

Proyecto de Responsabilidad Social del Programa de Medicina de Urgencias

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio

Autor: NORY CECILIA RIOS BOHORQUEZ

Tutor ATILIO MORENO CARRILLO

Co -tutor DAVID MONTAÑA

Evaluador JOSE FERNANDO PARRA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el título de
Especialista en Medicina de Urgencias

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Medicina

Diciembre de 2022

Tabla de contenido

Introducción:	3
Palabras Claves:	3
Marco Teórico y Estado del Arte:	3
Justificación:.....	8
Objetivo general:	9
Objetivos específicos:.....	10
Metodología:	10
Diseño Del Estudio:	10
Población de estudio:.....	10
Criterios de inclusión:	10
Criterios de exclusión:.....	11
Muestreo:	11
Plan de trabajo:.....	11
Cronograma:	13
Aspectos Éticos:.....	27
Presupuesto:	27
Resultados:	28
<i>Descripción de triaje hospitalario.....</i>	<i>29</i>
<i>Diagnósticos clínicos principales.....</i>	<i>31</i>
<i>Características del talento humano e infraestructura.....</i>	<i>32</i>
<i>Infraestructura de urgencias</i>	<i>33</i>
Discusión:.....	34
Bibliografía	36

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la responsabilidad social como “la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación”. (3)

La identificación de necesidades y la priorización de estas es un proceso que debe realizarse de forma conjunta por las organizaciones o instituciones que prestan los servicios asistenciales de salud, los profesionales de la salud y la comunidad. Cuando una institución evalúa su razón de ser y el impacto de sus actividades, asume un compromiso voluntario y decidido con la responsabilidad social, para contribuir con acciones concretas al mejoramiento integral de las condiciones de vida de la población. Es así como el Hospital Universitario San Ignacio dentro de su política de responsabilidad social plantea el desarrollo de actividades encaminadas a contribuir con la generación de capital social y mejorar la calidad de vida en la comunidad, el medio ambiente, el talento humano y el sector. (13)

Palabras Claves:

Responsabilidad social

Medicina de urgencias

Triaje

Urgencias

Marco Teórico y Estado del Arte:

RESPONSABILIDAD SOCIAL

La salud de la población es un bien social y es una responsabilidad de los profesionales vinculados con esta área del conocimiento asumir compromisos que permitan contribuir a su consecución. (1)

El proceso de formación de médicos influye dentro de sus bases el concepto de responsabilidad social al brindar las herramientas necesarias para identificar y satisfacer las necesidades en salud de las personas y poblaciones con las que interactúan, a la vez permite desarrollar habilidades para abordar las inequidades en salud y generar cambios en sistemas de salud con crecientes oportunidades de mejora.

(2) En este sentido la OMS, en 1995 al referirse a las facultades de medicina, considera elementos como la identificación y abordaje de los problemas prioritarios en salud de las comunidades como el objetivo de los procesos de educación, investigación y actividades de servicio. (3) De igual manera en 2010, el Consenso Global para la Responsabilidad Social de las facultades de medicina, describe la responsabilidad social incorporando además conceptos como la alianza con otras entidades interesadas y el desarrollo de procesos de evaluación como seguimiento de su desempeño e impacto. (4)

Un estudio, que incluyó representantes de facultades de medicina de Australia y Filipinas que fueron seleccionadas porque estaban en proceso para ser socialmente responsables, analizó los factores internos y externos que influyen en las facultades de medicina que aspiran a una mayor responsabilidad social, muestra qué condiciones podrían ser necesarias para avanzar hacia la responsabilidad social. Dentro de los elementos influyentes identifican factores ambientales, escolares y humanos. Incluyen entre otros la fuerza laboral local, las experiencias y liderazgo de los profesionales y la vinculación de personal y representantes del sector salud, las políticas de las universidades y la participación de la comunidad. (5)

Una revisión narrativa menciona como el concepto de responsabilidad social está fundamentado en los códigos de ética médica y ha evolucionado a la par con los conceptos cambiantes sobre derechos humanos y el conocimiento creciente de los determinantes sociales en el curso de la enfermedad. A la vez plantea que el incorporar la responsabilidad social a la práctica cotidiana constituye una valiosa herramienta para abordar las múltiples inequidades en salud que afectan a la población. (6)

En la actualidad, las facultades de medicina formulan sus planes de estudio en torno al concepto de salud global como una disciplina científica pero además vinculan y dan relevancia a factores biopsicosociales, determinantes sociales de la salud y a la equidad

en salud. Mostrando, así como un enfoque basado en salud global y responsabilidad social da a su vez herramientas para desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico que permita al profesional y a las facultades de medicina un compromiso auténtico y duradero con las comunidades de las que hacen parte. (7)

Un programa de formación en medicina socialmente responsable es aquel que no solo toma acciones específicas a través de sus procesos de educación, investigación y servicio para responder a las prioridades en salud de la comunidad, sino que además trabaja en colaboración con entes gubernamentales, servicios de salud y otros miembros de la sociedad para impactar de forma positiva en la salud de las personas y que asociado a esto tiene la capacidad de proporcionar evidencia de la relevancia, equidad, rentabilidad y alta calidad de su trabajo. Asociado a esto, el programa socialmente responsable genera profesionales que son agentes de cambio que contribuyen de forma activa con las adecuaciones del sistema de salud. (8)

Uno de los objetivos de la formación médica es el brindar herramientas a los estudiantes para convertirse en agentes de cambio comprometidos con la comunidad. En este sentido, investigadores en una facultad de medicina en la provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica, hicieron un estudio observacional en el que evaluaron mediante encuestas el concepto de responsabilidad social de estudiantes al inicio y finalización de su proceso formativo, de igual manera entrevistaron a docentes y mentores comunitarios. Identificaron que los principios básicos de la responsabilidad social son mencionados por el grupo de estudiantes sin embargo el concepto multidimensional y las implicaciones desde el punto de vista organizacional e institucional no estaban claros para la mayoría de los participantes. En este sentido se plantea la necesidad de incorporar a la estructura curricular de los programas de medicina no solo el concepto de responsabilidad social, sino también una manera de evaluar el impacto de este elemento formativo en los estudiantes que a su vez son fuerza laboral en proceso de formación. (15)

En el ámbito latinoamericano, con las tasas más altas de inequidades en salud del mundo y un creciente número de facultades de medicina, un estudio que combina una revisión bibliográfica temática cualitativa de bases de datos y un diseño cuantitativo que se basa en una muestra de 9 países (5 latinoamericanos y 4 no latinoamericanos),

muestra discrepancia entre la importancia otorgada a la responsabilidad social y la formación en atención primaria y las acciones implementadas en este campo en América Latina. Ecuantitativo, una asociación significativa entre un mayor desarrollo de programas académicos de atención primaria y un menor nivel de inequidades en salud por país. (16) Un panel de expertos, compuesto por líderes académicos de 7 países latinoamericanos, considerando el poco explorado papel de las facultades de medicina en la reducción de las inequidades en salud, identifican la responsabilidad social como la dimensión central de la misión de las facultades de medicina, mencionan la importancia de desarrollar iniciativas políticas, sociales y formativas específicas en el camino de ser socialmente responsables. (17)

Con la creciente relevancia de la responsabilidad social dentro de los procesos formativos de las facultades de medicina, surge también el reto de producir evidencia sólida y la necesidad de diseñar herramientas que permitan medir la responsabilidad social y su impacto. Una revisión narrativa con el objetivo de identificar indicadores comunes en marcos de responsabilidad social para facilitar su evaluación en la educación médica describe 5 indicadores relacionados con el modelo CIPP (contexto, insumos, procesos, productos e impactos), como elementos para estructurar dichos procesos evaluativos. (9)

Investigadores canadienses, en una revisión narrativa, identificaron y compararon teorías, modelos y marcos de responsabilidad social que les permitiera comprender y evaluar los impactos de la educación médica en el norte de Ontario. Describen que los marcos que consideran las relaciones comunitarias en la educación médica, la responsabilidad social en los servicios de salud, aquellos centrados en el aprendizaje de los sistemas de salud, la evaluación de la responsabilidad social institucional y la implementación de prácticas basadas en evidencia obtuvieron las puntuaciones más altas. (10)

A partir de 2015, se incluyó la responsabilidad social dentro de los estándares de acreditación para las facultades de medicina en Canadá. Un estudio describe como, en el marco de la responsabilidad social en las escuelas de medicina canadienses, existe una serie de impulsores clave, para transformarse en programas socialmente responsables, que incluyen visión unificada, liderazgo comprometido, estructura

organizativa, estándares de acreditación, defensores de la responsabilidad social, participación comunitaria auténtica, aprendizaje basado en la comunidad, estructura organizativa y la medición de progreso y resultados. (14)

Uno de los objetivos de la formación médica es el brindar herramientas a los estudiantes para convertirse en agentes de cambio comprometidos con la comunidad. En este sentido, investigadores en una facultad de medicina en la provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica, hicieron un estudio observacional en el que evaluaron mediante encuestas el concepto de responsabilidad social de estudiantes al inicio y finalización de su proceso formativo, de igual manera entrevistaron a docentes y mentores comunitarios. Identificaron que los principios básicos de la responsabilidad social son mencionados por el grupo de estudiantes sin embargo el concepto multidimensional y las implicaciones desde el punto de vista organizacional e institucional no estaban claros para la mayoría de los participantes. En este sentido se plantea la necesidad de incorporar a la estructura curricular de los programas de medicina no solo el concepto de responsabilidad social, sino también una manera de evaluar el impacto de este elemento formativo en los estudiantes que a su vez son fuerza laboral en proceso de formación. (15)

En un análisis temático de estudios cualitativos orientado a identificar conceptos relacionados con la responsabilidad social en países de la Región del Mediterráneo Oriental identifican los temas clave vinculados con el cumplimiento de la responsabilidad social: misión y gobierno, plan de estudios orientado y basado en la comunidad, comunicación, respuesta a necesidades emergentes de salud de la comunidad, investigación y brechas que deben abordarse. (18)

En el ámbito latinoamericano, con las tasas más altas de inequidades en salud del mundo y un creciente número de facultades de medicina, un estudio que combina una revisión bibliográfica temática cualitativa de bases de datos y un diseño cuantitativo que se basa en una muestra de 9 países (5 latinoamericanos y 4 no latinoamericanos), muestra discrepancia entre la importancia otorgada a la responsabilidad social y la formación en atención primaria y las acciones implementadas en este campo en América Latina. E cuantitativo, una asociación significativa entre un mayor desarrollo de programas académicos de atención primaria y un menor nivel de inequidades en

salud por país. (16) Un panel de expertos, compuesto por líderes académicos de 7 países latinoamericanos, considerando el poco explorado papel de las facultades de medicina en la reducción de las inequidades en salud, identifican la responsabilidad social como la dimensión central de la misión de las facultades de medicina, mencionan la importancia de desarrollar iniciativas políticas, sociales y formativas específicas en el camino de ser socialmente responsables. (17)

Investigadores latinoamericanos, conscientes de la limitación para medir el impacto que tienen las facultades de medicina en la sociedad, diseñaron un instrumento para validar y estimar la responsabilidad social en una muestra de facultades de medicina en 16 países de América Latina. El Instrumento de Responsabilidad Social para América Latina (SAIL) que contempla 21 ítems derivados de 4 dominios (misión y mejora de la calidad, política pública, participación comunitaria e integridad profesional) reportó un índice de fiabilidad de 0.96 (muy alto) y proporciona una dimensión adicional a la que de forma tradicional se obtiene en la evaluación de la calidad de las facultades de medicina. (19)

Justificación:

Los programas de formación en medicina, además de la actividad docente, tienen un papel protagónico en la generación de nuevo conocimiento, sin dejar de lado su propósito social, siendo este uno de los objetivos principales en la formación de nuevos profesionales de la salud.

Adicionalmente a esto, el componente centralista de nuestra sociedad actualmente genera una brecha importante entre las capitales y las poblaciones más distantes geográficamente en la que las primeras concentran la mayor cantidad de especialistas entrenados, recursos médicos e instituciones de salud de alta calidad, más cuando hablamos de especialidades de reciente aparición en las que aun el mercado laboral en

estas grandes ciudades no ha sido saturado y continua absorbiendo a los profesionales mejor entrenados.

En el caso de la medicina de urgencias y más puntualmente de los egresados del programa de medicina de urgencias (PMU) de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) menos del 5% de estos se desempeñan laboralmente por fuera de las principales ciudades del país (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla), mercados laborales que aún siguen demandando más profesionales especializados, con lo que el impacto social de nuestra especialidad por fuera de dichas ciudades tardaría décadas en llegar a generar cambios positivos en ciudades intermedias en las que los pacientes siguen teniendo desenlaces negativos por patologías que en otras condiciones serian evitables.

Es por esto que desde el programa de medicina de urgencias de la Pontificia Universidad Javeriana, conscientes de la responsabilidad de contribuir de forma voluntaria y activa con acciones que respondan a la atención de necesidades prioritarias en salud de la comunidad, alineados con la política de responsabilidad social del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), integrando elementos de la gestión de riesgo en salud como instrumento para la optimización en el uso de recursos y aprovechando los vínculos ya existentes con algunos centros médicos regionales queremos plantear un proyecto que nos permita apoyar de manera continua los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de urgencias de estos centros médicos de 2 y 3 nivel de complejidad, con la experiencia que hemos logrado apropiarnos durante la existencia de nuestra especialidad e impactar en el desarrollo de actividades que contribuyan a mejorar las condiciones de atención en salud con calidad y eficiencia en el servicio de urgencias.

Objetivo general:

Generar un modelo de acompañamiento a instituciones hospitalarias de mediana y baja complejidad desde lo administrativo y asistencial para crear e implementar estrategias que impacten en sus indicadores.

Objetivos específicos:

1. Impactar de forma positiva en la adecuada clasificación de pacientes optimizando la gestión del riesgo individual y mejorando la oportunidad de atención en los servicios de urgencias.
2. Participar en la construcción de equipos de respuesta rápida y equipos de código azul.
3. Colaborar con la construcción y actualización de guías y protocolos institucionales y apoyar las actividades de capacitación dirigidas a profesionales de la salud de la institución objeto de la intervención.
4. Facilitar el mejoramiento y optimización del recurso humano y tecnológico.

Metodología:

Estudio analítico descriptivo en el que se busca identificar las características asistenciales y administrativas de un servicio de urgencias en una institución de mediana y baja complejidad e implementar estrategias que permitan impactar en indicadores.

Diseño Del Estudio:

Estudio descriptivo

Población de estudio:

Instituciones hospitalarias de mediana y baja complejidad que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Instituciones hospitalarias que cuenten con servicios de urgencias de baja y mediana complejidad, que se encuentren en el departamento de Boyacá y que deseen participar y den su aprobación para participar en el proyecto.

Criterios de exclusión:

Instituciones hospitalarias de alto nivel de complejidad.

Instituciones que no cuenten con servicio de urgencias.

Instituciones que no deseen participar en el proyecto.

Muestreo:

Muestra no probabilística.

Plan de trabajo:

Conscientes de la responsabilidad social que, desde lo académico, asistencial y administrativo, son inherentes al programa de Especialización en Medicina de Urgencias de la PUJ y al Hospital Universitario San Ignacio, se realizaron reuniones multidisciplinarias con el fin de plantear una serie de objetivos y estrategias tendientes a desarrollar un modelo de acompañamiento a instituciones hospitalarias de baja y mediana complejidad en el departamento de Boyacá con el fin de impactar en sus indicadores en salud.

Se realizó búsqueda bibliográfica y la construcción de un documento con el planteamiento inicial del proyecto.

Se envió el documento a decanatura de la Facultad de Medicina para aprobación por parte de la universidad y se sometió también a aprobación por parte de la dirección del hospital.

Una vez aprobado por la Universidad y el Hospital se concertó un primer encuentro con el grupo directivo y representantes del servicio de urgencias del Hospital Regional de Moniquirá, se hizo la presentación del proyecto y las 4 fases que lo componen, así como la invitación a participar del mismo.

A continuación se describe la forma en que se planteó y desarrollo el proyecto:

Una fase inicial de socialización del proyecto al equipo asistencial y administrativo del Hospital Regional de Monquirá. Una vez presentado y aprobado el proyecto por parte de las dos instituciones, se llevará a cabo un diagnóstico inicial en el aspecto administrativo y asistencial del servicio de urgencias de esta institución con el objetivo de identificar las oportunidades de mejora, priorizando aquellas tendientes a impactar en aspectos clave como: el fortalecimiento del proceso de triaje, suficiencia técnica, oportunidad en la atención de pacientes de alta y moderada complejidad (Triage 1, 2 y 3), oportunidad y racionalidad en la hospitalización, implementación y consolidación de equipos de respuesta rápida. Esta actividad estará coordinada por el grupo de responsabilidad social del programa de medicina de urgencias (GRS/PMU), equipo conformado por médicos especialistas, enfermeras especialistas y residentes del programa.

Posterior a realizar la etapa de diagnóstico, planteamiento de metas y definición de estrategias, se desarrollarán una serie de actividades dirigidas a optimizar procesos y a consolidar equipos de trabajo y protocolos del servicio de urgencias. La duración de todo el proyecto está establecida para 12 meses.

El desarrollo de las actividades se realizará a través de las siguientes estrategias:

1. Jornadas de actualización del personal asistencial basadas en talleres teórico-prácticos sobre un enfoque de aprendizaje basado en problemas, realizadas por especialistas, docentes y residentes del programa de medicina de urgencias.
2. Acompañamiento en la revisión y ajustes de los modelos de atención de urgencias locales basados en la optimización del recurso humano y tecnológico, así como de sus procesos de mejoramiento continuo, para lo cual un residente de tercer año apadrinará a cada centro médico que ingrese al programa mediante la implementación de ciclos basados en planear, hacer, verificar y actuar (PHVA).

3. Programación de visitas de referenciación de los equipos profesionales de estas instituciones a nuestro centro de práctica el Hospital Universitario San Ignacio.

4. Generación de material académico documentando el impacto de dichas intervenciones y su viabilidad para extenderlo a otros ámbitos y servicios.

Finalmente, y después de la etapa de intervención, se recopilarán datos e indicadores que permitan evaluar el impacto de las actividades desarrolladas y el cumplimiento de las metas planteadas.

Cronograma:

Etapa 1: Presentación del proyecto a Hospital Regional Moniquirá- Diagnóstico inicial			
Actividad	Procedimiento	Responsable	Tiempo de ejecución
1.1. Presentación proyecto Hospital Regional Moniquirá	1.1.1. Presentación proyecto coordinador Unidad de Urgencias - Hospital Regional Moniquirá (HRM)	GRS/PMU	Junio 2022
	1.1.2. Presentación proyecto Gerencia HRM	GRS/PMU	
	1.1.3. Envío de documento a HRM para formalizar desarrollo del proyecto	GRS/PMU	
1.2. Descripción demográfica de la población del área de influencia del hospital	1.2.1. Establecer datos poblacionales del municipio	Coordinador, jefe o director de urgencias HRM	Junio 2022
	1.2.2. Pirámide poblacional,		

	<p>1.2.3. Distribución geográfica,</p> <p>1.2.4. Perfiles productivos</p> <p>1.2.5. Nivel educativo</p>		
<p>1.2. Caracterización triaje de la institución</p>	<p>1.2.1 Conocer protocolo de triaje de la institución</p> <p>1.2.2. Conocer el perfil del personal encargado del triaje</p> <p>1.2.3. Promedio de tiempo de espera para clasificación Triaje</p> <p>1.2.4. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente según la clasificación de triaje</p>	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	
<p>1.3. Indicadores en salud</p>	<p>1.3.1. Conocer perfil de en la institución</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeras 10 causas de consulta urgencias -Primeras 10 causas de hospitalización de la institución -Primeras 10 causas de mortalidad -Primeras 10 causas de referencia 	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	
	<p>1.3.2. Conocer indicadores de eficiencia del hospital a intervenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Total de consultas urgencias -Total de atenciones en urgencias en el periodo -Proporción de pacientes con orden de hospitalización en urgencias -Porcentaje de consultas de 	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	

	<p>urgencias según clasificación de triaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación consulta/ egreso - Porcentaje ocupacional - Giro cama - Total de consultas urgencias - Total de atenciones en urgencias en el periodo - Proporción de pacientes con orden de hospitalización en urgencias - Porcentaje de consultas de urgencias según clasificación de triaje - Tiempo promedio de espera para valoración por medicina especializada - Promedio tiempo total de atención de urgencias (Ingreso - egreso) - Tiempo promedio de permanencia en observación de urgencias - Tiempo promedio de espera para realización de estudios de laboratorio clínico - Tiempo promedio de espera para realización de 		
--	---	--	--

	<p>estudios de imágenes diagnosticas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo promedio de espera para entrega de resultados de imágenes diagnosticas -Tiempo promedio de espera para entrega de resultados de laboratorio clínico - Porcentaje de demanda no atendida 		
	<p>1.3.3. Conocer indicadores de calidad del hospital a intervenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporción de reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas - Tasa de mortalidad en urgencias antes de las 24 horas - Número de pacientes fallecidos en urgencias antes de las 24 horas - Tasa de mortalidad en urgencias después de las 48 horas - Porcentaje de satisfacción -Porcentaje egreso voluntario -Cantidad y motivo de remisiones 	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	
<p>1.4. Identificar características de talento humano en salud e</p>	<p>1.4.1. Conocer la conformación del equipo humano y el talento en salud que</p>	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	

<p>infraestructura de la institución</p>	<p>trabaja en el servicio de urgencias, así como la forma en que prestan sus servicios (presencialidad, disponibilidad, horas semanales)</p> <p>1.4.2. Conocer características en infraestructura y recursos técnicos de la institución (número de camas, distribución de estas, unidades funcionales, servicio de laboratorio, servicio de imágenes diagnósticas, servicio de rehabilitación)</p> <p>1.4.3. Visita a hospital a intervenir para reconocimiento de infraestructura de la institución</p>		
<p>1.5. Conocer portafolio de servicios de atención de urgencias</p>	<p>1.5.1. Identificar procedimientos y servicios médicos ofertados por la institución</p> <p>1.5.2. Identificar procedimientos y servicios de enfermería ofertados por la institución.</p> <p>1.5.3. Identificar procedimientos y servicios de rehabilitación ofertados por la institución</p>	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	
<p>1.6. Identificar características de guías de práctica clínica y procesos de capacitación – actualización del personal de la institución</p>	<p>1.6.1. Establecer existencia de guías de práctica clínica, así como su relación con primeras causas de morbilidad y la actualización de estas.</p>	<p>Coordinador, jefe o director de urgencias HRM</p>	

	<p>1.6.2. Evaluar indicadores de adherencia a guías de práctica clínica</p> <p>1.6.3. Identificar actividades de actualización y formación continuada dirigidas a personal de la institución, así como la participación en las mismas.</p>		
1.7. Identificación de protocolos de equipos de respuesta rápida y equipo de código azul	<p>7.1. Conocer la conformación y características operativas de equipos de respuesta rápida y equipos de código azul (Si aplica)</p> <p>7.2. Evaluar indicadores de activación y respuesta de equipos de respuesta rápida y equipo de código azul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad en la respuesta del equipo de código azul - Proporción de activación de código azul - Proporción de activación de equipo de respuesta rápida - Tiempo promedio de respuesta de equipo de respuesta rápida 	Coordinador, jefe o director de urgencias HRM	
1.8. Visitas de referenciación	<p>1.8.1. Visita GRS/PMU A HRM</p> <p>Visita a hospital a intervenir para conocer características técnicas y operativas</p>	GRS/PMU - HRM	Julio 2022

	de equipos de respuesta rápida y equipos de código azul		
	1.8.2. Visita HRM a HUSI	GRS/PMU - HRM	
1.9. Consolidación de datos recolectados en fase de diagnóstico y análisis de datos		GRS/PMU – Coordinador, jefe o director de urgencias HRM	Agosto 2022
Etapa 2: Análisis, planteamiento de objetivos y estrategias de intervención			
2.1. Socialización a grupo de trabajo HUSI de análisis y conclusiones de fase de diagnóstico	Definir metas y objetivos a lograr con las intervenciones a desarrollar	GRS/PMU	Agosto 2022
2.2. Socialización a HRM	Definir metas y objetivos a lograr con las intervenciones a desarrollar	GRS/PMU	
2.3. Diseño de estrategias basadas en objetivos y metas propuestas por GRS/PMU y HRM		GRS/PMU	
2.4. Socialización a HRM sobre estrategia de intervención	Socialización a HRM sobre estrategia de intervención y elaboración de documento final de intervención	GRS/PMU	

Etapa 3: Planteamiento de estrategias de intervención				
Área o proceso	Intervención sugerida	Justificación	Actividades	Fecha
Triaje	Diferenciación área de triaje y área de consulta.	Optimizar el proceso de realización del triaje y garantizar áreas disponibles para		Septiembre de 2022

		la atención inicial de urgencias.		
	Modificación protocolo triaje basado en protocolo HUSI (Protocolo de triaje especializado)	Implementación de triaje basado en signos vitales, motivo de consulta y mecanismos de trauma, definiendo la posibilidad de realizar triaje directo a especialidades.	Aprobación por parte de la gerencia del hospital y de la coordinación de urgencias de las modificaciones planteadas en el triaje.	Septiembre de 2022
	Activación de historia clínica desde triaje	Reducir los tiempos de atención inicial principalmente en triaje e alta y moderada complejidad, obviando barreras administrativas para el proceso de atención de urgencias.	Aprobación por parte de la gerencia del hospital y del área de TI para la activación de la historia clínica desde triaje.	Septiembre de 2022
	Capacitación y entrenamiento a Personal de Enfermería para realización triaje.	Se reconoce al triaje como primer sistema de gestión de riesgo en la atención de Urgencias. Recordando que se trata de sistema para clasificación de pacientes, y no se trata de valoración médica, la realización de triaje por personal de enfermería genera la oportunidad de reorganizar el recurso humano	Envío del protocolo de triaje de HUSI para lectura y análisis.	Septiembre de 2022
Resolución de dudas y acompañamiento para implementación del protocolo.			Octubre de 2022	
Capacitación a grupo que realizará el triaje.			Octubre 2022	
Valoración de adherencia - satisfacción del usuario- oportunidad de atención en triaje y oportunidad de atención medica			Noviembre de 2022 - Febrero de 2023 Mayo de 2023	

		<p>y asignar un médico para desarrollar otras actividades.</p> <p>Además, facilita la realización de procedimientos desde triaje. En los servicios de urgencias alrededor del mundo, el triaje realizado por enfermería ha mostrado impacto favorable en la oportunidad de atención, satisfacción de los usuarios y eficiencia y efectividad de la atención. En el caso de HUSI, contamos con una experiencia de más de 15 años en la realización de triaje por parte de Enfermería, con una adherencia actual al protocolo del 100% y satisfacción de los usuarios superior a 99%.</p>		
	<p>Realización de procedimientos de enfermería desde la realización de triaje para pacientes de alta y</p>		<p>Accesos venosos periféricos, administración de analgesia, indicación y toma de EKG y glucometrías.</p>	<p>Octubre de 2022</p>

	mediana complejidad.			
	Especialización del personal médico y de enfermería.	La especialización de los servicios de urgencias, tanto en el área médica como de enfermería, han demostrado reducción el tiempo de atención inicial, reducción del tiempo de toma de conductas y mayor satisfacción del paciente.		
	Generación por parte de Tecnologías de la Información de informes de tiempos de oportunidad.			
Atención Inicial de Urgencias	Atención diferenciada para triaje 1 y 2.		Box de atención que permita el desarrollo de actividades en paralelo (medicina, enfermería, toma de paraclínicos)	
	Ruta diferenciada para atención de paciente pediátrico.		Consulta pediatría primera vez en el servicio de urgencias.	
	Consulta especializada de primera vez en servicio de Urgencias		Consulta especializada primera vez en servicio de urgencias por parte de Medicina Interna, Ortopedia, Ginecología y Cirugía General.	
			Indicación y realización de	

	Toma e interpretación de EKG		EKG desde clasificación de triaje	
			Lectura e interpretación de EKG por parte de médico especialista (Internista de urgencias)	
	Protocolización de la figura de egreso parcial			
	Desarrollo de roles de jefes de grupo, jefes de turno y gestores			
Guías de práctica clínica	Acompañamiento en creación, actualización y socialización de guías de práctica clínica.		Guía de práctica clínica Dolor torácico.	Septiembre 2022
			Guía de práctica clínica Dolor abdominal.	Octubre 2022
			Guía de práctica clínica hemorragia variceal.	Noviembre 2022
			Guía práctica clínica ACV	Diciembre 2022
	Retomar proceso de trombólisis por telemedicina.			
	Revisión y ajuste de guías de enfermería para socialización y medición de adherencia		Definir en conjunto con coordinación de enfermería del hospital las guías a desarrollar	Octubre 2022
Reporte de resultados críticos de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.	Protocolización formal de priorización para solicitud y reporte de resultados críticos.		Celular institucional y /o extensión telefónica fija para establecer comunicación adecuada entre servicios de laboratorio, imágenes diagnósticas y la	

			unidad de urgencias.	
			Establecimiento de jefe de turno médico y de enfermería que inicialmente realice labores administrativas y asistenciales.	
Atención de pacientes de alta complejidad	Definir protocolo de activación de código azul		Definir protocolo de activación de código azul	Octubre 2022
	Protocolización de procedimientos realizados en sala de reanimación		Protocolo de Intubación orotraqueal y secuencia de intubación rápida.	Octubre 2022
			Protocolo para accesos venosos centrales.	Octubre 2022
			Disponibilidad de guía ecográfica como guía para realización de procedimientos y entrenamiento en la realización de procedimientos	Octubre 2022
	Definir protocolo de activación de código trauma			Noviembre 2022
	Implementación de equipos de respuesta rápida			Noviembre 2022
	Personal médico y de enfermería con dedicación exclusiva a servicio de urgencias.	La disminución en la rotación del personal del servicio de urgencias permite optimizar los procesos de capacitación, desarrollo de habilidades para realización de procedimientos y		

		adherencia a protocolos.		
Actividades de capacitación	Programación mensual de actividad de capacitación virtual.		Capacitación: Taller EKG	Octubre 2022
			Capacitación: catéter venoso central de inserción periférica.	Octubre 2022
			Capacitación: cuidado de la piel y prevención de caídas. Capacitación: Abordaje inicial paciente politraumatizado	Noviembre 2022
			Capacitación: administración medicamentos	Diciembre 2022
			Capacitación: Abordaje inicial paciente politraumatizado	Noviembre 2022
			Capacitación: Intubación orotraqueal-secuencia intubación rápida	Diciembre 2022
			Capacitación: accesos vasculares centrales	Enero 2023
			Capacitación: prevención flebitis.	Enero 2023
			Capacitación: taller gasometría arterial.	Febrero 2023
			Capacitación: código ACV	Febrero 2023
Reunión trimestral de cumplimiento de objetivos	Revisión cumplimiento de objetivos primer trimestre de intervención			Noviembre 2022

	Revisión cumplimiento de objetivos segundo trimestre de intervención			Febrero 2023
	Revisión cumplimiento de objetivos tercer trimestre de intervención			Mayo 2023
	Revisión cumplimiento de objetivos cuarto trimestre de intervención			Agosto 2023
Etapa 4: Diagnostico final				
Recolección de información sobre indicadores en salud y su comparación con las mediciones iniciales para determinar impacto de las intervenciones realizadas	Recolección de datos sobre indicadores en salud en los aspectos planteados en fase de diagnóstico inicial			Agosto 2023
	Análisis de datos y su comparación frente a diagnóstico inicial			Agosto 2023
	Consolidación de la información y evaluación de impacto de las intervenciones realizadas			Agosto 2023
	Socialización de resultados a grupo de trabajo Facultad.			Agosto 2023
	Socialización de resultados a Hospital Regional Monquirá			Agosto 2023

Aspectos Éticos:

Según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, donde se establecen las normas científicas, administrativas y técnicas para la investigación en salud, este proyecto se considera como una investigación sin riesgo. (11)

Se exige la realización de consentimiento informado, tal como lo indica el párrafo primero del Artículo 16 de la Resolución 8430 de 1993. (11)

La información incluida y derivada del presente estudio quedará bajo custodia del programa de especialización en Medicina de Urgencias y de la Oficina de Investigación del Hospital Universitario San Ignacio. Los resultados del presente estudio se divulgarán en eventos académicos y por medio de la publicación de un artículo en una revista científica

Presupuesto:

PROFESIONAL	ROL EN EL ESTUDIO	ACTIVIDADES	COSTO DE LA HORA	NUMERO TOTAL DE HORAS	COSTO TOTAL
NORY RIOS	INVESTIGADOR PRINCIPAL	Recopilación y análisis de datos. Elaboración del protocolo.	0	144	0
ATILIO MORENO	COINVESTIGADOR	Tutor temático. Recopilación de datos, supervisión y auditoria de la recolección de estos. Análisis	\$67.714	36	\$2.437.704

		de datos. Elaboración del protocolo			
DAVID MONTAÑA	COINVESTIGADOR	Recopilación y análisis de datos.	0	36	0
TOTAL					\$2.437.704

Resultados:

A la fecha se completaron las fases 1 y 2 del proyecto, y se están desarrollando las estrategias correspondientes a la etapa 3. A continuación se describen los resultados correspondientes a las etapas culminadas.

Descripción demográfica del municipio de Moniquirá y los municipios del área de influencia

Municipio capital de la provincia de Ricaurte en el departamento de Boyacá, está ubicado en la cordillera oriental, a 56 kilómetros de Tunja, capital de Boyacá, limita al oriente con Togüí y Arcabuco, al norte con San José de Pare, por el sur Gachantivá y Santa Sofía y por el occidente el departamento de Santander. Su extensión total es de 217,913 Km². Cuenta con 31 veredas y 19 barrios, Moniquirá está situado a 1.669 metros sobre el nivel del mar; se encuentran en él los pisos térmicos templado y frío, su temperatura promedio es de 19°C.

El municipio de Moniquirá presenta una tasa bruta de natalidad con tendencia a una leve disminución excepto en el año 2020 que arrojó la tasa más alta del periodo en referencia, la tasa bruta de mortalidad igualmente presenta una leve tendencia al aumento especialmente en los años 2020 y 2021 dado esto por exceso de mortalidad ocurrida por la pandemia SARCoV2 / COVID19, respecto a la tasa bruta de crecimiento natural se observa que el año de menor crecimiento correspondió al año 2021.

Según datos del censo DANE en 2018, Moniquirá tiene 23346 habitantes, con 53,26% ubicado en el área urbana y 46,74% en área rural. El área de influencia del Hospital

Regional de Moniquirá incluye a los habitantes de los municipios de Moniquirá, Chitaraque, San José de Pare, Santana y Togüí, con un total de 46.563 habitantes, distribuidos el 39.53% en las áreas urbanas y el 60.47% en la zona rural. (12)

En la estructura por grupos de edad, la pirámide poblacional permite identificar que se registra mayor población entre las edades de 10 a 19 años, representado en un 33,55% del total de la población, siendo 17,74% hombres y 15,81% mujeres y las edades con menor rango poblacional están entre los 75 y 79 años.

La distribución de la población por municipios se encuentra en la siguiente tabla:

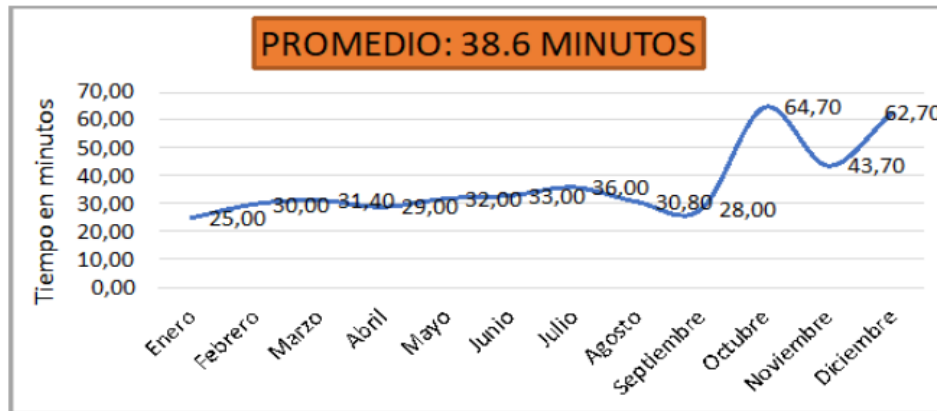
Municipio	Población Urbana	Población Rural	Población total
Moniquirá	12434	10912	23346
Chitaraque	1335	4609	5944
San José de Pare	1134	3932	5066
Santana	2781	5033	7814
Togüí	722	3671	4393
Total	18406	28157	46563

Fuente: sistema de información Hospital Regional del Moniquirá

Descripción de triaje hospitalario

El triaje es realizado por profesional de enfermería el cual se encarga de la recepción y clasificación de pacientes y se encuentra bajo las directrices de la Resolución 5596 de 2105, Ministerio de Salud y Protección Social. El protocolo institucional para la clasificación de triaje es el diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social y puede ser consultado en los anexos.

El tiempo promedio de espera para la atención del paciente después de la clasificación de triaje durante 2021 fue 38.6 minutos con una tendencia al aumento a lo largo del año, siendo de 25 minutos en enero y 62.7 minutos en diciembre, como puede observarse en la siguiente tabla.



Fuente: sistema de información Hospital Regional del Moniquirá

No se dispone de información en lo referente a tiempo de espera previo a la clasificación de triaje ni sobre los tiempos de espera según la clasificación asignada a cada paciente.

Indicadores en salud

El Hospital Regional de Moniquirá E.S.E reporta durante los meses de enero a diciembre del año 2021 un total de 25.340 atenciones realizadas, discriminadas de la siguiente forma:



Fuente: sistema de información Hospital Regional del Moniquirá

Diagnósticos clínicos principales

Durante el año 2021 se reportan los siguientes diagnósticos CIE-10 como principales causas de ingreso, hospitalización, mortalidad y referencia:

Código	Diagnóstico de ingreso
R104	Otros dolores abdominales y los no específicos
J00x	Rinofaringitis aguda
R509	Fiebre no específica
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso
R11x	Nausea y vomito
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado
R51x	Cefalea
J22x	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
M545	Lumbago no especificado
I10x	Hipertensión arterial esencial

Código	Diagnóstico de hospitalización
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado
O839	Parto único asistido sin otra especificación
0829	Parto por cesárea sin otra especificación
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
J80x	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso
K808	Otras colecistitis
I219	Infarto agudo de miocardio

Código	Diagnósticos relacionados con mortalidad
I420	Cardiomiopatía dilatada
I469	Paro cardiaco no especificado
I679	Enfermedad cerebrovascular no especificada
J22x	Neumonía no especificada
J449	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
K703	Cirrosis hepática alcohólica
K492	Hemorragia gastrointestinal no especificada
R060	Disnea
R570	Choque cardiogénico
R575	Choque hipovolémico

Diagnóstico	Diagnósticos de referencia
K922	Hemorragia gastrointestinal no especificada
0623	Trabajo de parto precipitado
S099	Traumatismo de la cabeza no especificado
I679	Enfermedad cerebrovascular no especificada
O839	Parto único asistido sin otra especificación
R568	Otras convulsiones y las no especificadas

I500	Insuficiencia cardiaca congestiva
K290	Gastritis aguda hemorrágica
K458	Otras hernias de la cavidad abdominal sin obstrucción ni gangrena
0800	Trabajo de parto podálico

Indicadores de eficiencia

El tiempo promedio de espera para realización de estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas es de 1 hora, el tiempo de espera para entrega de resultados de los paraclínicos descritos es de 2 horas.

No se dispone de información sobre relación consulta/egreso, porcentaje ocupacional, giro cama, tiempo promedio de espera para valoración por Medicina Especializada, promedio de tiempo total de atención de urgencias, demanda no atendida, proporción de reingresos, tasas de mortalidad en urgencias, porcentaje de satisfacción, porcentaje de egreso voluntario y cantidad de remisiones.

En cuanto el tiempo promedio de permanencia en observación en urgencias, el Hospital Regional de Moniquirá, como política institucional, no contempla la estancia en observación de urgencias y direcciona los pacientes directamente a estancia en hospitalización en los casos en que se requieren intervenciones posteriores a la atención inicial de urgencias.

Características del talento humano e infraestructura

El Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. es un hospital de segundo nivel de complejidad. Cuenta con un total de 58 camas distribuidas así:

- 22 camas UCI
- 18 camas Hospitalarias
- 6 camas ginecología
- 8 camas pediatría
- 4 cunas de uci neonatal

Infraestructura de urgencias

El servicio de urgencias cuenta con 3 camas de reanimación, 10 camas para la observación de pacientes adultos sin patologías respiratorias y 5 camas destinadas para la atención de pacientes con patologías respiratorias.

Talento humano en urgencias

El servicio de urgencias se encuentra constituido de la siguiente manera

- 1 coordinador de urgencias.
- 32 médicos generales distribuidos entre área no respiratoria, área respiratoria, consultorios, observación, triaje y reanimación.
- 10 enfermeros profesionales distribuidos entre área no respiratoria, área respiratoria, observación, consultorios, procedimientos y reanimación.
- 36 auxiliares de enfermería distribuidos entre área no respiratoria, respiratoria, consultorios, procedimientos, triaje y reanimación.
- 6 facturadores
- 6 personas en área de referencia
- 4 personas a cargo del aseo
- 4 personas de seguridad.

El servicio de urgencias cuenta con servicio de laboratorio clínico de mediana complejidad con disponibilidad de 24 horas y servicio de radiología para realización de estudios radiológicos y tomográficos las 24 horas. La disponibilidad de ecografía se encuentra disponible en horarios fijos.

Con respecto a los servicios de rehabilitación existe disponibilidad por horario fijo de terapia física y disponibilidad 24 horas de terapia respiratoria

Talento humano por especialidades

Con respecto a las especialidades, Ginecología, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología se encuentran de manera presencial durante las 24 horas de toda la semana. Especialidades como Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Psiquiatría y

Radiología se encuentran a disponibilidad, mientras que Medicina Interna, Ortopedia, Urología, Cirugía Maxilofacial, Fisiatría, Nutrición y Trabajo Social se encuentran disponibles en horarios fijos.

Discusión:

Simultáneamente con el proceso de diagnóstico inicial en el aspecto administrativo y asistencial del hospital Regional de Moniquirá, se realizó la caracterización de la población correspondiente al área de influencia de esta institución evidenciando que incluye a habitantes de varios municipios aledaños pertenecientes al departamento de Boyacá pero que además por su ubicación geográfica recibe pacientes procedentes de Santander. Mas del 60% reside en área rural, y más del 30% está entre los 10 y 19 años.

En el Hospital Regional de Moniquirá la asignación de turno para ingresar a consultorio de triaje se hace a través de un sistema de digiturno se encuentra vinculado con el software de historia clínica del hospital. El triaje es realizado por un profesional de enfermería y el proceso se encuentra bajo los lineamientos del protocolo de triaje diseñado por el ministerio de salud y protección social. El tiempo promedio de espera para la atención después de ser clasificado en triaje, para el año 2021, fue de 38.6 minutos. Si bien al adoptar los protocolos de ministerio de salud acogen también los tiempos de espera determinados para cada grado de complejidad, su promesa de servicio incluye para el triaje 2 atención antes de 20 minutos y triaje 3 antes de 60 minutos, sin embargo no se dispone de mediciones del tiempo de espera previo a la clasificación de triaje ni sobre los tiempos de espera en relación con la clasificación asignada. En este sentido se planteó como estrategia de intervención el desarrollo a través de TIC que permita no solo vincular la solicitud inicial de atención por parte del usuario al sistema de historia clínica para tener registros precisos y mediciones de tiempos de espera que permitan evaluar y optimizar procesos, sino también la posibilidad de realizar activación de la historia clínica desde el momento mismo del triaje procurando eliminar barreras administrativas para el proceso de atención de urgencias.

En cuanto al protocolo de triaje, se plantea la modificación e implementación de un protocolo de triaje especializado, basado en el actual protocolo de HUSI junto con la capacitación al personal que realizará el triaje y se definen además mediciones trimestrales en cuanto a adherencia, satisfacción del usuario y oportunidad en la atención.

Se realizaron durante la fase inicial visitas de referenciación a los 2 hospitales vinculados en el proyecto (Hospital Regional de Moniquirá y Hospital Universitario San Ignacio) con el fin de conocer la experiencia de cada institución en lo correspondiente a la prestación de servicios en el área de urgencias. Como conclusión de esta experiencia, entre otras, se propuso para Hospital de Moniquirá la atención diferenciada para triaje 1 y 2, con el modelo de box de atención, vigente actualmente en HUSI y que permite el desarrollo de actividades en paralelo (medicina, enfermería, toma de paraclínicos) optimizando la atención de los pacientes. De igual manera se propuso la implementación de una ruta de atención diferenciada para el paciente pediátrico y atención inicial de urgencias por parte de las especialidades médico-quirúrgicas de permanencia en la institución (Cirugía, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Ortopedia).

Como parte del proceso de acompañamiento en creación, actualización y socialización de guías de práctica clínica, así como la participación de actividades de capacitación, se viene realizando una reunión mensual, en modalidad virtual, dirigida por Especialistas y Residentes de Medicina de Urgencias y Profesionales de Enfermería con especialización en urgencias del Hospital Universitario San Ignacio, con gran acogida dentro del grupo de colaboradores del Hospital Regional de Moniquirá.

En conclusión, aunque al momento el proyecto ha completado solo sus 2 primeras fases, en el diagnóstico inicial se identificaron oportunidades de mejora y puntos clave a intervenir buscando generar cambios en algunos de los procesos de la atención inicial de urgencias en el Hospital Regional de Moniquirá abriendo a su vez la puerta para seguir desarrollando estrategias que de forma conjunta permitan el crecimiento de todas las partes vinculadas en el proyecto y la generación de conocimiento y material académico con miras a replicar la experiencia en otras instituciones.

Bibliografía

1. Weed DL, McKeown RE. Science and social responsibility in public health. *Environ Health Perspect.* 2003 nov;111(14):1804-8. doi: 10.1289/ehp.6198. PMID: 14602514; PMCID: PMC1241728.
2. Dominic Patterson & David N. Blane (2021) Training for purpose - a blueprint for social accountability and health equity focused GP training, *Education for Primary Care*, 32:6, 318-321, DOI: 10.1080/14739879.2021.1966652
3. Boelen C, JE H. World Health Organization. Division of development of human resources for H. Defining and measuring the social accountability of medical schools/Charles Boelen and Jeffery E. Heck. Geneva: World Health Organization; 1995.
4. GCSA. Global consensus for social accountability of medical schools. East London, South Africa; 2010.
5. Preston, R., Larkins, S., Taylor, J. et al. Building blocks for social accountability: a conceptual framework to guide medical schools. *BMC Med Educ* 16, 227 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0741>
6. Janeway M, Wilson S, Sanchez SE, Arora TK, Dechert T. Citizenship and Social Responsibility in Surgery: A Review. *JAMA Surg.* 2022;157(6):532–539. doi:10.1001/jamasurg.2022.0621.
7. Fitzgerald M, Shoemaker E, Ponka D, Walker M, Kendall C. Global health and social accountability: An essential synergy for the 21st century medical school. *J Glob Health.* 2021 Mar 1;11:03045. doi: 10.7189/jogh.11.03045. PMID: 33763215; PMCID: PMC7955959.
8. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Educ Health* 2012;25:180-94
9. Barber C, van der Vleuten C, Leppink J, Chahine S. Social Accountability Frameworks and Their Implications for Medical Education and Program Evaluation: A Narrative Review. *Acad Med.* 2020 Dec;95(12):1945-1954. doi: 10.1097/ACM.0000000000003731. PMID: 32910000.
10. Wood B, Bohonis H, Ross B, Cameron E. Comparing and using prominent social accountability frameworks in medical education: moving from theory to implementation in Northern Ontario, Canada. *Can Med Educ J.* 2022 Sep 1;13(5):45-68. doi: 10.36834/cmej.73051. PMID: 36310909; PMCID: PMC9588193.
11. Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. República de Colombia
12. Censo nacional de población y vivienda 2018. Departamento administrativo nacional de estadística DANE. República de Colombia.
13. Hospital Universitario San Ignacio. Direccionamiento estratégico y gerencia. Política y acciones de responsabilidad social institucional. DIR-M-02. 2019.
14. Hiroko Mori, Masashi Izumiya, Masato Eto. (2022) Response to: Key drivers of social accountability in nine Canadian medical schools. *Medical Teacher* 44:1, pages 100-100.
15. Clithero-Eridon A, Albright D, Ross A. Conceptualising social accountability as an attribute of medical education. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020 feb

18;12(1): e1-e8. doi: 10.4102/phcfm. v12i1.2213. PMID: 32129649; PMCID: PMC7061228.

16. Klaus Puschel, Paulina Rojas, Alvaro Erazo, Beti Thompson, Jorge Lopez, Jorge Barros, Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice, *Family Practice*, Volume 31, Issue 4, August 2014, Pages 399–408.
17. Puschel K, Riquelme A, Moore P, Rojas V, Perry A, Sapag JC. What makes a medical school socially accountable in Latin America? A report from a Latin American panel based on a qualitative approach. *Med Teach*. 2017 Apr;39(4):415-421. doi: 10.1080/0142159X.2017.1296119. Epub 2017 Mar 11. PMID: 28285565.
18. Abdalla M, Taha M, Wadi M, Khalafalla H. What makes a medical school socially accountable? A qualitative thematic review of the evaluation of social accountability of medical schools in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2022 May 29;28(5):381-389.
19. Klaus Puschel, Arnoldo Riquelme, Jaime Sapag, Philippa Moore, Luis A. Díaz, Eduardo Fuentes-López, William Burdick, John Norcini, Jorge Jiménez de la Jara, Henry Campos, Jorge E. Valdez, María Paola Llosa, Francisco Lamus-Lemus, Horacio Yulitta & Marcela Grez (2020) Academic excellence in Latin America: Social accountability of medical schools, *Medical Teacher*, 42:8, 929-936.