **toma de decisiones** puede definirse como: “Un proceso amplio que puede incluir tanto la evaluación de las alternativas, el juicio, como la elección de una ellas (...)” (Artieta y González, 1998). En otras palabras, la toma de decisiones hace referencia a la capacidad cognitiva para elegir lo que involucra: análisis, categorización, juicios probabilísticos, construcción de alternativas y decisión.

En DE, se utilizan a diario informe diario de pacientes, informes diario de pacientes internados, report de enfermería, que son datos recogidos en todos los servicios de enfermería de forma corriente y habitualmente.

4.8 Manual de Evaluación de Hospitales en Entre Ríos

El Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos (recientemente Secretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social) ha venido trabajando en un Manual de Evaluación de Hospitales a través del Programa de Gestión para la calidad (Anexo 25).

El manual es un procedimiento escrito que intenta coordinar los mecanismos de información para garantizar la calidad de atención de los usuarios y que la misma no ha sido compartida aún con todos los profesionales y equipos de trabajo.

Esta tesis tiene en cuenta algunos de los ítems que evalúa el programa de gestión mencionado (Ver grilla. Pág. 146)

Dicho documento es importante y contribuiría a dar respuesta a la siguiente pregunta - problema: ¿Cómo es la calidad del sistema de información que se



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



produce en la división de enfermería del Hospital Santa Rosa de Chajarí para la toma de decisiones, teniendo en cuenta la aplicación procesual del modelo DICCA durante el primer semestre del 2019?

Cabe destacar que de la relevancia de la “Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de Información para la Toma de Decisiones en la DE del HSR Chajarí, Entre Ríos. Durante el primer semestre 2019” a la hora de describir el DICCA.

Y en conjunto con la “Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de Información para la Toma de Decisiones en la DE del HSR Chajarí, Entre Ríos. Durante el primer semestre 2019”, será íconos relevantes a la hora de describir el DICCA.

Experiencia en Colombia, Año 2017, respecto del Proceso de Producción de Información

A continuación se transcriben algunas experiencias en las que se ha participado desde el servicio de enfermería del Hospital Chajarí, donde se invitó a un grupo de profesionales para a conocer la “**Clínica Reina Sofía**” que forma parte del grupo de instituciones hospitalarias que conforman *Clínica Colsanitas S.A. (Organización Sanitas Internacional)*.

Con un enfoque de atención multidisciplinaria, personalizada e integral, con un alto contenido humanitario y con personal altamente calificado, alcanzando niveles de satisfacción importantes, que han permitido su posicionamiento y reconocimiento a nivel nacional e internacional.

Es una institución con modernas instalaciones, Sistemas de información médicos y administrativos avanzados, y tecnología avanzada.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En esa oportunidad, se reunieron los profesionales con la Directora de Calidad de Atención y Jefe de Enfermería hicimos un recorrido por todas las áreas y servicios. Haciendo hincapié en los registros digitales y en el Sistema de Informática que visualizan desde el Directorio.

Ellos lo llaman “plataforma electrónica” son plantillas que se completan continuamente por las personas que cumplen funciones laborales en la clínica, ingresando al mismo a través de un nombre de usuario y contraseña (único para cada profesional), donde completan todas las intervenciones que se le realizan a los pacientes (Gestión de cuidados, Gestión de Casos, Evolución, Prescripciones).

Los registros de Enfermería en la 1º página denominadas ‘sábana’, (los datos del paciente), 2º página (control de signos vitales), 3º página (todas las infusiones) y en la última página (todos los medicamentos que se deben administrar), además deben completar listas de chequeo donde se mide escala de riesgos de caída, escala de lesión de piel, control estricto de ingestas para pacientes con fallas cardíacas, etc.

Fue relevante conocer en detalle la forma en la que se produce información y se toman decisiones en otras instituciones de renombre a nivel internacional. Algunas de las lecciones aprendidas se recogen en las recomendaciones de esta tesis.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- Evaluar la calidad del sistema de información en salud que utiliza la División de Enfermería para la toma de decisiones teniendo en cuenta la producción y aplicación procesual del DICCA en el HSR Chajarí, durante el primer semestre del año 2019.

5.2 Objetivos Específicos

1. Analizar el perfil del personal de salud que intervienen en el proceso de generación, carga de datos e información y comunicación para la toma de decisiones.
2. Analizar y describir cómo es el proceso de producción datos, información, conocimientos, comunicación y acción para la toma de decisiones.
3. Analizar la opinión de las personas que intervienen en el proceso de producción de información sobre el Sistema de información en salud que se utilizan en el HSR Chajarí, durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



6. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia metodológica y tipo de estudio

- Es un estudio de caso cuali - cuantitativo: Los datos cualitativos serán analizados de acuerdo al método de análisis temático y los datos cuantitativos mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

A su vez, se triangulan datos en una misma persona: entrevista y observación participante que no busca ser representativo de todo lo que sucede en los hospitales o en servicios de enfermería.

Lo que pretende es conocer cómo es la calidad del sistema de información que se produce en la división de enfermería del Hospital Santa Rosa de Chajarí para la toma de decisiones; durante el primer semestre 2019, para luego extraer conclusiones y recomendaciones que puedan ser utilizadas en gestión.

- Eje transversal: Evaluación a partir de tener en cuenta la integración de los diversos registros que realizan los enfermeros a diario, utilizando el modelo procesual DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción) como soporte digital del sistema de información de salud, para la toma de decisiones.

- Técnica de recolección de datos: Entrevistas estructuradas a informantes claves y Registro de Observación Participante de las actividades de producción de datos, información, comunicación y acción del personal de salud de la división de enfermería del H.S.R. Chajarí.

- Unidad de Análisis: Cada uno del personal entrevistado y cada uno de los instrumentos utilizados. Unidad muestral compuesto por 10 enfermeros/as, de los cuales 8 son mujeres (rango de edad de 42 a 65 años) y 2 varones (rango de edad de 43 a 53 años).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Serán descriptos en el análisis de los resultados en el apartado objetivo 1 y cuyas instituciones formadoras son variadas con orientaciones diferentes: UNER (6), UNR (1), UAP (1), U. Maimónides (1), Cruz Roja (1).

El máximo nivel de formación: Licenciados en Enfermería (6) y Enfermeros (4) que trabaja en registros ya sea en la producción datos como en información y comunicación.

-Se elaboraron los siguientes instrumentos:

- **“Guía de entrevistas al personal de salud”**, donde se pregunta datos sociodemográficos, características de los registros y sistemas que trabajan, relevancia al completar registros, carga, periodicidad y comunicación de información, qué piensan del SIS y en qué parte del proceso del DICCA intervienen, quién o quienes cargan, producen, analizan y comunican la información en los servicios de Enfermería y del HSR Chajarí.
Los problemas que se observan en los registros y conocimiento acerca del Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales de Entre Ríos. (Anexo 22)
- **“Registro de Observación Participante”** donde se tomó tiempo (con cronómetro) que ocuparon para escribir en soporte papel y digital, luego informar verbalmente esa recogida de datos. Además, se elaboró una grilla de registro de evaluación en base al Manual de Evaluación de Hospitales a través del Programa de Gestión de la provincia de Entre Ríos. (Anexo 23)

- Variables:

1. Sociodemográficas: Edad, sexo, nivel de ingreso del personal de salud: enfermeros/as que intervienen en la división de enfermería.
2. Formación educativa: (máximo nivel alcanzado), institución formadora, años en el establecimiento y años cumpliendo función jerárquica, formación en TICS y programas como Word, Excel y otros. Comunicación educación.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



3. Tiempo: que dedican a la carga y comunicación de datos e información.
Medida con el modelo DICCA marco teórico.
4. Calidad: Donabedian (1980) define la calidad como ‘una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso’, con una evidente implicación para los servicios colectivos.
5. Evaluación de calidad: Se evaluará el proceso de producción de datos, información, conocimiento, comunicación, acción. De acuerdo con una grilla de verificación elaborada al respecto y con los estándares que establece la normativa legal.
El control de calidad de la información de los registros y utilidad de los registros para la toma decisiones.
A los fines de calidad se tendrá en cuenta la definición de Donabedian (1980), en término de proceso (por ejemplo: accionar del personal y los pacientes, precisión y oportunidad, aplicación de procedimientos y proceso de comunicación).
En término resultado (por ejemplo: mejoramiento de la salud de los pacientes, conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio, satisfacción de los usuarios con la atención recibida).
6. Sistema Información en Salud: Se seguirá a los fines de esta tesis el modelo DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción). La definición de esta variable ha sido proporcionada en el apartado “**4.3. Sistema de Información en Salud (SIS)**”.
La integración de DICCA en el proceso de trabajo es la forma de construir el camino, que nos lleve de la práctica fragmentada al ejercicio de la ciudadanía, según Moraes (2002).
Debe tener este componente reflexivo que permitiría a los trabajadores de salud apropiarse de su proceso de trabajo mediante una concepción creativa, transformadora de la realidad y no alienante del trabajador.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



7. Características de los registros y sistemas: Registros manuales y digitales, registros para toma de decisiones, utilidad de la información, comunicación, persona especializada, actores que toman decisiones, importancia de los registros digitales, problemas en los registros. Se analizará la información que se repite en cada registro a tal fin, se elaboró una grilla comparativa.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



7. RESULTADOS

7.1 Análisis del perfil del personal

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación, que permiten analizar el perfil del personal de salud que interviene en el proceso de generación, carga de datos e información y comunicación para la toma de decisiones. Se ha dado cumpliendo de manera íntegra al objetivo 1.

En el proceso de producción de información intervienen enfermeros/as, personas con las siguientes características. Fueron entrevistadas 10 personas. A continuación se presenta la tabla con los principales resultados:



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Tabla 1: Respecto del objetivo 1, donde se analiza y evalúa el perfil de las personas que intervienen en el proceso de carga de datos e información y comunicación para la toma de decisiones, acorde a los requerimientos del modelo DICCA.

SEXO	EDAD	F. ACAD.	INST. FORM.	INF.	ANT. F. JERARQ.	ANT. INST.	CAPACIT.	TICS	PROGR.	Entrevista
F	43 A.	LIC.ENF.	UNER	SI	5 AÑOS	21	SI	NO	SI	1
F	65 A.	ENFERM	UNER	NO	14 AÑOS	30	NO	NO	SI	2
F	42 A.	LIC. ENF.	UNR	NO	12 AÑOS	21	SI	NO	SI	3
F	43 A.	LIC. ENF.	UNER	NO	10 AÑOS	20	SI	NO	SI	4
M	53 A.	LIC. ENF.	MAIM.	SI	12 AÑOS	14	SI	NO	SI	5
F	42 A.	ENFERM	C.ROJA	NO	8 MESES	14	SI	NO	SI	6
M	43 A.	LIC. ENF.	UNER	NO	6 AÑOS	20	SI	NO	SI	7
F	52 A.	ENFERM	UAP	NO	23 AÑOS	29	SI	NO	SI	8
F	57 A.	LIC. ENF.	UNER	SI	7 AÑOS	21	SI	NO	SI	9
F	52 A.	ENF.	UNER	SI	10 AÑOS	29	SI	SI	SI	10

Fuente: Entrevista a personal enfermería HSR. Durante el primer semestre del año 2019.

Las personas tienen una edad mínima de 42 años y máxima de 65 años. De los cuales 2 personas son hombres y 8 mujeres.

La DE, se conforma como tal en 1998 a instancias del Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, con un jefe de división, supervisores,



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Enfermeros jefes de Unidad y subchefes – Clínica Médica, Maternidad, Pediatría, Guardia, Cirugía, Quirófano y Consultorios Externos.

Desde el 2003 el Decreto N° 4777 SES, brinda el marco regulatorio a las funciones con la orgánica hospitalaria. Con formación académica de pregrado y grado, con años de servicio en la institución.

Las instituciones académicas a las cuales concurrieron de diferentes orientaciones, 6 de los 10 entrevistados/as se han formado en UNER (con orientación en Salud familiar y Comunitaria), 1 UNR (con orientación en administración de servicios de enfermería), 1 Maimónides (con orientación en Salud familiar y comunitaria con perspectiva holística), 1 UAP (orientación asistencial y comunitaria), 1 Cruz Roja (con orientación comunitaria Resolución 620/15 CGE, Entre Ríos).

Sólo una persona con orientación administrativa y el 90% ha finalizado sus estudios con orientación en salud comunitaria, o sea que la mayoría prestan servicio en la comunidad.

Es decir que tanto la formación académica de gestores sería menor. Como la directora del hospital, que en muchos de los casos dificultaría en sí el trabajo, ya que su enfoque es netamente en salud familiar y comunitaria, exigiendo un labor extra en la concientización de la importancia de los registros para la toma de decisiones para la elaboración de un plan estratégico a corto, mediano y largo plazo; más aún la incorporación de registros digitales.

A la totalidad de los entrevistados que se les ha preguntado respecto de la cátedra 'Informática' en su formación profesional los que respondieron que "sí", han aclarado que, utilizaron aulas virtuales y es por ello que fueron capacitados.

Por ejemplo E1 responde: "No estamos actualizados con el sistema de informática y el hospital tampoco está preparado para esto. No tiene programas en



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



red para organizarnos. Enfermería tiene las ganas y las ideas, pero no tiene el soporte tecnológico brindado a nivel dirección.”

En relación a la aplicación de programas digitales todos han respondido que utilizan los básicos como Word y Excel. Todos los entrevistados no serían “nativos digitales”.

En la observación directa, se pudo ver que las mujeres tuvieron menos dificultades que los hombres, en el uso de tecnología informática.

El término "nativo digital" fue acuñado por el autor estadounidense Marc Prensky en 2011 en un ensayo titulado: “La muerte del mando y del control”; en él los describe como aquellas personas que habían crecido con la red y el progreso tecnológico y con la era analógica. A esa nueva generación, posterior a los Millenials se les conoce como "Generación Z" y es la nacida entre los años 1995 y 2015.

Según Prensky (2011), los rasgos que caracterizan a los nativos digitales: quieren recibir la información de forma ágil e inmediata, se sienten atraídos por multitareas y procesos paralelos, prefieren los gráficos a los textos, se inclinan por los accesos o hipertextos al azar, funcionan mejor y rinden más cuando trabajan en red, tienen la conciencia de que van progresando, lo cual les reporta satisfacción y recompensa inmediatas; prefieren instruirse de forma lúdica a embarcarse en el rigor del trabajo tradicional.

Cuando en la entrevista se pregunta acerca de las capacitaciones, a excepción de una persona, los demás han asistido a las que tienen que ver con jornadas y congresos de enfermería.

En la columna de la tabla 7.1 responden 9 de 10 entrevistados que “no” se han capacitado en TICS (Tecnología de la Información y Comunicación).

La eventual introducción de nuevos recursos tecnológicos “TICS”, es uno de los principales desafíos actuales de los programas de informática educativa. También depende de la producción y disponibilidad de recursos informáticos



UNR

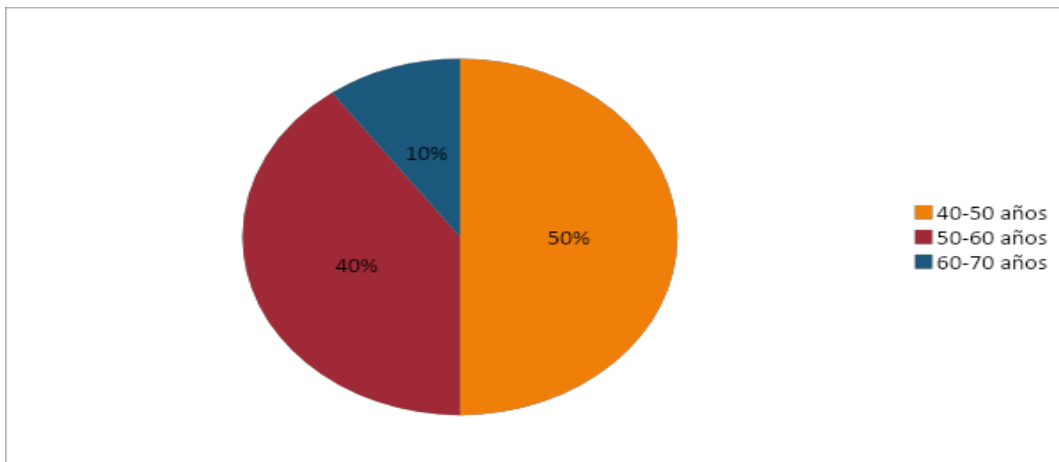


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



(software, aplicaciones creativas, guías, fichas metodológicas) como material de apoyo para el trabajo diario, aunque genere resistencia.

Gráfico: 1. Edades de los entrevistados



Fuente: Nomenclator del departamento de enfermería, HSR. Durante el primer semestre del año 2019.

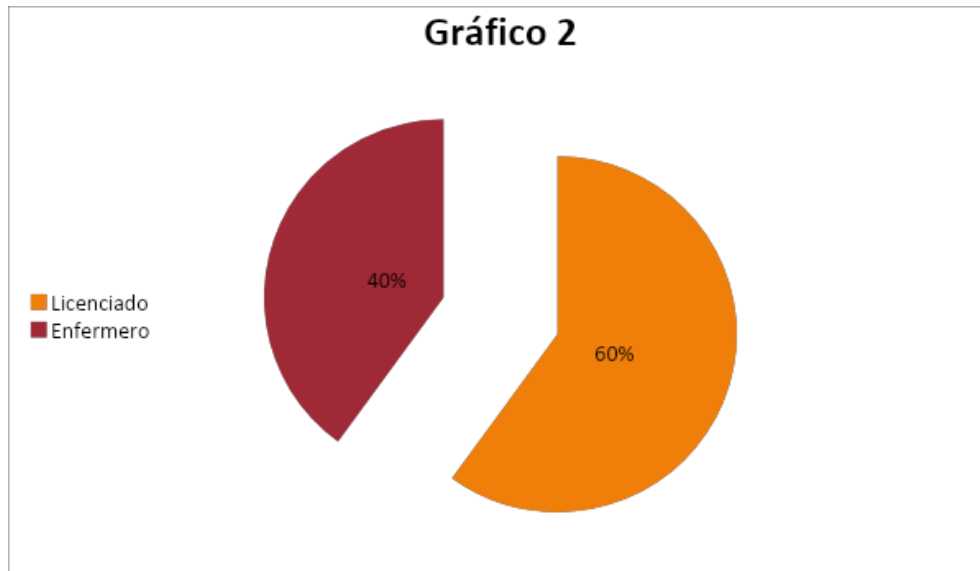
Tabla 2: Sexo de los entrevistados

Sexo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
Femenino	x	x	x	x		x		x	x	x	8	80%
Masculino					x		X				2	20%
											10	100%

Fuente: Nomenclator del departamento de enfermería, HSR. Durante el primer semestre del año 2019.

La dotación de personal de enfermería que cumple funciones jerárquicas en el HSR, el 50% tiene entre 40 y 50 años; en un 40% entre 50 y 60 años; el otro 10% más de 60 años. Son en su mayoría de sexo femenino. A su vez, que el 40 % es licenciado y el 60 % restante enfermeros.

Gráfico 2: Título de grado y pre-grado



Fuente: Oficina personal-área RRHH del HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Tabla 3: Institución formadora de los entrevistados

Institución Formadora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
UNR			x								1	10%
UNER	x	x		x			X		X	X	6	60%
UAP								X			1	10%
CRUZ ROJA						X					1	10%
UNIV. MAIMÓNIDES					X						1	10%
Total											10	100%

Fuente: Dpto. Enfermería y Área de RRHH del HSR. Chajarí, Entre Ríos; durante el primer semestre del año 2019.

El personal de enfermería que ocupan funciones de supervisores, jefes y subjefes en un 60% ha obtenido su título de grado y el 40% restante tiene título de grado.



UNR

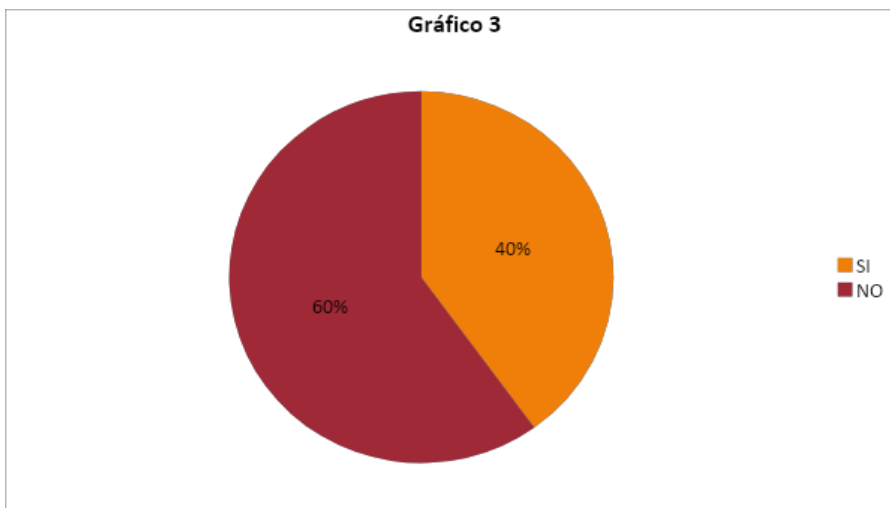


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Lo que además se puede visualizar que su mayor ente formador ha sido la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) cuya orientación es en salud familiar y comunitaria, y el otro 40% está dividido en otras entidades como Universidad Nacional de Rosario (UNR), Universidad Adventista del Plata (UAP), Universidad Maimónides y Cruz Roja.

Gráfico 3: Formación académica y cátedra en informática.

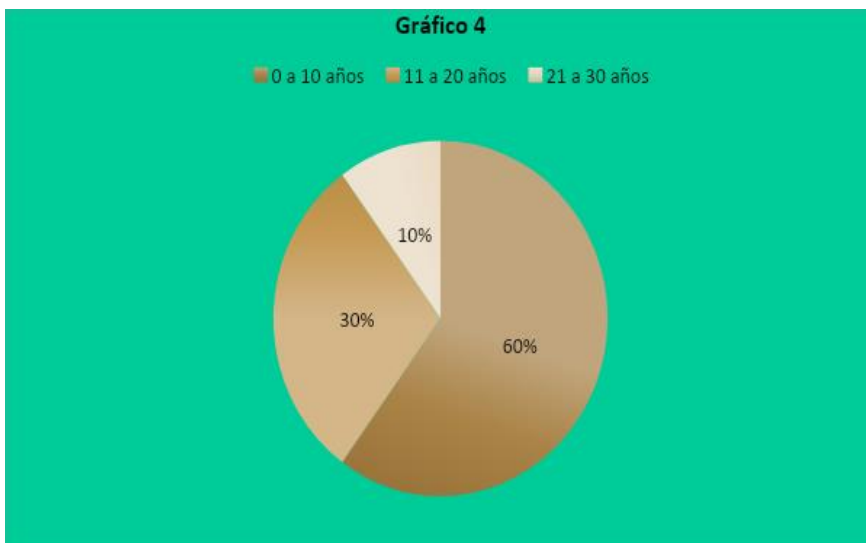


Fuente: Personal de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Las personas entrevistadas refieren que en su formación académica no han tenido la cátedra “Informática” en un 60% y que el 40% restante sí.

Si bien el 40% menciona tener conocimientos de informática, sólo los supervisores de enfermería presentan informes digitalizados. Los jefes refieren solicitar ayuda de familiares o amigos al exigirles que realicen alguna nota o informe, ya sea por falta de destreza o por no contar con una computadora en el servicio.

Gráfico 4: Antigüedad cumpliendo función jerárquica.



Fuente: Personal de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Tabla 4: Función jerárquica del personal de enfermería entrevistado

Función Jerárquica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
Supervisor	x		x	x	x		x				5	50%
Jefe						x		x	x	x	4	40%
Subjefe		x									1	10%
Total											10	100%

Fuente: Departamento Central de Enfermería, Secretaría Ministerio de Salud E. Ríos, durante primer semestre del año 2019.

Los partícipes de la entrevista, ocuparían un rol jerárquico dentro de la estructura del sistema de salud del HSR, por concurso ministerial o disposición interna firmadas por la dirección hasta llamado a concurso. La organización de sus actividades diarias administrativas se planifica de acuerdo a directivas del Dpto. Central de Enfermería de la provincia (decreto 3927, 7144, 4777, resol. Nac. 194/95, resol. 1301, organigramas H., Ley 8899 y Ley 9564). En un 60% la antigüedad en



UNR

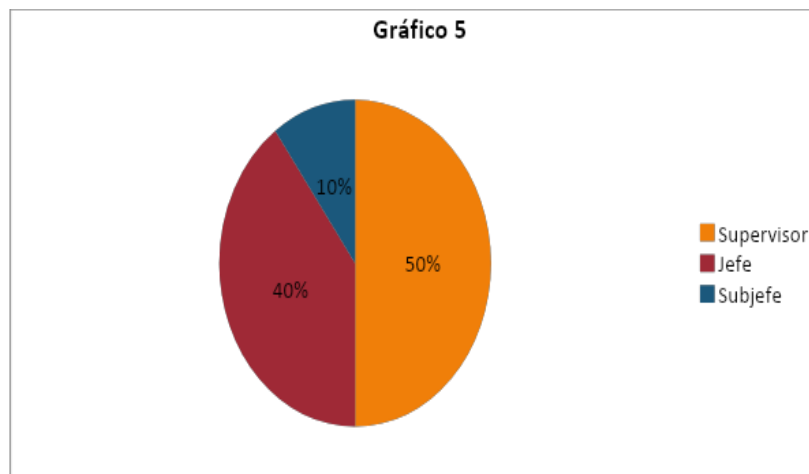


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



supervisión, jefe o subjefe es de 10 años o menos. Siendo que un 50% son supervisores, 40% jefes y en un 10% subjefe.

Gráfico 5: Función jerárquica de personal entrevistado



Fuente: Nomenclator del departamento de enfermería, HSR. Durante el primer semestre del año 2019.

Tabla 5: Antigüedad institucional del personal de enfermería entrevistado

Antigüedad Institucional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
10-20 años				x	x	x	x				4	40%
21-30 años	x	x	x					x	x	x	6	60%
Total											10	100%

Fuente: Oficina personal-área RRHH del HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

La mayoría de los enfermeros que desempeñan sus actividades en función jerárquica en el HSR Chajarí, tienen una antigüedad institucional de más 21 años de servicio.

Desde la DE, se intenta fomentar la asistencia a cursos de perfeccionamiento, conferencias, impulsando la capacitación, actualización



UNR

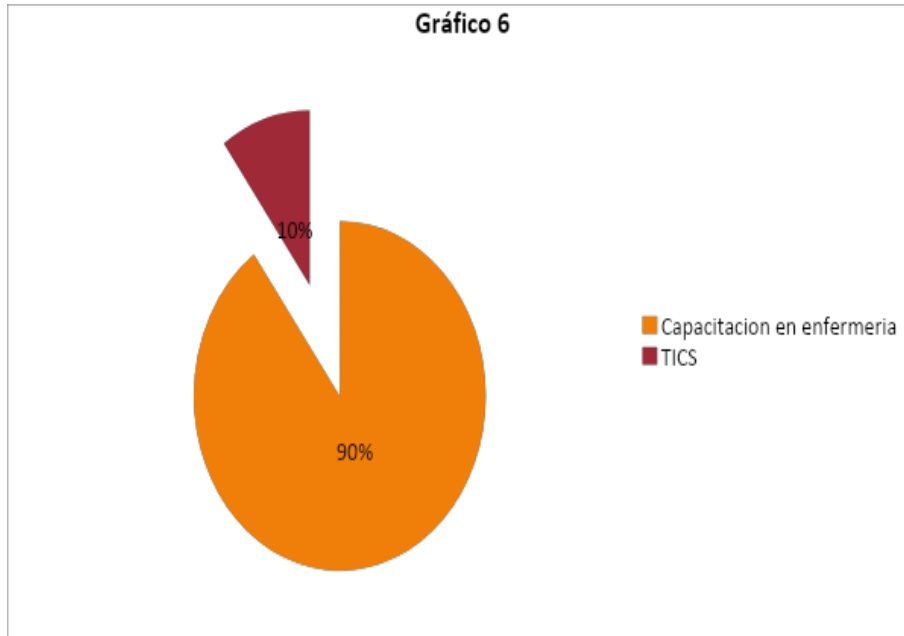


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



permanente del personal de enfermería, haciéndolos partícipes en la organización de dichos eventos. Pero es evidente que hay resistencia a la incorporación de avances tecnológicos en el ámbito laboral.

Gráfico 6: Capacitación en TICS del personal de Enfermería



Fuente: Registros actualizados de D.E. Del HSR, Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



7. 2 Análisis del DICCA para la toma de decisiones

A continuación se presentarán los resultados en relación al objetivo 2, es decir se analiza y describe cómo es el proceso de producción de datos, información, conocimientos, comunicación y acción para la toma de decisiones. Cabe señalar que los sistemas de información en salud son el eje principal no sólo para tomar decisiones de calidad sino para planificar estratégicamente y organizacionalmente.

En la DE se recogen datos a diario, algunos registros son repetitivos, muchos de ellos en soporte papel, no se entrecruzan, en otras ocasiones hay déficit de datos, dependiendo de la asistencia que se les está brindando a los usuarios.

En cuanto a la información que se produce en la DE, permite la categorización de pacientes respecto de los cuidados, redistribución y planificación diaria de dotación de enfermeros.

Una vez que se conoce cantidad de camas ocupadas, categorización de cuidados que se deben brindar a los pacientes, disponibilidad de profesionales, actos quirúrgicos por llevarse a cabo, asistencia de personal de enfermería (prevista o imprevista), se informa a dirección.

La comunicación con dirección y otras áreas lo realiza la jefa de división de enfermería, de forma verbal, escrita o telefónicamente.

En el momento de utilizar el DICCA, se interactúa de manera más lenta al accionar mecánica o situacionalmente de los enfermeros/as frente a la necesidad de brindar o mejorar la calidad de atención de las personas cuidadas.

A continuación se presentan las respuestas brindadas por el personal de salud de enfermería del H.S.R. Chajarí en relación a:



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- **Sistema de información en salud:**

De manera mayoritaria las personas entrevistadas respondieron que el hospital y el servicio, no están actualizados, falta información, la información está desactualizada, la información no sirve para la toma de decisiones en salud, ni clínicas, ni epidemiológicas, ni preparados para el uso de tecnologías de la información y comunicación, falta soporte tecnológico y capacitación. Que lleva mucho tiempo e implica esfuerzos adicionales la carga de datos. Así expresaron que:

“No estamos actualizados con el sistema de informática y el hospital tampoco está preparado para esto. No tiene programas en red para organizarnos. Enfermería tiene las ganas y las ideas, pero no tiene el soporte tecnológico brindado a nivel dirección” (E1)

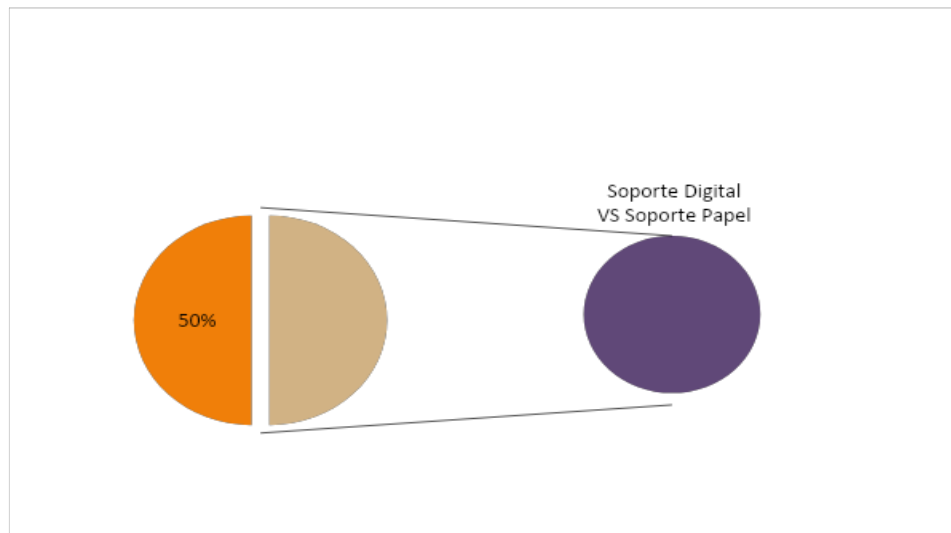
“Toma de datos es repetitiva y a veces escasa. Hay déficit de registros. Falta completar. El servicio de estadística no es en tiempo y forma” (...) “La información es descoordinada” (E3, E8)

“Mucho dato en soporte papel, pero deberíamos tener en soporte digital para tener una vista rápida a la hora de tomar decisiones” (...) “y nos falta digital. Estamos retrasados en la carga de tantos datos. No se entrecruzan los datos” (...) “A veces tenés todos los datos y no tenés la manera de registrarlo” (E4, E5, E6)

“Hay contradicción, la dirección del hospital da información que no es verdadera. En enfermería en cambio hay buen diálogo en cuanto a brindar información entre colegas y bajada de línea”. (E7)

De manera minoritaria algunos expresaron que el sistema de información en salud es bueno o muy bueno (E2, E10).

Pensamiento sobre el sistema de información de salud del hospital y del servicio de enfermería. Gráfico 7:



Fuente: Registros actualizados de D.E. Del HSR, Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Hay una diversidad de respuestas acerca de lo que piensan sobre el sistema de información del hospital y del servicio de enfermería. La información proveniente de las entrevistas coincide con estudios realizados en América Latina que dan cuenta de la misma problemática que tienen los sistemas de información en salud a la hora de incorporar tecnologías. Así, se encuentra una serie de problemas en los datos y la información sobre condiciones de vida y eventos del Proceso Salud Enfermedad Cuidado (PSEC) que dificultan su utilización.

En el contexto del servicio, los problemas que identificaron las personas entrevistadas son: la existencia de registros asistemáticos, ausencia de soporte



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



magnético (en formato papel), bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), superposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, déficit herramientas informáticas estandarizadas, entre otros problemas. Sobre estos aspectos problemáticos se formulan recomendaciones para la mejora de la gestión en el servicio de enfermería.

Propuestas para el cambio del sistema de información en salud desde la perspectiva de los y las trabajadoras

El personal de enfermería al ser preguntado sobre los aspectos que son necesario cambiar en el sistema de información en salud, respondieron que es necesario el trabajo en red, avanzar en la informatización del servicio, digitalizar procesos e HC, completar los registros, a vez que mejorar los procesos de comunicación interna para no enterarse de lo que sucede en el hospital o servicio por las redes sociales.

Así el personal expresó que:

“Trabajo en red, todos los sistemas poder informatizar las H.C. y el manejo de enfermería, permitiría mayor seguimiento, cometer menos errores, repetición de datos e información de un Pte.” (E1) (...) “Todo digital sería mejor” (...) “digitalizar” (...) “Se podría llegar a cambiar en cuanto a informatizar los sistemas, para hacer más ágil el trabajo porque al escribir se pueden omitir errores y en cuanto a digitalizar es más difícil equivocarse” (...) “Cambiaría lo que se data en papel y a la hora de analizarlos no sirve porque deberíamos tener todos estos datos digitalizados para tener una vista rápida” (...) “Lo cargamos en papel y después lo volcamos en lo digital y nos lleva mucho tiempo extra, estamos retrasados en carga de datos. Actualizar. (E1, E2, E4, E5, E6)

“Falta completar registros”. (E3)



UNR

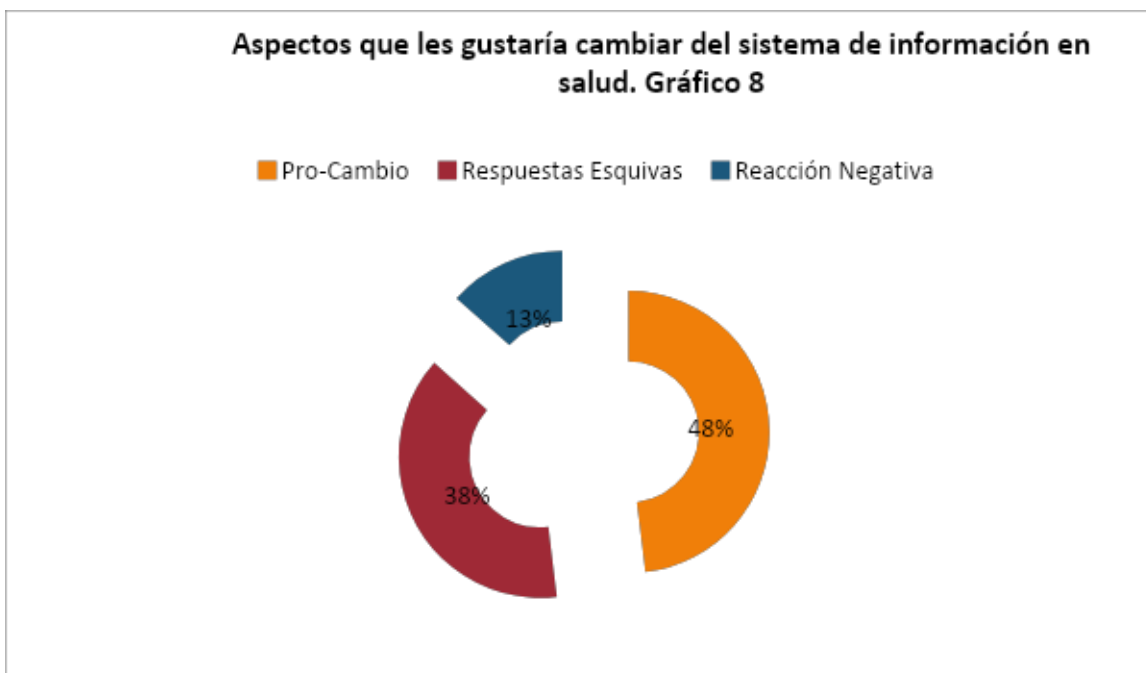


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



“No enterarse por Facebook lo que se hace en el hospital y hay cosas que te enteras por medios de comunicación locales, falta de comunicación y de reuniones semanales”. (E8, E9, E10)

Gráfico 8:



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

No se posee un software de gestión abarcativo e integral, que comprenda la totalidad de los procesos que se realizan y los objetivos planteados. Ni un soporte digital que esté diseñado para evitar la doble carga de ciertos datos hace que, el 50% de los encuestados coincide en que poseer un sistema de computación en red, en cantidad, calidad, poseer conexión ágil a internet y la disposición de las PC posibilita la generación de información oportuna e integral que resuelva cualquier inconveniente en la red informática de manera de no interrumpir la labor diaria.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



De las entrevistas surgen algunos aspectos que cambiarían de los registros y del sistema en el contexto de emergencia pasando a la digitalización total de los procesos e historia clínica. Así, sostienen que cambiarían los registros del soporte papel a digital para agilizar la carga de datos que se puedan visualizar resultados más rápido y que se pueda tomar decisiones inmediatas. Donde se evite la repetición de datos, y que otras oportunidades quedan sin registrar debido a la demanda de trabajo.

A saber:

“Digitalizarlos. Actualizar los programas en la PC. Hacer de otra manera los registros de guardia (por la demanda de trabajo e insumos)” (...) “Informatizar los registros” (E1, E7, E8, E9)

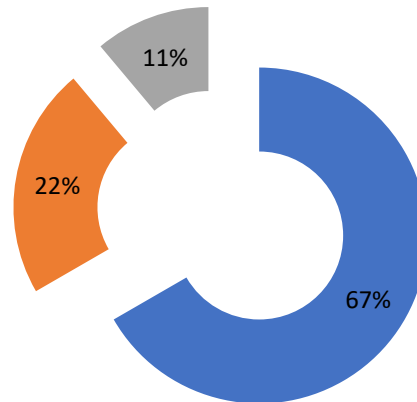
“Tener un programa específico para poder analizar más rápido”. (...) “Quisiera un sistema que cargue los datos una sola vez” (...) “que se vean resultados rápidos y se pueda tomar decisiones”. (E3, E4, E5)

“No. Creo que registramos todo y es suficiente”. (E6)

“Sí. Porque hay muchísima cosa que no se registran y se hacen”. (E10)

¿Cambiaría algo de los registros que llevan? Gráfico 9

■ Digitalizar e informatizar ■ NO ■ Si



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

- Aspectos que favorecen o dificultan la toma de decisiones en enfermería

El personal de enfermería al ser preguntado sobre los aspectos que favorecen y/o dificultan la toma de decisiones en enfermería expresaron de manera casi unánime que es beneficioso el proceso digitalización. Así de las entrevistas surge que los aspectos que favorecen la toma de decisiones en salud es que la utilización de los sistemas digitalizados, les ahorra tiempo y les permite dedicar más tiempo a los paciente (E. 1) aunque reconocen que a algunos enfermeros/as les cuesta más tiempo la apropiación de las TICS.

Los entrevistados han respondido más a las dificultades que llevan a la falta de toma de decisiones como: analfabetismo en sistemas de informática, trabajo en red, fallas en la comunicación, falta de asunción del rol y el no seguimiento de línea de dependencia jerárquica. Y en menor medida hacen referencia a aspectos que le



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



favorecen como: la formación personal, empatía con los colegas y otros no respondieron

A continuación se presentan algunas de las respuestas:

“Dejaría más tiempo para trabajar con el paciente. Nos desfavorece la falta de apoyo, gente que no está formada, pero hay gente que tiene ganas, hace un curso y viene a formar a sus propios compañeros. Sí los enfermeros tenemos que saber que tienen que conocer informática. Somos analfabetos en esto. Es un mundo más amplio. Prioritario”. (E1)

“Depende de la persona, a unos les cuesta más y a otros menos tomar decisiones”. (E2)

“Los que favorecen es el nivel de formación del personal. Los concursos de enfermería hicieron que el personal conozca su servicio y tenga manejo de administración. Para redistribuir y conocer la demanda diaria” (...) “: tener empatía con el colega” (E3)

“No se sigue línea de dependencia de jerarquía y se involuciona en toma de decisiones de enfermería por tener acceso directo a la dirección”. (E4)

“Fallas en la comunicación por conflictos que se pueden resolver en los servicios y llegan a supervisión”. (E5)

“Dificulta: falta de persuasión para que realicen las actividades los colegas”(…) “el problema es cuando no hay registro”(…) “falta de trabajo en red dentro de la institución” (...) “mala predisposición cuando se le comunica al personal de la redistribución según necesidad”(…) (E3) “Lo que dificulta es la falta de asunción de rol de algunos jefes” (E6, E7, E9, E10)



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En relación a la utilidad de la información producida

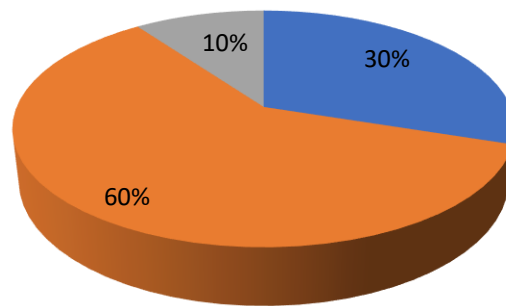
“Nos permite tomar decisiones en cuanto a redistribución de personal. Por ejemplo, si tenemos urgencia en el área de la guardia y un paciente tiene que ser derivado, tenemos que decidir que otro personal está preparado para cubrir esa área, así como también quirófano que también nos puede generar un trabajo diferente y saber que personal tengo para planificar. El parte diario digitalizado es más rápido que estar escribiendo, visión rápida de los tenés y actuar” (E1)

“Sí” (...) “Muchas veces sí” (...) Por ejemplo, educación para la salud en el alta (...) “Redistribución y planificación del personal. Movimientos y rotación de camas según complejidad” (...) “Tomar decisiones el móvil de traslados que se utiliza dependiendo de la complejidad de cuidado de paciente que se deriva” (...) “Ejemplo: en base a los registros se solicitan insumos”(…) “Tomar datos y decidir en qué servicio necesita mejorar la calidad de atención de acuerdo a la cantidad de pacientes que hay (...) Ejemplo: traslado a mayor complejidad y esa enfermera está designada en un servicio se puede rotar y redistribuir el personal” (...) “Sirven para evolucionar diariamente la continuidad de los tratamientos” (...) “Para evaluar la calidad de atención”. (E2 al E10)

Utilidad de los registros para toma de decisiones

Gráfico 10

- Planificación y redistribución RR HH
- Clasificación según criterio complejidad del paciente
- Insumos-Materiales



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Las personas que han sido entrevistadas refieren que los registros le sirven para tomar decisiones inmediatas a corto plazo y de resolución rápida respecto de redistribución de personal, rotación por los distintos servicios dependiendo la demanda de usuarios.

A su vez, planificar por ejemplo en situaciones urgentes, pacientes de alta o educación para la salud en la continuidad de los tratamientos. Y solo uno de encuestados específica que le sirve para evaluar la calidad de atención.

La toma de decisiones en la redistribución y planificación de actividades connota un sistema formal de resolución de problemas simples o complejos que surgen diariamente en este establecimiento de salud.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Sobre los registros que llevan en el servicio de enfermería

De las entrevistas surge que existe una multiplicidad de registros tanto manuales como digitales, superposiciones, vacíos, casos en los que no se llega a completar, la cantidad de registros dificulta la toma de decisiones tanto estadísticas como clínica, no permite la evolución de las HC entre otros aspectos señalados. Lo cual también se corrobora a partir del registro de observación participante.

Así los y las entrevistadas expresaron que:

“Registro manual en gran parte y ahora empezamos y empezamos a digitalizar el parte diario como piloto, se está enviando una copia digital a la dirección todos los días, un nomenclador (datos de los enfermeros todos digitalizados)”(E1)

“Hoja de Enfermería, report y se podría registrar más de todo lo que se hace” (E2)

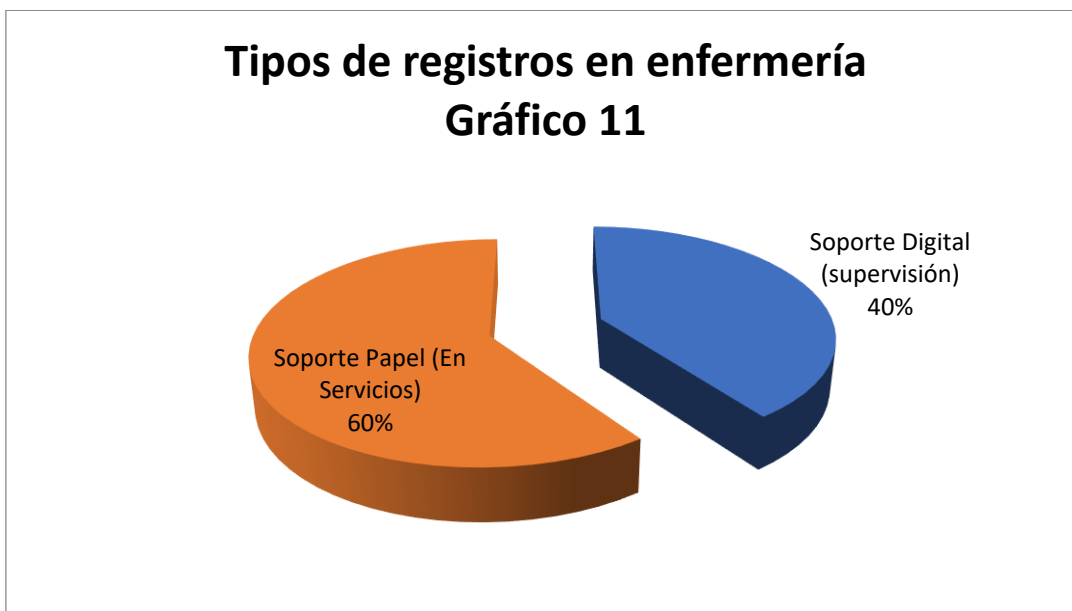
“Parte diario con diagnóstico y tratamiento de pacientes. Parte de supervisión con oferta, demanda y complejidad de pacientes. Report. Estadísticas de traslados. Parte semanal de asistencia. Fichas personales con ausentismo previsto e imprevisto de enfermería”. (E3)

“Parte diario con diagnóstico y tratamiento de pacientes. Parte de supervisión con oferta, demanda y complejidad de pacientes. Report. Estadísticas de traslados. Parte semanal de asistencia. Fichas personales con ausentismo previsto e imprevisto de enfermería”. (E4)

“Parte diario con Dx. Y Tto. De pacientes. Parte de supervisión con oferta, demanda y complejidad de pacientes. Report. Estadísticas de traslados. Parte semanal de asistencia. Fichas personales con ausentismo previsto e imprevisto de enfermería” (E5) y agrega: el consentimiento informado (E. 10).

“Hoja de enfermería, hoja de valoración, report y nota de pedidos” (E8, E9) y agregaron hoja de prestaciones (E.6), también agregó “ pase semanal (E. 7)

Gráfico 11



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Hay coincidencias en la identificación de los registros por parte de los y las entrevistadas, en todos hay una amplia variedad de planillas y varían según el servicio que tengan a cargo.

Los supervisores (Parte diario con Dx. Y Tto. De pacientes. Parte de supervisión con oferta, demanda y complejidad de pacientes. Report. Estadísticas de traslados. Parte semanal de asistencia. Fichas personales con ausentismo



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



previsto e imprevisto de enfermería), jefes y subjefes (Hoja de enfermería, hoja de valoración, report, hoja de prestaciones de enfermería).

Calidad de los registros

En relación a la calidad de los registros que llevan si cumplen con los estándares en SIC -sistema de información para la calidad-, la mitad de las personas entrevistadas respondieron que sí, que tienen la calidad, la otra mitad que no que los registros no permiten asegurar la producción de información en salud, y la generación de datos, no siguen los estándares recomendados. En este sentido, los registros son documentos que deberían contar con una serie de características como integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad, obligatoriedad, reserva, inalterabilidad para posteriormente tomar decisiones. Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios. Pero en el contexto del servicio estos criterios no se verifican, esto surge del registro de observación participante.

Así expresaron que:

“Sí” (...) “Hasta lo que nosotros manejamos “sí”, tal cuando aprendamos más seguro nos va a faltar” (...) “ los de enfermería” (E1, E2; E6; E7; E10)

“No hay información centralizada, detectamos falta de datos e información que no se llevan al día”. (E3)

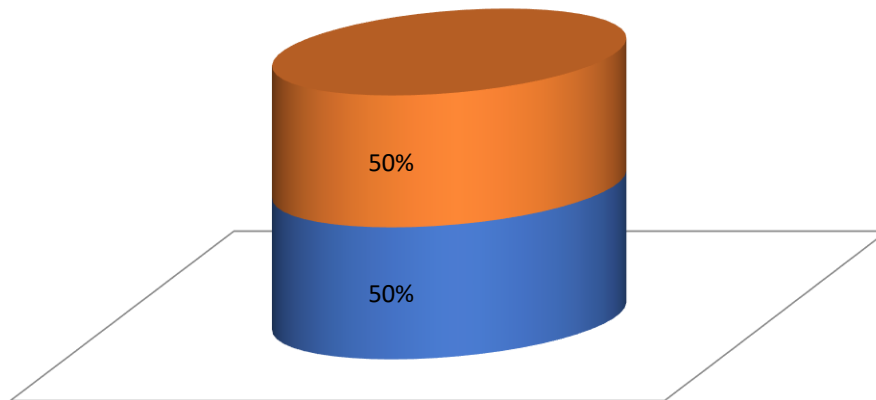
“Falta división de tareas, todo hacemos todo y en eso se pierde información”. (E4)

“Hay desvirtuación de tareas. Fallas en la comunicación. No está centralizada la información”. (E5)

Los registros cumplen con los estándares del SIC

Gráfico 12

- Los registros no cumplen con los estándares en SIC
- Los registros cumplen con los estándares en SIC



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

La mitad de los entrevistados han referido que considera de “calidad” los registros que producirían diariamente, y la otra mitad sostendría que no hay información centralizada, identifican la falta de datos e información, falta de división de tareas y fallas en la comunicación.

Las personas entrevistadas no conocen o al menos no hacen mención al manual de evaluación que rige para las instituciones públicas de la provincia que refiere a la calidad de los sistemas de información y registros entre otros aspectos.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



3.3. En relación al cumplimiento del objetivo 3

Análisis de Opinión: A continuación en este apartado se analizarán las principales opiniones del personal de salud que intervienen en el proceso de producción de información sobre el Sistema de información en salud que se utilizan en el HSR Chajarí, durante el primer semestre del año 2019.

Sobre la cantidad de información que producen en el servicio

Las personas entrevistadas de manera casi unánime consideraron que se produce más información que la que se utiliza, que mucha de esa información es de baja calidad, que sólo se la utiliza -parcialmente - para resolver lo inmediato, o las temáticas judiciales -de manera retrospectiva-.

Así expresaron que:

“Producimos mucha más información de la que utilizamos” (E1, E2, ,5,6,7,8,9,) Además agregaron que:

“Se produce más información de la que se utiliza (...) No se podido analizar e interpretar datos para proyectar a corto o largo plazo”. (E3)

“Se recaban muchos datos y sólo se lo utiliza para resolver lo inmediato”. (E4)

“Es difícil escribir en un report todo lo que se hace en un lapso corto” (E7)

En respuesta a esta pregunta todos relatan que se produce más información de la que se utiliza. Son muchos los registros que se hacen en el quehacer diario, pero solo en DE, tienen un sistema digital y el redactar mediante la escritura les lleva más tiempo, impidiendo proyectar a corto o largo plazo en varias ocasiones.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Sobre cómo se comunica y quién transmite la información

La comunicación sería el eje articulador de los conceptos anteriores con la acción. Las acciones estratégicas y comunicativas deberían ser jerarquizadas en la gestión local. La propuesta estaría orientada a que los SIS den soporte a la gestión en la eliminación de desigualdades en salud y en la construcción de una sociedad de inclusión, sin embargo esto no se verifica en el contexto del servicio (Registro de observación participante y entrevistas).

Así expresaron las personas entrevistadas que:

“Comunican los enfermeros de planta me proporcionan datos y el mismo Pte. La observación y la charla con los ptes. Información directa e indirecta. Por las H.C. también ya que ahí tengo toda la información que recabo. Y nosotros también comunicamos información a los colegas y más arriba en escala jerárquica”. (E1)

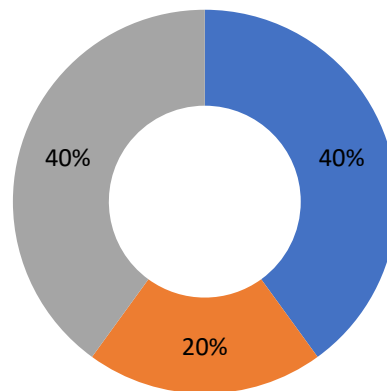
“Enfermera jefa” (...) “quien esté coordinando enfermería en el turno” (...) “La jefa de enfermería del servicio” (...) “En el caso del servicio, “yo” como jefa” (E2, E8, E10, E6)

“Se comunica en el pase de guardia o cuando surge algo”. (E3)

“Dirección, oficina personal o división enfermería” (...) “División de enfermería” (...) “Enfermera jefa de departamento” (E4, E5, E7)

Comunicación interinstitucional Gráfico 13

■ Jefe Servicio de Enfermería ■ Enfermeros de Planta ■ Otros Canales



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

En general en enfermería, es quien informa las novedades de manera verbal y de forma escrita se puede visualizar en la evolución de las HC, en las anotaciones de todos los registros que se han mencionados anteriormente (informe diario de pacientes, parte diario de pacientes, hojas de valoración de enfermería, etc.)

Los registros de información y la comunicación en las emergencias

Ante situaciones de emergencia en el servicio se acentúan los problemas de cantidad de registros y quién registra cuando están todos abocados a la asistencia y tratamiento de la emergencia o urgencia y los problemas de comunicación de la información, y las de carga de datos. El personal de salud de manera casi unánime da prioridad a la asistencia de la urgencia y no a los datos o registros, se registra recién a la finalización de las actividades, lo que apareja pérdidas de datos, que no se puede reconstruir todos los procedimientos realizados.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En general del relato de las entrevistas surge que en los momentos críticos se pierden datos que luego no se recuperan, por priorizar la asistencia al paciente y la falta de personal abocado a la carga (data entry).

Así expresaron que:

“Primero se asiste y tiene que ver con el Pte. y luego se registra”... “Todo escrito y si son 2, escribe uno y el otro corrobora, pero queda todo asentado lo que se realizó” (...) *“Legalmente debe quedar todo asentado lo que se debió hacer con el Pte. Es lo que nos respaldó que está hecho nuestro trabajo. No sólo lo legal sino para enfermería que el trabajo se hizo, para reponer insumos” (...)* *“Permite de acuerdo con lo que se registra o no se registra ir mejorando la calidad de atención de enfermería” (...)* *“Se comunica al Superior que está encargado. Verbalmente. Los supervisores son quienes cargan los datos” (...)* *“Lo que creo es que todo debemos conocer informática” (...)* *En una situación emergente “sí” (...)* *“Porque te permite la redistribución de trabajo, trabajas de otra manera, con otra seguridad y porque estas tranquila: 1º la que está ahí sabe lo que está escribiendo, no puede ser cualquiera, tiene que ser alguien que conozca lo que está pasando y porque va a quedar totalmente asentado, se va a ir trabajando de forma paralela, conoce, sabe y lo hace seguro” (...)* *“Registra el enfermero que está en ese turno” (...)* *“Se espera a terminar el trabajo para registrar y luego firmamos los que estamos haciendo las intervenciones” (E1, E2)*

“Se ven déficit, después te encontrás que se anotó la mitad de las cosas. Se comunica a supervisión. Se dejan fotocopia de todos los registros. No hay persona especializada que registre, no es necesario.” (E3)

“Cuando contás las prestaciones bajan en números porque se observa un montón de datos que no se anotaron. Se comunican a supervisión de forma



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



escrita y verbal. No hay persona especializada, y no creo que sea necesario ya que todos debemos saber todo”. (E4)

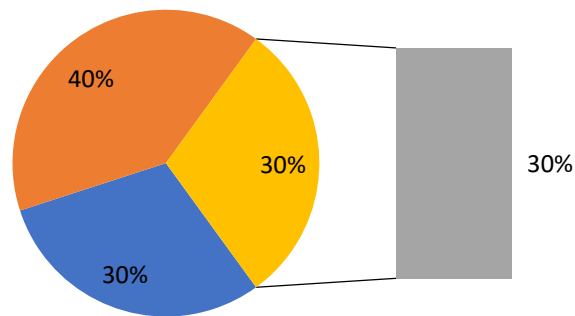
“Se registra mucho menos de lo que se hace en esos casos. Se comunica verbalmente a supervisión. No hay persona especializada que haga esos registros y si debiera haber siempre, por ejemplo, en la guardia” (...) “Uno escribe y el otro corrobora que este todo registrado. Se escribe menos de lo que transmite verbalmente” (E5, E8)

“Tratamos de delegar a alguien para que lleve los registros, en caso de que no se pueda al final del trabajo tratamos de registrar lo que más se pueda. Lo ideal es delegar a alguien porque se escapan cosas” (...) “creo que debería haber porque otra persona lo podría hacer con más tranquilidad mientras se trabaja en una situación emergente”.(E6, E10)

“Debería registrar una secretaria que esté en ese momento, designar a alguien que registre, pero en la práctica, todavía no se encuentra quien registre esos datos para poder tener continuidad en cuanto a atención de enfermería. Esta información es volcada en los registros, diferentes H.C. y report; se comunica a la directora del hospital por medio de mail y verbalmente. No hay persona especializada. Y si es necesario porque son tareas huérfanas de enfermería, es una tarea necesaria, pero desvirtúa su trabajo que quitan tiempo para la atención directa del paciente”. (E7)

Registro de información en casos de emergencias Gráfico 14

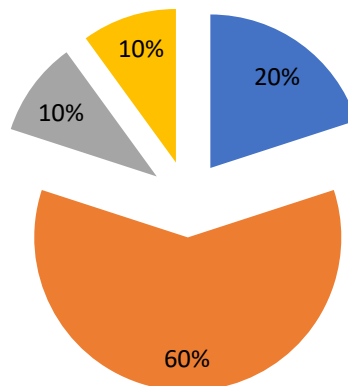
- Asisten y luego registran
- Todos registran y luego comunican
- En situación emergente por falta de respaldo informático se pierde datos



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Persona especializada para la producción y análisis de datos. Gráfico 15

- No
- División Enfermería
- Jefa División
- Otro



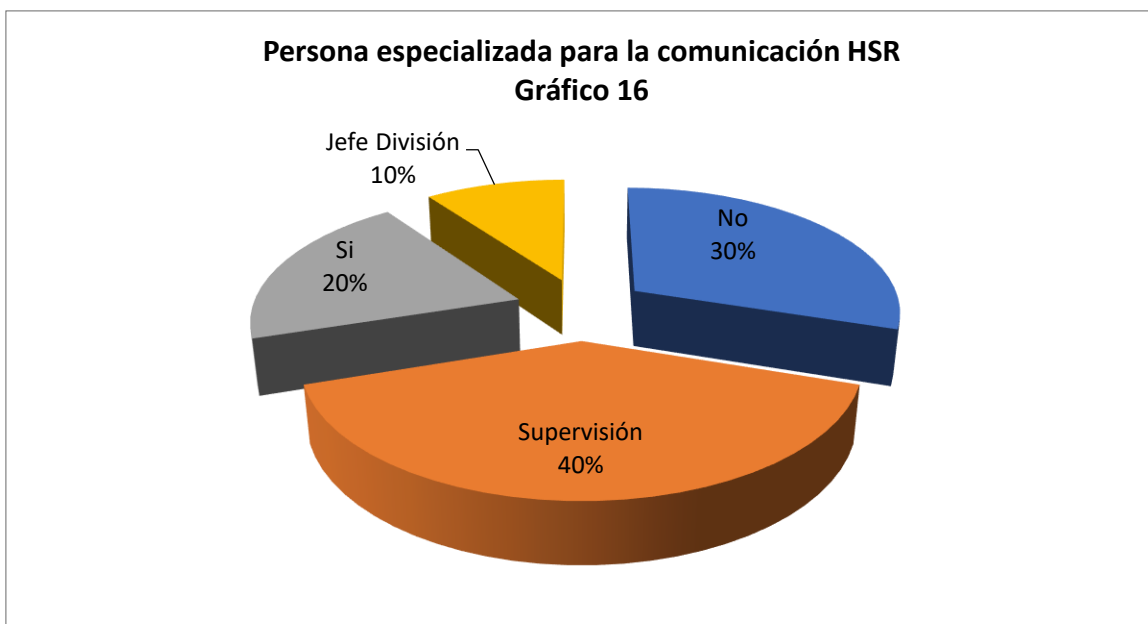
Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

En su mayoría expresaron que es DE, los que se especializan en producción y análisis de salud en el HSR.

Se centraliza una base de datos múltiple de todos los servicios, pues está en conocimiento de todos los registros como informes diarios, parte diarios de pacientes, parte de asistencia semanal, hojas de valoración, hojas de prestaciones, report, etc. desde allí se toman decisiones respecto de planificación y redistribución de personal pero que se debería mejorar.

Desde el registro de observación directa se puede visualizar que el personal de enfermería de supervisión lo realiza como algo rutinario y sin dificultades a la hora de la carga de datos e información en la computadora como en los registros varios de soporte papel.

De las entrevista surge que no se cuenta con personal especializado para la comunicación. Cuando se realizó la observación directa quien ha comunicado información hacia dirección o hacia personal subordinado ha sido el supervisor/a de RRHH, en forma precisa y concisa.



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



El predominio de respuestas de las personas que han accedido a realizar las entrevistas, señalan que, quienes son los especializados en comunicar la información que producen se encuentran centralizados en DE.

Las personas entrevistadas expresaron que no logran completar todo los registros, a pesar de considerar esta actividad muy importante.

Todo registro sería relevante, aunque a veces no se lograría completarlos por falta de tiempo y demanda de trabajo. Ya que deberían estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, que describa de forma objetiva el comportamiento del sujeto de cuidado.

En otras palabras, sin etiquetarlo de forma subjetiva, registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

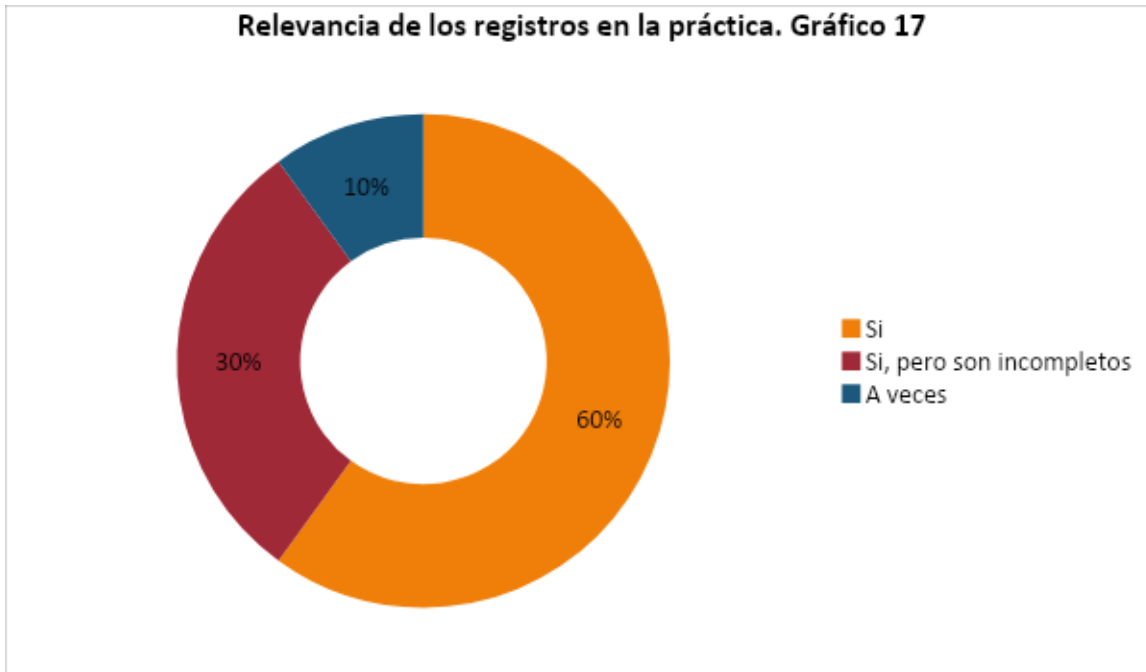
Así expresaron que:

“Todo registro es importante. En la práctica no se completan” (...) “Es muy importante pero no se logra completarlos” (E1, E9)

“A veces sí. Podría ser más” (E2)

“Sí” (...) “La mayor parte de las veces sí” (...) “en la práctica no se logra porque se está haciendo otro trabajo, se omiten tareas que se han hecho” (...) “Pero no se logra completarlos” (...) “es relevante. Pero no se logra completarlos, no dan los tiempos” (E3, E4, E5; E6; E7; E8; E10)

Relevancia de los registros en la práctica. Gráfico 17



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Identificación y descripción de los registros que se llevan en el servicio de enfermería

En el servicio de enfermería se identificaron que se llevan múltiples registros (Ver Anexos: 5-21). A continuación, se los identifica y describe, como sigue:

1. Hojas de Enfermería: se registra por ejemplo: paciente, cama, sala, médico tratante, fecha, hora, tratamiento y observaciones, vía, dosis firma. Estaría a cargo la evolución de este registro todo el personal de enfermería.
2. Valoración y atención inicial del paciente en Guardia: se registra por ejemplo: nombre y apellido, motivo de consulta, fecha y hora de ingreso, mecanismo de lesión.

Observaciones y acciones de necesidades básicas biológicas, necesidades básicas psicosociales, necesidades de atención de salud y



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



tratamientos prescritos. Estaría a cargo la evolución de este registro los enfermeros/as del servicio de guardia y emergencias.

3. Hojas de valoración Tocoginecología: se registra por ejemplo: nombre y apellido, fecha, hora de ingreso, domicilio, localidad, tratamientos previos y actual, control de signos vitales, antecedentes y embarazo actual (número de gesta, partos, cesáreas, abortos, fecha última menstruación, fecha probable de parto).

Estaría a cargo la evolución de este registro las enfermeras del servicio de ginecología y obstetricia.

4. Hoja de enfermería post parto: se registra, control de signos vitales, involución uterina, loquios, periné, mamas, lactancia materna, movilización, micción, defecación, observaciones y firma de enfermería. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de ginecología y obstetricia.
5. Valoración del recién nacido: se registra la succión, diuresis, catarsis, vigor, cordón umbilical (a las 2, 24 y 48 horas), firma de enfermería. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de ginecología, obstetricia y maternidad.
6. Hoja de valoración en Pediatría: se registra: nombre y apellido, fecha y hora, datos personales (del niño, madre y padre), motivos de internación, estudios complementarios, valoración céfalo-caudal, conocimiento de los padres de la patología actual, educación, observaciones, firma de enfermería.

Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de enfermería de pediatría.

7. Hoja de valoración de Clínica Médica: se registra: usuario, edad, talla, peso, sala, número de cama, domicilio, cuidador, motivo de ingreso, valoración de necesidades básicas, necesidades de atención de salud, necesidades psicosociales, tratamientos prescritos, firma de enfermería.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de enfermería del polivalente.

8. Hoja de valoración de sala de operaciones: se registra: fecha, servicio, visita prequirúrgica (datos personales, antecedentes de enfermedades, tratamientos y estudios preoperatorios), intraoperatorio (condiciones de ingreso del paciente a quirófano, hora, quien lo acompaña, verificación del equipo quirúrgico, asistencia a la instrumentadora y anestesiólogo), recuperación del paciente (estado clínico, control de signos, vitales, secreciones, escala de dolor, hora de egreso, observaciones, firma de enfermería.

Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de quirófano.

9. Hoja de prestaciones de enfermería en Consultorios Externos: se registra: fecha, nombre y apellido, prestaciones de enfermería, sello y firma de enfermería. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de consultorios externos.
10. Planilla de control de prestaciones de consultorios externos y guardia mensual: se vuelcan en números la cantidad de prestaciones de enfermería en los turnos mañana, tarde y noche. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de supervisión.
11. Hoja de enfermería para control de pacientes durante el traslado: fecha, datos del paciente, motivo de derivación, médico derivante y receptor, tratamiento prescripto, evaluación neurológica, inmovilización, vía periférica, hora de salida. Datos del enfermero, chofer y móvil de traslado. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería que coordina los traslados.
12. Informe diario de pacientes: se registra: fecha, servicios internación y ambulatorio, número de camas ocupadas, ingresos y egresos, cuidados especiales (categorización de cuidados según complejidad), prequirúrgicos y prepartos, postquirúrgicos y postpartos, cesáreas, con



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



oxigenoterapia, con venoclisis, personal ausente y personal presente, totales en números.

Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de supervisión.

13. Informe diario de pacientes internados: servicio, sala, cama, nombre y apellido, diagnóstico y tratamientos y enfermeros por turno. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de supervisión.

14. Tarjetero o Cardex: el tarjetero es utilizado por los servicios de internación, excepto Pediatría que tiene incorporado el uso del cardex. En las tarjetas o en el cardex se consignan todos los datos del paciente y de la medicación (nombre, dosis, vía, horario, fecha), en alguna falta la firma del enfermero que la confeccionó.

Hay déficit en el control del tarjetero ya que el mismo no se realiza en todos los turnos, para mejorar los registros, se podría realizar una normativa que contemple la obligatoriedad del control del tarjetero/cardex por turnos. Estaría a cargo de la evolución de ese registro personal de enfermería de servicios de internación.

15. Report: escrito por el personal jerárquico o enfermero de turno en todos los servicios de internación, quirófano, guardia y ambulancia. En Consultorios Externos realizan uno por consultorio con información específica del consultorio o de pacientes en seguimiento.

Se utiliza como documento donde se registra la información más relevante de cada paciente y del servicio. Foliados. En toda figura fecha, turno y nombre de los responsables del turno; firma y sello de éste. Son visitados diariamente por el personal de supervisión.

Estos registros se informarían a la división de enfermería diariamente en el turno mañana.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Al contar con tantos registros (más de 15) dificultaría en la práctica diaria la toma de decisiones. Por otro lado, el tiempo dedicado a la carga de esta información es demasiado, teniendo en cuenta la jornada laboral del personal de salud y de que no cuenta con personal especializado, ni con dedicación exclusiva en la carga de datos

El entrecruzamiento, análisis de datos recopilados y organización digital de los mismos, en muchos de los casos se superpone por lo mencionado anteriormente.

Inclusive hay casos que las decisiones se tomarían sin tener en cuenta la mayoría de los registros. El control de los registros lo ejerce, la división de enfermería, la periodicidad de este control, el tiempo que insumiría controlar 18 registros hace que dependa casi de cada profesional completar los datos de cada documento.

Los servicios de enfermería y el sistema de información tal y como está organizado serían ineficaces para dar respuesta inmediata en la calidad de atención a los usuarios, la producción de datos, comunicación y acción serían deficientes.

Pero a su vez son ineficientes para establecer patrones y estadísticas que permitiría ir mejorando el sistema de información. Este sistema de información es opaco, poco transparente para la rendición de cuentas y para la toma de decisiones médicas y de gestión.

Como fue mencionado el recurso humano que carga los datos (en general el personal de salud de enfermería) no está capacitado, no se han realizado capacitaciones que pongan en el centro la importancia de la generación de datos, la producción de información y la comunicación de estos.

Además la institución no contaría con un “data entry o entrada de datos” para registrar en el momento de los hechos, de esa manera se pierde información, que podría dar respuesta a instancias legales en el transcurrir del tiempo.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Identificación de actores relevantes en la toma de decisiones en el H.S.R.

Los actores principales y que toman decisiones dentro de la institución son la directora, administrador y jefe de enfermería.

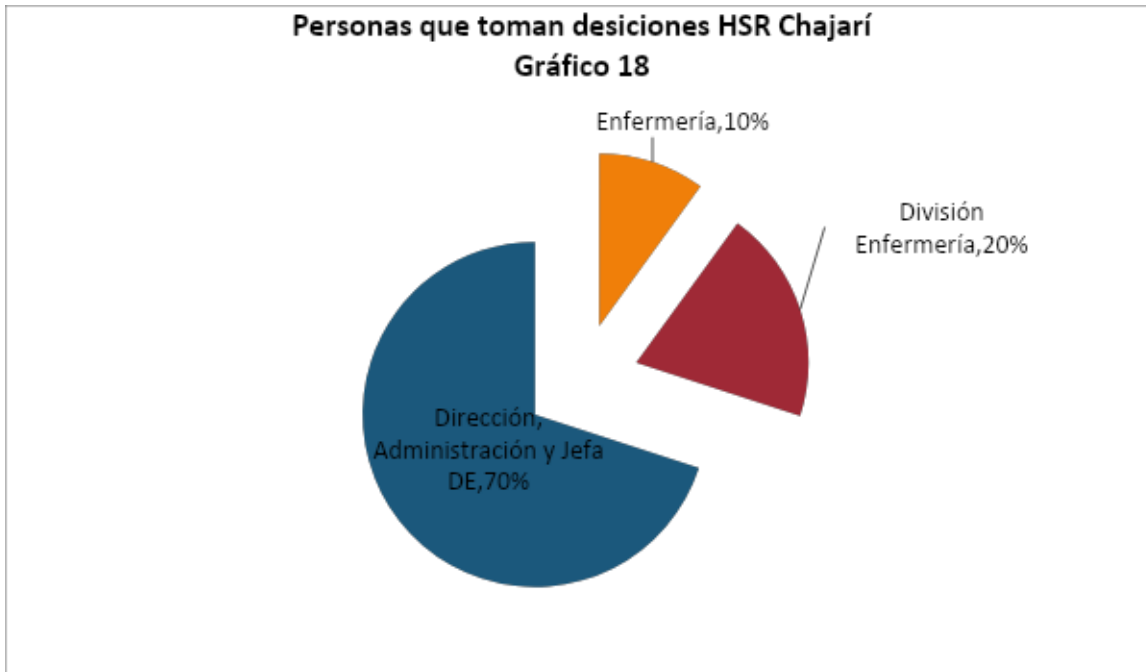
Según Decreto 4777 (ver anexo), la DE, depende directamente del director del establecimiento. Mantiene relación funcional, salvo cuando el director, deba emitir opinión con: 1) Organismos del Poder Ejecutivo de su mismo nivel jerárquico. 2) Otros organismos que se relacionen con el cumplimiento de sus funciones.

Según los entrevistados/as expresaron que:

“Enfermería definitivamente. Por lo que la infraestructura la idearon sin tener en cuenta los ptes. Internados. Se Toman muchas decisiones de supervisión por que se manejan muchos datos. Tienen una visión global”. (E1)

“Directora, oficina personal, administrador y departamento enfermería (...) “y el resto o tiene idea” (E2, E3, E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10)

La DE en definitiva ocuparía un papel esencial a la hora de tomar decisiones en conjunto con la dirección, administrador y oficina de personal participando de reuniones mensuales o cuando se tiene que comunicar cuestiones importantes inherentes a lo institucional.



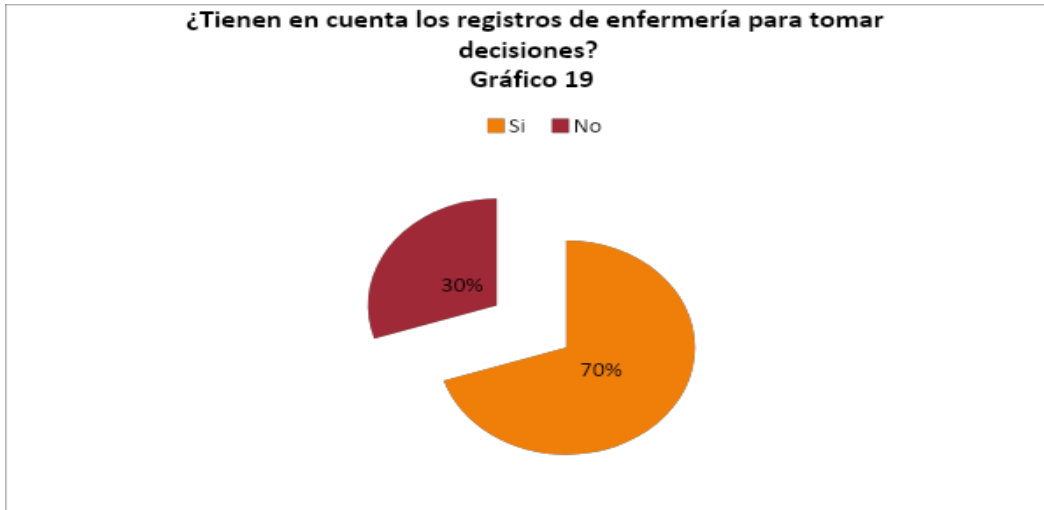
Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Registros de enfermería para la toma de decisiones

Los partícipes en las entrevistas mencionaron en mayor parte, que tienen en cuenta los registros para la toma de decisiones ya sea desde solicitar recurso humano hasta los recursos materiales e insumos siendo estos utilizados como aval de lo pedido.

Así expresaron que:

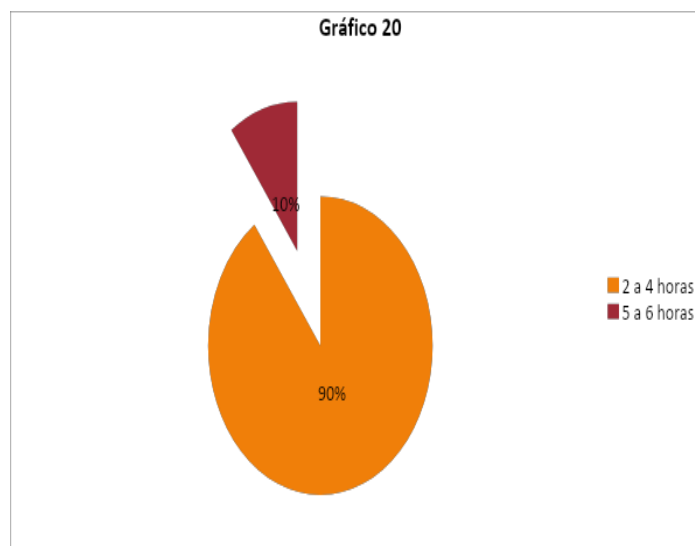
“Sí” (...) “Se ven todas las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes. Tienen que ver también con otras actividades que no le son propias de la profesión” (...) “fundamento lo que solicito con registros como aval de lo que demandó” (E1, E2; E3; E4; E5; E6; E10), “No” (E7, E8, E9)



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Tiempo dedicado a la carga de información

En relación al tiempo dedicado a la carga de información de las entrevistas surge que varía entre un mínimo de 2 horas a 8 aproximadamente. Dependiendo esta variabilidad del rol que desempeña en el equipo. Por ejemplo:

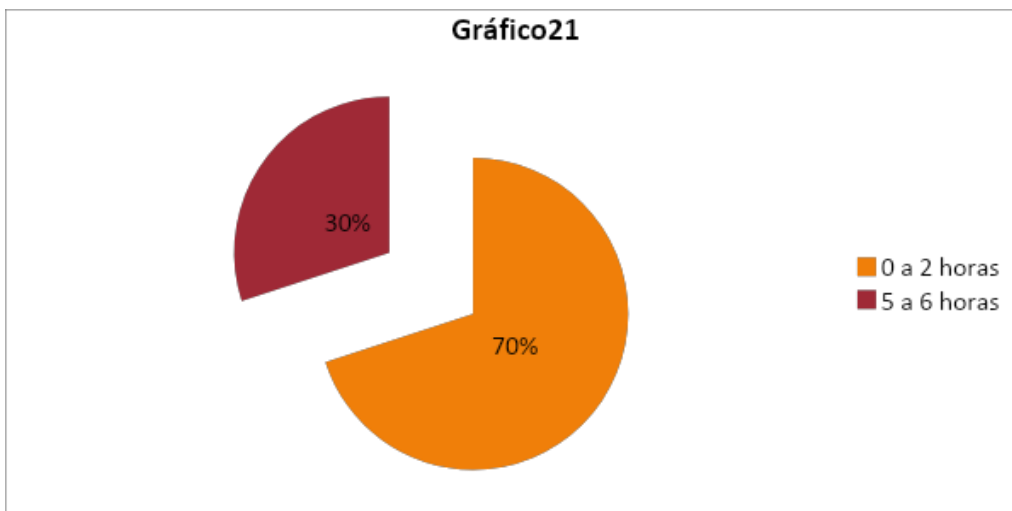


Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

El tiempo dedicado a la comunicación

El tiempo dedicado a la comunicación también varió de 2 a 6 horas dependiendo de la función que cumplen. Así que, el que menos tiempo le dedica en la semana es de una a 2 horas y el que más tiempo le dedica es cinco a seis horas.

Tiempo dedicado a la comunicación de información



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.

Los datos que se registran ya sean en forma escrita o digital, la mayoría coincide en que llevan entre 2 a 4 horas cargarlos, para informarlos unas 2 hs aproximadamente, de las 8 horas de su jornada laboral; o sea que en un día y continuamente esa labor se hace 3 veces con el mismo tenor.

Ejemplo: informe diario de pacientes, report, parte diario de pacientes, hojas de valoración, hojas de prestaciones, etc.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



La HC, documento donde se recoge el conjunto de datos e información en relación con el estado salud/enfermedad del sujeto de cuidado, debería estar completa y actualizada, ser recuperable en el momento en que sea necesaria, y fiables para que los resultados que se desprendan de su utilización sean válidos.

Por ello, los registros (incluyendo los de enfermería), cumplirían función asistencial, investigación clínico-epidemiológica, docente, médico-legal, control de la gestión y planificación sanitaria.

Tabla 6: Tiempo en horas para cargar e informar datos

Tiempo en horas	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
0 a 2	x		x	x	x	X	x			x	E7
3 a 4											E0
5 a 6		x						x	x		E3
Total											E10

Fuente: Entrevistas personal enfermería durante primer semestre 2019 en el HSR Chajarí, Entre Ríos.

Periodicidad con la que se cargan los datos

Todos han respondido que se cargan (...) “diariamente” (...) “continuamente”. Esto también se pudo comprobar en la observación directa

Calidad de la información que producen. Controles

La calidad de información que es muy importante para la toma de decisiones en ámbito hospitalario para la funcionalidad estructural, manejo de insumos y materiales, RRHH y avances tecnológicos.

La mayoría de los entrevistados/as refirió desconocer cómo se realiza el control de calidad de información que se produce ni quien la controla. Desconocerían si la institución en la cual trabajan posee un área para coordinar

dichas actividades de evaluación interna, definición de planificación estratégica y un sistema de gestión de calidad.

Desde la observación participante se ha analizado que esa información obtenida es brindada a los jefes de enfermería del departamento central de enfermería del ministerio cuando realizan las auditorías.



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Utilización de la información para la toma de decisiones y soporte de la gestión

Desde el Ministerio de Salud (Decreto 3927/02), consideran que la DE, es el personal especializado de producir y analizar los datos de salud para la toma de decisiones.

Dentro de las funciones de división de gerenciamiento de los servicios de enfermería en establecimientos con internación se encuentran las de establecer un sistema de comunicación que permita transmitir información, tanto vertical como horizontal entre el nivel central y los niveles periféricos e informatizar los datos de enfermería de todos los establecimientos asistenciales.

Los entrevistados han sostenido que desde la DE (División de Enfermería), esa información se utilizaría para tomar decisiones respecto de enfermería, administración, programas de actividades sanitarias, que se harían visibles mediante participación activa en reuniones con dirección, administración, oficina de RRHH.

“Sí” (...) “Es utilizada por el Dpto. de enfermería. Lo que se eleva a dirección no sabemos si es leído o no por la directora y si toman decisiones con ello, pero para enfermería sí” (...) “, pienso que sí, el día a día” (...) “Desde el servicio de enfermería si es utilizado” (E1 al E10)

Cambios en los registros: ¿se agregaron, modificaron, o eliminaron registros?

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

El procesar datos e información de los registros para la toma de decisiones es imprescindible. Difícilmente pueda ser una medida tangible si se aplica sobre una



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



realidad que no es relevante para el paciente. Los registros se han modificado, agregados y ha sido favorablemente para mejorar la calidad de atención de pacientes ya que su propósito es la planificación, redistribución de personal y continuidad de los cuidados, comunicación, investigación y docencia, con fines estadísticos y evaluación de los planes estratégicos para gestión de los servicios.

Así expresaron que:

“Sí” (...) “Se han modificado registros, aumentado y en algún caso mantenido” (...) “Muchas modificaciones y se mejoró” (...) “se ha modificado permanentemente” (...) “se han agregado” (...) “se han modificado para bien, para recabar más datos” (...) “cambios favorables y se han aumentado, pero hay un servicio en particular que no registra mucho de enfermería (maternidad), quedan muchas horas que dicen que hacen el trabajo, pero no lo registran” (...) “Se agregaron registros y mejoró la escritura”. (E1 al E10)

Sobre el sistema de información salud

Los sistemas de Información para la Salud son un mecanismo para gestionar sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes, y que se utiliza de forma ética, a través de herramientas TIC eficaces para generar información estratégica en beneficio de la salud pública.

De los entrevistados solo una persona ha respondido, luego de haber explicado lo que significa la sigla DICCA (Datos, Información, Comunicación, Conocimiento y Acción), que no se interviene en la acción. Cuando desde la observación participante, se advierte que desde la DE se acciona y se toman decisiones que luego son informadas a dirección.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud

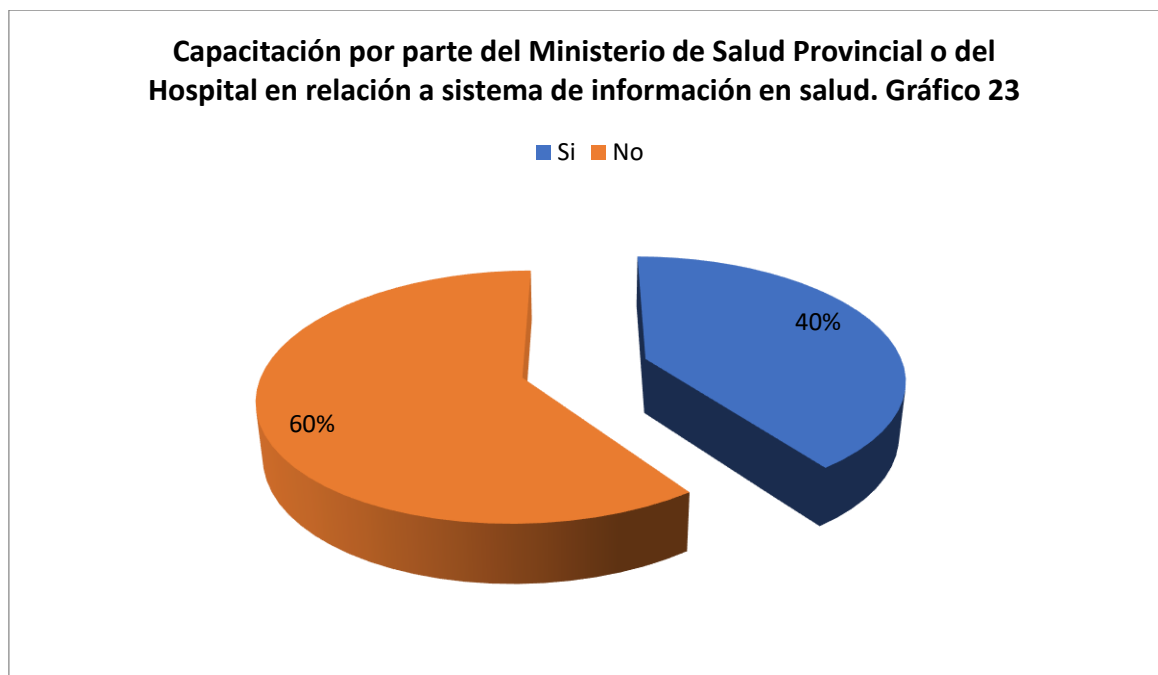


Capacitación en carga de información, registros, producción y análisis, comunicación)

La finalidad principal de un Sistema de Información de Salud (SIS) debe ser reducir al mínimo la incertidumbre para la toma de decisiones.

Para construir sistemas de información es necesario actualizar los sistemas estadísticos, adecuando su contenido y cobertura temática, incorporando la tecnología apropiada y capacitando los recursos humanos. (Sistema de Información en Salud. Ministerio de Salud de Santa Fe 2013).

Son en un 40%, los han tenido capacitación en relación a sistema de información en salud y que ha dado sólo cuando se ha intentado poner en práctica algún programa bajado desde el Ministerio de Salud y para pocas personas. El otro 60% sostiene que no ha recibido capacitación.



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Problemas detectados en los registros de enfermería:

Los problemas que se detectan son: Registros poco legibles, el uso de abreviaturas que desconocen su significado, falta de tiempo, omisión de datos y que a la hora de escribir sea en lenguaje técnico.

La legibilidad y claridad son indispensables puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas a la hora de tomar decisiones.

Además, se deben usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Así expresaron que:

“Falta de tiempo para registrar” (...) “No se registra todo, porque las mismas enfermeras te dicen que no tienen tiempo. Lo que se habla con los ptes. a veces no se registra y es tiempo que se dedica”. (E1, E10)

Se omiten datos. (E2)

“Esperaría que se utilice vocabulario más técnico a la hora de registrar, que se redacte mejor” (...) “Hay registros poco legibles y poco explicativo” (...) “Letra y uso de abreviaturas” (...) “Haces y haces olvidándote de escribir algunas cosas. Algunos no son legibles”(E3, E7, E8)

“Faltan registros” (...) “Mejorar la calidad de los registros, faltan registros, a veces ni siquiera de anota los insumos que se ocupan” (...) “Que escriban un poco más” (E4, E5, E6)

Hay diversas respuestas cuando se les pregunta que cambiarían para mejorar los registros y que le dificultan la tarea diaria. El uso de una plataforma digital sería una solución para automatismo de vocabulario técnico, terminología



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



apropiada, abreviaturas, legibilidad y claridad. Incorporar infraestructura adecuada y cómoda en todos los servicios de enfermería.

En cuanto a concientizar acerca de la importancia de los registros, todos los enfermeros deberían escribirlos en forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final de turno evitando errores u omisiones.

Así expresaron que:

“Tener registros digitales sería un paso adelante” (...) “Solución sería digitalizar porque la escritura no se puede modificar, es propio de cada persona y lo digital sería un gran alivio para quien lee. En cuanto a las abreviaturas usar un nomenclador” (...) “digitalizar” (E1, E7, E8, E9)

“Creo que hay que concientizar acerca de la importancia de los registros desde los jefes de servicios hacia abajo, falta asunción del rol.” (E3)

“Designar que le gusta escribir y decir “vos” escribís todo y el resto hace acciones de enfermería”.

Es necesario lo que se registra en las historias clínicas

Todo lo que se registra es necesario e importante al observar, evolucionar y aplicar los tratamientos. Son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda información sobre la actividad referente a los pacientes como sujetos de cuidados. Así expresaron los entrevistados/as:

“Sí” (...) “Nuestro trabajo es lo que está registrado ahí” (...) “es necesario” (E1 al E10).

Aspectos legales en el registro de información:

La práctica ética depende del cumplimiento de los profesionales de salud con su obligación de guardar el secreto profesional. Está protegida por instrumentos legales de derechos humanos, legislaciones nacionales y en los códigos de ética de enfermería.

En el registro de información han sostenido que hay cuestiones legales, que deben estar firmados, sellados, letra clara, sin espacios en blanco porque son documentos en los cuales se encuentran datos desde los más simples a los más complejos de los cuidados brindados. (Ley Provincial de Enfermería N° 8899. Art. 1- punto “d”. Art. 3- punto “5”. Art. 3- punto “18”- Inc. H, J, O, S.)

En su mayoría suponen que los registros digitales tienen amparo legal, respecto de los cuidados que se brindan a los pacientes, tienen que ser claros e identificando al personal sanitario que realizó las intervenciones con firma y sello profesional.

Así expresaron que:

“Sí” (...) “El registro que nosotros llevamos si y supongo que el digital debe tener algún amparo legal que desconozco” (...) “desde lo más simple, desde la continuidad del cuidado hasta lo más complejo” (...) “siempre” (...) “totalmente. Los registros tienen que estar firmados, sellados, letra clara y no



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



tiene que haber espacios en blanco” (...) “Todo registro hay que consciente que es un documento”. (E1 al E10)

Conocimiento del Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales en la provincia de Entre Ríos:

El Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales de Entre Ríos, surge del Ministerio de Salud de esta provincia, del Programa de Gestión para la Calidad. Dicho material comprende capítulos/estándares: diagnóstico poblacional, red sanitaria y social, la dirección y conducción – la gestión integral de calidad, docencia e investigación, sistema de información, seguridad del paciente y su familia, del personal y medio ambiente; servicio de diagnóstico y tratamiento, los servicios y áreas de apoyo, la organización y la atención del paciente, los derechos del paciente y la familia.

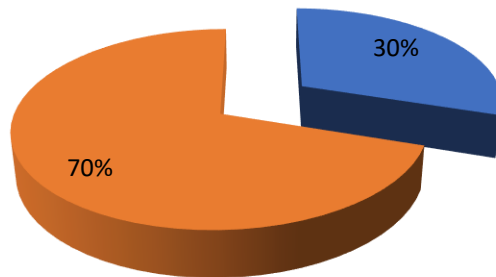
La mayoría de los entrevistados/as expresaron el desconocimiento del manual de evaluación de Calidad de los hospitales. Han considerado elemental que el Manual de Evaluación se adecue a la realidad de cada hospital, que integre una red sanitaria, eso incluye efectores de referencia-contrarreferencia y en su defecto que queden registradas en actas temas y decisiones tomadas en reuniones.

Así expresaron que:

“No” (E2, E5; E6; E7; E8; E9; E10) y “Sí” (E1, E3,E4)

**¿Conoce el Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales en la
provincia de Entre Ríos? Gráfico 24**

■ Si ■ No



Fuente: Personal entrevistado de enfermería HSR Chajarí, Entre Ríos durante el primer semestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Hasta aquí se han presentado los resultados encontrados en relación a los objetivos formulados en esta tesis. A continuación, se analizarán los resultados a la luz del marco conceptual utilizado.

Según Manual de Evaluación de Hospitales a través del Programa de Gestión de la provincia de Entre Ríos, la institución no ha creado un Comité o Área de calidad para coordinar las actividades de evaluación interna, definición de PE (Plan Estratégico) y la implementación de su sistema de gestión de calidad, no posee un Comité de Calidad que lleve registro de los temas tratados y decisiones tomadas en reuniones, no se programan y realizan auditorías internas de gestión de calidad que evalúan la implementación, actualización y mejora continua del mismo.

Estas auditorías generan información para la mejora continua del sistema de gestión de calidad y la calidad de atención.

No se realizan auditorías sistemáticas de la calidad de atención, que utilicen como herramienta, la información contenida en la historia clínica y esta información, junto con la generada en diferentes tipos de auditorías externas, sean analizadas e interpretadas por un Comité de Calidad, quien sugiera acciones para la mejora de los registros para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazo.

Los registros que se llevan son varios (informes diarios de pacientes, parte diario, planilla de asistencia semanal, HC, hojas de valoración de enfermería de todos los servicios de enfermería incluyendo de traslados, report etc.), y que al estar en sus 8 horas (ocho) de cada jornada laboral insume tiempo, o se escribe todo lo que se hace, o se asiste al paciente.

Al comparar el tiempo de carga, en forma escrita y por servicio es de cuatro horas y media (4 hs. 30 minutos). En cambio en supervisión y de forma digital carga de todos los servicios en tres horas y veinte minutos (3 hs. 20 minutos). Es por ello que la incorporación de registros digitales a través de plantillas estipuladas sería



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



una solución posible para mejorar la calidad de asistencia a los pacientes y ayudaría a la toma de decisiones que se proyectan a corto, mediano y largo plazo.

La observación participante resultó importante porque se pudo constatar que el tiempo que se utiliza para recoger datos e informar es mucho más del que los entrevistados han expresado y que la comunicación verbal, escrita o telefónica sería continua y permanente.

Las conceptualizaciones que se presentan a partir de las personas entrevistadas, así como de la revisión bibliográfica, permiten “la integración de DICCA en el proceso de trabajo es la forma de construir el camino, que nos lleve de la práctica fragmentada al ejercicio de la ciudadanía”.

Debe tener este componente reflexivo que permitiría a los trabajadores de salud apropiarse de su proceso de trabajo mediante una concepción creativa, transformadora de la realidad y no alienante del trabajador, según Moraes (1994).

La evaluación puede producir información tanto para la mejora de las intervenciones en salud como para el juicio acerca de su cobertura, acceso, equidad, calidad técnica, efectividad, eficiencia percepción de los usuarios a su respecto. Con esa finalidad puede y debe movilizar las estrategias técnicas necesarias de la epidemiología de las ciencias humanas, sin preconceptos sin impedimentos (Hartz, y Vieira Da Silva, 2009).

La toma de decisiones se hace difícil sin un Plan Estratégico por parte de la dirección hacia las distintas áreas del establecimiento, por los conceptos mencionados en párrafos anteriores.

Evaluar el Sistema de Información en salud a la luz de un modelo orientador como el DICCA resulta relevante. Por lo que se considera que para construir un sistema de información para la gestión es necesario incluir todos los elementos mencionados en DICCA, y sobretodo incluir una lógica procesual en el sistema de información.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En efecto, donde los elementos mantienen entre sí una interrelación múltiple y se retroalimentan. Por lo que si se logra desarrollar un proceso de trabajo que incluya los cinco elementos estaremos en presencia de un sistema de información para la gestión.” (Alazraqui M; Mota E; Spinelli, 2010)

En este sentido, no se trata de indicar una nueva receta que haga “funcionar” a los SIS, sino de alertar sobre la incorporación de elementos como la comunicación y la acción que son imprescindibles, dado que los SIS existen en organizaciones y éstas no deben entenderse solamente desde una lógica racional, lineal, o sólo normativa.

Entender a los SIS como sistemas abiertos, complejos, y de esta forma la propuesta DICCA se entiende como procesual, donde todos los elementos explicitados son relevantes y se presentan de forma simultánea o superpuesta en la realidad.

Es decir, de forma semejante a la concepción de “momentos” (explicativo, normativo, estratégico y táctico operacional) que utiliza Matus (1993). Los datos analizados en la presente investigación señalan problema en relación a cómo se produce el dato (tanto en las unidades de análisis, las variables y los valores de las variables).

Los datos no terminan siendo confiables, ni reflejan fielmente la realidad, hay vacíos, superposiciones, omisiones, datos excesivos que dificulta la actividad clínica y este dato no llega a generar estadística.

Se evidenció que existen problemas en la base de datos, no permite sistematizar la información de los pacientes. A su vez, no se realizan auditorías, ni permite la comparabilidad de los datos, ni la obtención de patrones de repetición. El sistema no tiene posibilidad de aprender, retroalimentarse.

En la producción de información no se ha discutido sobre qué datos compondrán el instrumento de captura de datos. Muchos de los datos se registran



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



sin saber ni porqué, ni para qué se lo registra, ni quién lo utiliza. Los datos se llevan en 16 registros diferentes, algunos manuales y otros digitales como ya fue señalado.

Por ello, es fundamental establecer instancias de discusión sobre la información que se produce en el servicio, para qué se produce, cómo se utiliza, quién/es la utilizan y a partir de la utilidad –clínica, estadística, legal, epidemiológica- diseñar el relevamiento del dato. Tenemos que tener en cuenta que el dato por sí sólo no soluciona los problemas del SIS y que no existe el “dato ideal”, lo que sirve en un contexto puede no serlo en otro.

Se corroboró, tanto en las entrevistas como en el registro de observación participante, que la información (conjunto de datos procesados) producida por el SIS no sirve o es eficiente para la toma de decisiones en salud, no permite en el contexto del servicio el correcto manejo de los pacientes.

Pueden existir muchos datos pero como señala Moraes (2002) ello no constituye información por sí misma. Moraes señala que la información debería permitir a partir de los datos clínicos (interrogatorio, examen físico, resultados de exámenes complementarios) y el conocimiento clínico poder interpretar resultados, elegir tratamientos.

Esto se ve obstaculizado por la fragmentación de datos e información que hay en el servicio. Si bien las historias clínicas son esenciales, los distintos registros que se llevan, que en algunos casos dependen del lugar y modo haya ingresado el paciente (urgencia, guardia, turnos programados).

Se pudo corroborar que como señala Moraes (2002) el conocimiento es primordial para la toma de decisiones en el servicio, ello surge en todas las entrevistas realizadas.

Sin embargo, también se menciona en las entrevistas que este conocimiento siempre es parcial y limitado en el servicio, y que no todos acceden a la totalidad de la información que le permitiría un cabal conocimiento de la situación del paciente.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En este sentido, en el servicio se establecen relaciones de poder, que como menciona Moraes (2002) en este proceso de producción y aplicación del conocimiento el poder es central como categoría de análisis.

En relación a la comunicación que es considerada el eje articulador de los anteriores conceptos (dato, información, conocimiento), esta comunicación según los resultados encontrados se ve obstaculizada en el servicio.

Atento que el DICCA permite el desarrollo y perfeccionamiento de nuevos modelos de cuidado en salud, se recomienda la incorporación como modelo orientador en el sistema de información en salud local.

Se ha podido corroborar en el sistema de información en salud analizado la existencia de registros asistemáticos, ausencia de soporte magnético (en formato papel), bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), superposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, entre otros problemas, déficit herramientas informáticas estandarizadas. Esto coincide con diagnósticos realizados a nivel país en la Reunión de Alto Nivel sobre Sistemas de Información para la Salud en julio de 2018, Bogotá, Colombia.

En Argentina, el sistema de salud es fragmentado y además se tiene la complejidad de que en el nivel subnacional muchas de las iniciativas son de implementación opcional; por lo que es imposible implementar "soluciones únicas". En los centros de salud tienen diversos sistemas paralelos, en su mayoría locales.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



9. CONCLUSIONES

En este trabajo se han cumplido los objetivos planteados en relación a la Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de Información para la Toma de Decisiones en la División de Enfermería del Hospital Santa Rosa Chajarí. A tal fin se tomó en cuenta la aplicación procesual del modelo DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción).

El tema seleccionado ha sido relevante para la gestión a nivel local y se han generado recomendaciones para abordar las principales problemáticas identificadas a partir de la evaluación. La evaluación tiene que formar parte de una práctica programada en los servicios y sistemas de salud público.

La metodología ha permitido cumplir con los objetivos y comprender en profundidad desde la perspectiva de los actores que intervienen en el servicio. Existe coherencia entre objetivos elaborados y la metodología y diseño utilizado para dar cumplimiento.

Se realizó un estudio de caso cuali-cuantitativo transversal. La triangulación de fuentes ha sido fundamental para extraer información relevante desde distintas perspectivas, incluida la observación participante de la maestranda quién se encuentra inmersa en el campo observado.

El problema analizado impacta en la gestión de los servicios analizados, y en relación al problema existía un vacío en la producción de información que esta tesis buscó visibilizar, realizando una contribución al campo.

La aplicabilidad y transferencia de los resultados de esta investigación serán posible en la medida que exista una fuerte voluntad política y responsabilidad técnica de los funcionarios/as a cargo. Algunas de las propuestas que se formulan en este trabajo han comenzado a aplicarse en el contexto del servicio, abriéndose instancia de discusión y participación para ello.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Puede resaltarse dentro de los resultados encontrados que existen más de 16 registros en la División de enfermería, esto genera superposición de datos, repeticiones y omisiones frecuentes.

También que el Sistema de Información tal como está organizado es insuficientes para dar respuestas clínicas y de calidad a los usuarios de servicios, y también es ineficaz para la producción de datos estadísticos, para la comunicación y para la acción, por lo tanto se dificulta la toma de decisiones oportunas, eficientes, eficaces y equitativas.

A su vez, se pudo corroborar que estos registros son ineficientes para establecer patrones y estadísticas que permitiría ir mejorando el sistema de información. Este sistema de información es opaco, poco transparente para la rendición de cuentas y para la toma de decisiones médicas y de gestión como fue mencionado.

Otros problemas identificados a partir de las entrevistas y del registro de observación participante fueron que los interconsultores hacen sugerencias inadecuadas o repiten datos; los registros no permiten evolucionar con claridad la historia del paciente por estar fragmentados en distintos registros; no se cuenta con información sistematizada, no se produce estadísticas, no es útil para la educación y la investigación.

Dentro de los principales hallazgos, se encontró que el recurso humano tiene formación clínica específica para la asistencia, pero no de gestión, ni estadística. A su vez, no se encuentra designado personal especializado para la carga y procesamiento de datos, ni han realizado capacitaciones que pongan en el centro la importancia de la generación de datos, la producción de información y la comunicación de estos para la acción.

Se obtuvo como resultados que los perfiles de las personas que cumplen funciones jerárquicas, en menor cantidad, poseen orientación académica con bases administrativas y de gestión (Universidad Nacional de Rosario y Universidad



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maimónides), la mayoría es en atención familiar y comunitaria proveniente de Universidad Nacional de Entre Ríos.

Se observó déficit en el desarrollo de un equipo capacitado que brinde soporte adecuado en cuanto a la captura de datos de relevancia y calidad, con información veraz y objetiva, con conocimiento y acciones que ayuden a tomar decisiones óptimas, ya que se consideran instrumentos imprescindibles para el cuidado actual de las unidades de enfermería.

Que las personas entrevistadas, no son nativos digitales, refieren que les dificulta su labor diaria, que tienen dificultades en el uso y gestión de sistemas de informáticos, trabajo en red, pero coinciden en la aplicación de soportes digitales para registrar sus intervenciones, estando dispuestos a capacitarse.

La utilidad de los registros implica que deben captar y procesar datos, que se extraiga información y conocimiento para comunicación y acción. Muchas veces dependiendo de la gravedad o urgencia de los casos clínicos quedan observaciones o intervenciones sin anotar, incurriendo en pérdida de datos para revisión de cuentas y transferencia que comprometen la toma de decisiones adecuadas.

La opinión de las personas que intervienen en el proceso de producción de información, sobre el Sistema de Información de Salud, que se utiliza en el Hospital Santa Rosa de Chajarí, es que estaría demandando una organización de programas informáticos, con planes estratégicos que sirvan para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazo. Con ausencia de un sistema unificado de información y capacitación continua del personal de enfermería.

Se encontró también una gran pérdida de datos, recursos informáticos, soportes tecnológicos y ello denota una gestión de información fragmentada y superpuesta del sistema de información de salud.

De la evaluación aplicando el modelo DICCA, surge que en la producción de datos, información, conocimiento, comunicación y acción se encontraron problemas



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



de gestión que afectan este proceso. Por ello, se formulan observaciones para las distintas instancias.

Los sistemas de información en salud deberían garantizar la accesibilidad y fácil aplicación de tecnología informática al personal que ejercen funciones en equipos de salud; fundamentalmente para mejorar la calidad de atención de la población que se asiste en el HSR Chajarí.

El Sistema de Información de Salud, requeriría adecuaciones que permitan su óptima vinculación, articulación, coordinación y organización de programas informáticos, con planes estratégicos que sirvan para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazo.

Futuras líneas de investigación podrían realizar evaluaciones de costo/efectividad, costo/calidad de los sistemas informáticos y avanzar en propuestas de unificación de registros elaborados de manera participativas con los principales actores.

A su vez, se requiere que el Estado a través de los efectores de salud comience procesos de rendición de cuenta y transparencia activa en relación a los Sistemas de Información en Salud, estando ello vinculado con derechos fundamentales de la ciudadanía y del sistema de derecho.

Para coordinar e instrumentar soluciones acordes con el verdadero nivel de la situación que enfrentan los SIS, se continuará a futuro con lineamientos y reportes de investigación pueden presentarse en un contexto del ámbito de salud que fortalezcan las instituciones en el uso de datos, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA).

Teniendo en cuenta que lo que se plantea no es sólo el uso de un nuevo sistema sino de pensar una nueva lógica, no ya lineal, sino procesual de producir información en salud y de toma de decisiones.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Finalmente, se considera que la integración de DICCA en el proceso de trabajo es la forma de construir el camino, que nos lleva de la práctica fragmentada al ejercicio de la ciudadanía según Moraes (1994).



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



10. RECOMENDACIONES

A continuación se formulan recomendaciones de gestión a partir de los problemas identificados en relación al sistema de información:

1. Atento que el DICCA permite el desarrollo y perfeccionamiento de nuevos modelos de cuidado en salud, se recomienda la incorporación como modelo orientador en el sistema de información en salud local.
2. Crear un Comité o Área de calidad para coordinar las actividades de evaluación interna, definición de PE (Plan Estratégico) y Plan de capacitación. Sería conveniente que esta área este integrada por múltiples actores, de diferentes disciplinas y servicios
3. Unificar registros y datos que se cargan, de manera participativa con el personal de salud que interviene en distintas instancias del proceso del sistema de información en salud.
4. Avanzar en la digitalización del sistema, se han citado en el trabajo experiencias comparadas como la de la “plataforma electrónica”, que son plantillas que se completan continuamente por las personas que cumplen funciones laborales en la clínica.

Ingresando al mismo a través de un nombre de usuario y contraseña (único para cada profesional), donde completan todas las intervenciones que se le realizan a los pacientes (Gestión de cuidados, Gestión de Casos, Evolución, Prescripciones).

Se llevan registros de Enfermería en la 1º página denominadas “sábana”, (los datos del paciente), 2º página (control de signos vitales), 3º página (todas las infusiones) y en la última página (todos los medicamentos que se deben administrar), además deben completar listas de chequeo donde se mide Escala de Riesgos de caída, Escala de lesión de piel, control estricto de ingestas para pacientes con fallas cardíacas, etc.)



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



En estas experiencias además de llenarse todos los datos, estos son utilizados para tomar decisiones clínicas, estadísticas y de gestión.

5. Disponer de tecnología con soporte digital apropiado para el SIS (para evitar déficit de registros de datos, repetición de datos e información, falta de tiempo para registrar manualmente).
6. Instalar un sistema de datos e información convenientes a través de registros con plantillas digitales útiles para todas las áreas del establecimiento.
7. Adquirir insumos, equipamiento, conectividad de calidad de acuerdo a los requerimientos mínimos que se establezcan para el servicio
8. Es necesario elaborar e implementar un plan de capacitación anual que contenga contenidos sobre Tecnología de la Información (TICS) y sobre el modelo DICCA como unidad de coordinación institucional, que represente una herramienta para la mejorar la calidad de atención y eficiencia operativa. Establecer instancias para evaluar el Plan de capacitación de manera participativa, antes, durante y después de la implementación.
9. Capacitar en relación al uso del Manual de Evaluación de Hospitales (Programa de Gestión para la Calidad).
10. Desarrollar un equipo de trabajo capacitado en TICS, que brinde soporte adecuado en cuanto a la carga de datos e información de calidad, con conocimientos que ayuden a tomar decisiones en el accionar de enfermería.
11. Mejorar la instancia de comunicación y lograr que todo el personal de enfermería tenga acceso a la información que se produce.
12. Generar dispositivos de encuentro de frecuencia mensual o bimensual para para generar propuestas de mejora a la reducción de datos, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA).
De modo que el sistema de información en salud sirva para la acción.
13. Realizar control efectivo a través de auditorías internas, que brinden información confiable, actualizada, proporcionada de forma clara y explícita, que inciden satisfactoriamente en la calidad de los servicios de enfermería en relación con las demás áreas.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



14. A nivel institucional verificar interés en digitalizar todas las áreas, recursos disponibles para destinar a tecnología informática.

15. Continuar trabajando el medioambiente y condiciones de trabajo que garanticen un espacio físico óptimo.

En el contexto actual de pandemia COVID- 19 la mesa de trabajo institucional, le ha interesado la propuesta de éste trabajo.

Se comenzó a trabajar con un “data entry” quien ha creado una HC digital que acelera la carga y evite la superposición de datos.

Además de la incorporación de un licenciado en comunicación, quien elabora informes frecuentemente para todos los integrantes de la mesa de trabajo.

La HC, inicia con un usuario y contraseña, tasa ocupacional del hospital, camas disponibles en institución extrahospitalarias (clínica privada, alojamiento en termas, albergue deportivo, carpas sanitarias del ejército argentino) triage (viaje a zona de circulación viral, síntomas), datos personales de pacientes, antecedentes históricos y actuales de estado de salud, evolución diaria, tratamiento, derivación interna y externa.

Atento a los puntos antes mencionados en las recomendaciones 3, 4, 6, 11.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



11. BIBLIOGRAFÍA

- Alazraqui M; Mota E; Spinelli H (2010). "Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local". Pág. 2696. Brasil.
- Araújo Hartz, Zulmira M (2009). "Evaluación en salud: de los modelos teóricos la práctica en la evaluación de programas sistemas de salud Organizado". Buenos Aires, Argentina.
- Araújo Hartz, Zulmira M. (1999). Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(2): 229-260.
- Bolli E. y Retamoza N. (2011). "Registros de Enfermería". Facultad Ciencias de la Salud -UNER. Recopilación Bibliográfica.
- Cantale Carlos R.,(2002). Historia Clínica Orientada a Problemas; El Generalista N° 1 pág. 29-32 Enero-Febrero 2002.
- Casado R.(2006). "Claves de la alfabetización digital. Madrid: Fundación Telefónica y Foro de Investigación y Acción Participativa para el desarrollo de la Sociedad del Conocimiento" (FIAP); 2006. p. 51-5.
- Donabedian A. (1989). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980; vol. I.
- Echegoyemberry N; Castiglia G; Yavich N; Bascolo E. (2017). "Desafíos de la implementación de la Atención Primaria de la Salud desde el enfoque de los Derechos Humanos. CONICET Digital. Vol.6. Año 2017.
- Echeverría J. (2008). "Apropiación social de las tecnologías de la información y la comunicación". *Rev Iberoam Cienc Tecnol Soc*. 2008; 4(10):171-82.
- Gutiérrez A, Tyner K. (2012) "Educación para los medios, alfabetización mediática y competencia digital. *Comunicar*". 38(29):31-9.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- Magalón Londoño G. (2006) "Garantía de calidad". Editorial médica internacional. Bogotá. Año 2006.
- Manual de Concurso del Dpto. Enfermería Entre Ríos. Resol. 5622/07. "Etapas de propuesta de un Proyecto de Investigación".
- Matus C. (1993). Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Moraes IHSD.(2002). Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- Moraes, I.H.S.D. (1994).Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Abrasco.
- Natalia Yavich (2015). Marcos conceptuales, dominios y dimensiones de evaluación de sistemas y servicios de salud. Rosario. Argentina.
- Neirotti, N. (2001). "La Función de Evaluación de Programas Sociales en Chile, Brasil y Argentina", ponencia presentada en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.
- OPS (2007). Publicación científica y técnica, "Salud en las Américas". Vol. 1. OPS.
- Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial Calidad Asistencial. Número actual: Vol. 32 / Núm. 06. España.
- Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial Calidad Asistencial. Vol. 16. Año 2001. España.
- Rodríguez Cámara, María Julieta; García, Enio; Duarte, Adriana Romina; Canella, Juan; Kaski, Federico; Echegoyemberry, María Natalia (2014). "Organización Del Trabajo y Perfil de los Usuarios de las Unidades Sanitarias Móviles. ACUMA,.
- Rovere Mario (2006) "Planificación estratégica de recursos humanos en Salud". OPS. Washington, D.C.
- Sunkel, Guillermo (2006) "Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la educación en América Latina. Una exploración de



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



indicadores”, CEPAL, División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales 126.

- Weed Lawrence L MD (1971), Control de calidad e historia clínica, Arch.Intern.Med/vol.127, Jan
- Weed Lawrence (1968).. “Historia Clínica Orientada a Problemas”.
- Zurro Martín (1994). “Atención primaria”. Tercera edición. Mosby/Doyma 1994.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



PÁGINAS WEB

- Enrique Ruelas-Barajas, M.C.,M.A.P., M.A.S.” Calidad, Productividad y Costos”
<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5660/6180>
- Sistema Información para la Salud.
<https://www.paho.org/ish/spanish.php>.
- Calidad de Atención en Salud Sexual y Reproductiva Desde una Perspectiva de Género y Derechos: Evaluación de Usuarías del Área Programática del Hospital Argerich. Buenos Aires. Abril 2011.
file:///C:/Calidad_de_atencion_Marina_Mattioli.pdf .
- Reunión de Alto Nivel sobre Sistemas de Información para la Salud.
file:///C:/Users/Elisabet/Downloads/Bogota-IS4H_Informe-final.pdf.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
<http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/590>.
- A randomised controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-orientated, evidence-based self-help guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease (Estudio randomizado de evaluación del impacto de un paquete formado por una guía de autocuidado basada en la evidencia más consultas centradas en el paciente, sobre el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal y la satisfacción del paciente).
<http://www.nchta.org/execsumm/summ728.htm>.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- (Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria). “Historia clínica orientada al problema y sistema de registros”.
http://www.profam.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=2389.PROFAM
- Salud colectiva vol.6 no.3 Lanús sep./dic. 2010. “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Spinelli Hugo (Doctor en Salud Colectiva. Director de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina-
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004#af1..
- El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud. Washington, D.C.: PAHO, 1999.
<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16596s/s16596s.pdf.->
- Historia Clínica Orientada al Problema.
<https://fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/historia.pdf>.
- El sistema de salud en Argentina.
<https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>. Año 2018.
- Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales.
<https://www.argentina.gob.ar/politicassociales/siempro/evaluacion>.
- Lawrence Weed. “Historia Clínica Orientada a Problemas”. 1968.
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=42838>.
- Importancia de los registros de enfermería.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/279>

3.ENFERMERÍA. *Medwave* 2004 May;4(4)2793 doi:
10.5867/medwave.2004.04.2793.

- Investigación social. Teoría, método y creatividad. Pág.18.
<https://abcproyecto.files.wordpress.com/2013/06/de-souza-minayo-2007-investigacic3b3n-social.pdf>.
- Metodología de la investigación de Sampieri. Recolección y análisis de datos.
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38758233sampleri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf.
Capítulo 14 Recolección y análisis de los datos cualitativos, pág.587.
- Informes del GETSIL 3. Mgr. Báscolo E; Porcel de Peralta S; Mgr. Augsburguer C; Mgr. Gerlero E; Dr. Agüero A; Dr. Cáceres C; Dr. Morabito A; Dr. Ponce E; Lic. Yavich N; Prof. Vega E; Dra. Framarín A; Dr. Insúa J; Dr. Siedes J. Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Lazarte. DIC 04.
www.ilazarte.com.ar.
- “Las tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC) como entorno de integración social”
<https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e180149/>.
- ¿Quiénes son los nativos digitales?
<https://noticias.universia.es/educacion/noticia/2018/01/04/1157285/quienes-nativos-digitales.html>.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- Sistema de Información en Salud. Manual del Personal de Salud de Perfil Administrativo. Capítulo II. Ministerio de Salud de Santa Fe. Año 2013.

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234844/1236024/>.



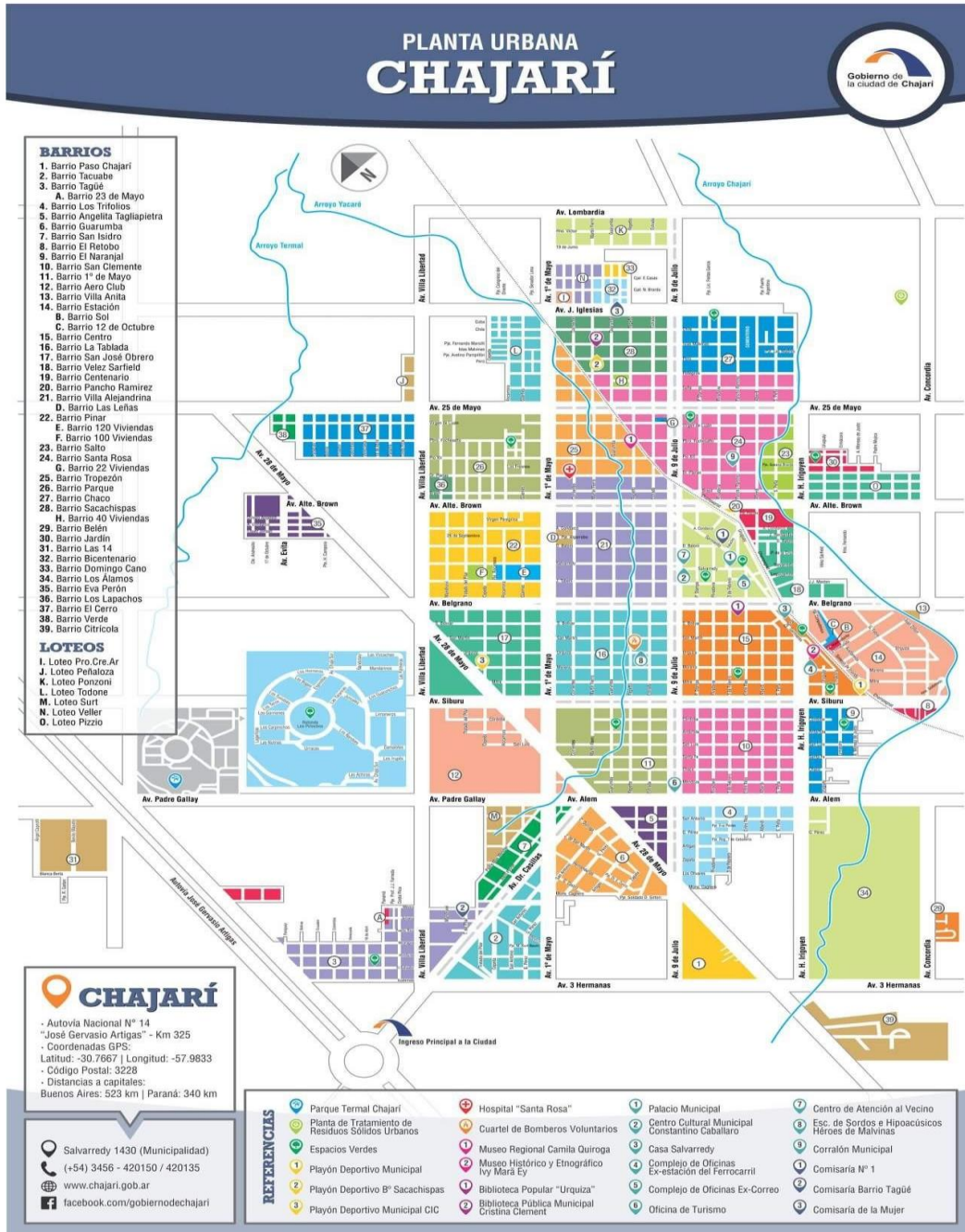
UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 1. PLANO CIUDAD DE CHAJARÍ





UNR



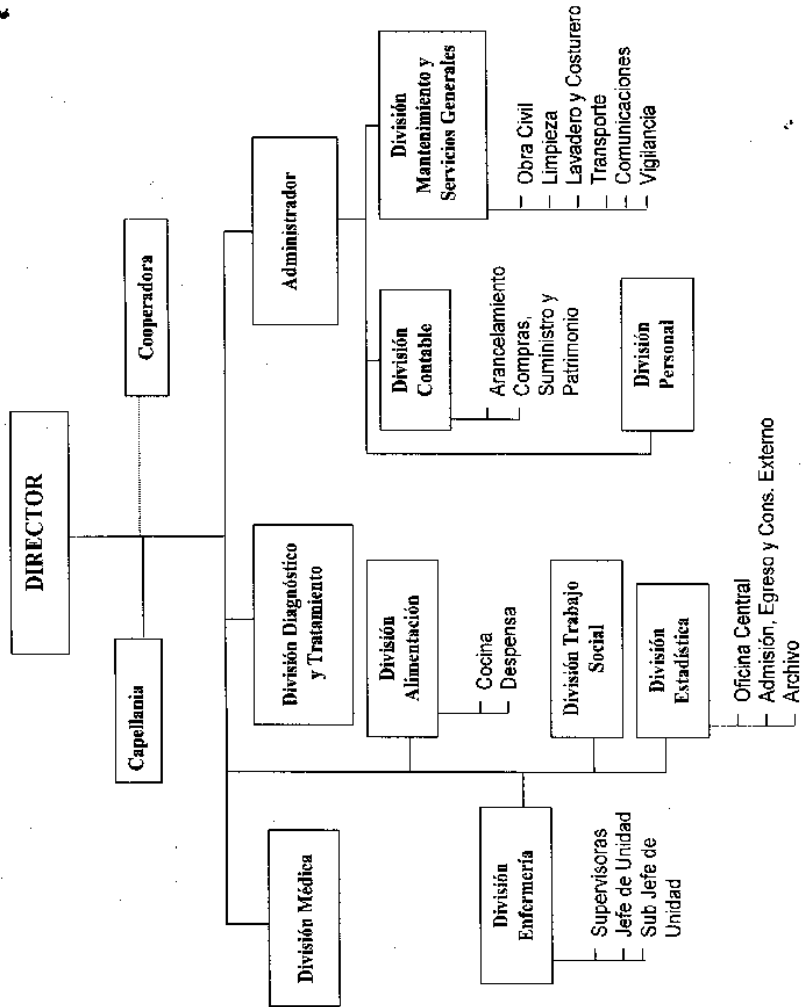
Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 2. DECRETO 4777. MINISTERIO SALUD. E. RÍOS

Decreto 4777 SES

*Podon Ejecutivos
Entre Rios*





UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 3. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE

ANEXO 3

Para la realización de este trabajo de investigación tuvo en cuenta el Código del CIE.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA:

1. **La enfermera y las personas:**

“La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla”.

2. **La enfermera y la práctica:**

“La enfermera será responsable y deberá rendir cuenta de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.”

3. **La enfermera y la profesión:**

“A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.”

4. **La enfermera y sus compañeros de trabajo:**

“La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaja en la enfermería y en otros sectores.”

Año 2000.-



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente entrevista permitirá profundizar acerca de los registros de enfermería y la calidad de los cuidados que se brindan a los pacientes en el H.S.R.

La entrevista será analizada con la finalidad de describir y analizar los datos e información que se encuentran en los registros de enfermería y la toma de decisiones para mejorar la calidad de atención de los usuarios.

Dicho objetivo se encuentra en el marco del Plan de Tesis para el otorgamiento de título de Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de: HILDA ELISABET FRANCO, otorgado por CEI y UNR (Cohorte Rosario 2015).

Agradezco su participación y contribución a este proceso de entrevista e investigación.

Acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio, me informó que:

1. En cualquier momento puedo desistir de participar retirarme de la investigación.
2. Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos y de mi desempeño.
3. Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación

FIRMA:

ACLARACION:

DOCUMENTO:

LUGAR Y FECHA:



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 6. HOJA VALORACIÓN Y ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Hospital "Santa Rosa" Chajarí

ENFERMERIA

VALORACION Y ATENCION INICIAL DEL PACIENTE

I. NOMBRE Y APELLIDO _____	
II. MOTIVO DE CONSULTA _____	
III. MECANISMO DE LESIÓN _____ Fecha y Hora de ingreso _____	
OBSERVACIONES	ACCIONES
<p>1.- NECESIDADES BASICAS BIOLÓGICAS</p> <p>Integridad de la piel y tegumentos Características de la piel: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cianótica <input type="checkbox"/> sudorosa <input type="checkbox"/> fría <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> caliente <input type="checkbox"/> rubicunda <input type="checkbox"/> falta de higiene <input type="checkbox"/> otros. Explicar _____</p> <p>Heridas: <input type="checkbox"/> sucia <input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> lincal <input type="checkbox"/> anfractuosa <input type="checkbox"/> contusa <input type="checkbox"/> otras. Explicar _____</p> <p>Nutrición Contextura: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> adelgazado <input type="checkbox"/> obeso <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> distensión abdominal</p> <p>Oxigenación <input type="checkbox"/> cianosis <input type="checkbox"/> disnea <input type="checkbox"/> taquipnea <input type="checkbox"/> bradipnea <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/> hemorragia visible localizada en _____</p> <p>Se cohibe mediante _____ <input type="checkbox"/> Monitoreo</p> <p>Eliminación -urinaria: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada. Explicar _____</p> <p>-intestinal: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada. Explicar _____</p> <p>Actividad <input type="checkbox"/> movilización normal <input type="checkbox"/> movilización parcial <input type="checkbox"/> inmovilización <input type="checkbox"/> con tabla espinal <input type="checkbox"/> con collar cervical <input type="checkbox"/> otras. Explicar _____</p> <p><input type="checkbox"/> fracturas: <input type="checkbox"/> expuestas <input type="checkbox"/> cerradas</p>	<p>Se realiza higiene: <input type="checkbox"/> parcial en cama <input type="checkbox"/> total en cama <input type="checkbox"/> en cuba <input type="checkbox"/> autohigiene <input type="checkbox"/> rasurado. Zona _____</p> <p>Tipo de Curación: _____</p> <p>Asistencia en prácticas médicas: _____</p> <p>Sonda nasogástrica para: <input type="checkbox"/> evacuar contenido; <input type="checkbox"/> lavado gástrica Características del líquido drenado _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vías periféricas. Cantidad: _____ Tipo: _____ Asistencia en prácticas médicas: _____</p> <p>Hidratación parenteral (cantidad): <input checked="" type="checkbox"/> Sol. Fisiológica <input type="checkbox"/> Sol. Dextrosa <input type="checkbox"/> Ringer Lactado <input type="checkbox"/> Hachmacel <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Control de signos vitales TA: _____ P: _____ FR: _____ T: _____ <input type="checkbox"/> aspiración de secreciones. Caract.: _____ <input type="checkbox"/> oxigenoterapia con máscara Asistencia en prácticas médicas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> colocación de urodrop <input type="checkbox"/> sondaje vesical Asistencia en prácticas médicas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> control de posición, según inmovilizado colocado por el médico: <input type="checkbox"/> tracción esquelética <input type="checkbox"/> tracción partes blandas <input type="checkbox"/> aparato de Braun <input type="checkbox"/> férulas <input type="checkbox"/> yeso Asistencia en prácticas médicas: _____</p>



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



OBSERVACIONES

Sensopercepción

- estado de conciencia
- () lúcido () vigil
- () somnoliento
- () estuporoso
- () desorientado
- () excitado
- () comatoso
- () shock hipovolémico
- estado de los sentidos

Vista

- () normal
- () alterado

Oídos

- () normal
- () alterado. Explicar: _____

Otros Cuál:

- () normal
- () alterado. Explicar: _____

Dolor

- () ausente
- () presente. Escala de dolor de 0 a 10 según percepción del paciente

ACCIONES

- () Interrogatorio (para detectar posibles alteraciones)

Analgesia: _____

NECESIDADES BASICAS PSICOSOCIALES

Comunicación

- () Verbal
- () no verbal
- () no responde. Explicar: _____

- () Ansiedad
- () Dependencia

Afecto

-Expresa "que se siente"

- () triste () tranquilo
- () alterado () enojado
- () preocupado () bien atendido
- () otros: _____

Explicar: _____

- () Se brinda apoyo emocional

NECESIDADES DE ATENCION DE SALUD

Antitética válida:

- () sí
- () no
- () no sabe

Otras afecciones de salud o factores de riesgo (referido por el paciente, acompañante o detectado por observación)

- () alergias () epilepsia
- () alcoholismo () hepatitis
- () tabaquismo () gastritis
- () drogas () enf. reumáticas
- () neoplasias () cardiopatías
- () asma () hipertensión arterial
- () diabetes () otros

Tratamiento actual: _____

Embarazo:

- () confirmado
- () sospecha

Estudios complementarios:

- () laboratorio
- () rayos x
- () electrocardiograma
- () ecografía
- () tomografía
- () otros. Explicar: _____

- () se administra Antitética completa
- () se administra refuerzo

Medicación al ingreso: dosis vía cantidad de unidades

- Corticoides _____
- Aminofilina _____
- Atropina _____
- Adrenalina _____
- Bicarbonato _____
- Gluconato de Ca _____
- Tiopental _____
- Succinilcolina _____
- Buscapina _____
- Metoclopramida _____
- Furseimida _____
- Taural _____
- Adalat _____
- Otras _____

- () extracción de sangre



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 7. HOJA INGRESO A SALA TOCGINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

HOJA DE INGRESO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. SALA TOCGINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD: _____ DNI: _____

FECHA: _____ HORA DE INGRESO: _____ GRUPO Y FACTOR: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS SI NO

MEDICADA SI NO

CUALES: _____

SIGNOS VITALES: T°: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ T.A.: _____

ANTECEDENTES

Nº DE GESTAS PARTOS CESÁREAS ABORTOS

EMBARAZO ACTUAL

F.U.M.: _____ SEMANAS GESTACIÓN POR → E.C.G.: _____

F.U.M.: _____

F.P.P.: _____

PÉRDIDA HEMÁTICA SI NO

HIDRORREA SI NO

MECONIAL SI NO

CLARO SI NO

CONTRACCIONES UTERINAS SI NO

OBSERVACIONES:

FIRMA:

IDENTIFICACION PERSONAL



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 8. HOJA VALORACIÓN POST-PARTO

HOJA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN POST-PARTO

* SIGNOS VITALES	2 HORAS	6 HORAS	24 HORAS
T. A.			
T°			
F. C.			
BUENA COLORACIÓN PIEL Y MUCOSA			
SENSORIO			
ORIENTADA - OBNUBILADA			
* IMBOLUCIÓN UTERINA	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ÚTERO CONTRAÍDO			
ENTUERTOS			
* LOQUIOS			
OLOR NORMAL			
OLOR FÉTIDO			
CANTIDAD NORMAL			
CANTIDAD EXCESIVA			
* PERINE			
EPISIOTOMIA / DESGARRO			
HEMATOMA			
EDEMA			
DOLOR			
HEMORROIDES			
* MAMAS			
PEZÓN NORMAL			
PEZÓN PLANO O INVERTIDO			
GRIETAS			
* LACTANCIA MATERNA			
AGARRE CORRECTO			
R. N. ADAPTADO			
R. N. NO ADAPTADO			
COLABORACIÓN MATERNA			
* MOVILIZACIÓN			
* MICCIÓN ESPONTÁNEA			
* DEPOCISIÓN			

OBSERVACIONES:

FIRMA

FIRMA

FIRMA

CALLEGARÍ (0332) 4642178



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



VALORACIÓN RECIÉN NACIDO (RN)

	2 HORAS		24 HORAS		48 HORAS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SUCCIÓN						
DIURESIS						
CATARSIS						
VIGOROSO						
CORDÓN UMBILICAL SP						

mg CALLERMAN (2016)0276

OBSERVACIONES: _____

FIRMA

FIRMA

FIRMA

Anexo 9. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 10. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE PEDIATRÍA

SERVICIO DE PEDIATRÍA - HOSPITAL SANTA ROSA

VALORACIÓN DE ENFERMERIA DEL USUARIO AL INGRESO

FECHA..... HORA.....

<p>Apellido y Nombre _____ edad _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____ DNI _____</p> <p>Domicilio _____</p> <p>Servicios básicos _____</p> <p>Madre _____</p> <p>DNI _____ edad _____</p> <p>Padre _____</p> <p>DNI _____ edad _____</p> <p>Antecedentes clínicos _____</p> <p>- Los padres conocen sobre la patología del ingreso si no</p> <p>- Necesitan educación para el alta si no</p> <p>Vacunas completas incompletas alergias si no</p>	<p>Motivo de internación _____</p> <p>Reingreso _____</p> <p>*Exámenes solicitados LBT () RX ()</p> <p>ECOGRAFÍA () ECG ()</p> <p>*Ingreso: guardia <input type="radio"/> sala partos <input type="radio"/> maternidad <input type="radio"/></p> <p>quirófano <input type="radio"/> C. Ext. <input type="radio"/> C. Part. <input type="radio"/> otra institución <input type="radio"/></p> <p>*Modo: incubadora <input type="radio"/> camilla <input type="radio"/> silla ruedas <input type="radio"/></p> <p>en brazos <input type="radio"/> deambula <input type="radio"/></p> <p>*Via periférica si no</p> <p>dextrosa 5% <input type="radio"/> dextrosa 10% <input type="radio"/></p> <p>Sol fisiológica <input type="radio"/> sol Ringer <input type="radio"/></p>	<p>Sensopercepción:</p> <p>Lúcide <input type="radio"/> OTE <input type="radio"/></p> <p>somnoliento <input type="radio"/></p> <p>desorientado <input type="radio"/></p> <p>exitado <input type="radio"/></p> <p>Comatoso <input type="radio"/></p> <p>visión normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/></p> <p>audición normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/></p>	<p>Apertura ojos:</p> <p>Espontánea (4) voz (3) dolor (2) S/R (1)</p> <p>Respuesta motora</p> <p>Obedece (6) localizada (5)</p> <p>En retirada (4) flexión (3)</p> <p>Extensión (2) S/R (1)</p> <p>Respuesta verbal</p> <p>Normal (5) confusa (4)</p> <p>Palabras (3) sonido (2) S/R (1)</p>		
<p>0 2 4 6 8 10</p>	<p>Dolor en lactantes</p> <p>- Tranquilo, no llora</p> <p>+ Lloro o retiro reflejo de la zona estimulada</p> <p>++ Continua llorando en brazos de la mamá</p> <p>+++ Llanto y expresión de excitación</p> <p>++++ Llanto vigoroso, quejido, expresión dolor</p>	<p>Tipo de llanto:</p> <p>- No</p> <p>- Quejidos</p> <p>- Llanto</p>	<p>Expresión facial:</p> <p>- Alegre (risa)</p> <p>- Preocupado</p> <p>- Puchero</p>	<p>Comportamiento:</p> <p>- Tranquilo</p> <p>- Inmóvil</p> <p>- Agitado</p> <p>- Rígido</p>	<p>Lenquaje:</p> <p>● No se queja</p> <p>● Se queja pero no de dolor</p> <p>● En silencio</p> <p>● Se queja de dolor</p>



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL SANTA ROSA

VALORACIÓN DE ENFERMERIA DEL USUARIO AL INGRESO

<p>Pecho materno <input type="radio"/> Pecho y biberón <input type="radio"/> biberón <input type="radio"/></p> <p>Succión <input type="radio"/> Deglución <input type="radio"/> Regurgitación <input type="radio"/></p> <p>Dieta: completa <input type="radio"/> liviana <input type="radio"/> ayuno <input type="radio"/></p> <hr/> <p>Distensión <input type="radio"/> RHA <input type="radio"/> Náuseas <input type="radio"/> Vómitos <input type="radio"/></p> <hr/> <p>SNG <input type="radio"/> SOG <input type="radio"/></p> <hr/>	<p><u>Oxigenación:</u> taquipnea bradipnea estridor</p> <p>sibilancias roncus crepitantes disnea</p> <p>apnea cianosis tos secreciones</p> <p><u>Administración de oxígeno:</u> bigotera máscara</p> <p>halo SPO2% _____</p> <p>+Taquicardia bradicardia</p> <p>+hipotensión hipertensión</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntaje</th> <th>FR</th> <th>F_r</th> <th>sibilancias</th> <th>Retracción</th> <th>Saturación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><6m</td> <td>>6m</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td><40</td> <td><30</td> <td>No</td> <td>No</td> <td>+ 95%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>llorando</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>41-55</td> <td>31-45</td> <td>Fin espiración</td> <td>Subcostal</td> <td>-95%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>llorando</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>56-70</td> <td>46-60</td> <td>Inspiración y espiración</td> <td>intercostal</td> <td>-95% en reposo</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>>70</td> <td>>60</td> <td>Audibles sin estetoscopio</td> <td>Grav + aleteo</td> <td>-95% con o2</td> </tr> <tr> <td colspan="6">1234 leve 5678 moderado 9 grave</td> </tr> </tbody> </table>	Puntaje	FR	F _r	sibilancias	Retracción	Saturación		<6m	>6m				0	<40	<30	No	No	+ 95%						llorando	1	41-55	31-45	Fin espiración	Subcostal	-95%						llorando	2	56-70	46-60	Inspiración y espiración	intercostal	-95% en reposo	3	>70	>60	Audibles sin estetoscopio	Grav + aleteo	-95% con o2	1234 leve 5678 moderado 9 grave					
Puntaje	FR	F _r	sibilancias	Retracción	Saturación																																																			
	<6m	>6m																																																						
0	<40	<30	No	No	+ 95%																																																			
					llorando																																																			
1	41-55	31-45	Fin espiración	Subcostal	-95%																																																			
					llorando																																																			
2	56-70	46-60	Inspiración y espiración	intercostal	-95% en reposo																																																			
3	>70	>60	Audibles sin estetoscopio	Grav + aleteo	-95% con o2																																																			
1234 leve 5678 moderado 9 grave																																																								
<p>Eliminación intestinal Pañal <input type="radio"/></p> <p>Normal <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Constipación <input type="radio"/></p> <p>Eliminación urinaria: normal <input type="radio"/> alterada <input type="radio"/></p> <p>Sonsa vesical sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/></p> <p>Observaciones: _____</p>	<p>Tegumentos Piel normal sudorosa pálida</p> <p>Rubicunda Ictérica Cianótica Piel seca</p> <p>Edema Hematomas Dermatitis Escaras</p> <p>Hernias Irritación Esconación Mamioreo</p> <p>Tumefacción Hipotermia Hipotermia</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																						
<p>OBSERVACIONES:</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">FIRMA</p>																																																								



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 11. VALORACIÓN ENFERMERÍA CLÍNICA MÉDICA.

HOSPITAL "SANTA ROSA" CHAJARI
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO - Clínica Médica

Usuario:
Edad:
Nº de Cama:
Domicilio:
Cuidador:
Motivo de Ingreso:
Vive:
Ingresar:
Acompañado por:
Tratamiento domiciliario:

Talla:
Peso:
Sala:
Pieza:
Nº de Tel.:
Nº de Tel.:
Fecha:
Hora:

CSV: Pulso: Resp.: Tº: TA:
Integridad de la piel y tegumentos

Características de la piel
Normal, cianótica, sudorosa, fría, pálida, caliente, rubicunda
Otros Explicar:
Heridas: sucia, limpia, irregular, contusa, Otras:

Nutrición
Contextura: normal, adelgazado, obeso
Dieta:
Prótesis dentaria: si, no, parcial, total, fija

Hidratación Parenteral
Solución fisiológica, Ringer Lactato, Otros:
Goteo: Solución Dextrosa al 5%, Manitol
Venoclisis: abocath Nº, butterfly Nº, permeable

Actividad
Movilización: normal, parcial, inmovilidad
Oxigenación:
Jeopnea, disnea, taquipnea, bradipnea, apnea
Vía aérea: permeable, secreciones, tos

Eliminación
Urinaria: normal, alterada Explicar:
Intestinal: normal, alterada Explicar:
Incontinencia: pañal, sonda vesical, colector
Abdomen: blando, depresible, indoloro, doloroso, distendido, en tabla
Ruidos intestinales: si, no, disminuidos

Necesidades de atención de salud
Vacuna antitetánica válida: si, no
Otras afecciones de salud o factores de riesgo (referido por el paciente, acompañante o detectado por observación)
alergias, alcoholismo, tabaquismo, drogas, neoplasias, asma, diabetes, epilepsia, hepatitis, gastritis, enf. reumáticas, cardiopatías, HTA, Otros:

Reposo y sueño
Hábito de descanso nocturno: horas.
Insomnio: si, no
Ingesta de sedantes: si, no, ¿cual?
Sensopercepción

Nivel de conciencia: lúcido, vigil, somnoliento, estuporoso, excitado, comatoso, desorientado
Vista: normal, alterada, explicar:
Oído: normal, alterada, explicar:
Dolor: si, no Tipo: Localización:

Table with 10 columns (1-10) and 2 rows (Leve, Moderado, Fuerte, Muy fuerte)

Higiene y confort
Higiene corporal adecuada: si, no
Higiene del cabello adecuada: si, no

Afectos
Expresa que se siente: triste, tranquilo, preocupado, enojado, alegre, nervioso
Otros:

Exámenes solicitados
laboratorio, Rx, otros:

Observaciones:

Firma



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ANEXO 12. HOJA ENFERMERÍA SALA DE OPERACIONES

HOJA DE ENFERMERÍA - SALA DE OPERACIONES

HOSPITAL SANTA ROSA - CHAJARÍ - ENTRE RÍOS

Fecha..... Servicio.....

VISITA PREQUIRURGICA

Nombre y Apellido.....

Edad:..... DNI:..... Telef:..... N° HC:.....

Domicilio:.....

Antecedentes: HTA:..... DBT:..... Alergias:..... Fumador:.....

Portador de Infección:..... Otros:.....

Medicación habitual y Dosis:.....

Estudios Preoperatorios: Laboratorio:..... Rx:..... ECG c/ informe:.....

ECG s/ Informe:..... Ecografía:..... Tomografía:..... Antitetánica:.....

Consentimiento Informado:

Otros:

Venoclisis:..... Con Solución

Profilaxis de ATB prequirúrgico:

SNG:..... Sonda Vesical:..... Peso:..... Ropa Quirúrgica:.....

Yeso:..... Férula:..... Vendaje:..... Rasurado:.....

INTRAOPERATORIO

- Se prepara Quirófano, se verifica funcionamiento de Aparatología:

- Se traslada material a utilizar según cirugía:.....

- Se coloca placa en camilla para Rx:.....

- INGRESO DEL PACIENTE A QUIRÓFANO:

En camilla..... En silla de ruedas..... Caminando

Hora Acompañado por.....

Se condiciona pte. en camilla y se colocan accesorios para monitoreo de parámetros vitales.

Control TA:..... FC:..... SPO2:..... Placa electrobisturi:.....



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



Se verifica si se encuentra presente el equipo quirúrgico: DR.....

DR..... DR..... ENF:.....

Se asiste a instrumentadora quirúrgica: Sr

Con material necesario para la intervención.....

Se asiste al anestesista: Dra

En Anestesia: General..... Raquídea..... Local.....

Se trasladan sueros tibios desde estufa a quirófano:.....

Se asiste al cirujano y ayudante.....

Se conecta aparatología (electrobisturi, aspiración central, cialítica).....

Se realiza recuento de material textil: Antes de comenzar cirugía.....

Antes de cerrar cavidades..... Al terminar la cirugía:.....

En cesárea, datos del recién nacido: Hora de Nacimiento:.....

Sexo:..... Peso:..... Pediatra:.....

Se llama técnico Rx..... Bioquímica..... Otros.....

Se registra en libro de cirugía.....

Se completa hoja de receta de insumos.....

Se solicita a anestesista firma y sello en receta de estupefacientes.....

Se alcanza antisépticos y sueros para lavaje.....

Se acondicionan muestras patológicas con respectiva solicitud de informe.....

Se asiste a instrumentadora: En Curación.....

Se alcanza sachet de drenaje: aspirativo..... por declive.....

Se asiste al traumatólogo en colocación de: Yeso..... Férula..... Vendaje.....

Se descarta diuresis..... Cantidad..... Característica.....

Se asiste al anestesista en recuperación del paciente:

Secreciones: Abundantes..... Escasas:.....

Control de signos vitales a su egreso: TA..... FC..... SPO2.....

Ingreso de líquidos (sueros)..... litros.

Estado del paciente:.....

Egreso del pcte.: Hora..... En camilla..... En silla de ruedas.....

Caminando:.....

Observaciones:.....

Firma y Sello



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 14. HOJA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN TRASLADO

HOJA DE ENFERMERÍA PARA CONTROL DE PACIENTES DURANTE EL TRASLADO - HOSPITAL SANTA ROSA - CHAJARÍ										
Fecha		Hora de salida		Apellido y Nombre del Enfermero				MP:		
Apellido y Nombre de usuario				DNI		EDAD		SEXO		
Médico que deriva el paciente				Mp:		Ciudad y Efector de salud de destino:				
Médico que recepciona el paciente				Mp:						
Motivo del traslado		Urgencia	Programado	Diagnóstico						
Médico	Si	No	MP	Nombre y Apellido:						
Custodia policial		Si	No	Nombre y Apellido:				DNI		CARGO
Acompañante del paciente				Nombre y Apellido:				Relación de parentesco:		
SEXO		EDAD		DNI		FIRMA Y ACLARACIÓN				
VALORACIÓN NEUROLÓGICO										
Escala de coma de GLASGOW modificada para lactantes y niños					Escala de coma de GLASGOW para ADULTOS					
PUNTUACIÓN		MAYOR DE 1 AÑO			MENOR DE 1 AÑO					
RESPUESTA APERTURA OCULAR					RESPUESTA OCULAR					
4	Espontánea		Espontánea		4	Espontánea				
3	A la orden verbal		Al grito		3	Órdenes verbales				
2	Al dolor		Al dolor		2	Al dolor				
1	Ninguna		Ninguna		1	Ninguna				
RESPUESTA MOTRIZ					RESPUESTA MOTRIZ					
6	Obedece órdenes		Espontánea		6	Obedece órdenes				
5	Localiza el dolor		Localiza el dolor		5	Localiza el dolor				
4	Defensa al dolor		Defensa al dolor		4	Se retira al dolor				
3	Flexión anormal		Flexión anormal		3	Flexión al dolor (decorticación)				
2	Extensión anormal		Extensión anormal		2	Extiende al anormal (descerebración)				
1	Ninguna		Ninguna		1	Ninguna				
RESPUESTA VERBAL					RESPUESTA VERBAL					
5	Se orienta - Conversa		Balbucea		5	Orientado				
4	Conversa - Confuso		Llora - Consolable		4	Conversación confusa				
3	Palabras inadecuadas		Llora persistente		3	Palabras inadecuadas				
2	Sonidos raros		Gruñe o se queja		2	Sonidos incomprensibles				
1	Ninguna		Ninguna		1	Sin respuesta				



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 15. INFORME DIARIO DE SUPERVISIÓN

Hospital Santa Rosa Chajarí

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
INFORME DIARIO DE SUPERVISIÓN

Fecha:

SERVICIOS	CL Médica		CL Quirúrgica		Guardia		Pediatría		Maternidad		Quirófanos		Vacunas		Cons. Exter.		Superv.	TOTAL				
																		Internados		Ambul.		
	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	T.M.	T.T.		T.M.	T.T.	T.M.	T.T.	
N° Camas dotación																						
Ingresos																						
Egresos altas / fallecimientos																						
Cuidados Especiales																						
Pre-operatorios Pre-partos																						
Post-operatorios Post-partos																						
Con O2																						
Con Venocisis																						
Operación Cesáreas																						
Personal Ausente																						
Personal Presente Total																						

OBSERVACIONES: EN TOTAL AMBULATORIOS CONSIGNAR: VACUNACIÓN, CONS-EXTERNO, GUARDIA (PRESTACIONES Y ENFERMERÍA) O PTES. ATENDIDOS.

.....
.....
.....

T.M. Firma de la Supervisora T.T.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 16. INFORME DIARIO DE PACIENTES INTERNADOS

DIVISIÓN ENFERMERÍA - HOSPITAL SANTA ROSA - INFORME DIARIO PACIENTES INTERNADOS

SALA	CAMA	EDAD	NOMBRE Y APELLIDO	DIAGNÓSTICO Y TTO	
				Enf.	T.T.
	1		MATERNIDAD	Enf.	T.T.
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
			POLICLÍNICO	Enf.	Enf.
I	1				
	2				
II	1				
	2				
III	1				
	2				
	3				
IV	1				
	2				
	3				
V	1				



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



VI	1					
	2					
VII	1					
	2					
			AMBULANCIA	Enf.	Enf.	
TM						
TT						
			PEDIATRÍA	Enf.	Enf.	
I	1					
	2					
	3					
II	4					
	5					
	6					
III	7					
	8					
	9					
IV	10					
SALA O	inc 1					
	inc 2					
	cuna 1					
	cuna 2					
	Led					
	LMT					
			GUARDIA	Enf.	Enf.	
I	1					
	2					
	3					
II	1					
	2					
	3					
III	7					
	8					
Shock Room						
			QUIRÓFANO	Enf.	Enf.	
			Cirugías Programadas / Urgencias			
			Total	Pacientes:..... VCL:.....	Pacientes:..... VCL:.....	

PE CALLE GARIBAY 1050/1051/1052



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 17: DISPOSICIÓN DE CAMBIO DE SERVICIO PERSONAL DE ENFERMERÍA

**DISPOSICIÓN PARA CAMBIO DE SERVICIO POR NECESIDAD DE
REDISTRIBUCIÓN DE PERSONAL**

Se dispone que el día en el turno de....., el agente
enfermero / aux. de enfermería

Cubra el turno en el Servicio de

Por dirección

**DISPOSICIÓN PARA CAMBIO DE SERVICIO POR NECESIDAD DE
REDISTRIBUCIÓN DE PERSONAL**

Se dispone que el día en el turno de....., el agente
enfermero / aux. de enfermería

Cubra el turno en el Servicio de

Por dirección

**DISPOSICIÓN PARA CAMBIO DE SERVICIO POR NECESIDAD DE
REDISTRIBUCIÓN DE PERSONAL**

Se dispone que el día en el turno de....., el agente
enfermero / aux. de enfermería

Cubra el turno en el Servicio de

Por dirección

Anexo 18: IMAGEN HOJA ENFERMERÍA

HOJA DE ENFERMERÍA

Paciente: [Redacted] Cama: 2
Médico Tratante: [Redacted] Sala: 6

Fecha	Hora	Tratamiento y Observaciones	Dosis	Vía	Firma
11/09/13	6:10	Se le pone un baño de los pies Se lo clasificamos en la cama Se realiza a su			[Firma]
	6:40	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	7:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	7:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	7:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	8:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	8:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	9:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	9:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	10:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	10:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	11:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	12:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	12:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	13:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	13:30	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	13:45	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	13:55	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	14:20	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]
	15:00	Se le da un baño de los pies Se le da un baño de los pies			[Firma]



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 19. ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

“Evaluación de la Calidad del Sistema de Producción de Información para la Toma de Decisiones en la División de Enfermería del Hospital Santa Rosa Chajarí, Entre Ríos. Durante el 2019”

Entrevista destinada a personal de Enfermería que ocupa función de supervisor, jefe o subjefes de servicios de enfermería del H.S.R.

1. Sexo:
2. Edad:
3. Formación Académica:
4. Institución Formadora:
5. Tuvo “Informática” en su formación académica:
6. Antigüedad en función jerárquica:
7. Función que desempeña:
8. Antigüedad en la institución:
9. Capacitaciones recibidas en el último año:
10. Capacitaciones realizadas en TICS (tecnología de la información y comunicación)
11. Sabe manejar programas como Word, Excel, otros.

SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD

12. ¿Qué piensa sobre el sistema de información de salud del hospital y del servicio de enfermería?
13. ¿Cuáles son los aspectos que le gustaría cambiar del sistema de información en salud?
14. ¿Según su criterio, cuáles son los aspectos que favorecen y cuáles dificultan la toma de decisiones en enfermería?
15. ¿Qué registros llevan en el servicio de enfermería? (manual o digital)
16. Considera que los registros que llevan son de calidad (cumplen con los estándares en SIC -sistema de información para la calidad-)
17. Le sirve para la toma de decisiones. ¿En su caso, podría darme un ejemplo?
18. ¿Utilizan toda la información que producen o producen más información que la que utilizan?
19. ¿Quién comunica y quién transmite la información de lo que se registra?
20. ¿Qué pasa con el registro de información en casos de emergencias? (por ej. Vial)
21. ¿Quién registra?



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



22. ¿Cómo registra?
23. ¿Para qué registran?
24. ¿A quién comunican?
25. ¿Cómo comunican?
26. ¿Hay persona especializada para la carga de datos?
27. ¿Cree que ello es necesario?
28. ¿Por qué?
29. ¿Hay personal especializado para la producción y análisis de datos de salud?
30. ¿Hay personal especializado para la comunicación?
31. ¿Cambiaría algo de los registros que llevan?, en su caso, ¿qué?
32. ¿Le parece relevante completar todo el registro?, ¿en la práctica logra completarlos?
33. ¿Cuáles son en su opinión los actores principales que toman decisiones en el H.S.R.?
34. ¿Tienen en cuenta los registros de enfermería para tomar decisiones?

35. TIEMPO

- ¿Cuánto tiempo aproximado dedica a la carga de información?
- ¿Cuánto tiempo a la comunicación de esa información?
- ¿Con qué periodicidad cargan?

36. CALIDAD

- Sabe cómo se realiza el control de calidad de la información que producen.
- ¿Quién controla la calidad?
- ¿Sabe si la información que se presenta es utilizada para la toma de decisiones y como soporte de la gestión del servicio y del hospital?
- Desde que usted trabaja en los servicios sabe si ha habido cambio en la forma de registrar ¿se agregaron, modificaron, o eliminaron registros?

37. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

¿En qué parte o partes del proceso del sistema de información interviene?

- DATO
- INFORMACIÓN
- CONOCIMIENTO
- COMUNICACIÓN
- ACCIÓN



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



38. CARACTERÍSTICA DE LOS REGISTROS Y DEL SISTEMA

- ¿En su área de trabajo tiene soporte digital e informático para los registros de enfermería? ¿Lo utiliza?
 - Recibió capacitación por parte del Ministerio de Salud Provincial o del Hospital en relación a sistema de información en salud (carga de información, registros, producción y análisis, comunicación)
 - ¿Para Ud. los registros digitales son importantes a la hora de tomar decisiones que mejoren la calidad de atención de los pacientes?
 - ¿En una situación urgente o emergente considera que debe haber una persona exclusiva que registre las intervenciones de enfermería? ¿por qué?
 - ¿Conoce el Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales en la provincia de Entre Ríos?
 - ¿Quisiera ampliar o agregar alguna otra información que considere relevante para este proyecto de investigación?
39. ¿Qué problemas encuentra en los registros de enfermería? (preguntar por cada uno de los registros)
40. ¿Qué haría con ese registro?
41. ¿Le parece necesario lo que se registra ahí?
42. ¿Sabe si hay cuestiones legales en el registro de información?



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 20: MANUAL DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES E. RÍOS

Estándares del Manual de Evaluación de Calidad de los Hospitales de Entre Ríos que se deberían tener en cuenta para la aplicación procesual del modelo DICCA (datos, información, conocimiento, comunicación y acción)

La Dirección y Conducción- gestión integral de calidad	Ítems de Evaluación	Niveles de cumplimiento Si/No
Planificación estratégica	-existe un documento actualizado y disponible que defina el Plan Estratégico (PE).	No
Planificación de calidad	-el establecimiento ha documentado su política de calidad. -se analizan sistemáticamente las necesidades y expectativas del paciente y su familia.	No
Comité de calidad	-la institución ha creado un Comité o Área de calidad para coordinar las actividades de evaluación interna, definición de PE y la implementación de su sistema de gestión de calidad.	No
	-el Comité de Calidad lleva registro de los temas tratados y decisiones tomadas en reuniones.	No
	-se programan y realizan auditorías internas de gestión de calidad que evalúan la implementación, actualización y mejora continua del mismo.	No
	-estas auditorías generan información para la mejora continua del sistema de gestión de calidad y la calidad de atención.	No
	-se realizan auditorías sistemáticas de la calidad de atención, utilizando como herramienta la información contenida en la historia clínica.	No
	-esta información, junto con la generada en diferentes tipos de auditorías externas, es analizada por el Comité de Calidad, quien sugiere	



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



	acciones para la mejora. Se lleva registro de las decisiones tomadas.	
La Dirección y Conducción- gestión integral de calidad	Ítems de Evaluación	Niveles de cumplimiento Si/No



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



<p>Comunicación Interna y Externa</p>	<p>-se ha definido y está en operación un sistema de comunicación interna integral a fin de intercambiar información entre los miembros de la organización.</p> <p>-hay evidencias escritas de que en las comunicaciones se hace hincapié en la implementación del sistema de gestión de calidad.</p> <p>-se realizan reuniones formales, con el objeto de intercambiar información y coordinar acciones.</p> <p>-previamente a las reuniones se define un temario u orden del día.</p> <p>-se llevan actas de las mismas.</p> <p>-existen mecanismos de comunicación (documentos, Web) destinados a la comunidad.</p>	<p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p>
---------------------------------------	--	---

Obtención y Carga de Datos	-posee un software de gestión abarcativo e integral, que comprenda la totalidad de los procesos que se realizan y los objetivos planteados.	No
Análisis Integral de la	-el software está diseñado para evitar la doble carga de ciertos datos.	Si
Información	-los indicadores definidos se calculan en forma automática sin necesidad de pasos intermedios.	No
Presentación de la Información	-la presentación de la información es clara. -independientemente de la obtención de informes periódicos, el personal autorizado puede obtener información en cualquier momento que se requiera. -la información que se obtiene es confiable. Utiliza algún mecanismo de validación de la información.	No No
Información Médica	-existe un responsable de la información médica. -se utiliza a la historia clínica como fuente de información a ser utilizada con fines asistenciales, docentes y de investigación.	Si Si
Información Médica	-se utiliza la clasificación de enfermedades (CIE 10) para registrar morbilidad y mortalidad, al efecto de hacer comparables los datos del establecimiento. -la institución envía periódica y sistemáticamente información epidemiológica a las autoridades provinciales y/o nacionales según requisitos legales vigentes.	Si Si
Seguridad de la Información	-se guardan los datos y componentes del sistema de información de potenciales contingencias. -existe un mecanismo de permiso a diferentes tipos de información según tipo de usuario.	Si Si



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



--	--	--

Fuente: División de Enfermería HSR. Servicio Estadística. Nodo Epidemiológico. Durante primer trimestre del año 2019.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 21: OBSERVACIÓN DIRECTA EN DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA – SUPERVISIÓN.

- TIEMPO:

1) ¿Cuánto tiempo dedica a la carga de información en 8 hs de jornada laboral?

- Escrito: 4hs y 30', por servicio.
- Digital: 3 hs y 20', supervisión cargando todos los servicios.

2) ¿Cuánto tiempo a la comunicación de esa información?

- Continuamente está informando a dirección, administrador, oficina personal y servicios de enfermería.
- Vías: telefónica, digital y verbal.

3) ¿Con qué periodicidad cargan?

- Diariamente.