



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS DE EMERGENCIA Y SU RELACIÓN CON LA IMPRUDENCIA MÉDICA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MÓVIL 1 DEL MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR.**

**AUTORA:**

**BARZOLA BRIONES, BRENDA BETHZABET, LCDA.**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:**

**DR. FRANCISCO MARCELO OBANDO FREIRE, Ph.D.**

**Guayaquil, Ecuador  
2019**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lic. Brenda Bethzabet Barzola Briones**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Dr. Francisco Marcelo Obando Freire, Ph.D**

**REVISORA**

---

**Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.**

**Guayaquil, a los 27 del mes de septiembre del año 2019**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Brenda Bethzabet Barzola Briones**

**DECLARO QUE:**

El proyecto de investigación “**Evaluación del conocimiento de protocolos de emergencia y su relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud del Ecuador**” previa a la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 27 del mes de septiembre del año 2019**

**LA AUTORA**

---

**Brenda Bethzabet Barzola Briones**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Brenda Bethzabet Barzola Briones**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **“Evaluación del conocimiento de protocolos de emergencia y su relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud del Ecuador”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 27 del mes de septiembre del año 2019**

**LA AUTORA:**

---

**Brenda Bethzabet Barzola Briones**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**Informe de Urkund**

The screenshot displays the Urkund web interface. At the top, the browser address bar shows the URL: `secure.orkund.com/old/view/53661835-658771-664527#BcExDoMwFETBu7h+Qn/XZNhcBVegRCIXoaGMcvfMfNPhSeumQEIZaigijoOLGyc8YlBmZiCAHR9t3vd4fJO4zutMYW6...`

The main interface is divided into several sections:

- Document Information:** Shows the document title "Tesis Brenda qrotoc vs imopudencia Urkund.docx (D55146740)", the date presented (2019-08-30 17:06 (-05:00)), the presenter (brenbeth\_15@hotmail.com), the recipient (maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com), and a message to "Mostrar el mensaje completo".
- Source List (Lista de fuentes):** A table with columns for "Categoria" and "Enlace/nombre de archivo". It lists several sources, including "TRABAJO DE POSGRADO LCDA\_CATHY URULLA CARPIO.docx", "Tesis 100% Copiando 03 JUNIO 2019 (1).docx", "16.02.2019 Tesis Nieves Córdova.docx", and a URL from "http://nevia.uco.es/bitstream/handle/10396/15103/201100001604.pdf?sequence=1&isAlto...".
- Document Preview:** Shows a snippet of text with a 100% match indicator. The text discusses the role of the state in health services, mentioning the "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (SNS)" and "CITATION Asa0814 || 12298 (Asamblea Nacional Constituyente, 2008)".

## **Agradecimiento**

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida,  
y a toda mi familia por estar siempre presentes.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a todos mis maestros que  
fomentaron las bases para nuestra profesión quienes con la enseñanza de sus  
valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional,  
gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y  
amistad.

De igual forma, agradezco a mi Director de Tesis, Dr. Francisco Obando que  
gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mis jefes  
del Hospital Móvil 1 por permitirme durante todo este proceso, estudiar para  
seguir cumpliendo mis metas

**Brenda Bethzabet Barzola Briones**

## **Dedicatoria**

Esta tesis está dedicada:

A Dios, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados en mi formación profesional.

Han pasado muchos años desde que nací, desde ese momento, incluso antes de eso, ya estaban buscando maneras de ofrecerme lo mejor, han trabajado duro y sin importar que estuvieren cansados de su trabajo, siempre tienen una sonrisa para ofrecer a su familia, a mis padres, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, gracias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

**Brenda Bethzabet Barzola Briones**

## Índice General

Resumen.....	XIV
Abstract .....	XV
Introducción .....	2
Antecedentes .....	3
Planteamiento del Problema.....	6
Justificación.....	9
Formulación del Problema .....	11
Preguntas de Investigación.....	11
Hipótesis.....	11
Objetivos .....	11
Objetivo general .....	11
Objetivos específicos .....	12
Capítulo I.....	13
Marco Teórico .....	13
Sistemas de Salud.....	13
Hospitales Móviles.....	14
Salud Pública.....	15
RPIS .....	16
Protocolos de Emergencia.....	17
Servidores Públicos .....	19
Desempeño .....	23
Objetivos .....	24
Ventajas.....	24
Personas que intervienen.....	24
Imprudencia Médica.....	32
Marco Conceptual .....	34
Capítulo II .....	37
Marco Referencial.....	37
Referentes Empíricos Internacionales.....	37
Referentes Empíricos Nacionales .....	40
Hospital Móvil N1 .....	44



Marco Legal .....	44
Mala práctica médica en el Ecuador .....	44
Legislación comparada.....	45
Capítulo III.....	48
Marco Metodológico .....	48
Enfoque .....	48
Tipo .....	48
Método .....	49
Instrumento .....	49
Población.....	50
Muestra.....	50
Procesamiento de Datos .....	50
Análisis.....	51
Conocimiento de los protocolos de emergencia.....	51
Imprudencia médica .....	56
Error de diagnóstico .....	59
Tablas Cruzadas .....	73
Análisis General .....	76
Capítulo IV.....	79
Propuesta.....	79
Objetivos .....	79
General .....	79
Específicos .....	79
Justificación.....	80
Actividades para Desarrollar la Propuesta .....	80
Programa de capacitación sobre los protocolos de emergencia.....	80
Guía práctica clínica.....	88
Plan con esquemas de las prácticas clínicas.....	91
Manual de protocolo para repliegue de hospital móvil.....	96
Recursos Financieros .....	98
Cronograma de Actividades de la Propuesta .....	99
Lineamientos de Evaluación .....	99
Conclusiones .....	101
Recomendaciones.....	103

Referencias.....	104
Apéndices.....	114
Apéndice A. Cuestionario de Conocimiento de Protocolos de Emergencia...	114

## Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Cruce conocimiento - acto médico sin precauciones adecuadas</i> .....	73
Tabla 2. <i>Chi cuadrado conocimiento – acto médico sin precauciones adecuadas</i> .....	73
Tabla 3. <i>Cruce conocimiento - riesgo sin necesidad</i> .....	74
Tabla 4. <i>Chi cuadrado conocimiento - riesgo sin necesidad</i> .....	74
Tabla 5. <i>Cruce conocimiento - acción precipitada sin prever consecuencias</i> .....	75
Tabla 6. <i>Chi cuadrado conocimiento - acción precipitada sin prever consecuencias</i> .....	75
Tabla 7. <i>Capacitación a personal</i> .....	81
Tabla 8. <i>Temas del protocolo de emergencia</i> .....	89
Tabla 9. <i>Clasificación de víctimas de acuerdo a la OMS y la OPS</i> .....	90
Tabla 10. <i>Protocolo para repliegue de hospital móvil</i> .....	97
Tabla 11. <i>Materiales para propuesta</i> .....	98
Tabla 12. <i>Recursos financieros para propuesta</i> .....	98
Tabla 13. <i>Cronograma de actividades de propuesta</i> .....	99

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Conocimiento sobre protocolos de emergencia .....	51
<i>Figura 2.</i> Institución brinda capacitaciones .....	52
<i>Figura 3.</i> Dotación de equipos e insumos.....	53
<i>Figura 4.</i> Control .....	54
<i>Figura 5.</i> Capacitación externa .....	55
<i>Figura 6.</i> Acto médico sin precauciones adecuadas .....	56
<i>Figura 7.</i> Riesgo sin necesidad .....	57
<i>Figura 8.</i> Acción precipitada sin prever consecuencias.....	58
<i>Figura 9.</i> Fatiga e impericia.....	59
<i>Figura 10.</i> Falta de entrenamiento - impericia.....	60
<i>Figura 11.</i> Pobre comunicación - impericia .....	61
<i>Figura 12.</i> Control de calidad - impericia.....	62
<i>Figura 13.</i> Área laboral - imprudencia .....	63
<i>Figura 14.</i> Sobrecupo - imprudencia .....	64
<i>Figura 15.</i> Recursos humanos y financieros - imprudencia médica.....	65
<i>Figura 16.</i> Liderazgo e incentivos laborales - imprudencia médica.....	66
<i>Figura 17.</i> Mal manejo gerencial - imprudencia médica.....	67
<i>Figura 18.</i> Automatización de procesos - imprudencia médica .....	68
<i>Figura 19.</i> Equipos - imprudencia médica.....	69
<i>Figura 20.</i> Integración equipo - imprudencia .....	70
<i>Figura 21.</i> Escasa información - imprudencia.....	71
<i>Figura 22.</i> Capacitación - imprudencia médica.....	72
<i>Figura 23.</i> Atención básica .....	83
<i>Figura 24.</i> Algoritmo de intervenciones quirúrgicas en los Hospitales móviles..	84
<i>Figura 25.</i> Algoritmo de toma de decisiones clínicas.....	85
<i>Figura 26.</i> Algoritmo de activación de los hospitales móviles.....	86
<i>Figura 27.</i> Tríptico informativo parte externa .....	87
<i>Figura 28.</i> Tríptico informativo parte interna.....	87
<i>Figura 29.</i> Clasificación de víctimas triage .....	92
<i>Figura 30.</i> Esquema de atención en emergencia por traumas .....	93
<i>Figura 31.</i> Esquema de atención en emergencias diversas 1.....	94

*Figura 32. Esquema de atención en emergencias diversas 2..... 95*

## **Resumen**

El conocimiento sobre las políticas públicas es fundamental en una organización, por eso se debe manejar correctamente los protocolos de emergencia, para evitar que se presenten casos adversos que por no conocer los protocolos de emergencia ocasionen una imprudencia médica, ya que estos son generados por el incumplimiento en el cuidado o al generar riesgos mayores a los que permite la ley en el paciente. El objetivo de la investigación es evaluar la relación entre el conocimiento del protocolo de emergencia y la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para establecer medidas correctivas que permitan mejorar la atención en el área de emergencias. La metodología de la investigación que se utilizó fue un enfoque cuantitativo, tipo de investigación descriptiva, método deductivo. La muestra fue de 80 personas y el instrumento de investigación fue el cuestionario, donde se evaluó el conocimiento sobre los protocolos de emergencia, la imprudencia médica y el error de diagnóstico. Por medio de los resultados se evidenció que el 41.3% de los colaboradores cuentan con conocimientos regulares sobre los protocolos de emergencia, el 7.5% ha actuado con ligereza sin tomar las precauciones adecuadas y el 12.5% con frecuencia ha actuado de forma precipitada. Se propuso diseñar un programa de aprendizaje que permita reforzar conocimientos del personal médico y administrativo que deben realizar en el Hospital móvil N1. Se pudo concluir que sí existe una relación entre el conocimiento de protocolos de emergencia y la imprudencia médica.

**Palabras claves:** Protocolo de emergencia, Imprudencia médica, Hospital móvil N1, Guía práctica clínica.

## **Abstract**

Knowledge about public policies is essential in an organization, so emergency protocols must be handled correctly, to avoid adverse cases that, due to not knowing emergency protocols, cause medical imprudence, since these are generated by the non-compliance in the care or when generating greater risks than the law allows in the patient. The objective of the investigation is to evaluate the relationship between the knowledge of the emergency protocol and medical imprudence in the health personnel of the Mobile Hospital 1 of the Ministry of Public Health of Ecuador, to establish corrective measures that allow improving the care in the area of emergencies. The research methodology that was used was a quantitative approach, type of descriptive research, deductive method. The sample was 80 people and the research instrument was the questionnaire, where knowledge about emergency protocols, medical imprudence and diagnostic error was evaluated. The results showed that 41.3% of employees have regular knowledge about emergency protocols, 7.5% have acted lightly without taking appropriate precautions and 12.5% have frequently acted precipitously. It was proposed to design a learning program that allows to reinforce knowledge of the medical and administrative personnel that must be carried out in the Mobile Hospital N1. It could be concluded that there is a relationship between knowledge of emergency protocols and medical imprudence.

**Keywords:** Emergency protocol, Medical recklessness, Mobile Hospital N1, Clinical practice guide.

## **Introducción**

La implementación o conocimiento de las políticas públicas es fundamental para una organización. Las políticas públicas son el conjunto de procesos, decisiones y acciones de forma política y pública que buscan la correcta ejecución de las mismas para alcanzar los objetivos de una institución o de un país (Eslava, 2019).

Espín (2016) afirmó que la imprudencia médica puede generarse por un incumplimiento del deber objetivo de cuidado o por generar riesgos mayores a los permitidos por las leyes a los pacientes. Esta situación puede ser castigada incluso con prisión cuando se comprueba dolo o negligencia del profesional, por tanto, es importante analizar el conocimiento de los profesionales de la salud, acerca de los protocolos internos de la institución, ya que forman parte del deber objetivo de cuidado.

La no aplicación y desconocimiento de los protocolos de emergencia puede ocasionar imprudencia médica de los servidores en el Hospital N1, porque al no tener un conocimiento claro de estos, los servidores no conocen las consecuencias que pueden alcanzar por cometer una mala práctica en su campo laboral; por lo tanto, se deben de realizar evaluaciones en este aspecto por parte de los jefes inmediatos para lograr los objetivos de la institución y verificar que se cumplan las reglas establecidas.

El objetivo general de este proyecto de investigación es evaluar el conocimiento del protocolo de emergencia y su relación con la imprudencia médica en los servidores públicos en el Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para establecer medidas correctivas que permitan mejorar la atención en el área de emergencia. En el primer capítulo se desarrolló un marco teórico, el



cual consta de varios conceptos relacionados con las variables de la investigación que son los hospitales móviles, salud pública, red pública integral de la salud, servidores públicos, imprudencia médica, definiciones, objetivos, estatutos legales, entre otros aspectos de importancia para el trabajo de investigación.

El segundo capítulo consta de un marco referencial que trata sobre investigaciones internacionales y nacionales referentes a normas públicas del campo laboral, imprudencia médica, *lex artis* y la mala práctica médica en el Ecuador. El tercer capítulo consta de un marco metodológico que se basa en el enfoque, tipo, método, población, muestra, herramientas y operacionalización de las variables. El cuarto capítulo consta de la propuesta de este trabajo investigativo.

### **Antecedentes**

El conocimiento y aplicación de los protocolos instaurados en las organizaciones de salud tiene que ver con el deber objetivo del cuidado. Este concepto se refiere a la perspectiva legal en cuando al accionar médico con respecto a una situación en particular; este deber se puede clasificar en objetivo y subjetivo. La teoría subjetiva afirma que una persona en base a sus capacidades puede derivar en una infracción del deber de cuidado; esto se llega a considerar como un delito imprudente ya que pudo evitar la realización del delito. El deber objetivo del cuidado se refiere a que las personas deben guiarse en base a un cuidado objetivo en donde se deben evitar acciones imprudentes, en consecuencia, este deber no debe determinarse con relación a capacidades individuales; esa doctrina señala que, si el cuidado sólo se debiera realizar con respecto a la capacidad de cada persona, existiría un caos, quebrantando la protección jurídica (Vallejo, 2015).

En este aspecto, desde el punto de vista de la salud, el médico deberá sólo aplicar lo que le señala el *lex artis*, para que haya cumplido con el deber objetivo

del cuidado; el *lex artis* se define como la característica legal o reglas a seguir de la profesión u oficio que se desarrolla (Amaya, 2018). Un ejemplo claro del deber objetivo del cuidado, se puede dar cuando un cardiólogo está realizando una intervención riesgosa, en este caso si el cirujano realiza lo que la media de cirujanos haría por su capacidad, el paciente podría fallecer, sin embargo si el cirujano aplica sus capacidades especiales hay la posibilidad de salvar al paciente; desde el punto de vista legal del deber objetivo, el cirujano sólo debería ser valorado jurídicamente en base a lo que haría otro especialista normalmente capacitado (Vallejo, 2015).

Según la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 425 establece un orden de jerarquización con respecto a las normas de la supremacía legal; sin embargo, en caso de disputa las normas de jerarquía, serán resueltas por la corte constitucional, autoridades administrativas, servidores públicos, jueces y juezas, mientras que la jerarquía normativa examinará las competencias de las instituciones autónomas descentralizadas (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). El orden jerárquico viene dado en el nivel más alto por la constitución, luego vienen en orden los convenios internacionales, leyes orgánicas, leyes ordinarias, normas regionales, ordenanzas distritales, decretos y reglamentos, ordenanzas, acuerdos y resoluciones, actos y decisiones de poderes públicos.

La Constitución del Ecuador indica que los servidores públicos deben de adaptarse a las normas constitucionales e instrumentos internacionales de los derechos humanos; además dichas leyes serán cumplidas y aplicadas de forma favorable para la Constitución (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Por tanto, se nota que todas las actividades que se desarrollen en el territorio nacional están normadas para seguir un camino común y asegurar el buen vivir de la sociedad.

De acuerdo al artículo 359 como lo establece la Constitución de la República del Ecuador, el Sistema Nacional de la Salud está integrado por programas, políticas, instituciones, recursos y actores en el campo sanitario con la finalidad de asegurar la prevención, recuperación, promoción y rehabilitación de todos los ciudadanos del país. En cuanto al artículo 360 indica que la Red Pública Integral de Salud (RPIS) es parte del Sistema Nacional de la Salud, la cual se compone de un conjunto de establecimientos estatales, seguridad social y proveedores que dependen del Estado con conexiones jurídicas, complementarias y operativas (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 361 determina que el Estado es el encargado de ejercer la rectoría del sistema nacional, por medio de la autoridad sanitaria nacional; por tanto, este es el delegado de formular políticas para la salud, controlar actividades en el campo de los servicios sanitarios y el correcto funcionamiento de las instituciones del sector (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 363 el Estado es el responsable de reforzar los servicios estatales en la salud, integrando el talento humano en las instituciones y otorgando infraestructura física y equipamiento a los hospitales públicos de los servicios sanitarios, fomentando el crecimiento integral de los profesionales en la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Ley Orgánica de la Salud es la que regula todas las actividades sanitarias. En esta ley se señala como ente rector del ámbito sanitario nacional al Ministerio de Salud Pública (MSP), siendo este quien norma y controla las políticas públicas, incluyendo los reglamentos y demás características legales para garantizar un servicio de excelencia (MSP, 2015a).

Según la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el artículo siete numeral uno las entidades que actúan en el sector de la salud son el MSP y sus entidades adscritas siendo los hospitales móviles parte de la misma. En cuanto al artículo 19 indica que entre las funciones del Consejo Nacional de la Salud están el acordar entre todos los profesionales la aplicación de políticas nacionales en la salud; colaborar con el MSP en la planificación del Plan Integral de la Salud y los criterios para su desarrollo, incluyendo la programación progresiva de cobertura y funcionamiento; organizar la participación de los integrantes del sistema nacional en la implementación del Plan Integral de Salud y autorizar el uso de normas técnicas, protocolos para las prestaciones, procedimientos de referencias, contra referencia y mecanismos de provisión de servicios (Asamblea Nacional Constituyente, 2002).

El Hospital Móvil N1 en la ciudad de Guayaquil consta con un espacio de 1,600 m<sup>2</sup> en el km 10.5 Vía Daule, cuenta con una atención de 24 horas y atiende diariamente a 100 pacientes del sector en que se encuentra establecida la unidad. El hospital Móvil N1 está compuesto por tres contenedores, los cuales están divididos en el área quirúrgica, consulta externa y de emergencias (El Telégrafo, 2017).

### **Planteamiento del Problema**

La importancia de conocer los aspectos legales sobre la imprudencia médica en el campo de la salud, es fundamental para los profesionales o instituciones que ofrecen servicios sanitarios; por lo tanto, los colaboradores tendrán claras las consecuencias o riesgos de una imprudencia en el campo laboral, en especial aquellos colaboradores que pongan en riesgo su integridad o la vida de una persona (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Como se especificó anteriormente, la imprudencia médica es analizada desde la perspectiva del deber objetivo del cuidado y del riesgo implícito de la profesión. El deber objetivo de cuidado incluye el conocimiento y cumplimiento de los protocolos internos de los hospitales, siendo incluso castigado con prisión, en caso de que exista un incumplimiento en conjunto con riesgos innecesarios generados para el paciente o en casos de dolo. Por tanto, se evidencia que el seguir el protocolo es parte del deber de cuidado.

En el trabajo de Bautista et al. (2016) se señaló que la calidad de atención de los servicios de salud viene dada por la correcta aplicación de los protocolos, guías y manuales de carácter sanitario que poseen las instituciones. La capacidad para aprender la correcta ejecución de los protocolos viene dada por la práctica y el conocimiento, siendo ambas partes necesarias para un buen desenvolvimiento acorde a las normas. Desde este punto de vista, los autores determinaron que llevar un control por medio de registros clínicos, permitirá conocer si los profesionales de enfermería se encuentran aplicando de manera acertada los protocolos de salud establecidos.

En el Hospital Móvil N1 de la ciudad de Guayaquil se poseen protocolos de emergencia, como lo es el Advanced Trauma Life Support (ATLS). Este protocolo es importante, ya que si no es aplicado de manera adecuada puede producir reacciones alérgicas de los usuarios en donde incluso puede peligrar la vida del mismo. En el área de reanimación también se cuenta con el protocolo antes mencionado, el cual si no es aplicado provocará que no se brinde el servicio de excelencia que busca el hospital.

De igual manera, otro aspecto importante a cumplir dentro de los protocolos internos del hospital es el colocarse adecuadamente la indumentaria de

bioseguridad. Este aspecto, puede ser olvidado por el apuro, como por ejemplo en no colocarse guantes y atender a un paciente que viene de urgencia, lo que genera un ambiente no propicio para una atención de calidad. Otros problemas pueden surgir al no aplicar los cinco momentos de la administración del medicamento o al no revisar completamente las historias clínicas. Estos problemas pueden generar una mayor estancia hospitalaria, además desde el punto de vista del personal, puede generar problemas legales por mala práctica hospitalaria.

Los protocolos de emergencia del Hospital Móvil 1 se dividen en asistencial, logístico y de seguridad, todos los cuales son usados para emergencias. Entre los protocolos se encuentran procedimientos de posibles procesos de mal praxis preventivo, transfusión de sangre, medicamentos y dispositivos, farmacia y suministro de medicamentos, manejo de quejas de pacientes, registro de nacimiento y defunciones, evaluación inicial y triage, reanimación, estabilización del paciente-observación-hidratación, anestesia, cirugía, atención obstétrica de emergencia, manejo de cadáveres, rehabilitación, codificación y trazabilidad de pacientes (MSP, 2019).

El desconocimiento de los protocolos de emergencia del personal interno del hospital puede ocasionar disgustos en los usuarios y en casos más extremos una mala práctica médica, lo cual es castigado con pena privativa de la libertad; esto evidencia la importancia de esta investigación. De acuerdo a los inconvenientes detectados en el hospital se accedió a determinar la relación del conocimiento de los protocolos de emergencia del campo asistencial, con la imprudencia médica en los servidores públicos del Hospital Móvil 1.

## **Justificación**

Este proyecto de investigación justifica su trabajo en base a la propuesta planteada, la cual consistirá en un plan de mejoras del sistema normativo, esta gestión estará enfocada en brindar conocimiento constante sobre los protocolos de emergencia, así como también en evaluar a los colaboradores el conocimiento adquirido, para de esta forma asegurar que los protocolos estén siendo aplicados de manera adecuada.

Ese trabajo va a ayudar al SNS ya que puede servir como referente para aplicar este plan de mejora a las demás instituciones sanitarias tanto públicas como privadas. La intención de este proyecto es ser referente en cuanto a promover la correcta aplicación de los protocolos de emergencia en las organizaciones de salud. Por tanto, se convierte en un aporte para la sociedad, debido a que ésta se verá beneficiada al tener instituciones de salud que aplican los protocolos de emergencia con un personal capacitado y evaluado de manera constante. Asimismo, la academia se verá beneficiada al proveer investigaciones relevantes al medio ecuatoriano de la salud, brindando información sobre el conocimiento de los protocolos de emergencia y su posible relación con la imprudencia médica.

Según la Ley Orgánica del SNS referente al artículo 26 indica que el MSP cuenta con el apoyo del Consejo Nacional de Salud para proponer en las entidades políticas y el Plan Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en la Salud, el cual analiza la formación en la calidad y cantidad de las necesidades de la población. En cuanto al ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los factores de calidad de empleo, salarial, régimen laboral, productividad de trabajo, calidad de los servicios y gobernabilidad de la gestión de personal e incentivos basados en la evaluación de ubicación geográfica, desempleo

y manejo de riesgos. Además el MSP, las facultades de Ciencias Médicas y la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) son los encargados de potenciar los procesos de certificación y recertificación en la actualización del ejercicio profesional de la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2002).

Según la Constitución del Ecuador, el artículo 234 establece que las capacitaciones y formaciones, del sector público en el campo de la salud, las garantiza el Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Con respecto al Plan Nacional de Desarrollo de la presente investigación se relaciona con el objetivo uno, el cual determina que el Estado debe de garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todos logrando un desarrollo para el país. Además, el derecho a la salud debe de orientarse de manera especial a grupos de atención prioritaria y vulnerable. En los últimos años el Ecuador ha avanzado en infraestructura sanitaria y en el SNS, con una operación ordenada entre la red pública y los proveedores (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

El proyecto de estudio beneficiará a los usuarios del hospital móvil, ya que mediante la evaluación se conocerá si los profesionales de la salud de la institución sanitaria de estudio se encuentran preparados con respecto al protocolo asistencial de emergencia para brindarle la atención adecuada a los usuarios, con esto se podrá contar con un personal mejor capacitado, puesto que de existir deficiencias se pueden mejorar a través de capacitaciones y desarrollo profesional, lo que significará una entrega de un servicio con una mayor calidad.

La línea de investigación del presente proyecto es el de Políticas Públicas en la Salud en los últimos 5 años. En cuanto a la importancia académica y metodológica dentro de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud se aplicará un



cuestionario evaluativo basado los protocolos de emergencia para medir la variable del conocimiento de los protocolos de emergencia y la otra variable se medirá a través de un cuestionario para medir la variable de imprudencia médica en los servidores públicos en el hospital móvil N1.

### **Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación del conocimiento de los protocolos de emergencia con la imprudencia médica en los servidores públicos en el Hospital Móvil 1?

### **Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son las bases teóricas de los Sistemas de Salud, mala praxis médica y protocolos de emergencia?
- ¿Cuál es la metodología de la investigación para evaluar el conocimiento sobre los protocolos de emergencia y la imprudencia médica?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los protocolos de emergencia y la imprudencia médica, a través de una encuesta al personal médico asistencial del Hospital Móvil 1?
- ¿Cuál es el plan de mejoras para potenciar el área de emergencia?

### **Hipótesis**

Ho: El conocimiento de los protocolos de emergencia no tiene relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1.

H1: El conocimiento de los protocolos de emergencia tiene relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1.

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Evaluar la relación entre el conocimiento del protocolo de emergencia y la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de

Salud Pública del Ecuador, para establecer medidas correctivas que permitan mejorar la atención en el área de emergencia.

**Objetivos específicos**

- Examinar las bases teóricas del Sistema de Salud, mala praxis médica y protocolos de emergencia.
- Determinar la metodología de la investigación para evaluar el conocimiento sobre los protocolos de emergencia y la imprudencia médica.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre los protocolos de emergencia y la imprudencia médica, a través de una encuesta al personal médico asistencial del Hospital Móvil 1.
- Proponer un plan de mejoras para potenciar el área de emergencia.

## **Capítulo I**

### **Marco Teórico**

Este capítulo trata principalmente sobre los conceptos o definiciones del sistema de salud, hospitales móviles, salud pública, RPIS y protocolos de emergencia, se añadieron aspectos sobre los servidores públicos e imprudencia médica.

#### **Sistemas de Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) señaló que los sistemas de salud son un conjunto de instituciones, organizaciones y recursos que tienen como finalidad mejorar la salud de la población. Entre las necesidades de estos se encuentran el financiamiento, talento humano, transporte, proveedores, información y telecomunicaciones. El servicio de salud brindado debe estar acorde a las necesidades de los pacientes y debe ser coherente desde la perspectiva financiera. Es importante destacar que los sistemas de salud son un medio para combatir la pobreza e incentivar el desarrollo de las naciones.

El Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) afirmó que, a nivel nacional, la política ha evolucionado hacia una mayor inversión en proyectos sociales, lo que se ha amparado bajo los preceptos del Buen Vivir. Las políticas sociales se han encaminado hacia la universalidad, solidaridad y gratuidad de los servicios básicos de la población. En el aspecto legal, la salud tiene dos leyes fundamentales para su gestión, las cuales son la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica del SNS. La primera se enfoca en el control, acciones y temas semejantes, mientras que la segunda ley trata sobre el funcionamiento, organización e institucionalidad del SNS.

Según la Ley Orgánica del SNS, su finalidad es mejorar la salud y calidad de vida de los habitantes, lo que incluye la participación de entidades privadas, públicas, autónomas y comunitarias del servicio sanitario. El cumplimiento del objetivo principal del SNS cimienta sus bases en el Plan Integral de Salud, el cual goza de accesibilidad y cobertura total para los ciudadanos (Asamblea Nacional Constituyente, 2002).

Entre los aspectos que se consideran en el Plan Integral de Salud, están el abastecimiento de medicamentos, insumos y servicios necesarios dependiendo del nivel de complejidad y de las características epidemiológicas de acuerdo a la geografía. Este plan incluye medidas preventivas y de control de la salud colectiva, actividades promocionales y un modelo de atención enfocado en la promoción de salud y atención primaria. Los servicios de salud, de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive se clasifican en primero, segundo, tercer y cuarto nivel, además de atención hospitalaria; estos se complementan con el sistema nacional de atención de emergencia y el servicio de apoyo diagnóstico transversal a todos los niveles de atención (MSP, 2012). Los hospitales móviles están establecidos como parte del sistema nacional de atención de emergencia.

### **Hospitales Móviles**

Según el MSP, indicó que las unidades móviles de salud en el Ecuador han ayudado al desarrollo del país, las cuales se consideran un conjunto de servicios ambulatorios móviles de atención y apoyo con la finalidad de brindar una atención sanitaria puntual en vehículos con su respectivo equipamiento y talento humano con relación al servicio brindado. En cuanto a la clasificación de las unidades ambulatorias se clasifican en dos partes que son las unidades móviles de atención,

que se refiere a la unidad general, quirúrgica y móvil; mientras que las unidades móviles de apoyo son las de diagnóstico oncológico (MSP, 2015b).

Con respecto a los hospitales móviles son vehículos que prestan servicios de salud específicos en atención clínica quirúrgica y procedimientos de laboratorio e imagen, es decir es una infraestructura de atención sanitaria móvil autosuficiente que se puede desplegar, expandir e instalar con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de los usuarios en la atención de los servicios sanitarios en un tiempo establecido, teniendo la capacidad de realizar procedimientos o actividades de mediana complejidad de riesgo. En cuanto a la capacidad instalada que tiene un hospital móvil están las áreas de consulta externa, atención crítica, emergencia, quirúrgica, radiología, laboratorio, electrocardiograma, farmacia, transporte sanitario y servicio al cliente (MSP, 2015b).

En la ciudad de Guayaquil en el año 2011 se realizó la apertura de un Hospital Móvil por el MSP, cuya inauguración se realizó en la explanada del Estadio Modelo Alberto Spencer en donde se dio un recorrido por las instalaciones del centro con la finalidad de explicar a la comunidad los beneficios de este nuevo proyecto, el cual cuenta con una capacidad de 200 camas, una carpa adjunta a la carrocería del transporte, dos quirófanos, una unidad de cuidados intensivos, una reserva de agua, generador de energía eléctrica, entre otras (El Telégrafo, 2011).

### **Salud Pública**

El modelo de gestión del MSP tiene como responsabilidades la planificación, ejecución, coordinación, seguimiento y evaluación para la implementación de la política nacional y del modelo de Atención Integral de Salud. En cuanto a las funciones centrales de la estructura del nivel central del MSP los hospitales móviles se encuentran en la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, las

cuales se componen de la Dirección Nacional de centro especializados, hospitales, atención primaria de salud, discapacidades, atención pre-hospitalaria y unidades móviles que son parte del Viceministerio de Atención Integral en Salud, el cual se origina del MSP, mientras que el Talento humano es parte de la Dirección Zonal Administrativa Financiera, la cual proviene de la Coordinación Zonal de Salud (MSP, 2014).

### **RPIS**

El RPIS es un conjunto estructurado de los establecimientos públicos con el fin de brindar un servicio de salud ordenado e integral a los ecuatorianos. En cuanto a las instituciones que la integran están el MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA) y redes complementarias (MSP, 2018). El objetivo de la RPIS es fomentar e implementar procedimientos en el SNS para garantizar el acceso de los ecuatorianos a los servicios públicos de la salud, a través de una red pública y con atenciones de eficiencia, equitativas, de calidad y gratuitas para los usuarios (MSP, 2014).

La organización territorial de la RPIS construye flujos desde la familia, comunidad y personas diferenciadas por su ciclo vital para el acceso a servicios integrales con relación a los problemas y necesidades de la salud. En cuanto al Modelo de Gestión del Estado en distritos, zonas y circuitos desarrolla las dimensiones territoriales de la siguiente manera, los cuales son: (a) los establecimientos de salud pública relacionados con la RPIS; (b) red zonal de salud, se refiere a instituciones de media y alta complejidad; (d) Microred Distrital de salud son establecimientos públicos en el servicio sanitario (e) Macrored, se refiere a las instituciones de la salud en el área funcional (MSP, 2014).

## **Protocolos de Emergencia**

Los servicios de emergencia médica, se desarrollan en un contexto en donde el paciente necesita de una atención inmediata, la cual puede ser brindada en cualquier lugar donde se la necesite. En una investigación de Andrea y Martinelli (2016) desarrollada en Morón, Argentina, determinó que la principal causa de emergencia son los traumas, que se categorizaron como atención prioritaria, existiendo una cantidad más reducida para casos menos prioritarios, en donde resaltaron los pacientes con dolencias que incluían fiebre. Esto no se considera como una emergencia; sin embargo, consumió recursos para la atención, por lo que se debe concientizar a la población sobre lo que significa una emergencia médica.

El MSP (2011) dispuso de protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas. Los puntos principales que considera la institución para estos, son el triage, el manejo de vía aérea, reanimación cardiopulmonar, emergencias cardiovasculares, emergencias respiratorias, emergencias por trauma, emergencias gastrointestinales, emergencias gineco-obstétricas, manejo inicial de la intoxicación aguda, lesiones ambientales, emergencias endocrinas, emergencias neurológicas, emergencias psiquiátricas, procedimientos y material complementario.

La creación de estos protocolos tiene como finalidad disminuir la tasa de mortalidad de los habitantes a causa de patologías graves, ya sea de trauma o clínica. Asimismo, los protocolos pretenden garantizar la optimización y eficiencia en el consumo de recursos estatales. Entre los principios generales para atender una emergencia están el evaluar la escena, luego se hace una evaluación primaria, viendo si el paciente está consciente, en casos críticos esta evaluación se hace en el transporte. Posteriormente, se hace una evaluación secundaria, tomando los signos

vitales y una evaluación física; el siguiente paso corresponde al transporte y registro, en donde se debe priorizar el nivel de complejidad al que debe acudir la persona, deteniéndose en centros de mayor complejidad sólo para efectos de estabilización en riesgo vital. Finalmente se hace la entrega y recepción del paciente en donde se debe describir toda la situación y presentar la documentación pertinente (MSP, 2011).

El área de emergencias y desastres como la del hospital objeto de estudio, tiene la particularidad que debido a las situaciones que atiende, el personal médico, constantemente se enfrenta a decisiones difíciles que no se enseñan en las aulas de clase. Existe una diferencia, cuando se trata con enfermos y no con enfermedades, por lo que el cumplimiento de protocolos debe ser llevado a cabo en su totalidad. En este punto se incluyen, además de atributos técnicos, aspectos de comunicación, que pueden acarrear problemas cuando los familiares no conocen con exactitud lo que le ocurre al paciente o cuando el profesional no comunica adecuadamente alguna directriz a la persona con la emergencia. Esto se puede ocasionar por no seguir con los procedimientos especificados en el protocolo (Ascencio, Cervera, Vigo, & León, 2015).

Los protocolos de emergencia en las instituciones sanitarias son de particular importancia, porque son los lineamientos que debe seguir el profesional, para brindar la atención. El conocimiento y práctica es lo que permitirá el empoderamiento de estos protocolos dentro de los colaboradores, por lo que es importante mantener una capacitación adecuada que, junto a los conocimientos propios de la carrera profesional, permitan ejecutar los procedimientos propicios para una atención de alta calidad (Bautista et al., 2016).



## **Servidores Públicos**

Según la Constitución del Ecuador referente al artículo 228 indica que la entrada al servicio público, promoción en el área administrativa y el ascenso se genera a través de concurso de mérito y oposición de acuerdo a las normas establecidas por la Ley. Con respecto al artículo 229 serán los ecuatorianos servidoras o servidores públicos quienes presten un trabajo digno o ejerzan alguna función en el sector público, con derechos irrenunciables y sujetos a la LOSEP (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 230 de la Constitución del Ecuador el servidor público no puede poseer más de una función simultáneamente con la excepción de los docentes universitarios. De acuerdo al artículo 231 los profesionales públicos están en la obligación de presentar al inicio y al final de su gestión una declaración patrimonial juramentada. Los miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional realizan una declaración de forma previa para la obtención de sus ascensos o retiros en el campo laboral. En cuanto a la entidad encargada de ser la responsable de este deber es la Contraloría General del Estado con el fin de investigar los casos que sean ilícitos. El artículo 233 se refiere que ninguna servidora o servidor público será favorecido por los actos realizados en el campo de sus funciones, el cual será responsable de forma administrativa, penal y civil por el manejo de fondos, recursos o bienes públicos; el artículo 234 señala que el Estado respaldará la capacitación y formación de los profesionales públicos por medio de escuelas, academias, institutos y programas o capacitaciones del sector público cumpliendo con los acuerdos que se relacionen con el Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 326 del numeral 15 se determinó que el derecho al trabajo prohíbe la paralización de los servicios públicos en la salud, educación, bomberos, justicia, saneamiento, seguridad social, servicios básicos, transporte, telecomunicaciones, combustibles, entre otras. Por lo tanto, estos servicios son imprescindibles según las leyes establecidas por el Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Según la Ley de Seguridad Social en el artículo dos, señala que los “sujetos de protección” están obligados a solicitar seguridad social por la prestación de un servicio físico o intelectual (Asamblea Nacional Constituyente, 2011). Con respecto a la LOSEP, referente al artículo dos establece que el servicio público y la carrera administrativa tienen como fin preferir el crecimiento profesional, personal y técnico en los servidores públicos para establecer el mejoramiento, eficacia, calidad, productividad y eficiencia del Estado de forma permanente (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

Con respecto a la LOSEP en el artículo 17 trata sobre las clases de nombramiento en relación a las funciones de los mismos, los cuales son de forma permanente, provisional, de libre nombramiento y de período fijo; el artículo 22 se refiere a los deberes que debe de cumplir un empleado público, los cuales son: (a) respetar y ejecutar la Constitución de la República del Ecuador, normas, reglas, entre otros de acuerdo a la Ley; (b) cumplir con las responsabilidades del puesto de trabajo otorgando calidad, solidaridad, eficiencia para lograr un bien común; (c) ejercer obligatoriamente su jornada laboral establecida por la Ley; (d) realizar y respetar las órdenes de los altos mandos; (e) vigilar la economía, los recursos del Estado, reservas de útiles de documentos, muebles, equipos y bienes; (f) cumplir de manera permanente las funciones laborales brindando una calidad de atención e

información precisa para las personas; (g) obtener información que pueda causar daños a la administración; (h) desempeñar sus funciones de forma recta, leal y de buena fe ajustándose a las metas de la institución; (i) someterse a evaluaciones durante su período laboral (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

De acuerdo al artículo 23 determina que todo empleado público dispone de derechos irrenunciables, entre los cuales están: (a) gozar de estabilidad en su puesto de trabajo, (b) poseer beneficios sociales de acuerdo a la ley, (c) recibir incentivos monetarios, licencias, vacaciones y permisos, (d) en caso de que un empleado público denuncie incumplimientos de la ley y casos de corrupción debe de poseer las garantías necesarias, entre otras. El artículo 24 establece las prohibiciones de los servidores y servidoras públicas, entre las cuales están: (a) abandonar su puesto de trabajo sin dar conocimiento a su supervisor; (b) desarrollar otras tareas durante su horario laboral; (c) mantener relaciones societarias, financieras o comerciales con contratistas de cualquier tipo de institución, entre otras (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

En el artículo 27 de la LOSEP se refiere a que los empleados públicos deben de poseer permisos con retribución en caso de una enfermedad que le impida realizar actividades físicas para el desarrollo de sus funciones, el cual contará con un permiso hasta de tres meses para su recuperación; enfermedad catastrófica o accidente grave en donde el operario deberá contar con su respectivo certificado de seis meses, el cual tendrá dos horas diarias de rehabilitación; por maternidad, la trabajadora tiene derecho a un permiso con salario durante 12 semanas por el nacimiento de su hijo o hija, en caso de un nacimiento múltiple se extiende por diez días adicionales; por paternidad, el funcionario tiene un permiso de 10 días con sueldo, en caso del nacimiento múltiple o por cesárea se aumentará cinco días desde

la fecha de nacimiento del hijo o hija; por calamidad doméstica y por matrimonio tiene un permiso de tres días (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

Según la LOSEP referente al artículo 43 determina las sanciones disciplinarias a los servidores públicos, los cuales son: sanción pecuniaria administrativa, suspensión temporal sin remuneración, destitución y amonestación verbal y escrita. El artículo 44 se refiere al sumario administrativo que es un método burocrático, motivado y oral en donde el área de la administración pública aprobará o desaprobará el cometimiento de las faltas administrativas ejercidas por la ley. El artículo 47 indica que los empleados públicos tienen cesación de funciones en casos como una renuncia voluntaria, supresión del cargo, incapacidad absoluta o declarada judicialmente; pérdida a los derechos de los ciudadanos; remoción, destitución, revocatoria del mandato, fallecimiento, jubilación, indemnización, entre otras (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

En el artículo 48 de la LOSEP indica que las causas de una destitución se da por la incapacidad en el desempeño laboral; abandono de su cargo de trabajo por tres o más días consecutivos; ingerir licor o sustancias psicotrópicas en el lugar de trabajo; efectuar actos de acoso o abuso sexual; ejercer abuso de poder valiéndose de su cargo; desarrollar actos de coacción, agresión o acoso ante alguna servidora o servidor de la organización, entre otras (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

Con respecto al artículo 51 de la LOSEP se refiere a las competencias del Ministerio de Relaciones Laborales en el ámbito de esta ley, las cuales tendrán las siguientes especificaciones: establecer las remuneraciones en el sector público y tramitar las normas técnicas vinculadas con el material de recursos humanos; comunicar las políticas de la administración en los recursos humanos efectuados por el Estado y Gobierno; ejecutar la supervisión en la administración institucional

a través de supervisiones, evaluaciones, inspecciones en el área; aplicar normas en la administración pública y evaluar el control de la misma (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

### **Desempeño**

La evaluación del desempeño es una herramienta que se originó después de la segunda guerra mundial donde surgieron nuevas necesidades en la vida cotidiana; no obstante, es un proceso fundamental para el departamento de Recursos Humanos con el objetivo de evaluar al profesional de una forma sistemática y constante (González, 2017).

Según el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) determinó que la evaluación de desempeño es un método organizacional que evalúa el nivel de rendimiento del personal dentro de la institución sobre las actividades y comportamientos internos con el fin de mejorar los procesos, sistemas y ambiente laboral de la organización (LATU, 2017).

González (2017) estableció que la evaluación de desempeño es un sistema que permite conocer una estimación de las cualidades más importantes del talento humano, los cuales permiten obtener buenos resultados como identificar el nivel de cumplimiento de los colaboradores en la institución, reconocer el nivel de eficacia y eficiencia, establecer un programa de evaluación, recompensar el buen desempeño, entre otras.

La evaluación de desempeño es una prueba para medir las competencias, valores, capacidades y actitudes, es decir es un conjunto de actividades laborales y personales que posee un profesional para un cargo laboral específico; por lo tanto, el colaborador debe ser competente y va a depender de las condiciones laborales y personales (Salas, Díaz, & Pérez, 2014).

## **Objetivos**

Según la LATU los objetivos de la evaluación de desempeño son: (a) garantizar que las competencias de los servidores y funcionarios estén relacionados con las metas de la organización; (b) reconocer las fortalezas y debilidades de los colaboradores; (c) identificar nuevas oportunidades de desarrollo en la carrera de los empleados de la institución para alcanzar los objetivos planteados por la empresa; (d) tener una comunicación armónica entre empleados y funcionarios (LATU, 2017).

## **Ventajas**

La evaluación de desempeño es fundamental para las organizaciones, porque se obtienen ventajas que aportan beneficios a la organización como ampliar el conocimiento laboral en la institución, es decir de qué forma están trabajado sus servidores y funcionarios; ayuda a desarrollar los procesos de selección y analizar las necesidades de la empresa; reconocimiento a los trabajadores a través de planes motivacionales; mejor comunicación entre colaboradores; claridad en las funciones de los operarios; tomar conciencia de cómo desarrollar sus actividades laborales; detección de necesidades de capacitación; conocer nuevas competencias del personal evaluado; ayuda a la toma de decisiones de sueldos; mejora autoevaluación de rendimiento, entre otras (Díaz, 2015).

## **Personas que intervienen**

Las personas que intervienen en el proceso de evaluación son el evaluador y el evaluado, la primera persona es la encargada de desarrollar y ejecutar de manera profesional el proceso de evaluación y tener un comportamiento profesional a través del respeto, equidad, seguridad y discreción en la entrevista. Además debe de conservar una capacidad abierta al diálogo y antes de iniciar el proceso es

conveniente conocer los objetivos de la evaluación, procedimientos, instrumentos, personas, funciones, horarios y lugar de trabajo (Gobierno de Córdoba, 2018).

Mientras que el evaluado es el individuo que tiene derecho a conocer los aspectos sobre el cual va a ser evaluado, procedimientos, contenidos, herramientas y objetivos. Además debe de mantener una conducta profesional y estar dispuesto a escuchar sugerencias con el fin de ayudar y colaborar con el proceso de desempeño laboral (Gobierno de Córdoba, 2018).

Según la LOSEP en el artículo 76 indica que el subsistema de evaluación del desempeño es un conjunto de métodos, leyes, procedimientos y protocolos justos, con el fin de evaluar parámetros con relación a las funciones de actividades y perfiles del puesto. En el artículo 77 se refiere al Ministerio de Relaciones Laborales y las Unidades Institucionales de Administración del Talento Humano, los cuales serán los encargados de planificar y administrar un sistema de evaluación de desempeño cuya finalidad es desarrollar el rendimiento de los funcionarios públicos; no obstante, las evaluaciones se aplicarán una vez al año y las personas que obtuvieren una calificación regular serán evaluadas nuevamente (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

Según la LOSEP en el artículo 79 determina que la evaluación de desempeño de los funcionarios públicos sirve para originar ascenso, cesación y concesión de otros estímulos como menciones honoríficas, licencias, becas, capacitación y cursos de formación. El artículo 80 establece que los servidores y servidoras que obtienen una nota ineficiente serán destituidos de su cargo laboral (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

Según la Norma Técnica de Calificación de Servicios y Evaluación de Desempeño en el artículo tres indica que la evaluación de desempeño es un

mecanismo de rendición de cuentas de forma programada y continua, el cual se basa en la relación de los objetivos alcanzados y resultados esperados por la organización, servidores, funcionarios, entre otros. De acuerdo al artículo cuatro la evaluación se realiza en base a los siguientes objetivos: (a) fomentar la eficiencia y eficacia en funcionarios y servidores en su área laboral con el fin de desarrollarse de manera profesional y potenciar las estrategias institucionales; (b) determinar un plan de capacitación y desarrollo de competencias para los colaboradores de la organización; (c) generar una cultura organizacional de rendición de cuentas que permita el desarrollo institucional. Con respecto al artículo cinco se refiere a los principios que se basa la institución, los cuales son relevancia, confiabilidad, equidad, consecuencia, confiabilidad e interdependencia (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Los datos de evaluación de desempeño en el sector público no se pueden utilizar en esta investigación porque tienen un grado de confidencialidad.

Respecto al artículo seis indica cómo se debe de administrar el sistema de evaluación de desempeño en la asignación del adecuado manejo de responsabilidades que se deben de realizar en una institución, las cuales son: (a) ejercer la constitución; (b) controlar y evaluar la correcta aplicación del subsistema en las entidades públicas; (c) absolver consultas respecto a la aplicación de esta norma; (d) otorgar asesoría y asistencia técnica a las entidades y empleados públicos, entre otras. Además los responsables de estas aplicaciones son el jefe inmediato, altos funcionarios, la Unidad de Administración de Recursos Humanos (UARHs) y el Comité de Reclamos de Evaluación (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).



De acuerdo al artículo ocho de las normas técnicas de calificación de servicios y evaluación de desempeño indica que el jefe inmediato debe de cumplir ciertas funciones, las cuales son ejecutar las políticas y reglas de la evaluación de desempeño; estimar el cronograma y plan de desempeño laboral en relación con la UARHs; comunicar a los colaboradores las nuevas modificaciones para el perfeccionamiento de los niveles de rendimiento de los servidores y funcionarios y medir el tiempo de ingreso de prueba en caso de merecimientos y concursos de oposición (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Por lo tanto, en la presente investigación el jefe inmediato es la persona que va a evaluar el desempeño en el Hospital Móvil N1.

De acuerdo al artículo nueve se refiere al Comité de Reclamos de Evaluación del Desempeño, que es un departamento fundamental para solucionar y saber las quejas exhibidas por los empleados en el desarrollo de la evaluación del desempeño. Pueden existir varios comités según sea necesario, el comité estará integrado por: la mayor autoridad con voz y voto dirimente; el responsable de la UARHs, quién ejercerá con su secretario con voz y un solo voto, mientras que el jefe inmediato superior tendrá voz sin voto (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo diez se determina que entre las atribuciones del Comité de Reclamos y Evaluación del desempeño, actuarán ciertas facultades con el objetivo de comprender las molestias realizadas por los colaboradores en un tiempo de 15 días a partir del siguiente día de recibir el informe de apelación de la UARHs, solucionar las quejas que desarrollan los servidores que han iniciado el concurso por méritos y oposición, desarrollar y registrar el acta resolutive de la reclamación comunicando a la máxima autoridad, UARHs, evaluadores y al empleado (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 11 establece que la UARHs, es la entidad encargada de los procedimientos de las evaluaciones del desempeño y deberá cumplir las siguientes asignaciones, las cuales son: (a) comunicar a los trabajadores que gestionan en la organización sobre la evaluación de desempeño; (b) desarrollar la información de los documentos del personal e informar los resultados a los funcionarios y colaboradores evaluados; (c) ejecutar un plan y cronograma del desempeño de evaluación; (d) evaluar a los colaboradores por medio de las autoridades inmediatas; (e) conservar actualizada la base de datos de las evaluaciones de desempeño; (f) asesorar y capacitar a los evaluadores acerca de las metas, herramientas y técnicas de aplicación del subsistema; (g) enviar los documentos de los resultados obtenidos por la evaluación de desempeño a la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones (SENRES) de los servidores que hayan logrado la calificación de deficiente e inaceptable y cinco notas de los empleados mejores calificados por medio de la página web de la SENRES (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

De acuerdo al artículo 13 de la Norma Técnica de Calificación de Servicios y Evaluación de Desempeño se refiere a los procedimientos establecidos por la UARHs para la aplicación del subsistema de evaluación del desempeño, las cuales son entrenamiento a los evaluadores, realización del proceso de evaluación, examinar los resultados de la evaluación, definir los indicadores de evaluación de desempeño, expansión del programa de evaluación, retroalimentación y seguimiento (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 14 de la Norma determina los conceptos de los indicadores de la evaluación de desempeño, con el apoyo de los jefes inmediatos, UARHs y la Unidad de Planificación definirán la metodología con el fin de

reconocer los indicadores de desempeño de procesos a través de un formulario SENRES-EVAL-01 que servirá para la evaluación de desempeño en los servidores y funcionarios públicos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El formulario SENRES-EVAL-01 comprende: (a) los indicadores de gestión del puesto, que se refiere a los parámetros de medición que acceden a evaluar la calidad y efectividad del cumplimiento de las actividades programadas, proyectadas y planificadas de la institución; (b) los conocimientos, se refiere al elemento que calcula el nivel los conocimientos en la realización de las acciones fundamentales de procesos, planes y proyectos; por lo cual, cada organización debe de establecer los conocimientos en relación a su origen de gestión; (c) las competencias técnicas del puesto, es el nivel de uso de las destrezas por medio de las actividades laborales en la planificación de los comportamientos esenciales de los procesos, puestos, proyectos institucionales, estableciendo una calificación de tres hasta uno, siendo la primera la más alta y uno menos baja; (d) las competencias universales, se relaciona con la aplicación de destrezas por medio de las conductas laborales, a través de niveles sin excepción de jerarquía y principios de la cultura organizacional, para obtener una nota de tres hasta uno, siendo el último el de menor rango y el primero el de mayor rango y la frecuencia de aplicación; (e) el trabajo en equipo, es el encargado de colaborar y administrar de forma organizada con los individuos del equipo con el fin de aumentar los niveles de eficacia y eficiencia de las actividades solicitadas (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 17 de la norma indica que los jefes asignados para el proceso de evaluación del formulario SENRES-EVAL-01 deben de realizar una entrevista con el personal evaluado, para determinar los factores de evaluación, los cuales se detallan en el siguiente párrafo (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Los factores de evaluación son: la evaluación de desempeño de los funcionarios y servidores en relación a los indicadores de gestión del puesto; por lo tanto, los resultados obtenidos deben de ser remplazados por porcentajes que se clasifican en: cinco cumple entre el 90.5% y el 100% de la meta; cuatro comprende entre el 80.5% y el 90.4% del objetivo; tres cumple entre el 70.5% y el 80.4% de la meta; el dos cumple entre el 60.5% al 70.4% del objetivo, mientras que el uno cumple igual o menos del 60.4% de la meta planteada; la evaluación de los conocimientos que emplea el funcionario o servidor en el desempeño del puesto es del 8%, obteniendo una calificación de evaluación con relación al nivel de conocimiento entre el cinco que es sobresaliente, cuatro muy bueno, tres bueno, dos regular y uno insuficiente (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Las evaluaciones de competencias técnicas del puesto son del 8% en donde el evaluador se encarga de registrar el nivel de desarrollo de las destrezas del personal evaluado que van desde cinco altamente desarrollado; cuatro desarrollado; tres medianamente desarrollado; dos poco desarrollado y uno no desarrollado. La evaluación de competencias universales que son el 8% el cual indica que el evaluador inscribe la frecuencia de aplicación de las destrezas del evaluado en el cumplimiento de las actividades esenciales del puesto; por lo tanto, los resultados obtenidos se clasifican de acuerdo a la frecuencia de aplicación que van desde cinco que se refiere a que es siempre, cuatro frecuentemente, tres alguna vez, dos rara vez y uno nunca; las evaluaciones del trabajo en equipo que se refiere a una nota de cinco que es siempre, cuatro frecuentemente, tres alguna vez, dos rara vez y uno nunca (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 19 indica que la evaluación de desempeño solo se realizará dos veces por año, con una duración de cinco meses y después de cada

período se obtendrá un mes para calificar a los evaluados. Además se analizará la información, retroalimentar los resultados y determinar los objetivos para el próximo período de evaluación (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

De acuerdo al artículo 22 determina que las escalas de calificación sirven para los resultados del desempeño de forma cualitativa y cuantitativa, obteniendo calificaciones con los siguientes porcentajes, los cuales son: (a) excelente que es el desempeño alto con una calificación del 90.5%; (b) muy bueno es un desempeño esperado con una calificación del 80.5% y 90.4%; (c) satisfactorio es un desempeño esperado con una nota del 70.5% y el 80.4%; (d) deficiente es un desempeño bajo a lo esperado con una calificación de igual o inferior al 60.5% y el 70.4%, (e) el inaceptable es un desempeño muy bajo a lo esperado con una calificación igual o inferior al 60.4% (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Con respecto al artículo 23 de la norma indica que la evaluación de desempeño producirá ciertos efectos, los cuales son: (a) el empleado que obtenga una calificación de excelente, muy bueno o satisfactoriamente obtendrá un plan de incentivos y preferencias para el crecimiento de su carrera o promociones a sus competencias; (b) el funcionario o servidor que logre una nota deficiente será obligado a la adquisición y desarrollo a sus competencias y tendrá que ser evaluado en un período de plazo de tres meses y si obtiene la misma calificación será anunciado como inaceptable; (c) el colaborador que alcance una calificación inaceptable será destituido del cargo laboral, sólo que el servidor presente un reclamo a la UARHs (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Según el artículo 24 de la norma técnica establece que los planes de incentivos para los colaboradores que obtengan excelentes calificaciones se beneficiarán con

becas, estímulos, cursos, licencias, reconocimientos, entrenamientos de estudios de forma nacional o internacional (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

### **Imprudencia Médica**

Vallejo (2017) indicó que la imprudencia médica viene dada luego de verificar si se presentó una infracción con respecto al deber objetivo de cuidado; a pesar de que esto tiene un aspecto concluyente, desde el punto de vista legal no es lo único que se debería valorar. Esto viene dado, por los componentes objetivos y subjetivos de la imprudencia. En cuanto al deber subjetivo, se debe evidenciar la ausencia de dolo, lo cual quiere decir que no se identifique una voluntad o conciencia maliciosa de perjudicar o incluso matar al paciente; de igual forma, el profesional sanitario puede conocer de antemano los efectos negativos de alguna actividad imprudente, o a su vez de acuerdo a las circunstancias puede evitar que la persona sea perjudicada desde el punto de vista de los servicios de salud.

Vallejo (2017) en su estudio señaló que con respecto a la parte objetiva tiene como componente a la médula del delito imprudente; por lo que la autoridad judicial debe de verificar si el profesional no obró con el cuidado necesario y la diligencia determinada por la normativa sanitaria de la institución a la que pertenece. Cabe destacar, que el deber de cuidado tiene aspectos que inducen a actuar, mientras otros que inducen a abstenerse de ciertas acciones. El hecho de que el profesional no se haya acatado a los protocolos, normas, guías o reglamentos del hospital, no lo hacen culpable penalmente, ya que existe una asociación entre el deber del cuidado y el riesgo al que es sometido el médico.

Desde el campo doctrinal, Luzón (2016) afirmó que la actividad médica se considera peligrosa, por lo que existe un riesgo implícito que debe ser valorado. En este aspecto, se establece que existen situaciones en que el médico puede ocasionar

daños lesivos sobre el paciente, pero que estos son generados por el riesgo implícito de la acción sanitaria.

Choclán (1998) indicó que la doctrina de la infracción del cuidado determina que el comportamiento del profesional tiene que superar lo que se considera como permitido; es decir se debe identificar si el profesional realizó acciones generadoras de un riesgo mayor a lo que establecen los protocolos institucionales. Silva (1999) acotó que el deber objetivo de cuidado dispone de relevancia cuando las acciones tienen una peligrosidad mayor a la que permiten las leyes; se considera la falta de cuidado como un aspecto necesario, más no suficiente, ya que un deficiente cuidado de parte del profesional médico no siempre termina en un delito de imprudencia médica.

En este aspecto, Bustos (1995) señaló que se deben identificar aquellos riesgos que debieron ser previstos por el profesional según las normativas de su profesión, en caso de superar lo permitido, se menciona a un riesgo creado de parte del médico. Corcoy (2005) afirmó que tanto el riesgo como el deber objetivo de cuidado deben ser valorados de manera individual, al momento de juzgar una imprudencia médica.

En tanto, Roxin (1997) manifestó otra doctrina que establece que el deber objetivo de cuidado está supeditado al riesgo del profesional; es decir, es suficiente para la justicia con demostrar que el profesional incurrió en riesgos que superan lo permitido por las leyes, evidenciándose así, la imprudencia médica. Esta doctrina verifica la actuación del profesional, tanto por acción como por omisión, es decir no sólo identifica si no realizó algún protocolo o norma, sino que más bien vigila si los pasos realizados no incurrieron en riesgos no permitidos jurídicamente. Otro autor que se encuentra a favor de la doctrina del riesgo permitido es Jakobs (1997), quien determinó que no se debe incluir a la infracción del deber de cuidado como

elemento juzgador, sino que se debe juzgar el comportamiento médico que provoca riesgos que superan lo considerado adecuado en la profesión sanitaria.

Vallejo (2017) estableció que, en base a estas dos doctrinas, el riesgo permitido no puede sustituir al deber objeto de cuidado, ni viceversa, sino que más bien ambos actúan de manera complementaria. Debido a esto, no existe razón para una acusación penal a médicos que cumplen los protocolos y buscan controlar los peligros. En conclusión, la autora determina que el deber objetivo de cuidado debe ser analizado y a su vez se debe verificar que las acciones realizadas estuvieron dentro del riesgo permitido, lo que se conoce como actuación bajo una causal de justificación.

## **Marco Conceptual**

### **Hospital móvil**

El hospital móvil es aquel que brinda un servicio ambulatorio, el cual se moviliza por medio de vehículos equipados con tecnología y recurso humano con competencias para poder brindar la atención sanitaria. En el Ecuador existen las unidades móviles de atención y las unidades móviles de apoyo (MSP, 2015b).

Las unidades móviles de atención son aquellas que brindan atención clínica quirúrgica, imágenes y laboratorio. Las principales áreas que dispone son la de consulta externa, emergencia, farmacia, transporte, radiología, cirugía, laboratorio, radiología y servicio al cliente.

### **Imprudencia médica**

Este concepto tiene que ver con acciones que van en contra o no cumplen con el deber objetivo del cuidado. Dentro del aspecto legal, también se incluyen otras valoraciones como el deber subjetivo del cuidado. Cabe destacar que, el hecho de no acatar una norma o protocolo no lo hace directamente culpable al profesional,



debido a que hay que analizar el riesgo en que realizó sus actividades (Vallejo, 2017).

En la imprudencia médica, también entra el concepto de dolo, que se da cuando el profesional actúa de manera malintencionada en la atención brindada al paciente. En estos casos, las penas y castigos son mayores según la ley.

### **Mala práctica médica**

La mala práctica médica viene dada cuando la vida de una persona es puesta en riesgo. En el caso de homicidio culposo por este motivo, la pena incluye prisión de tres a cinco años; en tanto, que la habilitación del profesional para volver a desarrollar actividades profesionales será determinada según la ley (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).

Esta mala práctica es evaluada según la infracción que haya cometido con respecto al deber objetivo de cuidado. Esto también incluye el no seguir los protocolos, normas, procedimientos, entre otras herramientas legales y técnicas, para llevar a cabo un servicio de atención de salud adecuado.

### **Protocolos de emergencia**

Son aquellos protocolos que se deben cumplir en una situación donde el paciente necesita de una atención inmediata, en cualquier lugar que lo amerite (Andrea & Martinelli, 2016). El principal objetivo de los protocolos de emergencia es el disminuir la tasa de mortalidad de los ciudadanos, así como el utilizar los recursos de una manera eficiente y óptima (MSP, 2011).

Por tanto, los protocolos de emergencia, deben ser aplicados en cualquier contexto, ya que el MSP dispone de una evaluación de la escena como primer paso, según lo cual se toman las medidas adecuadas para atender al paciente. Es

importante destacar, que se debe reconocer de manera adecuada la complejidad de la situación, para derivarlo a la institución que le corresponda.

En el primer capítulo del presente trabajo correspondiente al marco teórico se puede concluir que los protocolos de emergencia son procedimientos esenciales que todo profesional de salud debe conocer y aplicar cuando se presenta una emergencia, en especial los hospitales móviles que su razón de ser es brindar ayuda a las personas que lo requieran en cualquier parte del país. Estas unidades móviles son aptas para asistir cualquier eventualidad que se presente con los mejores equipos y personal médico para sobrellevar la emergencia. Ahora se da paso al siguiente capítulo conformado por el marco referencial.

## Capítulo II

### Marco Referencial

De acuerdo al presente capítulo se desarrolló el análisis de ciertas investigaciones internacionales y nacionales, que sean relevantes a la relación entre el conocimiento de los protocolos asistenciales de emergencia del hospital y la imprudencia médica de los servidores públicos. En el medio nacional no se han evaluado anteriormente estas variables en su conjunto, por lo que este tema demuestra innovación y su marco referencial debe ser analizado desde las dos variables por separado debido a la escasez de trabajos que relacionen estas variables entre sí. A continuación, se detallan los proyectos de estudios aplicados en el capítulo, seguido de una descripción sobre el Hospital Móvil N1.

#### Referentes Empíricos Internacionales

Amaya (2018) en su trabajo titulado *Responsabilidad penal por el ejercicio de la profesión médica en Colombia*, cuyo objetivo general fue analizar cuáles son las situaciones bajo las cuales se configura la responsabilidad penal de los médicos con ocasión al ejercicio de las actividades propias de su profesión en modalidad culposa. La metodología de la investigación se basó en el método descriptivo y analítico, siguiendo una estructura de causa, naturaleza y efecto en cuanto al accionar médico. Por medio de la observación se analizaron los elementos de la responsabilidad médica culposa colombiana.

Los resultados de la investigación mostraron que el ejercicio de la profesión médica incluye riesgos implícitos, que pueden ser ocasionados por imprudencia, mala praxis, impericia o negligencia, generando una infracción de la *lex artis*. Se identificó que la ley colombiana no permite que los médicos expongan a sus pacientes a riesgos injustificados; además se exige el consentimiento informado del

paciente en donde se especifique claramente los riesgos a los que puede ser sometido. El personal médico colombiano está en la obligación de seguir los protocolos del hospital. Se detectó que las denuncias con o sin fundamentos afectan la imagen del profesional de la salud (Amaya, 2018).

Vallejo (2012) desarrolló su tesis doctoral partiendo del título *Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica*; la metodología científica que fue llevada a cabo se caracterizó por una metodología de tipo dogmática penal. Para obtener los resultados esperados, el proyecto giró en torno a los político y penal en base al comportamiento que alguna vez han mostrado los profesionales de la salud, durante el desarrollo del trabajo de estudio doctoral se trató de buscar ser concluyente y argumentar al final del proyecto tomando en cuenta los principios del ámbito legal que le confiere a la población objeto de estudio; otra de las herramientas de las cuales se hizo uso fue un marco referencial legislativo.

De acuerdo con la generalidad de la tesis doctoral de Vallejo (2015) evidenció que la imprudencia se conceptualiza en términos claros como la infracción del deber objetivo de cuidado establecido por reglamentos técnicos o de experiencias humanas, el autor del proyecto doctoral llegó a enfrentar diferentes dilemas teóricos acerca de la mala práctica médica y la imprudencia laboral, con esto mostró que la imprudencia puede ser definida también de manera genérica y ese concepto generalista puede servir para definir a la imprudencia médica. Mediante lo mencionado previamente se estipuló que la imprudencia médica se desarrolla una vez que un profesional de la salud ha cometido una infracción en su deber, lo que se refiere al cuidado del usuario, esta infracción puede causar un daño para el bienestar de la persona que muchas veces puede comprometer su salud e incluso su

vida. Los especialistas investigativos han mencionado que el comportamiento adecuado que debe de mostrar todo profesional de la salud es que tiene que ser una herramienta humana que se desempeñe dentro del campo como parámetro indicador de la imprudencia médica.

Carro (2012) desarrolló su estudio investigativo de su tesis doctoral iniciando a partir del derecho a la protección de la salud, lo cual fue considerado como un derecho consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española (CE). El autor mencionó que se iba a establecer la normativa aplicable en función de la responsabilidad que se tenga como determinante para alegar en cada una de las hipótesis creadas; el objetivo que se implementó fue abordar el tema de la responsabilidad sanitaria desde un punto de vista múltiple, teniendo en cuenta a todos los actores que intervienen en el ámbito de la Sanidad, estudiando los distintos tipos de responsabilidad a la que pueden tener que hacer frente.

El desarrollo implementado por Carro (2012) en su tesis doctoral permitió conocer varios componentes acerca de la Responsabilidad Sanitaria, con esto se ha llegado a estipular la siguiente fase concluyente que fue planteada de la siguiente manera: se ha comprobado que el uso de criterios de imputación objetiva tal cual como lo es el daño desproporcionado ha sido definido como un tema adecuado para comprobar que existe un perjuicio y la relación de causalidad con respecto a la acción médica y de esa manera llegar a crearle un juicio al responsable del daño como lo es el médico. Por otro lado la doctrina acerca del daño desproporcionado ha sido implementada para tener la posibilidad de evitar a como dé lugar que se puedan zafar de todas las responsabilidades que han sido previamente estipuladas en lo que respecta a que no cabe relacionar el resultado final con la acción de imprudencia producida por el médico responsable y todos los escenarios riesgosos,

la forma de evitar esto es determinando un elemento de ficción con respecto a que el resultado ha sido desarrollado por la culpa del médico en caso de no emitir una explicación coherente.

### **Referentes Empíricos Nacionales**

Ledesma (2017) en su trabajo titulado *Estudio de caso y análisis jurídico, acerca de los protocolos médicos, como atenuante del delito de homicidio culposo por mala práctica profesional en el COIP*, planteó como objetivo realizar el estudio de caso y análisis jurídico del tema de investigación, para garantizar los derechos constitucionales del profesional de la salud, derecho a la defensa y el debido proceso; el carácter metodológico de la investigación fue descriptivo y bibliográfico, lo que se pretendió realizar fue perfeccionar las ciencias jurídicas en el Ecuador. Fueron considerados para la investigación un total de 92 abogados pertenecientes al Foro de Abogados de Santo Domingo de los Tsáchilas. Se constató que el 95% de los abogados tiene conocimiento sobre los protocolos médicos, el porcentaje restante contestó lo contrario, se evidenció también que todos los profesionales de jurisprudencia sabían acerca de la tipificación del homicidio culposo por mala práctica profesional.

Además, se descubrió que el 88% de los abogados consideró que el homicidio culposo es un delito que se produce en la práctica médica profesional, mientras que el 12% no lo considera de esa manera; adicionalmente se conoció que todos los abogados pertenecientes a la muestra estuvieron de acuerdo con que la tipificación de la mala práctica profesional del médico como homicidio culposo pone en descubierto y causa vulnerabilidad a los derechos de los doctores. Se visualizó cómo el 100% de los encuestados mencionó la necesidad de aplicar los protocolos médicos como atenuante del delito de homicidio culposo por mala práctica

profesional; adicionalmente todos los médicos estuvieron de acuerdo con que es necesario brindarle una retroalimentación al paciente y a sus familiares de todos los procedimientos que se han seguido y que se seguirán por medio de los protocolos médicos; el segmento del 92% de los profesionales de abogacía indicó que el correcto cumplimiento de los protocolos médicos ayudaría a evitar cualquier culpa del profesional de la salud (Ledesma, 2017).

Campos (2017) con su tema *Evaluación del Nivel de Conocimiento Sobre Código Azul en el Personal de Emergencias del Hospital San Vicente de Paul Periodo de Enero a Octubre del 2016*, presentó como objetivo general evaluar el nivel de conocimientos sobre Código Azul en el personal de emergencias; adicionalmente se relacionó a la metodología científica con la aplicación del alcance descriptivo de tipo observacional, el diseño fue no experimental, la técnica aplicada fue la encuesta, la población con la que se contó fueron los profesionales que trabajaban en el área de emergencias.

La investigación mostró que el 6.25% de los encuestados era médico especialista, agregando a esta información el 29.69% de los profesionales pertenecía al área de enfermería, mientras que sólo el 32.81% está especializado en paro cardiorrespiratorio; de acuerdo al conocimiento de los profesionales en base al protocolo del código azul se confirmó que el 57.81% sí conoce acerca del procedimiento y protocolo que debe de seguir al momento que se presente un código azul, mientras tanto el 25% indicó que no ha sido partícipe de un escenario en donde se tenga que realizar una reanimación cardiopulmonar. Se identificó que el 23.44% de los profesionales sanitarios sí ha incursionado en capacitaciones acerca del código azul, el 39.06% ha sido integrante de un protocolo (Campos, 2017).

Espín (2016) en su investigación titulada *La responsabilidad penal en la mala práctica médica en el Ecuador. Un enfoque desde la actuación probatoria*, tuvo como metodología un análisis documental, legal y bibliográfico sobre la responsabilidad penal y mala práctica médica en el Ecuador. Los resultados evidenciaron que el delito de la imprudencia médica tiene una composición y estructura autónoma dentro del marco jurídico; debido principalmente a que no se enfoca la sanción en el dolo, sino más bien con el no cumplir con el deber objetivo del cuidado; de esta manera legalmente se excluye el aspecto psicológico del dolo y se enfatiza en el aspecto normativo del cuidado. En este punto de vista, se analiza descuidos evitables que pierden importancia penal cuando no hay resultados lesivos.

Godoy y Magallanes (2018) en su trabajo de investigación titulado *Nivel de conocimiento y práctica de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2018*, estableció como metodología un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, tipo transversal. La población de estudio fueron 30 enfermeras de la institución.

Los resultados mostraron que las normas de bioseguridad son sumamente importantes para la disminución de factores de riesgo en el área de emergencia. Se verificó que existe una pequeña parte del personal que no tiene un conocimiento adecuado sobre las normas. Se pudo evidenciar que algunos profesionales realizan las actividades de forma empírica, mientras otros siguen los procedimientos de sus colegas. Por tanto, la experiencia en el área y conocimientos previos es lo que guía las acciones realizadas dentro del servicio de emergencia (Godoy & Magallanes, 2018).



En el trabajo de investigación de Alvarado (2019) titulado *Adecuada atención en el manejo al paciente crítico en el servicio de Emergencia del Hospital III ESSALUD Chimbote, 2019*, se logró identificar que los protocolos de emergencia no son correctamente aplicados, debido a que existe un hacinamiento en el hospital, por lo cual la sala de emergencia se ha convertido en un lugar improvisado para poder cumplir con la demanda; otro motivo que interfiere en la correcta aplicación de los protocolos es el estrés laboral, debido a la sobrecarga de trabajo. Dentro de la propuesta del trabajo se propuso la creación de guías y protocolos de atención en el área de urgencias de la unidad hospitalaria. Asimismo, se propuso la capacitación del personal para que puedan aplicar de manera correcta los protocolos establecidos en la institución.

El trabajo de investigación realizado por García y Samanés (2016) titulado *Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia Hospital Belén de Trujillo 2016*, determinó como metodología un estudio descriptivo-correlacional, con corte transversal. La población contó con la presencia de 25 enfermeras de la institución, que brindaban atención en la sala de emergencia del hospital objeto de estudio.

En los resultados se pudo evidenciar que un 8% reflejó un nivel de conocimiento bajo, en tanto que el 56% mostró un conocimiento medio. Con respecto, al cuidado inicial, se descubrió que el 44% fue inadecuado. El análisis correlacional presentó un nivel de significancia superior a 0.05, demostrando que no existe relación entre las variables de estudio. Se propuso capacitaciones y actualización para el personal, además de garantizar la dotación de recursos para la correcta aplicación de los protocolos de emergencia (García & Samanés, 2016). A

pesar de ello, se considera que puede variar esta situación si la muestra de estudio fuera más grande.

### **Hospital Móvil N1**

El Hospital Móvil N1 se encuentra ubicado en el kilómetro 10 de la Vía Daule con la finalidad de apoyar las actividades en el campo de la salud del Hospital Abel Gilbert Pontón. En cuanto a la institución cuenta con una atención de 24 horas, ambiente agradable y áreas de emergencia, laboratorio, triaje, sala de ecografía y espera. Además en la Unidad de Salud Móvil laboran 65 profesionales, los cuales están conformados por cirujanos, médicos, anestesiólogos, químicos, enfermeras, entre otros (MSP, 2018).

### **Marco Legal**

#### **Mala práctica médica en el Ecuador**

Según la Constitución del Ecuador en el artículo 54, los individuos serán los responsables de una mala práctica en el desarrollo de su profesión, en especial aquellos profesionales que pongan en riesgo la vida de una persona (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Según el Código Orgánico Integral Penal en el artículo 146 las personas que comentan un homicidio culposo por una mala práctica profesional serán sancionadas con una pena privativa de libertad por tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, ilegítimas y peligrosas. En cuanto al proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión luego de cumplir la pena privativa será determinada por la Ley (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).

Con respecto a la determinación de la infracción cometida por el profesional se deberá analizar la infracción al deber objetivo de cuidado; la inobservancia de leyes, manuales, ordenanzas, reglamentos, lex artis y reglas técnicas aplicadas en el

campo de la profesión; el resultado culposo debe provenir directamente de la infracción y no de otras actividades independientes y finalmente se analizará la diligencia, el grado de formación profesional, la previsibilidad, las condiciones objetivas y evitabilidad del hecho (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).

En el marco referencial se pudo identificar que el Hospital Móvil N1 sirve de apoyo al Hospital Abel Gilbert Pontón. La mala práctica médica no es penada en todo el mundo, sin embargo, sí lo es en el Ecuador y su sanción puede llegar a la pena privativa de libertad hasta de cinco años. La evaluación de desempeño en el sector público se lo hace a través de un formato estandarizado y se utiliza para el ascenso, cesación y concesión de otros estímulos. El jefe inmediato es quien evalúa al personal, este puede ejercer su reclamo ante un comité. En base a estas referencias se procede a desarrollar la metodología de la investigación.

### **Legislación comparada**

La ausencia de control y conocimiento de las normas que rigen los servicios de salud pueden ocasionar la mala práctica médica. En el caso de Uruguay, Venezuela y Colombia, no existe sanción para la mala práctica profesional; para los casos de muerte se utiliza la perspectiva de homicidio culposo. En el Ecuador sí se sanciona la imprudencia por la mala práctica profesional sin distinción alguna que genere daños físicos, emocionales, psicológicos o el fallecimiento de alguna persona; esto demuestra que no en todas las legislaciones de los países latinoamericanos se desarrollan las mismas normas o reglamentos (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2013).

De acuerdo al Boletín Oficial del Estado (BOE) del Código Penal de España el artículo 142 determina que por imprudencia grave que cause el fallecimiento de una

persona será castigado con una pena de prisión de uno a cuatro años y si el homicidio se comete por imprudencia profesional se impondrá la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión por tres a seis años (BOE, 1995).

En Chile no se sanciona específicamente a la mala práctica del profesional, pero sí a la imprudencia médica del colaborador que ocasione el fallecimiento de un paciente, el cual determina que el médico, cirujano o farmacéutico que cause una mala praxis en alguna persona será sancionado con reclusión (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018). Sin embargo, en Argentina se establecen normativas legales que el profesional será reprimido con prisión a seis meses o cinco años de inhabilitación especial y 10 años por imprudencia en su profesión (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2013).

En Colombia se originó un derrumbe en un edificio ubicado en la ciudad de Medellín que ocasionó dos personas heridas y ocho personas fallecidas; por lo que, la fiscalía inició investigaciones para decretar la causa responsable del hecho, los cuales fueron los ingenieros, constructores y técnicos que diseñaron el inmueble (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2013).

De acuerdo al Código Penal Peruano establecido en el año 2016 determinó que el artículo 142 establece que la muerte de una persona en su campo laboral, será sancionado con prisión de uno a cuatro años y en caso de que el homicidio fuera ocasionado por imprudencia del profesional se impondrá una pena de inhabilitación de la actividad (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2016).

En este capítulo se puede concluir que las sanciones por la mala práctica médica en el Ecuador se encuentran entre tres y cinco años, donde luego de cumplir con su pena debe esperar el proceso establecido por la ley, otros países como

Argentina puede llegar a los diez años la pena por imprudencia médica, en cambio en países como Colombia, Venezuela no cuentan con leyes que sancionen la mala práctica, dejando claro que es importante conocer los protocolos de emergencia para evitar cometer imprudencias que puedan acarrear para el profesional en la privación de su libertad y la pérdida temporal de su habilitación para ejercer su profesión. A continuación, se da paso al siguiente capítulo que es el marco metodológico.

## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico**

En este capítulo se detalla la metodología de la investigación que se va a utilizar en el proyecto, en el cual se detallará el enfoque, tipo, método, población, muestra, procesamiento de datos. Finalmente se presentan los resultados con su respectivo análisis.

#### **Enfoque**

El Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores (IPES) determinó que la investigación cuantitativa es un enfoque que reúne y analiza los datos numéricos obtenidos sobre las variables estudiadas en la investigación, de una forma estructural y sistemática. Además, el objetivo de la investigación cuantitativa es obtener información importante y conocer la realidad del público objetivo (IPES, 2018).

El enfoque que se realizó en el presente proyecto fue cuantitativo, debido a que se busca evaluar la relación entre el conocimiento del protocolo de emergencia y la imprudencia médica en el personal de salud del hospital objeto de estudio. La comprobación de hipótesis, confirma el enfoque cuantitativo usado en este trabajo.

#### **Tipo**

El tipo de investigación descriptiva es aquel que ayuda a entender el desarrollo del fenómeno, efectos, factores, amenazas, entre otros, es decir que explica los factores que influyen en las variables de la investigación y facilita la toma de decisiones García (2016). Según la Universidad de las Américas Puebla (UDPLAP) indicó que la investigación descriptiva es de tipo concluyente con el fin de describir una situación en base a sus funciones, perfiles y características fundamentales en personas, comunidades y grupos de la investigación (UDLAP, 2018).

En el presente trabajo se utilizó la investigación de tipo descriptiva. Además, se incluye el tipo correlacional ya que se busca medir la influencia del conocimiento de los protocolos de emergencia en la imprudencia médica, lo cual fue realizado por medio de la prueba Chi cuadrado.

### **Método**

El método deductivo es aquella investigación que parte de lo general a lo particular y se basa en un orden lógico (Asuad & Vasquez, 2015). El método deductivo es un razonamiento formal y racional que se origina de manera global a lo específico (Gómez, 2012). El tipo de investigación transversal es una investigación que se da en un tiempo determinado y una sola vez a la muestra.

En este trabajo de investigación, los datos fueron tomados en una sola ocasión a la muestra. El método deductivo, se utilizó al tener un enfoque cuantitativo que parte de una revisión de la literatura, construcción de un marco teórico y planteamiento de una hipótesis a ser verificada.

### **Instrumento**

La variable independiente conocimiento de los protocolos de emergencia, fue evaluada por medio de un cuestionario realizado en base a la revisión de la literatura e interés de la investigación. No se han evidenciado escalas a lo largo de la investigación bibliográfica, por lo que esta fue creada especialmente para fines de este trabajo. Las dimensiones consideradas fueron conocimiento, capacitación interna, dotación, control y capacitación externa.

Para la variable dependiente imprudencia médica se utilizó como referencia el trabajo investigativo de Díaz (2015), en donde se incluyó una dimensión exclusiva de imprudencia médica; sin embargo, se añade la variable error de diagnóstico, cuyas dimensiones son factor humano, factor organizacional y factor técnico. Esta

variable error de diagnóstico funciona como una variable interviniente que sirve para caracterizar de mejor manera las fuentes de imprudencia médica.

### **Población**

Los médicos, enfermeras, personal administrativo y asistencial que laboran dentro del Hospital Móvil N1 completan un total de 100 personas, siendo esta cantidad la población del estudio.

### **Muestra**

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q * N}{(p * q * Z_{\alpha}^2) + d^2 * (N - 1)}$$

$$n = \frac{1.962^2 * 0.5 * 0.5 * 100}{(0.5 * 0.5 * Z_{\alpha}^2) + 1.962^2 * (100 - 1)}$$

$$n = \frac{96.24}{1.21}$$

$$n = 80$$

El valor Z es de 1.96 (95% de intervalo de confianza), p y q (probabilidad de éxito y fracaso) del 50%, el error muestral d del 5%, la población N 100 personas. La muestra dio un valor de 80 personas.

### **Procesamiento de Datos**

Los datos serán presentados por medio de pasteles estadísticos del programa Microsoft Excel. Se realizarán tablas cruzadas para la dimensión de conocimiento, perteneciente a la variable de conocimiento de los protocolos de emergencia, con las tres preguntas de la dimensión de imprudencia médica con la variable del mismo nombre. Este cruce de variables será sometido a la prueba Chi-cuadrado para confirmar si existe relación entre las dos variables. Se tomará como rechazada la hipótesis nula cuando el nivel de significancia sea menos a 0.05. Las dimensiones pertenecientes a la variable interviniente error de diagnóstica, serán analizadas para entender los motivos por lo que los profesionales consideran se dan los casos de



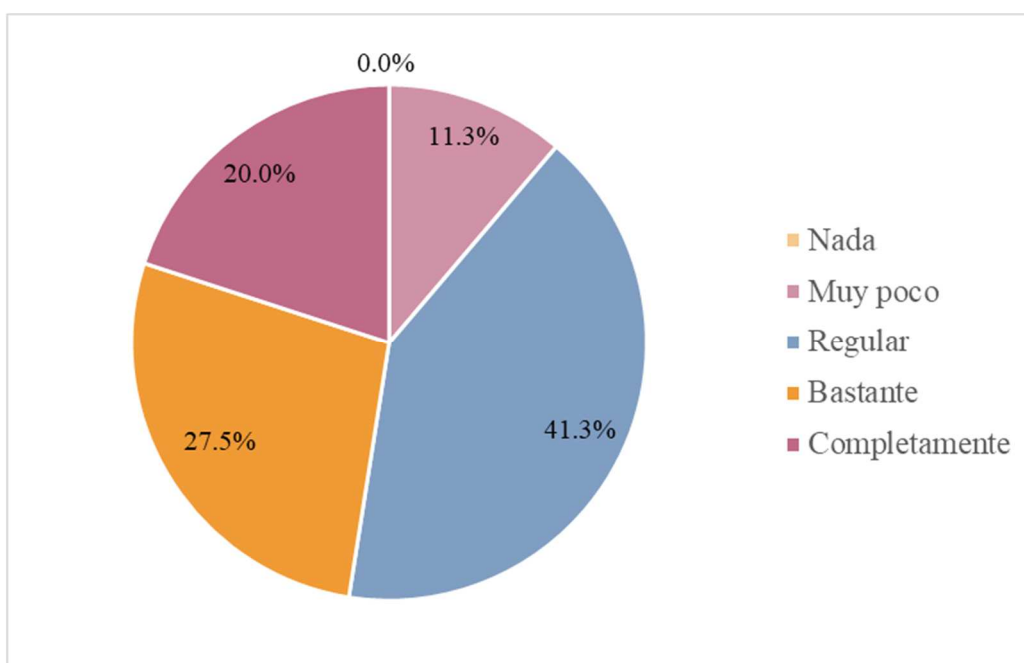
imprudencia médica, siendo esto importante para el desarrollo de la propuesta de investigación. Los cuestionarios se pueden revisar en los apéndices.

## **Análisis**

### **Conocimiento de los protocolos de emergencia**

**¿Qué tanto conoce usted sobre los protocolos de emergencia del Hospital**

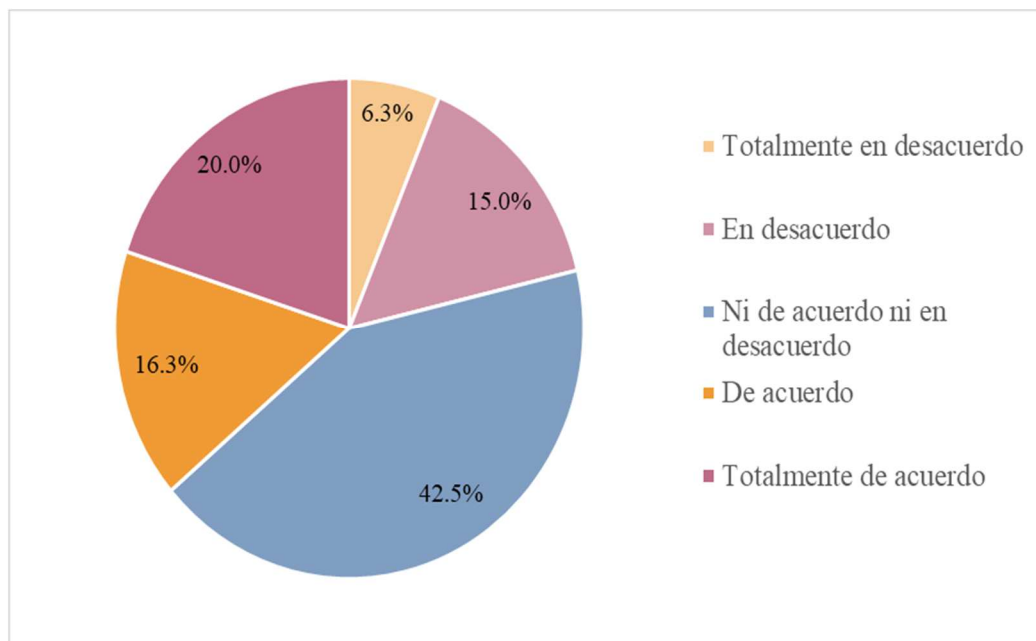
**Móvil N1?**



*Figura 1.* Conocimiento sobre protocolos de emergencia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Los resultados de las encuestas mostraron que el 41.3% de los encuestados opinaron que su conocimiento es regular sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1, el 27.5% indicó conocer bastante sobre el tema, el 20.0% completamente, mientras que un 11.3% indicó tener muy poco conocimiento. Se evidencia que el 11.3% del personal médico y administrativo tienen deficiencias en cuanto al conocimiento sobre los protocolos de emergencia del hospital.

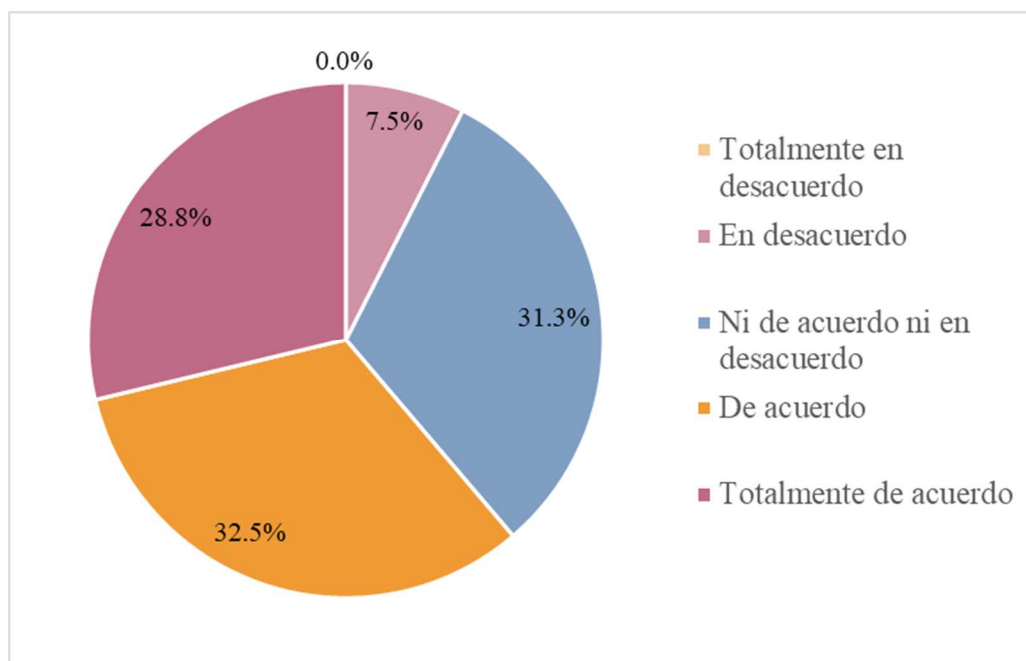
**¿La institución le ha brindado todas las capacitaciones necesarias para aplicar los protocolos de emergencia adecuadamente?**



*Figura 2.* Institución brinda capacitaciones  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** De acuerdo a la pregunta acerca de si la institución ha brindado capacitaciones sobre el uso de protocolos durante una emergencia, el 42.5% dijo no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 20.0% indicó estar totalmente de acuerdo, mientras el 16.3% expresó que estuvieron de acuerdo. Se observa que el 21.3% mencionó no haber recibido las capacitaciones necesarias por parte de la institución.

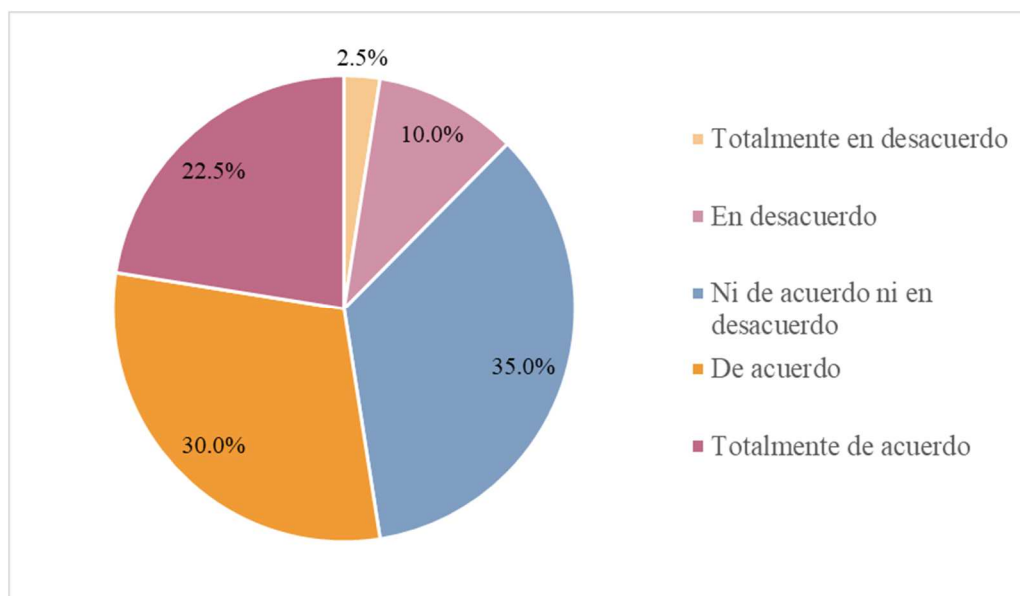
**¿La institución le dota los equipos e insumos necesarios para aplicar correctamente los protocolos de emergencia?**



*Figura 3.* Dotación de equipos e insumos  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** De acuerdo a los resultados, se logró apreciar que el 32.5% de los encuestados estableció estar de acuerdo sobre que la institución le dota de equipos e insumos necesarios para aplicar correctamente los protocolos de emergencia, el 31.3% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 28.8% estuvo totalmente de acuerdo. Es decir, que el 7.5% del personal del hospital móvil estuvo en desacuerdo, por lo que se evidencia que la institución sí se preocupa en brindar los equipos e insumos requeridos para efectuar los protocolos de emergencia.

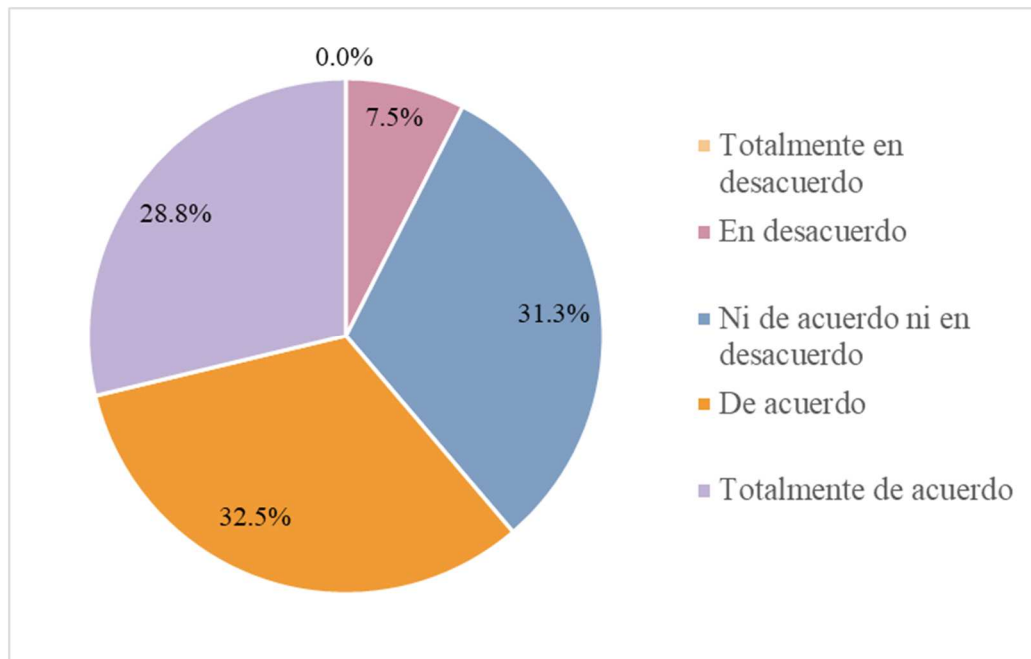
**¿La institución ejerce control sobre la aplicación de los protocolos de emergencia?**



*Figura 4. Control*  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** En cuanto al control ejercido sobre la aplicación de los protocolos de emergencia se observó que el 35.0% de los encuestados afirmó estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en que la institución ejerce control sobre la aplicación de los protocolos de emergencia, el 30.0% se mostró de acuerdo, mientras que un 22.5% expresó estar totalmente de acuerdo. Esto quiere decir, que el 12.5% indicó no estar de acuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a que la institución se preocupa por la aplicación de protocolos de emergencia.

### ¿Me he capacitado de forma externa sobre protocolos de emergencia?

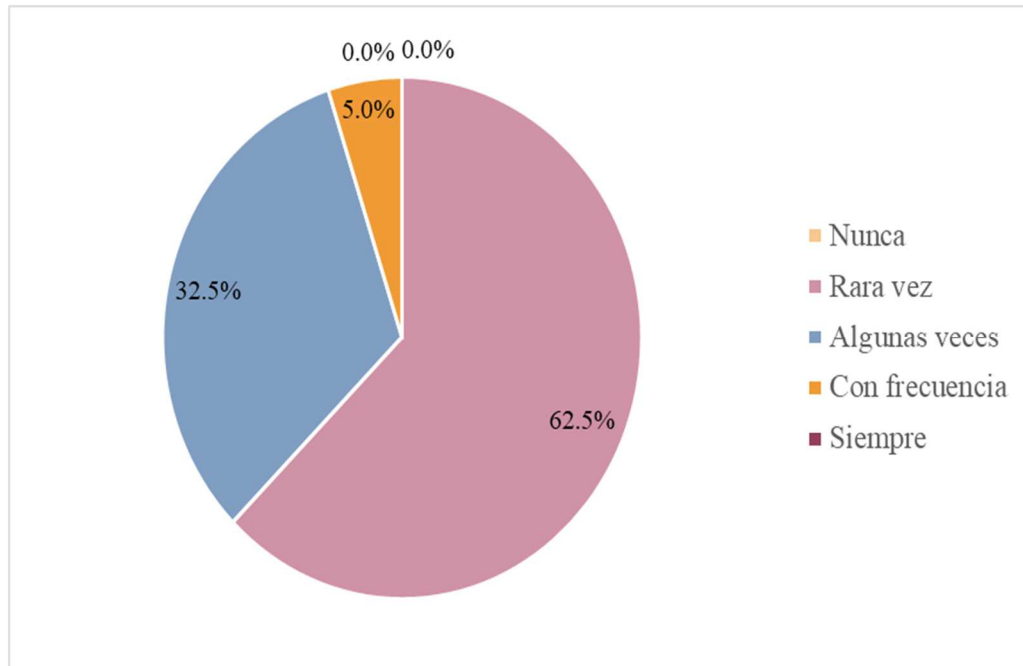


*Figura 5.* Capacitación externa  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** De acuerdo a los resultados se observa que un 32.5% de los encuestados han indicado que están de acuerdo respecto a que se han capacitado de forma externa sobre los protocolos de emergencia, seguido del 31.3% que estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 28.8% se mostró de acuerdo. Se aprecia que el 7.5% de los encuestados, estuvieron en desacuerdo en haberse capacitado sobre los protocolos de emergencia fuera de la institución médica. Por lo que se evidencia que es poco el personal que no ha recibido capacitación de forma externa.

## Imprudencia médica

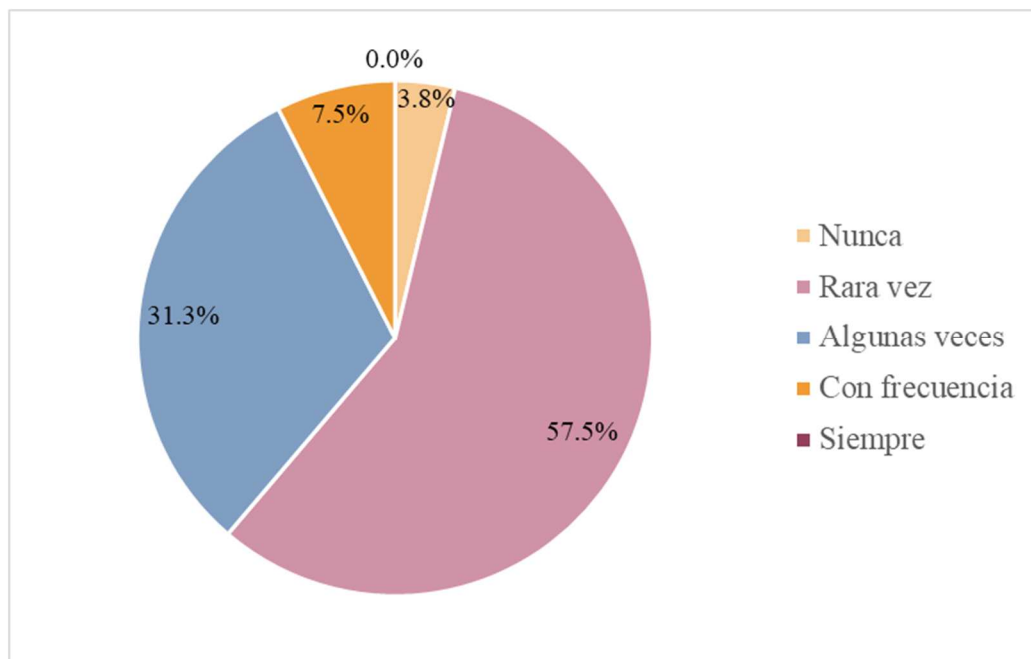
**¿Ha realizado algún acto médico con ligereza, sin adoptar las precauciones adecuadas?**



*Figura 6.* Acto médico sin precauciones adecuadas  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Se pudo verificar a través de los resultados de las encuestas que el 62.5% rara vez ha realizado actos médicos con ligereza sin adoptar las precauciones del caso, mientras que un 32.5% indicó haberlo hecho algunas veces. Por lo que se pudo observar que el 5.0% del personal realiza actos de forma frecuente sin tomar las debidas precauciones. Lo cual se debe de corregir de forma inmediata.

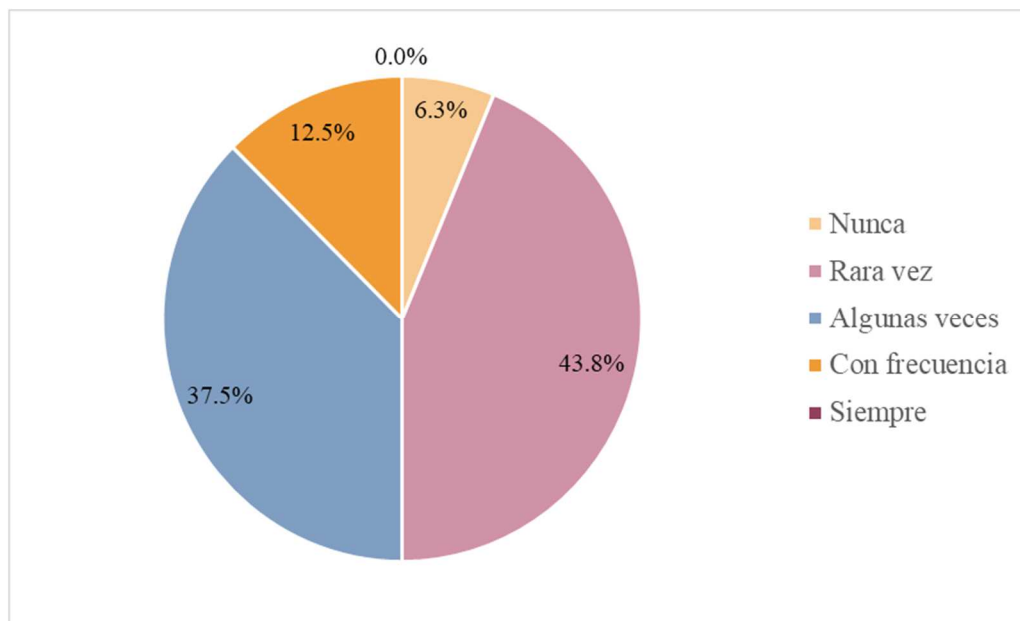
### ¿Ha enfrentado algún riesgo o peligro sin necesidad?



*Figura 7. Riesgo sin necesidad*  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** En lo que se refiere a si ha enfrentado algún riesgo o peligro sin necesidad, el 57.5% de los encuestados afirmaron que rara vez han enfrentado algún riesgo o peligro sin necesidad, el 31.3% algunas veces, un 7.5% con frecuencia, mientras que el 3.8% nunca. Se puede ver que el 31.3% algunas veces ha enfrentado peligro sin necesidad, por lo que son muchos los colaboradores que repiten esta acción, convirtiéndose en un tema que debe ser controlado.

**¿Ha actuado de forma precipitada sin prever las consecuencias en los que podría desembocar alguna acción?**



*Figura 8.* Acción precipitada sin prever consecuencias  
Tomado de las encuestas.

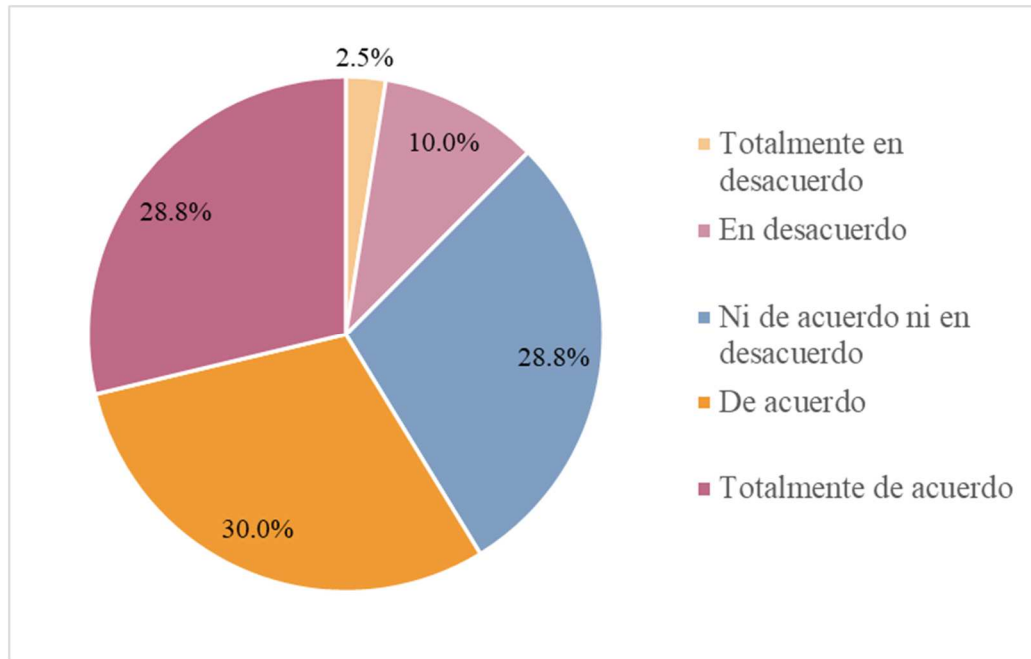
**Análisis:** En los resultados que se hallaron se pudo revisar que el 43.8% de los encuestados rara vez han actuado de forma precipitada sin prever las consecuencias que podría desembocar alguna acción, el 37.5% lo hizo algunas veces, el 12.5% con frecuencia, mientras que el 6.3% indicó nunca haber realizado una acción sin haber previsto antes las consecuencias. Esto quiere decir que, el 50% de los encuestados ha actuado de forma precipitada algunas veces y con frecuencia.



## Error de diagnóstico

### *Factor humano*

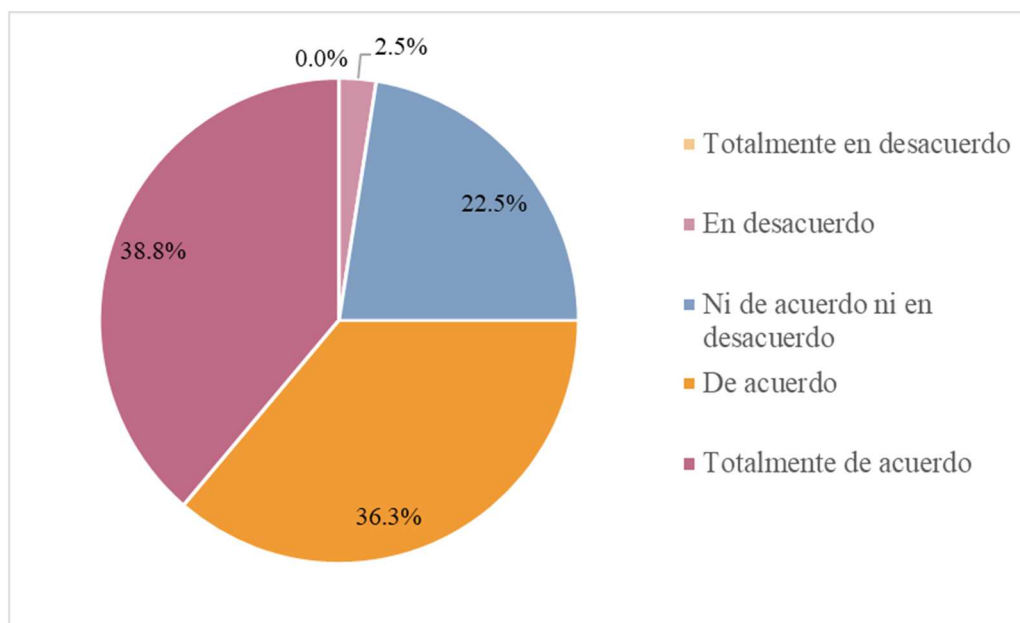
**¿Considera que la fatiga por trabajo excesivo puede generar una impericia?**



*Figura 9.* Fatiga e impericia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Los resultados obtenidos permitieron conocer que el 30% de los encuestados estuvo de acuerdo sobre que la fatiga por trabajo excesivo puede generar una impericia, mientras que el 28.8% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente con el mismo porcentaje. Es decir que, el 12.5% no mostró un acuerdo en que la fatiga causada por el trabajo puede generar la impericia.

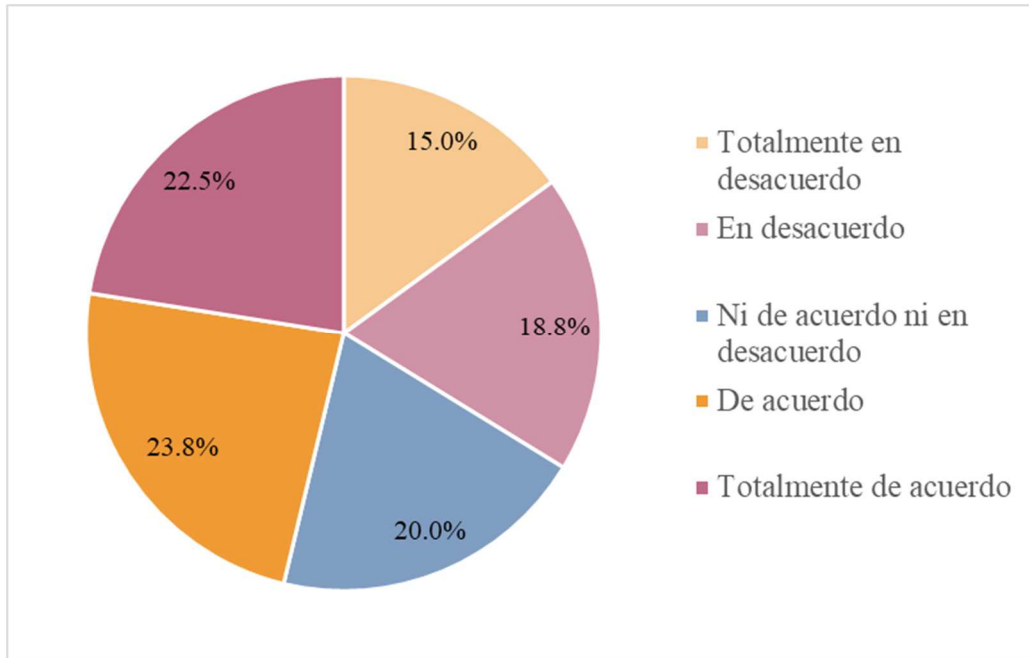
**¿Identifico que la falta de entrenamiento ocasiona impericia en el diagnóstico médico?**



*Figura 10.* Falta de entrenamiento - impericia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** De acuerdo a los resultados, se puede observar que el 38.8% de los encuestados estuvieron totalmente de acuerdo sobre que la falta de entrenamiento ocasiona impericia en el diagnóstico médico, seguido del 36.3% que opinó estar de acuerdo, mientras que el 22.5% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo. Esto quiere decir que la mayoría del personal considera que no tener entrenamiento previo puede ocasionar impericia al momento de diagnosticar, representado por el 65.1%.

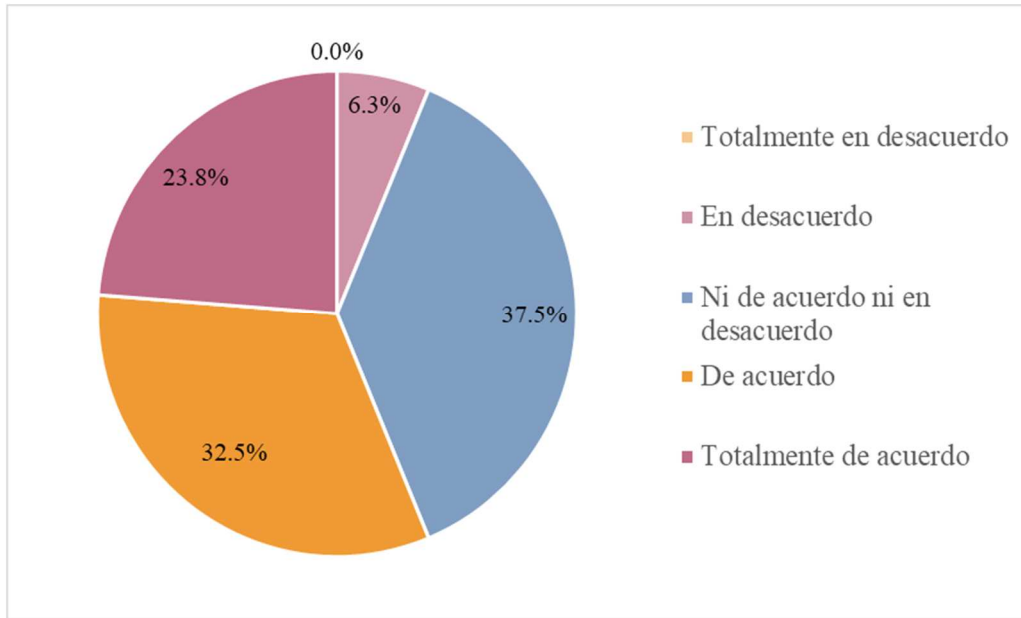
**¿Considera que la pobre comunicación entre compañeros y pacientes es un factor de impericia?**



*Figura 11.* Pobre comunicación - impericia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Se ha podido conocer que el 23.8% estuvo de acuerdo en que la pobre comunicación entre compañeros y pacientes es un factor de impericia, seguido del 22.5% que indicó estar totalmente de acuerdo, mientras que un 18.8% en desacuerdo. Se puede apreciar que la mayoría de personas consideró que no mantener un diálogo adecuado entre los compañeros y pacientes puede ser un factor determinante de la impericia.

**¿Es probable que la ausencia del sistema de control de calidad en la atención sea una causa de impericia?**

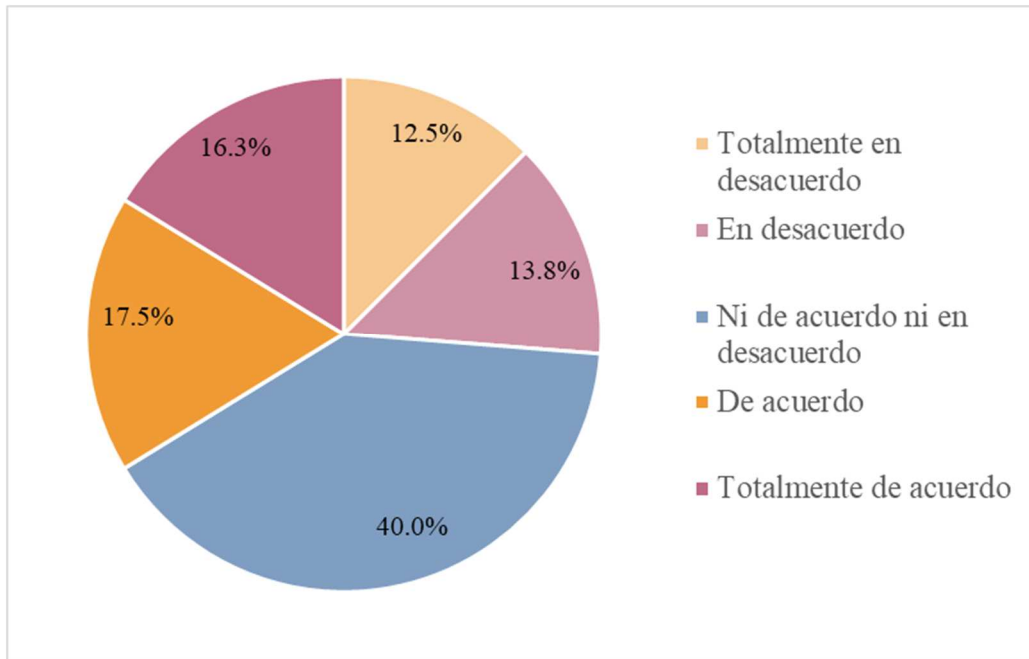


*Figura 12.* Control de calidad - impericia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Con respecto a los resultados se pudo determinar que el 37.5% de los encuestados estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo sobre que la ausencia del sistema de control de calidad en la atención podría ser causa de impericia, el 32.5% estuvo de acuerdo, mientras que el 23.8% totalmente de acuerdo. El 56.3% de los encuestados opinó que al no contar con un sistema de control de calidad para los servicios de atención en salud se puede generar una impericia.

*Factor organizacional*

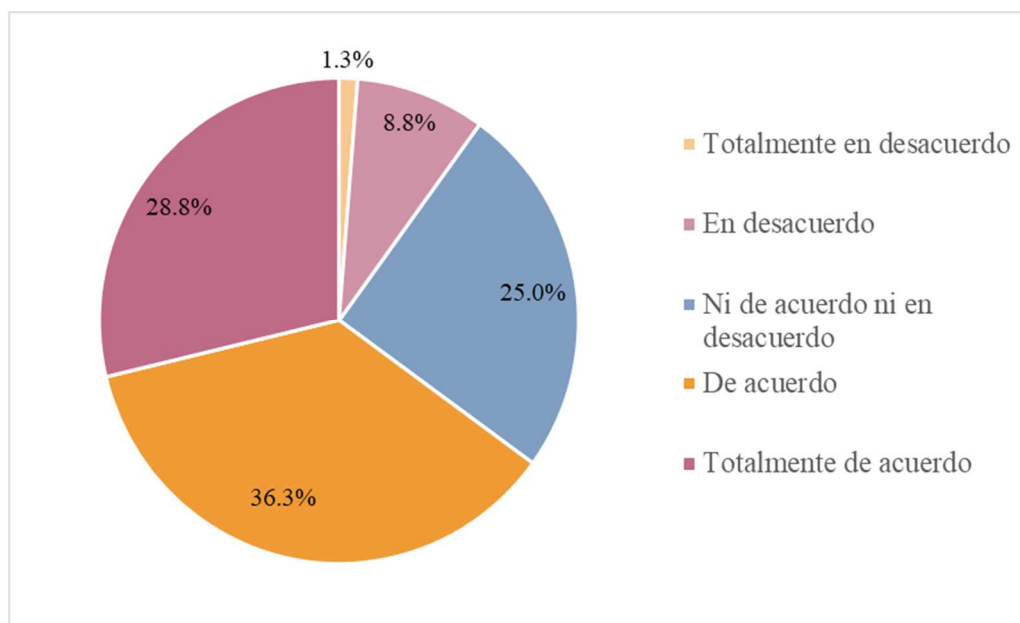
**¿Es posible que la ausencia de áreas laborales adecuadas ocasione una imprudencia médica?**



*Figura 13. Área laboral - imprudencia*  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** En los resultados con respecto a que es posible que la ausencia de áreas laborales adecuadas ocasione una imprudencia médica, se ha evidenciado que el 40.0% de los encuestados estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 17.5% de acuerdo, mientras que un 16.3% totalmente de acuerdo. Se puede apreciar que el 26.3% de los empleados médicos y administrativos presentan dudas sobre que la ausencia de áreas laborales adecuadas ocasione una imprudencia médica.

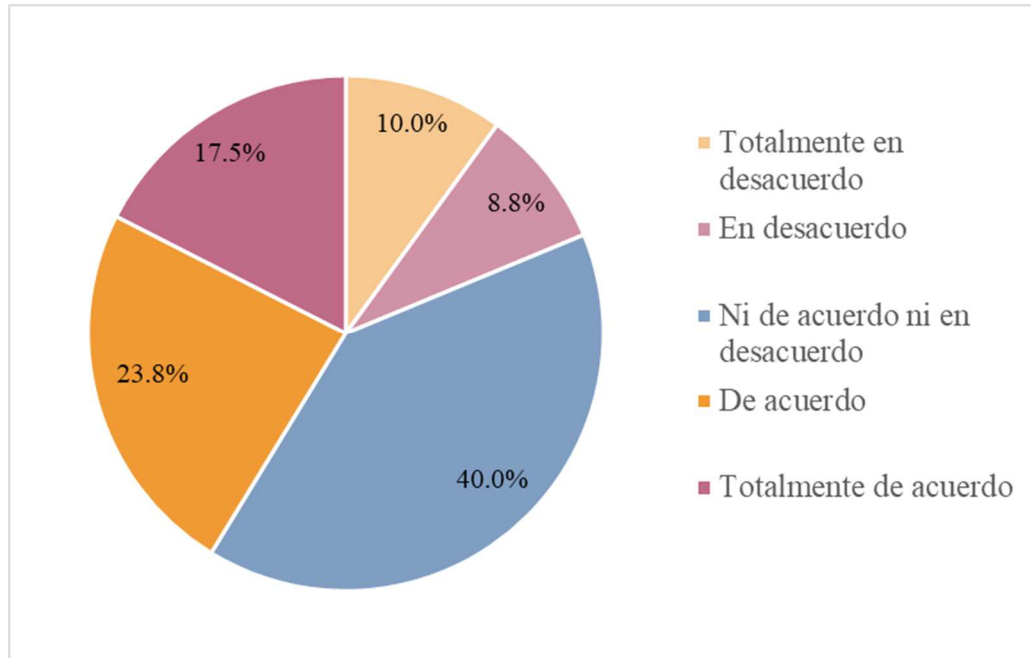
**¿Creo que el sobrecupo de pacientes en la sala de emergencias puede generar una imprudencia médica?**



*Figura 14.* Sobrecupo - imprudencia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** El personal médico y administrativo que labora en la institución de salud consideró que el sobrecupo de pacientes en la sala de emergencias puede causar una imprudencia médica con un 36.3% de acuerdo, en tanto que el 28.38% se mostró totalmente de acuerdo, mientras 25.0% se presentó como ni de acuerdo ni en desacuerdo. Se pudo evidenciar que la mayoría considera que el sobrecupo de pacientes puede influir de forma negativa en la realización de sus labores.

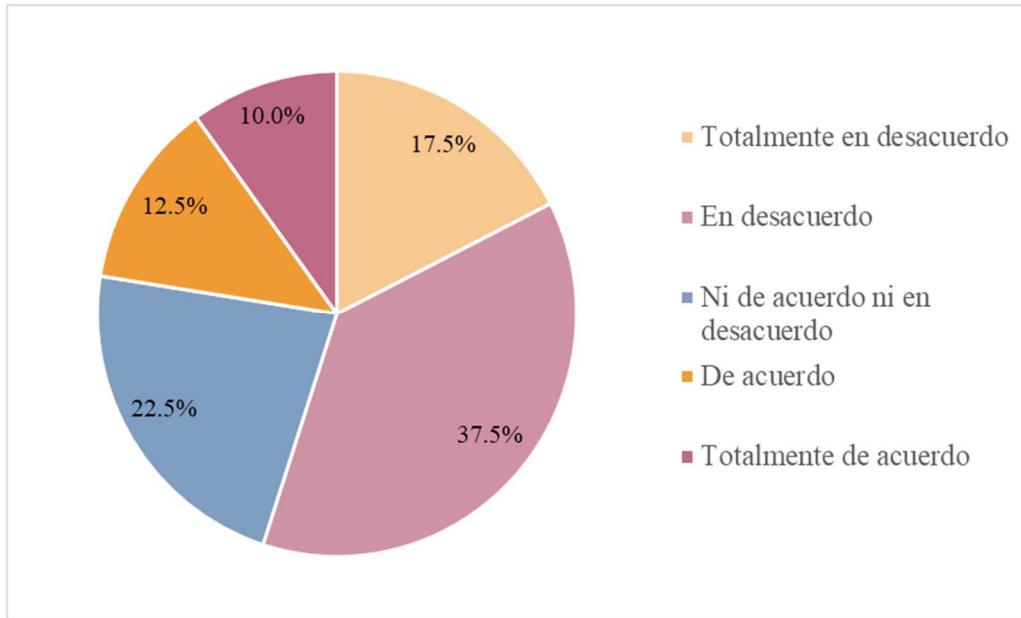
**¿Considero que la falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes puede generar una imprudencia médica?**



*Figura 15.* Recursos humanos y financieros - imprudencia médica  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** En lo que se refiere a que, si la falta de recursos financieros y humanos para los servicios de atención podría generar una imprudencia médica, el 40.0% de los encuestados indicó estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 23.8% de acuerdo, mientras que el 17.5% totalmente de acuerdo. Se puede apreciar que sólo un 18.8% de los encuestados estuvieron en desacuerdo con la interrogante.

**¿Creo que la falta de liderazgo e incentivos laborales puede generar una imprudencia médica?**

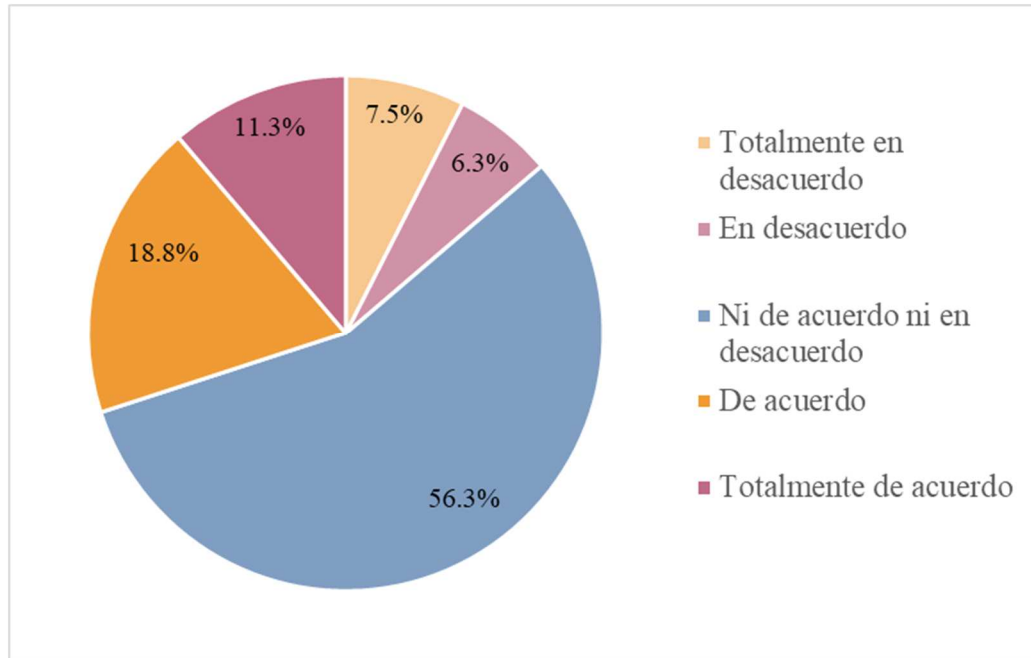


*Figura 16.* Liderazgo e incentivos laborales - imprudencia médica  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** con respecto a que la falta de liderazgo e incentivos laborales pueda generar una imprudencia médica, los encuestados indicaron estar en desacuerdo con el 37.5%, sólo el 22.5% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 17.5% se mostró totalmente en desacuerdo. El 55% de los encuestados consideraron que la falta de incentivos y liderazgo laboral, de parte del hospital o los superiores, no tienen relación con respecto al cometimiento de imprudencias médicas.



**¿Considero que el mal manejo gerencial del servicio de emergencia puede generar una imprudencia médica?**

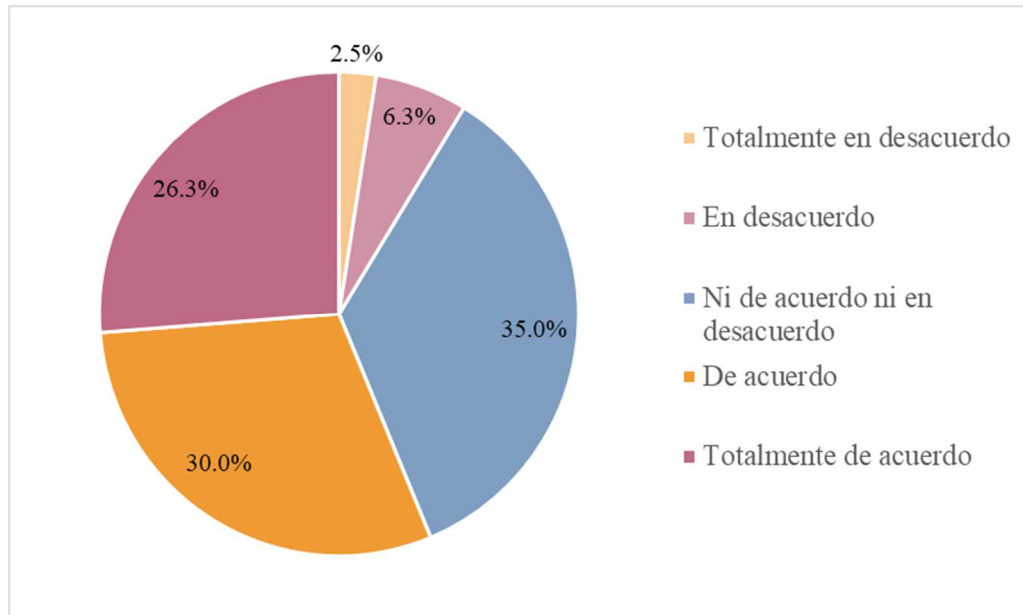


*Figura 17.* Mal manejo gerencial - imprudencia médica  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Se pudo corroborar por medio de los resultados que la mayoría de los encuestados representados por el 56.3% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo que el mal manejo gerencial del servicio de emergencia podría generar una imprudencia médica, un 18.8% se mostró de acuerdo, mientras que un 11.3% totalmente de acuerdo. Por lo que se logró evidenciar que la mayoría considera que un mal manejo del área de emergencia por parte del personal gerencial, puede generar imprudencia en los médicos.

***Factor técnico***

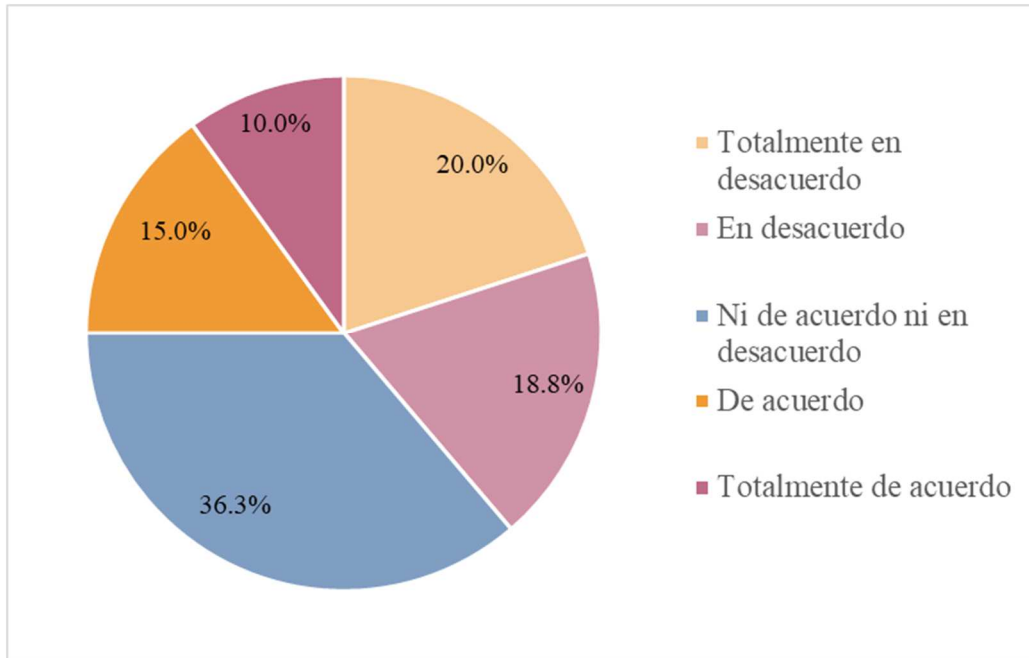
**¿Creo que la escasa o nula automatización de procesos puede generar una imprudencia médica?**



**Figura 18.** Automatización de procesos - imprudencia médica  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Se pudo conocer mediante los resultados que un 35.0% de los encuestados estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo en que la escasa o nula automatización de procesos puede generar una imprudencia médica, seguido del 30.0% que opinó estar de acuerdo, mientras que un 26.3% se mostró totalmente de acuerdo. La mayoría del personal médico y administrativo cree que la escasa o nula automatización de procesos es una de las causantes para que se dé la imprudencia médica, representados por el 56.3%.

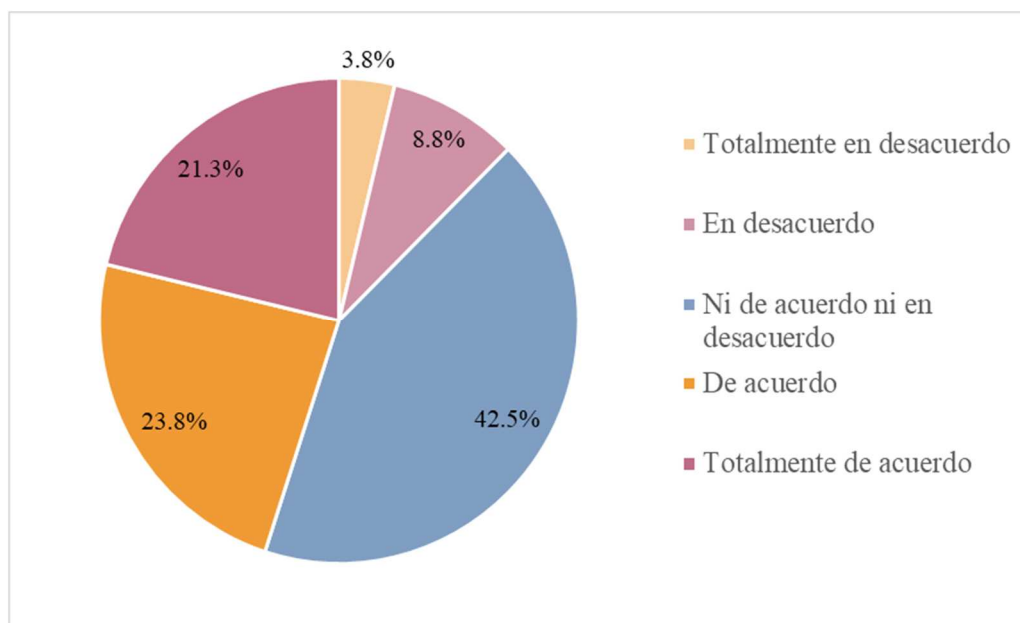
**¿Creo que la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia es un factor de imprudencia médica?**



*Figura 19.* Equipos - imprudencia médica  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Un 36.3% de personal médico y administrativo no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo en que la falta de equipo tecnológico adecuado sería un factor de imprudencia médica, el 20.0% estuvo totalmente en desacuerdo, mientras que un 18.8% se mostró en desacuerdo. En este caso, la mayoría representado por el 38.8% de los encuestados, opinó estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo que al no contar con equipos tecnológicos y de vanguardia tendría un alto riesgo de provocar imprudencia médica.

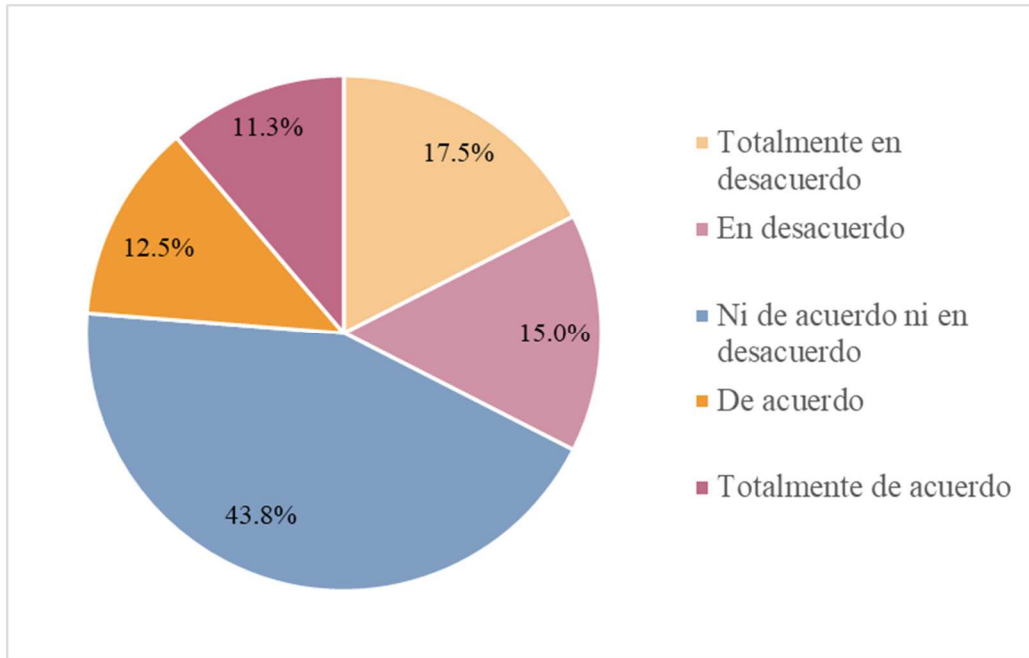
**¿Considero que la falta de integración de equipo de trabajo es un factor de imprudencia?**



*Figura 20.* Integración equipo - imprudencia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** De acuerdo con los resultados obtenidos se evidenció que el 42.5% indicó no está seguro de su respuesta en lo que se refiere a que la falta de integración de equipo de trabajo sería una causal para imprudencia, el 23.8% estuvo de acuerdo, mientras que el 21.3% se mostró totalmente de acuerdo. A pesar de existir un alto nivel de indecisión con respecto a la pregunta, se considera que la mayoría cree que la falta de integración es un factor de imprudencia.

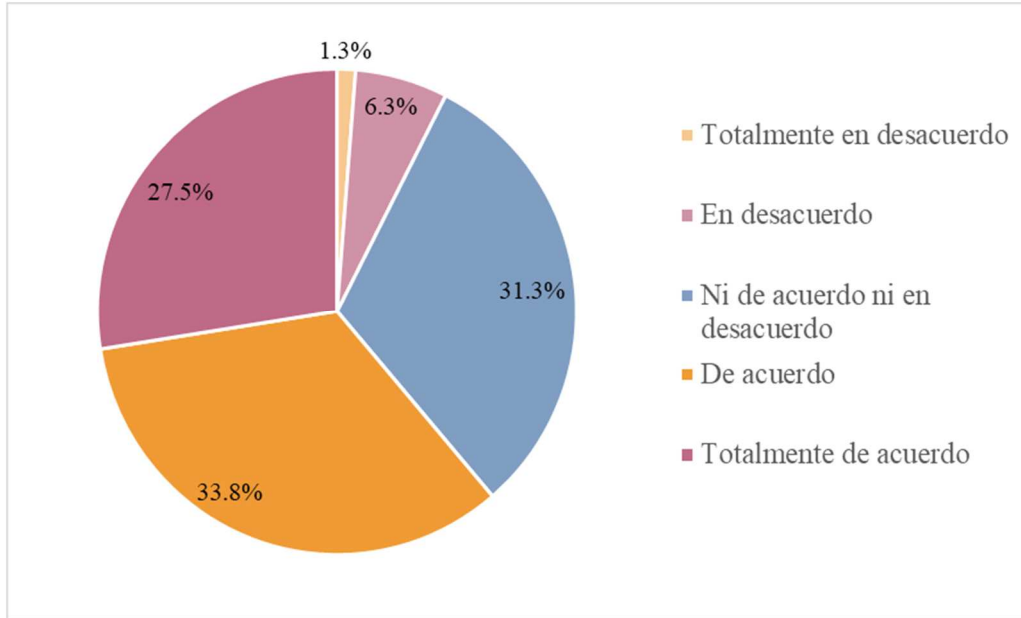
**¿Considero que la escasa información al equipo de trabajo, directivos y familiares es una causa de imprudencia?**



*Figura 21.* Escasa información - imprudencia  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** El 43.8% de los encuestados han afirmado que no están de acuerdo ni en desacuerdo sobre que la escasa información proporcionada al equipo de trabajo, directivos y familiares sería una causa de imprudencia, el 17.5% se mostró totalmente en desacuerdo, mientras que el 15.0% en desacuerdo con esta consulta. Lo cual da como resultado que para el 32.5% la falta de información no tiene relación con los niveles de imprudencia que se puedan presentar

**¿Considero que la falta de capacitación puede generar una imprudencia médica?**



*Figura 22. Capacitación - imprudencia médica*  
Tomado de las encuestas.

**Análisis:** Se ha podido establecer que el 33.8% de los encuestados estuvieron de acuerdo con respecto a que la falta de capacitación podría ser causante de una imprudencia médica, el 31.3% se mostró ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 27.5% totalmente de acuerdo. Por tanto, se refleja que el 61.3% del personal, considera que la falta de capacitación puede ser un generador de imprudencia médica.

## Tablas Cruzadas

Tabla 1

*Cruce conocimiento - acto médico sin precauciones adecuadas*

		¿Ha realizado algún acto médico con ligereza, sin adoptar las precauciones adecuadas?					
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	Total
¿Qué tanto conoce usted sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1?	Nada	0	0	0	0	0	0
	Muy poco	0	0	5	4	0	9
	Regular	0	16	17	0	0	33
	Bastante	0	18	4	0	0	22
	Completamente	0	16	0	0	0	16
Total		0	50	26	4	0	80

Tomado de resultados de las encuestas.

Tabla 2

*Chi cuadrado conocimiento – acto médico sin precauciones adecuadas*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,862 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	50,466	6	,000
N de casos válidos	80		

Tomado de resultados de las encuestas.

En la tabla cruzada donde se relaciona el conocimiento que poseen acerca de los protocolos de emergencia del hospital móvil y si ha realizado algún acto médico con ligereza, en la que, para establecer la relación, se utilizó la prueba cuadrada del Chi de Pearson. En donde se evidenció que, sí existe una relación de las variables en forma importante, tal como lo indica el valor de significancia asintótica

Tabla 3  
Cruce conocimiento - riesgo sin necesidad

		¿Ha enfrentado algún riesgo o peligro sin necesidad?					
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	Total
¿Qué tanto conoce usted sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1?	Nada	0	0	0	0	0	0
	Muy poco	0	0	5	4	0	9
	Regular	0	13	18	2	0	33
	Bastante	0	20	2	0	0	22
	Completamente	3	13	0	0	0	16
	Total	3	46	25	6	0	80

Tomado de resultados de las encuestas.

Tabla 4  
Chi cuadrado conocimiento - riesgo sin necesidad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,105 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitud	61,386	9	,000
N de casos válidos	80		

Tomado de resultados de las encuestas.

En la tabla cruzada donde se consultó cuánto conoce sobre los protocolos de emergencia del hospital y si ha enfrentado algún riesgo sin necesidad, se pudo conocer que, a menor conocimiento sobre los protocolos de emergencia, el personal se ha enfrentado a más riesgos y peligros sin necesidad. La prueba de chi cuadrado de Pearson comprobó la relación entre las variables, donde el nivel de significación fue de 0.000 y el valor Chi cuadrado fue de 60,105.



Tabla 5  
*Cruce conocimiento - acción precipitada sin prever consecuencias*

		¿Ha actuado de forma precipitada sin prever las consecuencias en los que podría desembocar alguna acción?					
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	Total
¿Qué tanto conoce usted sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1?	Nada	0	0	0	0	0	0
	Muy poco	0	0	2	7	0	9
	Regular	0	12	19	2	0	33
	Bastante	0	12	9	1	0	22
	Completamente	5	11	0	0	0	16
	Total	5	35	30	10	0	80

Tomado de resultados de las encuestas.

Tabla 6  
*Chi cuadrado conocimiento - acción precipitada sin prever consecuencias*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,285 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitud	63,334	9	,000
N de casos válidos	80		

Tomado de resultados de las encuestas.

En los datos que se pudieron observar en la tabla cruzada sobre cuánto conoce sobre los protocolos de emergencia del hospital móvil y si ha actuado de forma precipitada sin prever las consecuencias, se ha observado que, a mayor conocimiento de los protocolos de emergencia, se refleja una menor actuación precipitada sin prever consecuencias por parte del personal médico. El Chi cuadrado de Pearson tuvo una significación de 0.000 lo que indica que existe una relación entre estas variables. El valor Chi cuadrado fue de 72,285.

## **Análisis General**

Se pudo apreciar en los datos que se recolectaron por medio de las encuestas a los colaboradores médicos y administrativos del hospital móvil, que en el análisis de la variable conocimiento de protocolos, la mayoría de los encuestados en un 41.3% tienen conocimientos regulares sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1, casi una cuarta parte de los encuestados con el 21.3% considera que la institución no les ha brindado capacitación necesaria sobre los protocolos de emergencia. Una mínima cantidad de encuestados, representados por el 7.5% cree que la institución no les facilita los equipos e insumos que son requeridos para que puedan aplicar adecuadamente los protocolos de emergencia, una reducida cantidad de 12.5% indicó que no se tiene un control de la aplicación de protocolos de emergencia y el 7.5% no ha realizado una capacitación externa sobre protocolos de emergencia.

En lo que se refiere a la imprudencia médica se pudo revisar que la mayoría de los encuestados, con un 62.5% rara vez ha actuado con ligereza al momento de realizar algún acto médico sin tomar las precauciones adecuadas del mismo, pero un 7.5% lo ha hecho con frecuencia, un 31.3% de los encuestados ha enfrentado peligros sin necesidad cuando atienden a los pacientes, de igual manera un 37.5% algunas veces ha actuado de forma precipitada sin prever consecuencias de sus acciones médicas y el 12.5% lo ha realizado con frecuencia.

Con respecto al error diagnóstico, este se analizó desde diferentes ámbitos como el humano, factor organizacional y factor técnico. En el factor humano se apreció que el 30% considera que la fatiga por trabajo excesivo puede causar impericia médica, un 38.8% en cambio cree que la falta de entrenamiento ocasiona impericia en diagnóstico médico, el 23.8% piensa que la pobre comunicación entre

pacientes y compañeros es un factor de impericia médica, mientras que el 32.5% afirman que la ausencia de sistemas de control de calidad en la atención provoca impericia médica.

En relación al factor organizacional, un 17.5% mencionó que la ausencia de un área laboral adecuada podría causar imprudencia médica, el 61.5% opinó que el sobrecupo de pacientes que se atiende en sala de emergencia provoca imprudencia médica, el 41.3% piensa que la falta de recursos humanos y financieros causa imprudencia, el 37.5% de los encuestados cree que la falta de liderazgo e incentivos causa imprudencia médica, mientras que el 30.1% afirmó que el mal manejo por parte de la gerencia sobre el servicio de emergencia es un factor para la imprudencia.

En lo que se refiere al factor técnico, se apreció que el 56.3% considera que la escasa o nula automatización de los procesos puede generar imprudencia médica, el 38.8% indicó que la falta de equipo tecnológico no es un factor de imprudencia, el 45.1% indicó que la falta de integración de equipo de trabajo es un factor de imprudencia médica, el 32.5% no cree que la escasez de información al equipo de trabajo, directivos y familiares sea un causa para imprudencia médica, mientras que el 61.3% piensa que la falta de capacitación genera imprudencia médica.

Por otro lado, en lo que se refiere a los datos que se hallaron en las tablas cruzadas, se pudo evidenciar los siguientes aspectos: en el cruce de conocimiento con acto médico sin precaución adecuada se observó que la mayoría de los encuestados tienen bastante conocimiento sobre los protocolos de emergencia y rara vez han realizado actos médicos sin precaución. En el cruce sobre conocimiento con riesgo sin necesidad se pudo ver que la mayoría de encuestados tienen bastante conocimiento sobre los protocolos de emergencia y rara vez enfrentaron peligro sin

necesidad. En el cruce que se efectuó sobre el conocimiento con la acción precipitada sin prever consecuencias la mayoría tiene conocimientos regulares sobre los protocolos de emergencia y algunas veces ha actuado de manera precipitada.

En todas las tablas cruzadas se obtuvo por medio de chi cuadrado de Pearson que tienen relación las variables con un valor de significación de 0.000, que se desarrolló a un número total de 80 casos. Además, se debe destacar del trabajo de investigación que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que indica que el conocimiento de los protocolos de emergencia tiene relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1, ya que se cruzó el conocimiento con las tres preguntas de imprudencia como se pudo observar en las pruebas de Chi cuadrado de Pearson. Se verificó que a menor conocimiento de los protocolos existe un mayor riesgo de imprudencia.

En este capítulo se puede concluir que, por medio de una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva y correlacional, por medio del método deductivo, con la ayuda del cuestionario como instrumento de investigación, se pudo establecer que menos de la mitad de profesionales tiene conocimiento regular sobre los protocolos de emergencia y más de la cuarta parte de profesionales han enfrentado peligros sin necesidad, así como han actuado de forma precipitada sin prever consecuencias. Por lo cual se puede deducir claramente que estas prácticas pueden conllevar a una imprudencia y mala práctica médica, por medio del chi cuadrado de Pearson se confirmó que el conocimiento de los protocolos de emergencia tiene relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1. Una vez analizado los datos que se hallaron se da paso al siguiente capítulo que se basa en la propuesta.

## **Capítulo IV**

### **Propuesta**

En el presente capítulo se aborda el tema de la propuesta para la investigación donde se proporciona un detalle de las distintas actividades que se realizarán a fin de conocer el manejo correcto de los protocolos de emergencia. La importancia de esto, es debido a que pueden presentarse situaciones donde se requiera la intervención rápida del hospital móvil y al no saber cómo actuar ante la emergencia podría ocasionar errores y demoras que provoquen complicaciones en los pacientes o su muerte. Se revisarán los objetivos de la propuesta, la debida justificación, los recursos que se requieren para poder poner en marcha el plan, el cronograma de cada actividad a realizar y los lineamientos evaluativos a considerar para esta propuesta.

### **Objetivos**

#### **General**

Diseñar un plan de mejoras para el área de emergencia, dirigido al personal médico y administrativo del Hospital móvil N1.

#### **Específicos**

Establecer un programa de capacitación para mejorar el conocimiento del personal médico sobre los protocolos de emergencia dentro del Hospital móvil N1.

Capacitar sobre la guía práctica clínica al personal médico con el fin de promover las prácticas adecuadas de atención en el personal de emergencia.

Diseñar en el hospital móvil un plan con los esquemas más cotidianos que se pueden dar en el Hospital Móvil N1.

## **Justificación**

La propuesta que se ha planteado es de gran importancia, ya que muchas de las personas que son atendidas en el hospital móvil no cuentan con los recursos necesarios para ser atendidos idóneamente y es deber de cada colaborador ofrecer el mejor servicio de atención, procurando realizar cada proceso de la manera correcta, por medio de los protocolos de atención que existen para casos de emergencia y siguiendo las recomendaciones que ofrece la guía práctica clínica.

La atención en los servicios de salud se ha vuelto a través del tiempo, no sólo una necesidad, sino una prioridad que requiere ser atendida de forma rápida y oportuna, por lo que se debe enfocar las propuestas a acciones que permitan mejorar la atención de los pacientes, así como asegurar a cada colaborador su seguridad, por lo que los protocolos que existen establecidos para los hospitales móviles deben ser conocidos por cada colaborador, sea médico o administrativo, con el propósito que todos en conjunto puedan tomar las decisiones idóneas para cada caso que se les presente.

## **Actividades para Desarrollar la Propuesta**

### **Programa de capacitación sobre los protocolos de emergencia**

Para poder poner en práctica un programa de capacitación para el personal se debe realizar una reunión con todos los colaboradores donde se les comunicará sobre las capacitaciones que se llevarán a cabo con el fin de asegurar que el personal tenga conocimientos de todos los protocolos que se deben efectuar en caso de una emergencia. Para de esa manera asegurar una correcta atención oportuna y poder procurar la vida de las personas que requieren de la atención. Luego se hará un calendario con el horario y fecha que deben asistir, la capacitación será efectuada por tres de los médicos del hospital móvil, los mismos que acudirán previo a la

capacitación a un curso sobre preparación ante emergencias en salud. Para el adecuado aprendizaje del personal se usará diapositivas en Power Point para poder proyectar a la audiencia.

Es importante recordar que los hospitales móviles cuentan con atención básica, en donde se encuentra la atención sanitaria que enmarca puntos como el triage, punto de emergencia, admisiones, especialidades y servicio de apoyo. En lo que se refiere a intervenciones quirúrgicas se encuentra las admisiones, anestesiología, enfermería, cirujano/especialista y la recuperación, la toma de decisiones clínicas y por último se puede observar la activación de los hospitales móviles. Esta información se podrá observar por medio de los algoritmos que ha establecido el MSP y que son una guía para realizar las distintas funciones dentro del hospital móvil. A continuación, se puede apreciar la información sobre el contenido de la capacitación al personal:

Tabla 7  
*Capacitación a personal*

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Actividad</b>
Emergencias de salud pública	Definición Identificación y análisis de riesgos y amenazas.	Presentación Trabajo de grupo
Pilares de la preparación	Componentes de la preparación: prevención y medidas de mitigación.	Presentación
La detección	Sistemas de alerta y respuesta temprana	Presentación
La activación de la respuesta	Planes operativos, mapeo de riesgos, centros operativos de emergencias, identificación de prioridades, de roles y responsabilidades.	Presentación Trabajo en grupo
Hospital Móvil	Esquemas para la atención	Presentación

Para el curso de emergencia de salud pública, van asistir tres personas que serán delegadas para capacitarse, el curso tiene un costo de \$80.00 cada día por persona, son tres días en total que deben asistir. El personal que será delegado tendrá que transferir sus conocimientos del curso al resto de colaboradores que trabajan en el hospital móvil. La capacitación a todo el personal se hará en el transcurso de la mañana.

La información que se proporcionará en la capacitación se va a plasmar en trípticos y se entregarán el día de la capacitación con la finalidad que tengan a la mano un medio de revisión fácil de llevar y que podrán disponer de su contenido en cualquier momento, por lo que lo hace un material de apoyo idóneo para la propuesta (ver figuras 23-26).

#### *Material de apoyo por medio de trípticos*

Para que el personal pueda revisar los logaritmos que existen para los distintos aspectos que cubren los hospitales móviles se hará la entrega de trípticos que serán como medio informativo, con el fin que todo el profesional pueda tener a su alcance esta información y pueda ser comprendido cada protocolo que se realiza a diario en el hospital. Los trípticos informativos serán impresos en papel couche de 115gr doblados con medida A4 (ver figura 27).



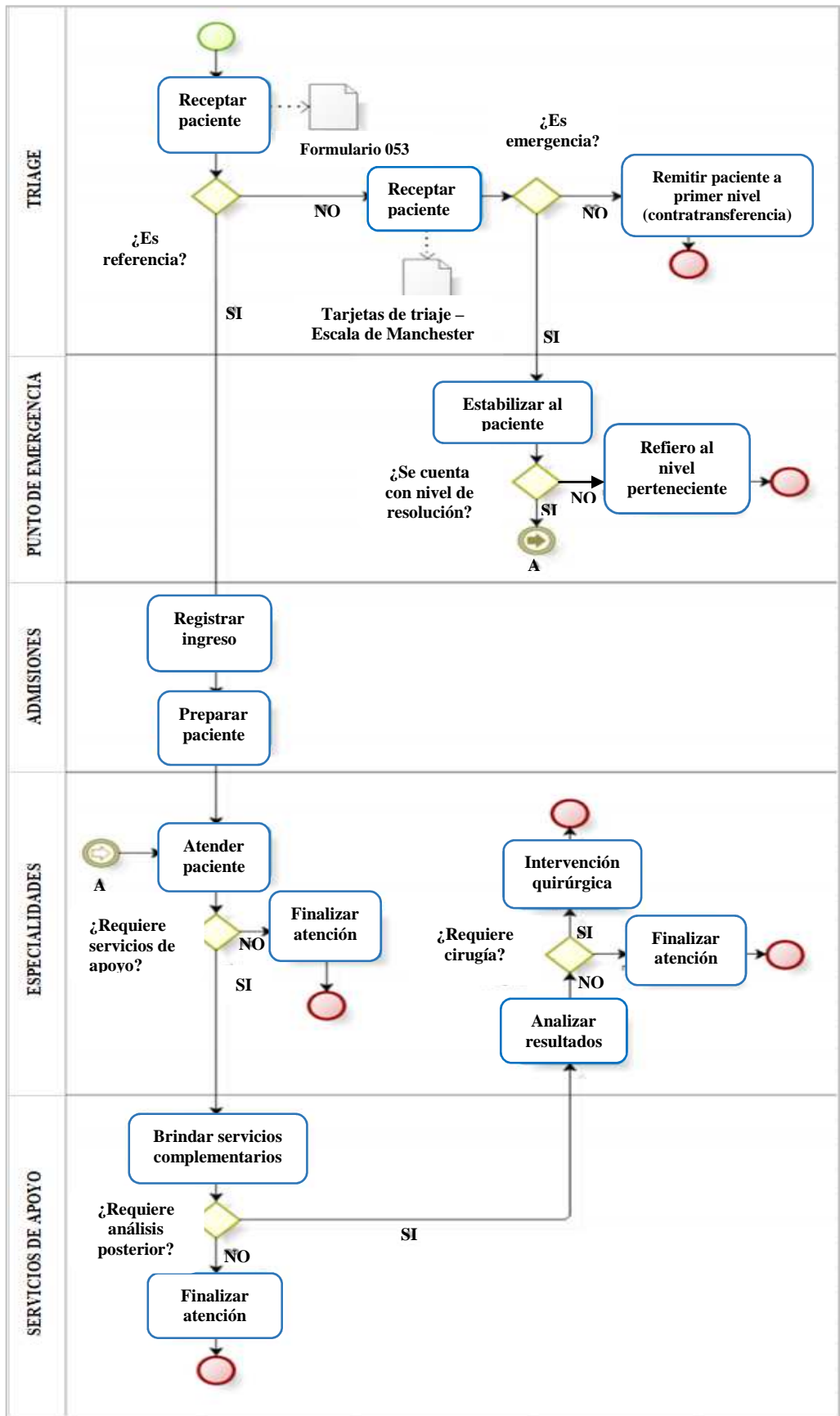


Figura 23. Atención básica  
Tomado de (MSP, 2015).

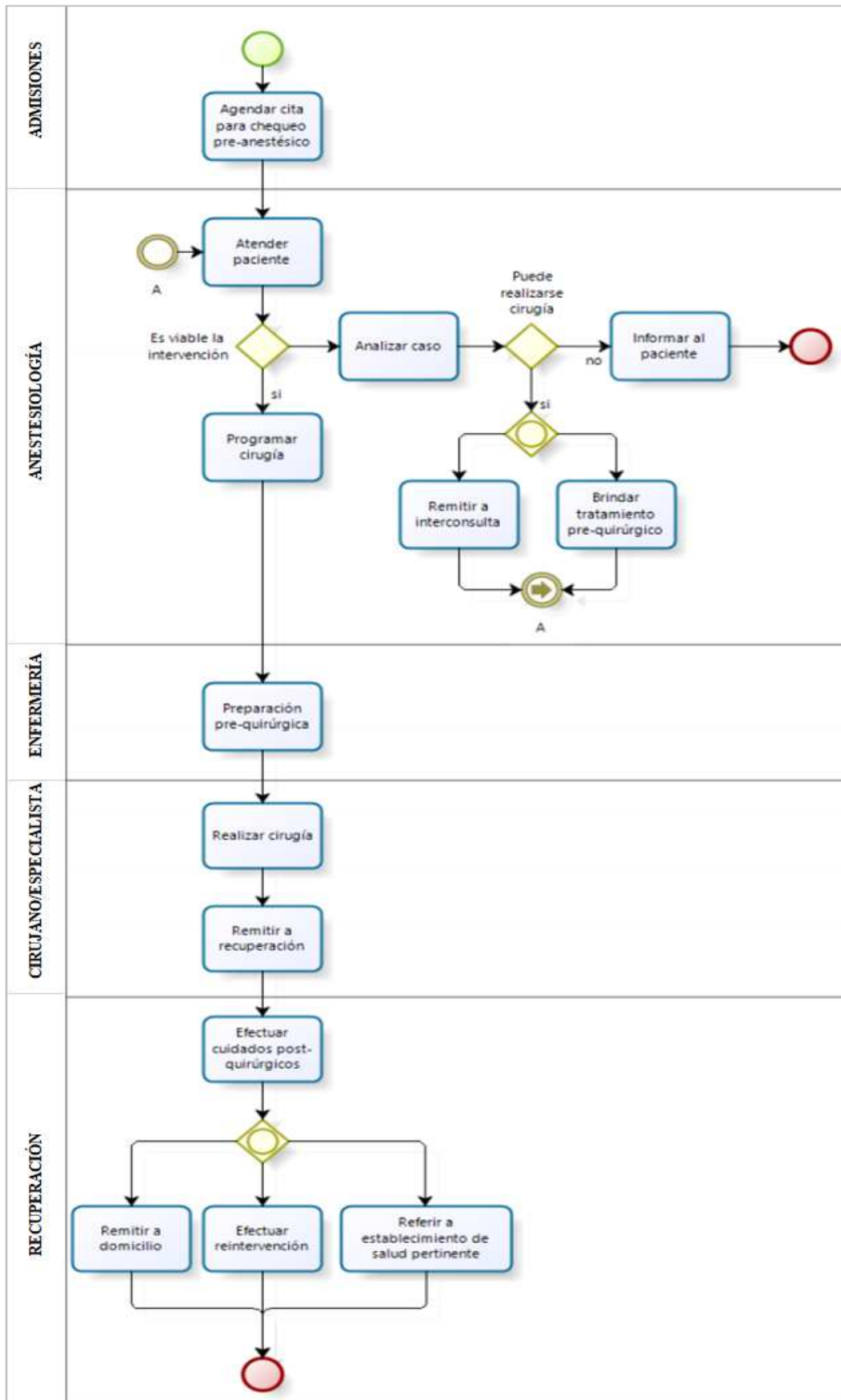


Figura 24. Algoritmo de intervenciones quirúrgicas en los Hospitales móviles Tomado de (MSP, 2015).

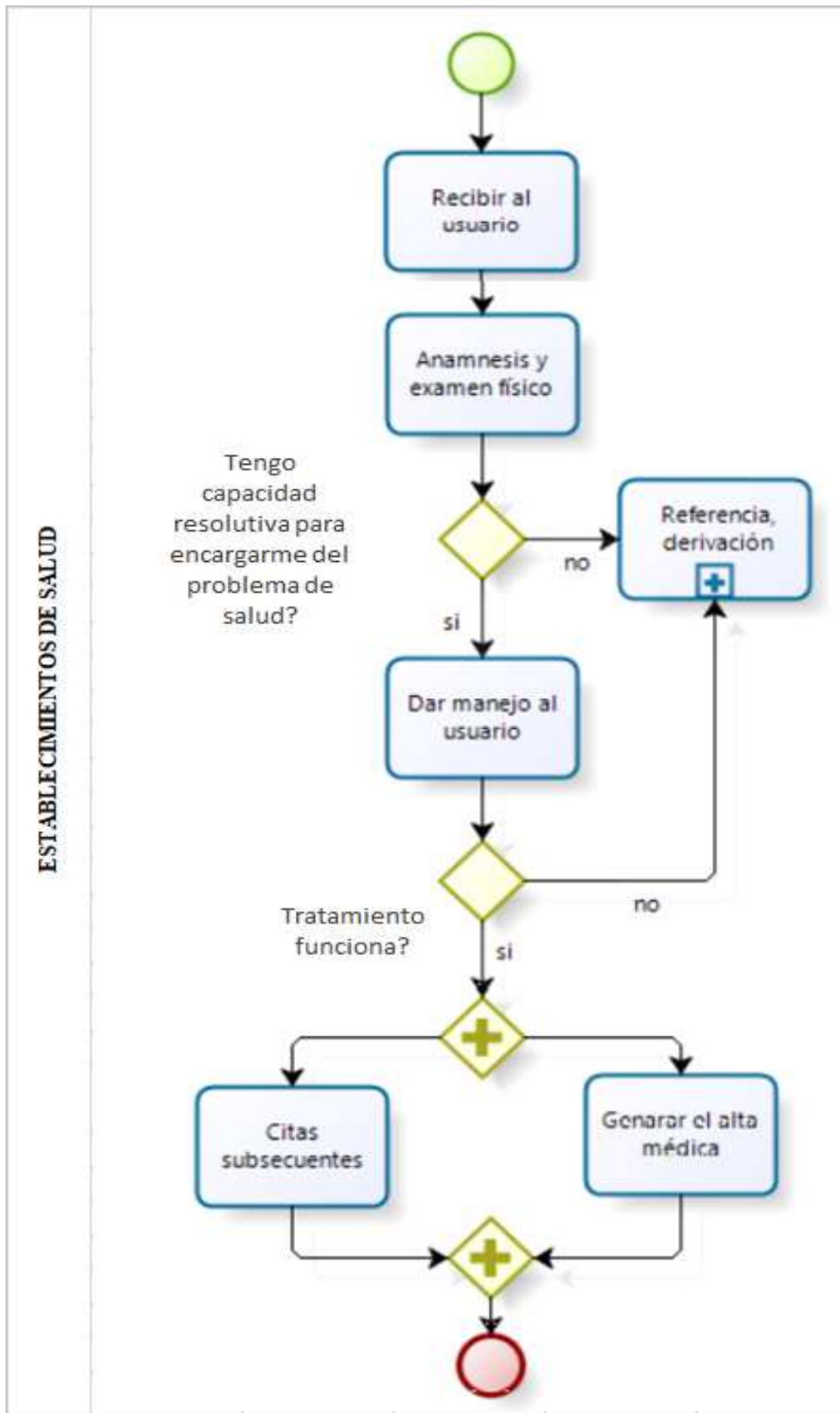


Figura 25. Algoritmo de toma de decisiones clínicas  
Tomado de (MSP, 2015).

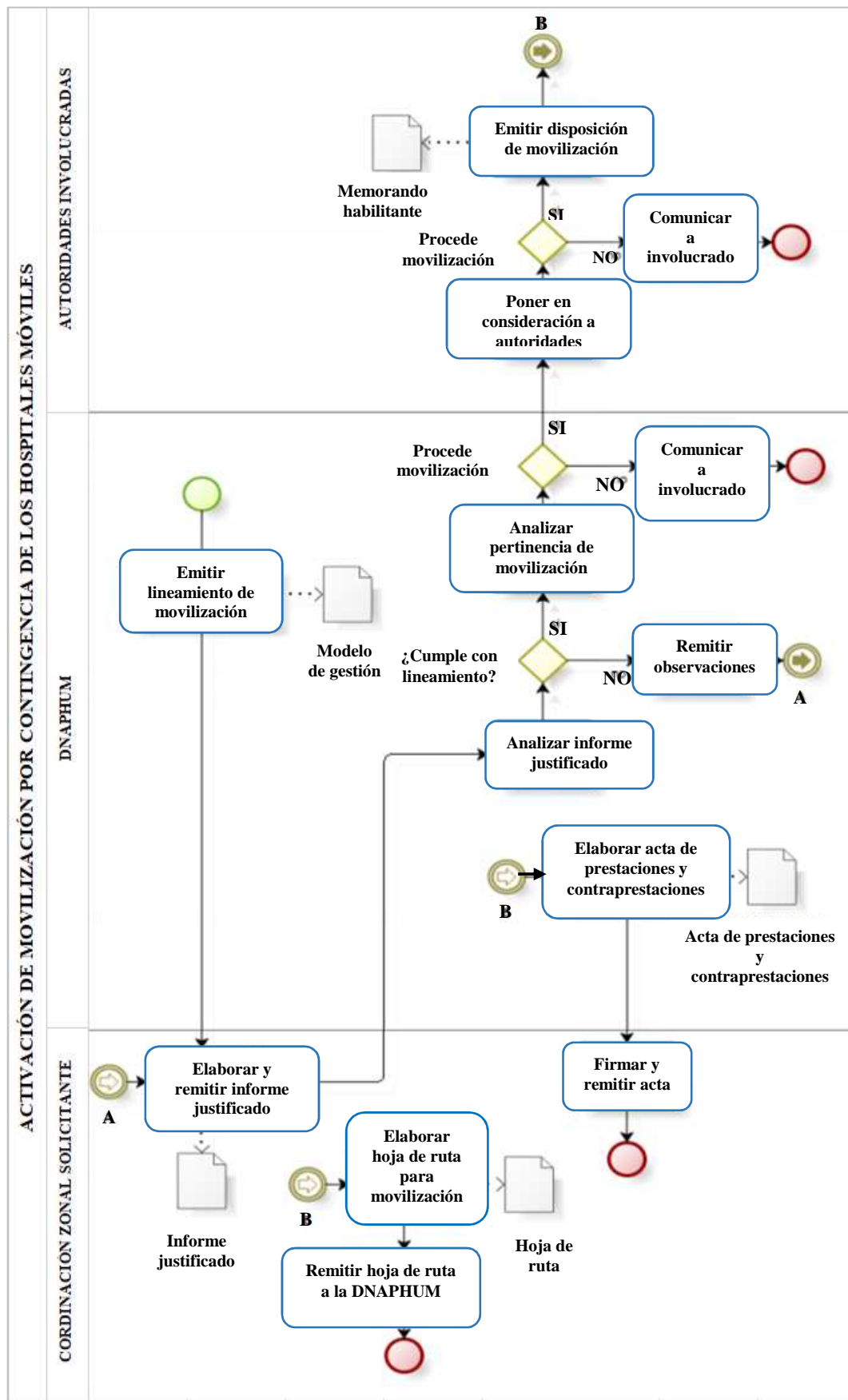


Figura 26. Algoritmo de activación de los hospitales móviles  
Tomado de (MSP, 2015).

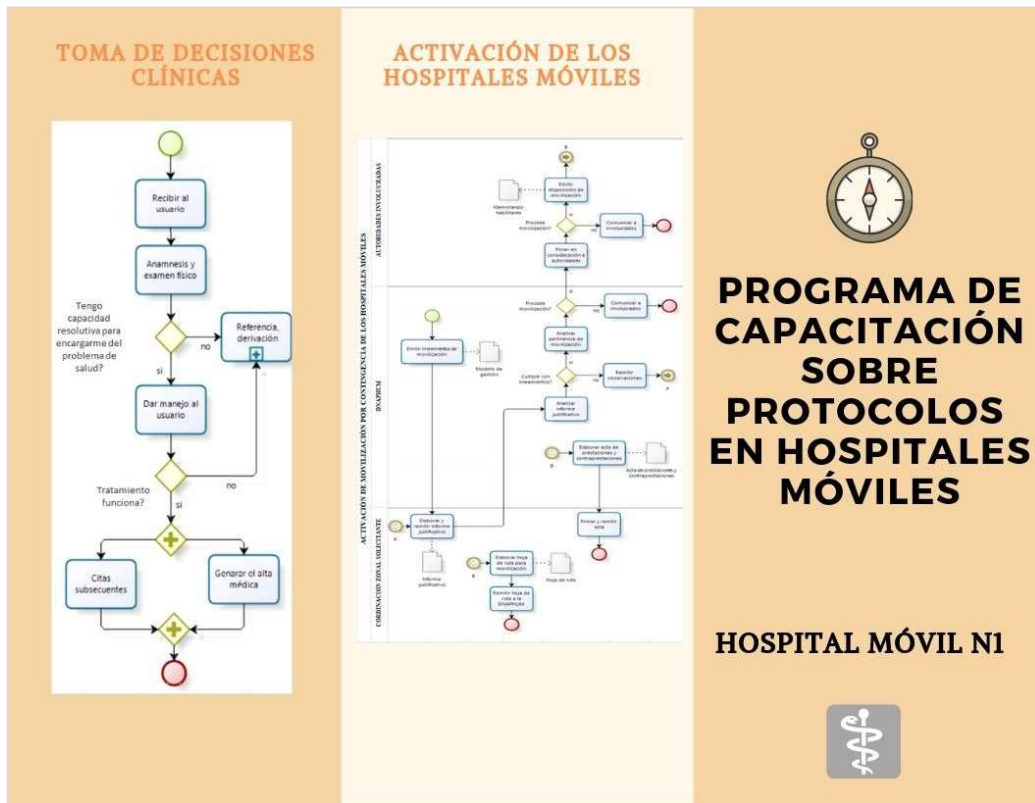


Figura 27. Tríptico informativo parte externa

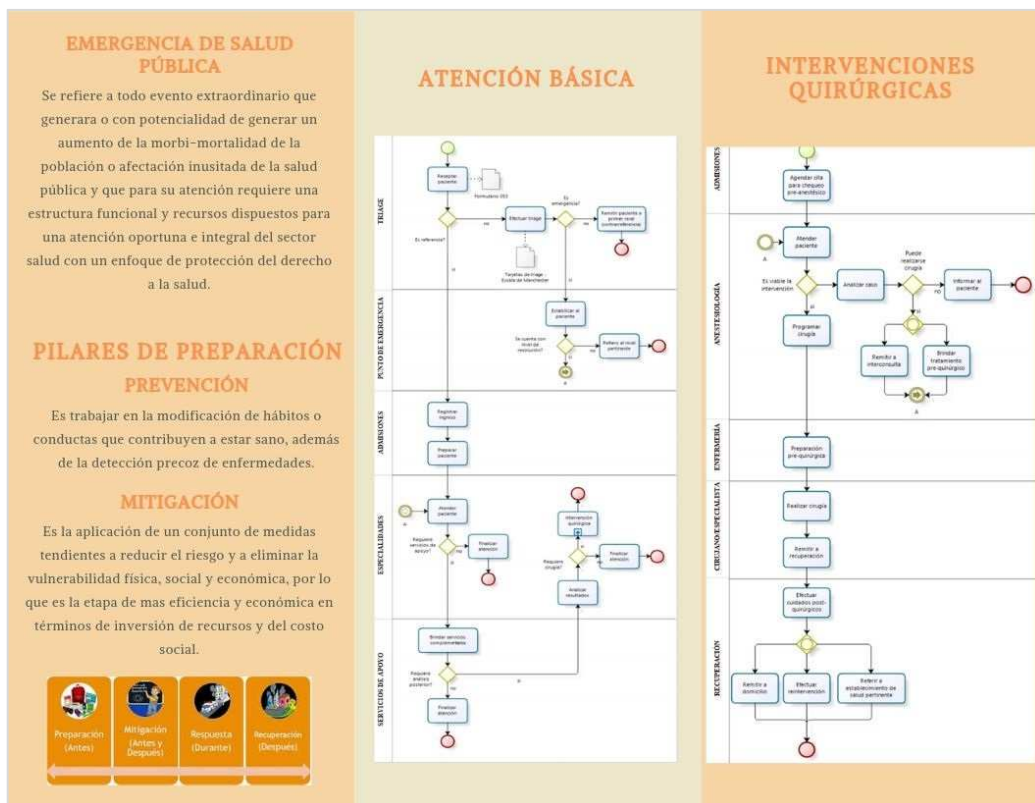


Figura 28. Tríptico informativo parte interna

### **Guía práctica clínica**

Se diseñará un esquema con los puntos más relevantes de la guía práctica clínica para emergencias, como son los traumas, problemas respiratorios, trastornos hipertensivos, parto, choque, intoxicación aguda, crisis hipertensiva, sangrado digestivo, obstrucción vía aérea, reanimación cardiopulmonar, dolor abdominal agudo e insuficiencia respiratoria.

Se entregará al personal, un folleto con la información en esquema de una guía de las prácticas clínicas que se deben efectuar, sea en atención externa que brindan los hospitales móviles o en caso de desastres y contingencia, se ha estructurado una tabla con los temas y subtemas que se abordarán en la capacitación que son parte de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas.

Tabla 8

*Temas del protocolo de emergencia como guía de práctica clínica*

<b>N°</b>	<b>Temas</b>	<b>Subtema</b>	<b>Intervención</b>
<b>1</b>	Clasificación de víctimas de acuerdo a la OMS y la OPS	Código rojo, amarillo, verde y negro	Capacitador
<b>2</b>	Manejo de vía aérea	Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño	
<b>3</b>	Reanimación cardiopulmonar		
<b>4</b>	Emergencias cardiovasculares	Choque, crisis hipertensiva, síndrome coronario agudo e infarto del miocardio	
<b>5</b>	Emergencias respiratorias	Dificultad respiratoria aguda y crisis asmática	
<b>6</b>	Emergencias por trauma	Cuello, extremidades, cráneo.	
<b>7</b>	Emergencias gastrointestinales	Dolor abdominal agudo, sangrado digestivo	
<b>8</b>	Emergencias gineco-obstétricas	Parto emergencia, hemorragia y choque hipovolémico en obstetricia, trastornos hipertensivos	
<b>9</b>	Intoxicación aguda		
<b>10</b>	Lesiones ambientales	Mordeduras y picaduras de artrópodos, mordedura de serpiente, quemaduras, casi ahogamiento	
<b>11</b>	Emergencias endocrinas	Hipoglicemia, hiperglicemia	
<b>12</b>	Emergencias neurológicas	Coma, cefalea, crisis convulsivas	
<b>13</b>	Emergencias psiquiátricas	Trastornos de personalidad, mentales y comportamiento	

Tomado de (MSP, 2011).

Para iniciar con la capacitación se empezará con la clasificación de víctimas por medio del esquema de triage donde se usan los colores: rojo como prioridad uno que son pacientes con lesiones graves, pero con posibilidad de sobrevivir, amarillo como prioridad dos que son los pacientes con lesiones moderadas, verde como prioridad tres pacientes, con lesiones leves y negro como prioridad cuatro que son las lesiones mortales que no poseen posibilidad de recuperación.

Tabla 9

Clasificación de víctimas de acuerdo a la OMS y la OPS

Rojo	Amarillo	Verde	Negro
Quemaduras con extensión > 20% de la superficie corporal > 2do grado	Quemaduras de 2do grado, 10 a 20% de superficie corporal y 3er grado <10%, con colocación importante	Quemaduras de 2do grado <15% superficie corporal, sin localización importante	Quemaduras de 2do grado >40% de superficie corporal
Gíneco-obstétricas: trabajo de parto activo, sangrado vaginal abundante	Fracturas mayores: pelvis, fémur sin signos de choque	Quemaduras de 3er grado, <2% en extensión corporal	Lesiones cráneo-encefálicas con paciente inconsciente y fracturas mayores
Choque o amenaza de choque	Lesiones trágicas sin dificultad respiratoria	Choque psicológico sin agitación	Paciente > 60 años con lesiones > graves
Asfixia y problemas respiratorios	Lesiones viscerales sin choque	Personas sin lesiones	Pacientes fallecidos
Neumotórax a tensión y Evisceración	Lesiones vasculares sin choque	Lesiones de tejidos blandos	Lesiones mortales
Síndrome de aplastamiento y TCE severo	Hemorragias que pueden ser detenidas con vendaje comprensivo	Fracturas no complicadas	Lesiones craneales con exposición de masa encefálica y paciente inconsciente
Paro cardio- respiratorio y Asfixia traumática	Dolor torácico sin comprensión hemodinámico	Fracturas menores o no expuestas	Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimientos
Hemorragias severas internas o externas con fracturas expuestas	Traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, sin alteración progresiva de conciencia	Quemaduras de 1er grado, sin importar su extensión sobre la superficie corporal	Quemaduras 2do grado > 40% de superficie corporal, asociadas a lesiones cráneo-encefálicas o torácicas mayores
Status convulsivo y Abdomen agudo		Heridas superficiales	
Personas histéricas o estado excitación máxima		Luxaciones	
Heridas en tórax y dificultad respiratoria			
Heridas máxilo-faciales que complican vías aéreas			

Tomado de (MSP, 2011).



### **Plan con esquemas de las prácticas clínicas**

Para que el personal médico cuente con un medio para poder verificar rápidamente los procesos que debe efectuar al momento de surgir alguna emergencia médica, se diseñará un plan con esquema de las prácticas clínicas, para esto se revisarán los esquemas de atención en situaciones de emergencias de diferentes tipos con el fin de escoger las posibles situaciones que podrían presentarse en los pacientes que acuden al hospital móvil. Luego se pretende diseñar tipo posters en formato A3 de los esquemas de atención seleccionados a fin de poder colocarlos en sitios estratégicos dentro del hospital móvil, donde se susciten la mayoría de dificultades. De esa manera, se busca que en caso de dudas se revise rápidamente la información que necesitan y puedan continuar con su labor. Inclusive esta información al mantenerse todo el tiempo disponible podrá el personal en momentos de menor demanda del servicio revisarlo, para que refuerce sus conocimientos y pueda seguir un adecuado proceso.

Se consideró importante efectuar cuatro posters diferentes en donde el primero contiene la clasificación de las víctimas mediante los colores de triage como el rojo, amarillo, verde y negro, en el segundo los esquemas de atención cuando ocurren accidentes por traumas, donde se pueden apreciar los distintos procesos para cada parte del cuerpo que mantenga el problema el paciente, el tercero se trata de esquemas de atención para diferentes tipos de emergencia como la obstrucción respiratoria, intoxicación aguda, algoritmo de SVB por parte del equipo de salud. En el cuarto poster, se pueden apreciar los esquemas de otras emergencias como la inestabilidad hemodinámica, crisis hipertensiva, el algoritmo de choque que es una emergencia cardiovascular e insuficiencia respiratoria aguda que pertenece a las

emergencias respiratorias. Los afiches o posters se efectuarán en una medida de 30x20cm en material Pvc, con full color.

## CLASIFICACIÓN DE VÍCTIMAS

Rojo	Amarillo	Verde	Negro
Quemaduras co extensión > 20% de la superficie corporal > 2do grado	Quemaduras de 2do grado, 10 a 20% de superficie corporal y 3er grado <10%, con colocación importante	Quemaduras de 2do grado <15% superficie corporal, sin localización importante	Quemaduras de 2do grado >40% de superficie corporal
Heridas en torax y dificultad respiratoria	Lesiones trácicas sin dificultad respiratoria	Quemaduras de 3er grado, <2% en extensión corporal	Lesiones cráneo-encefálicas con paciente inconsciente y fracturas mayores
Choque o amenaza de choque	Lesiones viscerales sin choque	Choque psicológico sin agitación	Paciente > 60 años con lesiones > graves
Asfixia y problemas respiratorios	Lesiones vasculares sin choque	Personas sin lesiones	Pacientes fallecidos
Evisceración	Fracturas mayores: pelvis, fémur sin signos de choque	Lesiones de tejidos blandos	Lesiones mortales
Neumotórax a tensión	Hemorragias que pueden ser detenidas con vendaje compresivo	Fracturas no complicadas	Lesiones craneales con exposición de masa encefálica y paciente inconsciente
Síndrome de aplastamiento	Dolor torácico sin comprensión hemodinámico	Fracturas menores o no expuestas	Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimientos
Gineco-obstétricas: trabajo de parto activo, sangrado vaginal abundante	Traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, sin alteración progresiva de conciencia	Quemaduras de 1er grado, sin importar su extensión sobre la superficie corporal	Quemaduras 2do grado > 40% de superficie corporal, asociadas a lesiones cráneo-encefálicas o torácicas mayores
Paro cardio- respiratorio		Heridas superficiales	
Status convulsivo		Luxaciones	
Hemorragias severas internas o externas con fracturas expuestas			
Personas histéricas o estado excitación máxima			
Asfixia traumática			
TCE severo			
Heridas máxilo- faciales que omplican vías aéreas			
Abdomen agudo			

Figura 29. Clasificación de víctimas triage Tomado de (MSP, 2011).

# ESQUEMA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS POR TRAUMAS

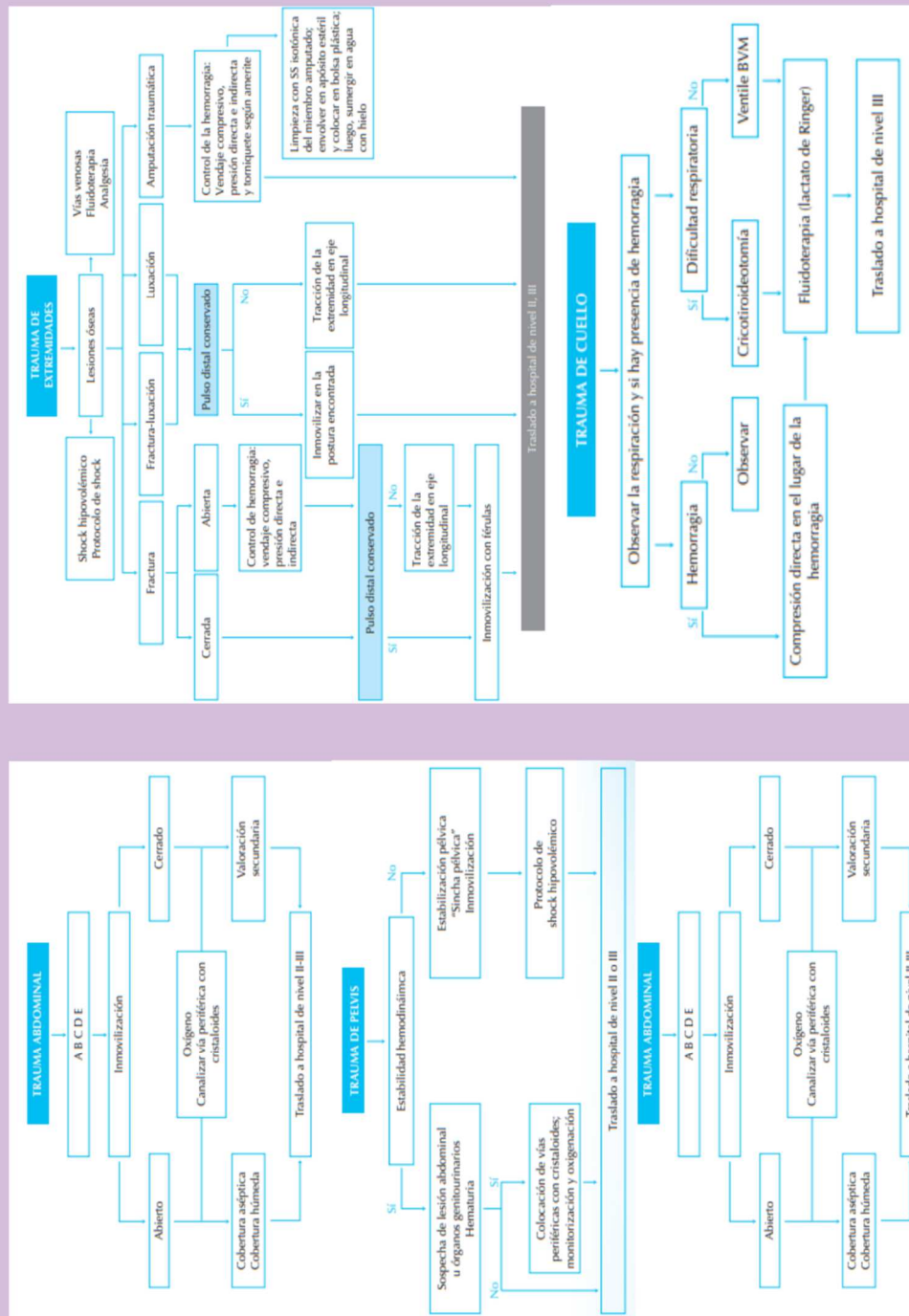


Figura 30. Esquema de atención en emergencia por traumas Tomado de (MSP, 2011).

# ESQUEMA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS DIVERSAS

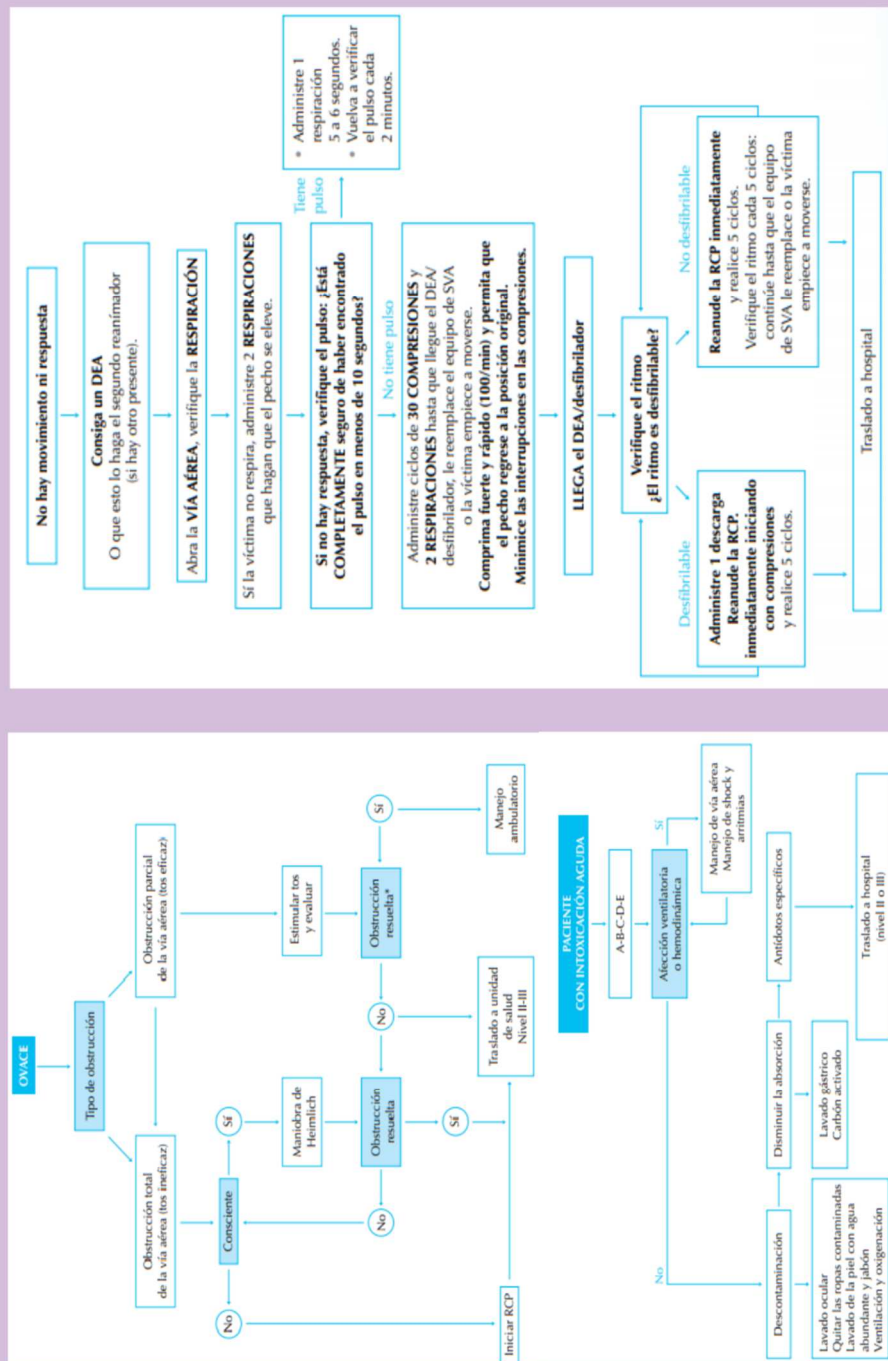


Figura 31. Esquema de atención en emergencias diversas 1  
Tomado de (MSP, 2011).

## ESQUEMA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS DIVERSAS

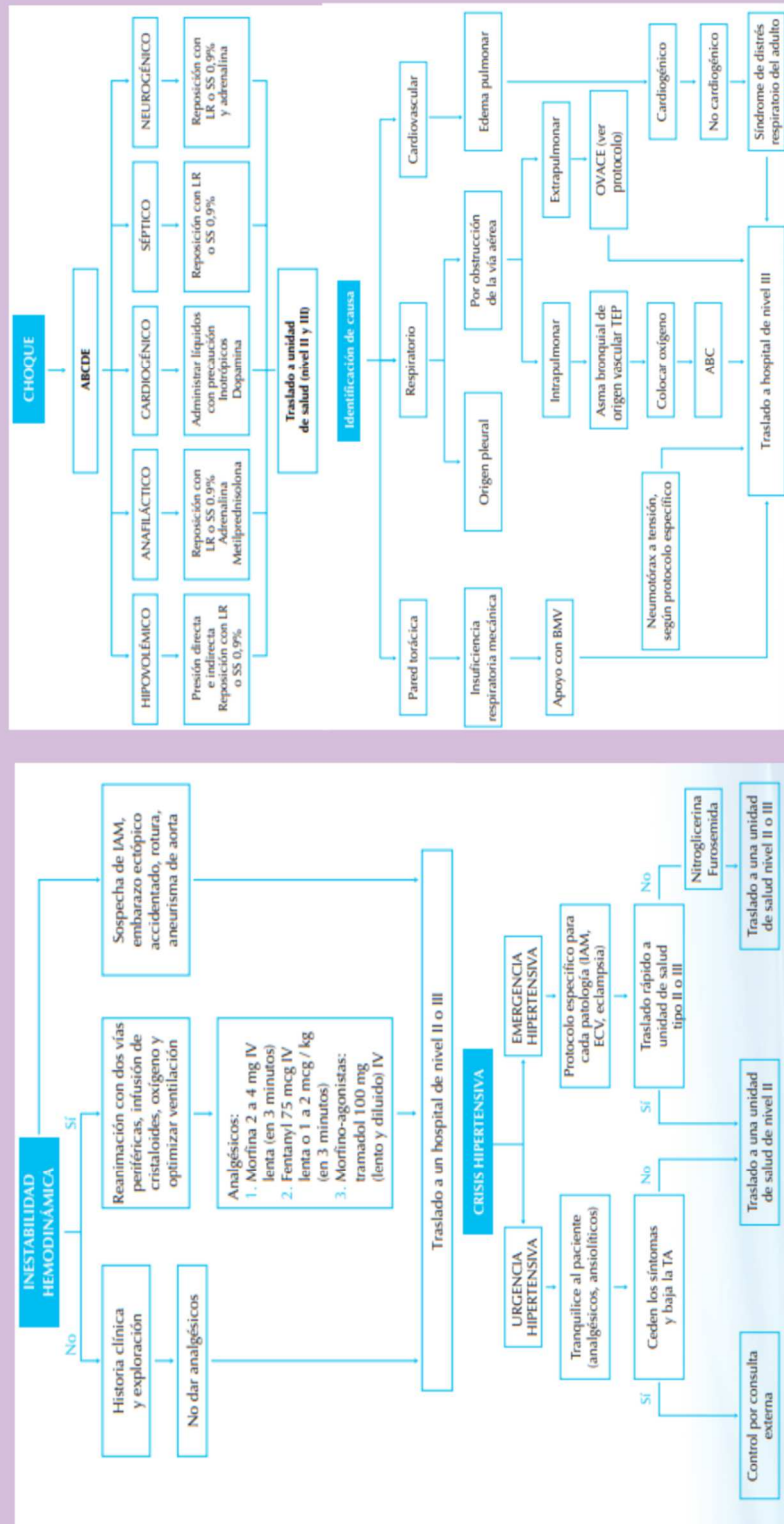


Figura 32. Esquema de atención en emergencias diversas 2  
Tomado de (MSP, 2011).

## **Manual de protocolo para repliegue de hospital móvil**

Además de conocer el logaritmo para la atención básica, para atención quirúrgica, toma de decisiones clínicas y activación de hospitales, es importante que se refuerce la información sobre qué acciones se deben tomar en caso de un repliegue de hospital móvil. Se debe recordar que este sólo se da en caso de existir alguna emergencia o en casos de contingencia, por lo tanto, son medidas indispensables a realizar.

Se pretende realizar ensayos de simulacros cada cierto tiempo a fin de poder estar preparados en casos donde se requiera de urgencia el despliegue de estos hospitales móviles, donde cada persona responsable de área tendrá que verificar que cada actividad que corresponde a su área efectúe todo el proceso de forma adecuada, sin olvidar ningún detalle, ya que todo el equipo médico debe estar en perfecto estado y funcionamiento para su inmediato uso.

Para esto se hará la entrega de un manual pequeño con pasos importantes que se deben hacer cada vez que se presente este tipo de casos y en los simulacros que se deben implementar tiempo después de la entrega de manuales y de su debida evaluación de conocimiento sobre el mismo. El manual va a contar con once pasos a seguir para un correcto proceso de despliegue, donde se indicará lo que se debe hacer en cada remolque, dónde guardar los equipos y conductos especiales para su iluminación y enfriamiento requerido. Todos los pasos son una forma cronológica de poder movilizarse de una manera ordenada y sin olvidar ningún proceso esencial para su correcto funcionamiento del hospital móvil. A continuación, se presenta la información que se plasmará en los manuales:

Tabla 10  
*Protocolo para repliegue de hospital móvil*

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>
1er paso	Fijación de equipos
2do paso	Enfriadores (chillers)
3er paso	Luces
4to paso	Bajantes de agua lluvia
5to paso	Entrada auxiliar
6to paso	Cortinas laterales
7mo paso	Toldo pieza superior de techo
8vo paso	Desmonte de dosel toldo
9no paso	Desmonte de estructura del toldo
10mo paso	Interior (quirófano), estructura de rampa
11vo paso	Exterior (quirófano)

Tomado de (MSP, 2015).

El manual tendrá un total de seis páginas con los 11 pasos a seguir para poder desarrollar de mejor manera las actividades para equipar los remolques y poder movilizarse a los puntos que necesitan de su atención.

Con la finalidad que esta actividad resulte como se espera, se ha tomado en cuenta que después de entregar el manual, se realice una prueba de los conocimientos que se les imparte por medio del manual, esto se lo ejecutará por medio preguntas en forma de encuesta que se enviará a sus respectivos correos con un tiempo de cierre automático de dos minutos una vez que se inicia el mismo a través de Google Forms, en el mes de noviembre. Esta evaluación va a ser efectuada por el departamento administrativo del hospital móvil, de esta manera se espera conocer si han hecho la debida revisión del manual, conocer si cuentan con el conocimiento adecuado del proceso para luego poder poner en marcha la siguiente etapa de la actividad que es desarrollar tipo simulacro de despliegue del hospital, que se espera que sea realizado de forma organizada y en un buen tiempo. El

simulacro será supervisado por un responsable de cada área que verificará las acciones de cada colaborador que deben fingir que están realizando sus actividades, este simulacro se ejecutará en el mes de diciembre.

### **Recursos Financieros**

Los recursos financieros y materiales que se van a necesitar para poner en marcha la propuesta, se han determinado según la cantidad de personal que trabaja en el Hospital Móvil N1, los mismos que se especificarán a continuación:

Tabla 11  
*Materiales para propuesta*

<b>Cantidad</b>	<b>Materiales</b>
1	Curso de emergencia
100	Manuales de despliegue
100	Dípticos
3	Posters
1	Laptop
1	Proyector

Datos de precio de mercado.

Tabla 12  
*Recursos financieros para propuesta*

<b>Cantidad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
3	Curso de emergencia	\$ 240.00	\$ 720.00
100	Manual despliegue	\$ 3.00	\$ 300.00
1	Trípticos	\$ 30.00	\$ 4.00
3	Posters en PVC	\$ 5.00	\$ 15.00
1	Laptop	Autogestión	
1	Proyector	Autogestión	
<b>Total para propuesta</b>			<b>\$ 1,039.00</b>

Datos de precio de mercado.



## Cronograma de Actividades de la Propuesta

Para poder conocer en qué fecha se llevará a cabo la propuesta se efectuó un cronograma con las distintas actividades que se desarrollarán y el mes en el cual se implantará la misma, con el fin de dar seguimiento a cada ítem que se estableció y ver que se cumpla adecuadamente, como se podrá apreciar a continuación.

Tabla 13  
*Cronograma de actividades de propuesta*

Actividades de la propuesta	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Reunión con colaboradores												
Crear calendario de capacitación												
Desarrollar diapositivas												
Establecer información para trípticos												
Elegir esquemas de la guía práctica clínica para posters												
Impresión de trípticos, posters y manuales												
Entrega de manuales sobre despliegue												
Capacitación sobre guía clínica												
Capacitación sobre protocolos de emergencia												
Entrega de Trípticos informativos												
Prueba de conocimiento sobre manual												
Colocación de posters en hospital móvil N1												
Simulacro de despliegue de hospital móvil												

Datos propuestos en base a las actividades.

## Lineamientos de Evaluación

Para poder realizar la debida evaluación de la propuesta se ha considerado pertinente realizar una prueba de conocimiento después de terminar con la capacitación, con la finalidad de poder conocer si el contenido que se ha impartido en la capacitación ha sido captado correctamente y de esta manera con dichos resultados revisar si se requiere de una nueva capacitación u otra estrategia para la misma.

En este último capítulo se puede concluir que a través del programa de capacitación sobre los protocolos de emergencia y con la ayuda de la guía práctica clínica, los profesionales adquirirán y mejorarán su conocimiento sobre este tema, lo que permitirá que se puedan desenvolver correctamente en su práctica médica sin incurrir en ningún procedimiento inadecuado o que sea riesgoso, permitiendo que los profesionales se sientan con mayor seguridad al momento de desempeñarse en su profesión y mejorando la calidad de los servicios de salud que se prestan en los hospitales móviles.

## **Conclusiones**

Los protocolos de emergencia son indispensables conocer en las distintas instituciones de salud, ya que por medio de sus procesos se puede ejercer la profesión con seguridad y así poder brindar la mejor atención requerida a los pacientes de forma rápida y oportuna para precautelar la vida de las personas. Asimismo, las bases teóricas ayudaron a entender mejor cómo funciona el sistema de salud del país, las praxis médicas que se realizan y cómo funcionan los protocolos de emergencia, y con esta información determinar las estrategias necesarias que permitan mejorar el servicio que se ofrece en los hospitales móviles.

Para el estudio se necesitó de un enfoque cuantitativo porque se buscó evaluar con datos estadísticos la relación entre el conocimiento y la imprudencia médica, el tipo de investigación fue descriptiva y correlacional ya que se buscaba entender el fenómeno de estudio y medir la influencia que tiene el conocimiento de los protocolos de emergencia en la imprudencia médica. Además, se empleó como instrumento el cuestionario que se basó en evaluar el conocimiento, la imprudencia médica y el error diagnóstico, en lo que se refiere a muestra, esta fue de 80 personas.

Por medio de las tablas cruzadas se pudo estudiar esta relación donde se apreció que la mayoría de encuestados cuenta con bastante conocimiento sobre protocolos de emergencia y rara vez han realizado actos médicos sin precaución, la mayor parte cuenta con bastante conocimiento sobre los protocolos y rara vez enfrentaron peligro sin necesidad y la mayoría tiene conocimientos regulares sobre los protocolos de emergencia y algunas veces ha actuado de manera precipitada. Se estableció que, a menor conocimiento sobre los protocolos de emergencia, se tiene un mayor riesgo de cometer una imprudencia médica.

A través de las diferentes actividades que se plasmaron en los objetivos, se especificaron los puntos de mayor relevancia fundamentado en los datos que se observaron durante las encuestas realizadas a los colaboradores del hospital móvil. Dichas actividades se manifestaron en capacitaciones que permitieron reforzar los conocimientos de los colaboradores y sirvieron de guía para diferentes casos que se presenten dentro del hospital, así como guía de los procesos que se deben seguir cuando se realiza la atención básica, cuando se requiere de intervenciones quirúrgicas, la adecuada toma de decisiones y los pasos a seguir cuando exista una activación y movilización del hospital móvil. Por lo que la propuesta ha permitido mejorar los procesos que efectúa el personal con la debida seguridad que amerita cada una de las actividades que desarrollan dentro del hospital móvil.

## **Recomendaciones**

Solicitar una reunión con los directivos correspondientes donde se exponga la propuesta, debido que la misma permite el mejoramiento de los procesos de atención en caso de emergencia y ayuda a los colaboradores a tener un mejor desenvolvimiento, buscando siempre que la atención brindada por parte de las entidades de salud pública sea de calidad y mejoren la vida de las personas.

Realizar nuevas investigaciones sobre el conocimiento de protocolos de emergencia con el fin de poder establecer si existe relación con otras variables y que por medio de su estudio permita mejorar su aprendizaje y brinde estrategias que ayuden a incorporarlas en las distintas instituciones de salud con la finalidad de lograr mejores procesos de atención y reducir los riesgos de peligro para sus colaboradores.

Llevar a cabo una evaluación al personal médico como administrativo, con el propósito de poder revisar mediante las pruebas que el personal cuente con los conocimientos adecuados que se proporcionaron mediante la propuesta, para asegurar a los pacientes una atención rápida y de calidad.

Se recomienda que este trabajo sea utilizado como referencia para futuros trabajos que estudien la relación entre conocimiento de protocolos de emergencia e imprudencia médica.

Desarrollar constantemente capacitaciones al personal sobre temas que son relevantes como la atención al usuario, reforzar la guía práctica clínica y los protocolos de seguridad que deben tener al momento de activación y movilización de los hospitales móviles.

## Referencias

- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. (2013). *Pocos países suramericanos sancionan la mala práctica profesional, Ecuador avanza en el tema*. Obtenido de <https://www.andes.info.ec/es/noticias/actualidad/1/21305/pocos-paises-suramericanos-sancionan-mala-practica-profesional-ecuador-avanza-tema>
- Alvarado, J. (2019). Adecuada atención en el manejo al paciente crítico en el servicio de Emergencia del Hospital III ESSALUD Chimbote, 2019. Repositorio de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10713/MA NEJO\\_PACIENTE\\_CRITICO\\_ALVARADO\\_LEON\\_JORGE\\_ENRIQUE .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10713/MA NEJO_PACIENTE_CRITICO_ALVARADO_LEON_JORGE_ENRIQUE .pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Amaya, J. (2018). Responsabilidad penal por el ejercicio de la profesión médica en Colombia. Repositorio de la Universidad Católica de Colombia. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/15899>.
- Andrea, C., & Martinelli, L. (2016). Análisis de la calidad de atención de patologías graves de un servicio de emergencias en un municipio bonaerense. *Congreso Argentino de Informática y Salud*, 214-222.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No. 2002-80*. Obtenido de <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Norma Técnica de calificación de servicios y evaluación de desempeño*. Obtenido de <http://www.politica.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/04/NORMA-TECNICA-DEL-SUBSISTEMA-DE-EVALUACION-DEL-DESEMPE%C3%91O.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2011). *Ley de Seguridad Social*. Obtenido de [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_segu.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_segu.pdf)
- Asamblea Nacional Constituyente. (2016). *Ley Orgánica de servicio Público LOSEP*. Obtenido de [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic5\\_ecu\\_ane\\_mdt\\_4.3\\_ley\\_org\\_ser\\_p%C3%BAb.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic5_ecu_ane_mdt_4.3_ley_org_ser_p%C3%BAb.pdf)
- Ascencio, M., Cervera, N., Vigo, J., & León, F. (2015). Brindar malas noticias en la sala de emergencias. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(1), 85-86.
- Asuad, E., & Vasquez, C. (2015). *Marco lógico de la investigación científica*. Obtenido de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/arenas\\_m\\_a/capitulo\\_3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/arenas_m_a/capitulo_3.pdf)
- Bautista, L., Vejar, L., Pabón, M., Moreno, J., Fuentes, L., León, K., & Bonilla, J. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1195-1203.

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). *Código penal*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
- BOE. (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
- Bustos, J. (1995). *El delito culposo*. Santiago de Chile: Jurídica de Chile.
- Caicedo, D. (2014). Mejoramiento de los procesos del área de gestión humana en la Fundación Cottolengo. Repositorio de la Universidad Autónoma de Occidente. Recuperado de <http://red.uao.edu.co/bitstream/10614/9576/1/T07246.pdf>.
- Campos, G. (2017). Evaluación del Nivel de Conocimiento Sobre Código Azul en el Personal de Emergencias del Hospital San Vicente de Paul Periodo de Enero a Octubre del 2016. Repositorio de la Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7614/1/06%20ENF%20902%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.
- Carro, F. (2012). Las cuatro vertientes de la responsabilidad sanitaria. Repositorio de la Universidad de La Coruña. Recuperado de [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11799/CarroGonzalez\\_FranciscoJavier\\_TD\\_2013\\_04de4.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11799/CarroGonzalez_FranciscoJavier_TD_2013_04de4.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
- Chiavenato, I. (2009). *Administración de los recursos humanos: El capital de las organizaciones*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Choclán, A. (1998). *Deber de cuidado y delito imprudente*. Barcelona: Bosch.
- Corcoy, M. (2005). *El delito imprudente: criterios de imputación del resultado* 2a. Ed. Montevideo: BdeF.



- Cruz, G., Mejía, W., & Quintanilla, L. (2017). Modelo de gestión administrativa del talento humano y su incidencia en el desarrollo organizacional de la Fundación Red de Sobrevivientes y Personas con Discapacidad, ubicada en el Municipio de San Salvador. Repositorio de la Universidad de El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/14928/1/TESIS%20FINAL%20APROBADA%209%20septiembre.pdf>.
- Dessler, G., & Varela, R. (2011). *Administración de Recursos Humanos: Enfoque latinoamericano 5a. Ed.* México D.F.: Pearson Educación.
- Díaz, A. (2015). Error de diagnóstico y responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2015. Repositorio de la Universidad de Huánuco. Recuperado de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/152/AN%C3%8DBAL%20VALENT%C3%8DN%20D%C3%8DAZ%20LAZO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- El Telégrafo. (2011). *El MSP presentó en la urbe el moderno Hospital Móvil* . Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/1/el-msp-presento-en-la-urbe-el-moderno-hospital-movil>
- El Telégrafo. (2017). *Hospital Móvil 1 atiende a 100 pacientes por día*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/hospital-movil-1-atiende-a-100-pacientes-por-dia>
- Eslava, A. (2019). *El juego de las políticas públicas*. Obtenido de [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/9568/el\\_juego\\_de\\_las\\_politicas\\_publicas.pdf?sequence=2](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/9568/el_juego_de_las_politicas_publicas.pdf?sequence=2)

- Espín, W. (2016). La responsabilidad penal en la mala práctica médica en el Ecuador. Un enfoque desde la actuación probatoria. Repositorio de la Universidad Andina Simón Bolívar. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5388/1/T2105-MDP-Espin-La%20responsabilidad.pdf>.
- García, G. (2016). *Investigación comercial 4ª ed.* Madrid: ESIS Editorial.
- García, M., & Samanés, S. (2016). Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia Hospital Belén de Trujillo 2016. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2444/1/RE\\_ENFE\\_MARIA.GARCIA\\_SHEYLA.SAMANES\\_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.CALIDAD.INICIAL.QUE.BRINDA.LA.ENFERMERA\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2444/1/RE_ENFE_MARIA.GARCIA_SHEYLA.SAMANES_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.CALIDAD.INICIAL.QUE.BRINDA.LA.ENFERMERA_DATOS.PDF).
- Gobierno de Córdoba. (2018). *Sistema de Evaluación del Desempeño*. Obtenido de <http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2013/05/1.-Sistema-Evaluaci%C3%B3n-de-Desempe%C3%B1o1.pdf>
- Godoy, K., & Magallanes, E. (2018). Nivel de conocimiento y práctica de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2018. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3907/Nivel\\_GodoyRada\\_Kiara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3907/Nivel_GodoyRada_Kiara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Gómez, S. (2012). *Metodología de la investigación*. Obtenido de [http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Axiologicas/Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf)

- González, Á. (2017). *Metodos de compensación basado en competencias 3ra edición*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- IPES. (2018). *Investigación Cuantitativa*. Obtenido de [http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv\\_cuanti.pdf](http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf)
- Jakobs, G. (1997). *Derecho penal. Parte General. Fundamentos y Teoría de la imputación, 2.ª ed. (corregida), trad. de la 2.ª ed. alemana*. Madrid: Marcial Pons.
- Kú, O., & Pool, W. (2018). Evaluación del desempeño docente en Yucatán: un análisis a partir de las características de los docentes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 105-110.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.007>
- LATU. (2017). *Proceso de evaluación de desempeño*. Obtenido de <http://www.latu.org.uy/wp/wp-content/uploads/2016/05/evaluaciondesempe%C3%B1o2017.pdf>
- Ledesma, M. (2017). Estudio de caso y análisis jurídico, acerca de los protocolos médicos, como atenuante del delito de homicidio culposo por mala práctica profesional en el COIP. Repositorio de la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6616/1/TUSDAB041-2017.pdf>.
- Luzón, D. (2016). *Lecciones de Derecho penal. Parte general*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2016). *Código Penal*. Obtenido de [http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones\\_oficiales/img/CODIGOPE NAL.pdf](http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPE NAL.pdf)

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2016). *Código Penal*. Obtenido de [http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones\\_oficiales/img/CODIGOPE NAL.pdf](http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPE NAL.pdf)

Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Obtenido de [http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo\\_org%C3%A1nico\\_integral\\_penal\\_-\\_coip\\_ed.\\_sdn-mjdhc.pdf](http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf)

MSP. (2011). *Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCION%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20MEDICAS.pdf>

MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

MSP. (2014). *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-MAIS.pdf>

- MSP. (2015). *Modelo de Gestión, organización y funcionamiento. Servicio de atención de salud móvil*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seg uimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20\(v2015-02-13\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seg uimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20(v2015-02-13).pdf)
- MSP. (2015a). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)
- MSP. (2015b). *Modelo de gestión, organización y funcionamiento*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seg uimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20\(v2015-02-13\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seg uimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20(v2015-02-13).pdf)
- MSP. (2018). *¿QUE ES LA RPIS?* Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona\\_santiago/index.php?option=com\\_content&view=article&id=157:rpis&catid=12:programas&Itemid=10](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=157:rpis&catid=12:programas&Itemid=10)
- MSP. (2018). *Hospital Móvil N° 1 garantiza atención médica con 65 profesionales*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/hospital-movil-no-1-garantiza-atencion-medica-con-65-profesionales/>
- MSP. (2019). *Protocolo de emergencia*. Obtenido de <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/p8KHLWUJnYlqqFs>
- OMS. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

- Quintero, G. (2010). *Parte general del Derecho penal*. Navarra: Thomson-Aranzadi.
- Roxin, C. (1997). *Derecho Penal. Parte General. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito, tomo I, trad. de la 2.ª ed. alemana*. Madrid: Thomson.
- Salas, R., Díaz, L., & Pérez, G. (2014). Evaluación y certificación de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud en Cuba. *Educación Médica Superior*, 28(1), 50-64. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412014000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100007)
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Obtenido de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Silva, J. (1999). *Medicinas alternativas e imprudencia médica*. Barcelona: Bosch.
- Trujillo, M. (2014). La evaluación del desempeño. Repositorio Digital de la Universidad de la Laguna. Obtenido de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/393/LA%20EVALUACION%20DEL%20DESEMPENO.pdf?sequence=1>.
- UDLAP. (2018). *Metodología de la investigación*. Obtenido de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/arenas\\_m\\_a/capitulo\\_3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/arenas_m_a/capitulo_3.pdf)
- Vallejo, G. (2012). Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica. Repositorio de la Universidad de León. Obtenido de

[https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2217/tesis\\_e4242b.pdf?sequence=1](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2217/tesis_e4242b.pdf?sequence=1).

Vallejo, G. (2015). Las capacidades especiales del profesional de la saludThe special abilities of the healthcare professional. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(2), 147-150.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.rca.2015.01.005>

Vallejo, G. (2017). La valoración jurídica del riesgo como criterio para la determinación de la responsabilidad penal del médico. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(2), 58-63.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.08.003>

## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionario de Conocimiento de Protocolos de Emergencia

*Cuestionario sobre conocimiento de los protocolos de emergencia*

Ítems	Opciones de respuesta				
<b>Conocimiento</b>					
	Nada	Muy poco	Regular	Bastante	Completamente
¿Qué tanto conoce usted sobre los protocolos de emergencia del Hospital Móvil N1?					
<b>Capacitación interna</b>					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿La institución le ha brindado todas las capacitaciones necesarias para aplicar los protocolos de emergencia adecuadamente?					
<b>Dotación</b>					
¿La institución le dota los equipos e insumos necesarios para aplicar correctamente los protocolos de emergencia?					
<b>Control</b>					
¿La institución ejerce control sobre la aplicación de los protocolos de emergencia?					
<b>Capacitación externa</b>					
¿Me he capacitado de forma externa sobre protocolos de emergencia?					



*Cuestionario sobre imprudencia médica*

Ítems	Opciones de respuesta				
<b>Imprudencia médica</b>					
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
¿Ha realizado algún acto médico con ligereza, sin adoptar las precauciones adecuadas?					
¿Ha enfrentado algún riesgo o peligro sin necesidad?					
¿Ha actuado de forma precipitada sin prever las consecuencias en los que podría desembocar alguna acción?					
<b>Error de diagnóstico</b>					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Factor humano</b>					
¿Considera que la fatiga por trabajo excesivo puede generar una impericia?					
¿Identifico que la falta de entrenamiento ocasiona impericia en el diagnóstico médico?					
¿Considera que la pobre comunicación entre compañeros y pacientes es un factor de impericia?					
¿Es probable que la ausencia del sistema de control de calidad en la atención es una causa de impericia?					
<b>Factor organizacional</b>					
¿Es posible que la ausencia de áreas laborales adecuadas ocasione una imprudencia médica?					
¿Creo que el sobrecupo de pacientes en la sala de emergencias puede generar una imprudencia médica?					
¿Considero que la falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes puede generar una imprudencia médica?					
¿Creo que la falta de liderazgo e incentivos laborales puede generar una imprudencia médica?					

¿Considero que el mal manejo gerencial del servicio de emergencia puede generar una imprudencia médica?					
<b>Factor técnico</b>					
¿Creo que la escasa o nula automatización de procesos puede generar una imprudencia médica?					
¿Creo que la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia es un factor de imprudencia médica?					
¿Considero que la falta de integración de equipo de trabajo es un factor de imprudencia?					
¿Considero que la escasa información al equipo de trabajo, directivos y familiares es una causa de imprudencia?					
¿Considero que la falta de capacitación puede generar una imprudencia médica?					



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Barzola Briones, Brenda Bethzabet, con C.C: # 0925896797 autora del trabajo de titulación: *Evaluación del conocimiento de protocolos de emergencia y su relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud del Ecuador* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de Octubre de 2019

f. \_\_\_\_\_

Barzola Briones, Brenda Bethzabet  
C.C: 0925896797

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Evaluación del conocimiento de protocolos de emergencia y su relación con la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud del Ecuador		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Barzola Briones, Brenda Bethzabet		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura Obando Freire, Francisco Marcelo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	02/10/2019	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	102
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Imprudencia médica, protocolos de salud.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Protocolo de emergencia, Imprudencia médica, Hospital móvil N1, Guía práctica clínica.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p>El conocimiento sobre las políticas públicas es fundamental en una organización, por eso se debe manejar correctamente los protocolos de emergencia, para evitar que se presenten casos adversos que por no conocer los protocolos de emergencia ocasionen una imprudencia médica, ya que estos son generados por el incumplimiento en el cuidado o al generar riesgos mayores a los que permite la ley en el paciente. El objetivo de la investigación es evaluar la relación entre el conocimiento del protocolo de emergencia y la imprudencia médica en el personal de salud del Hospital Móvil 1 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para establecer medidas correctivas que permitan mejorar la atención en el área de emergencias. La metodología de la investigación que se utilizó fue un enfoque cuantitativo, tipo de investigación descriptiva, método deductivo. La muestra fue de 80 personas y el instrumento de investigación fue el cuestionario, donde se evaluó el conocimiento sobre los protocolos de emergencia, la imprudencia médica y el error de diagnóstico. Por medio de los resultados se evidenció que el 41.3% de los colaboradores cuentan con conocimientos regulares sobre los protocolos de emergencia, el 7.5% ha actuado con ligereza sin tomar las precauciones adecuadas y el 12.5% con frecuencia ha actuado de forma precipitada. Se propuso diseñar un programa de aprendizaje que permita reforzar conocimientos del personal médico y administrativo que deben realizar en el Hospital móvil N1. Se pudo concluir que sí existe una relación entre el conocimiento de protocolos de emergencia y la imprudencia médica.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-939414446	E-mail: brenbeth_15@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-42206950 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

#### **SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	