



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÀREA BIOLÒGICA

**TITULACIÒN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del
Hospital Miguel Hilario Alcívar. Bahía de Caráquez, 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÌA.

AUTOR: Bermúdez Medranda, José Manuel

DIRECTORA: Viteri, Rita Marcela. Mg Sc.

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Mg.

Rita Marcela Viteri

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: “Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia Hospital Miguel Hilario Alcívar. Bahía de Caráquez, 2013” realizado por Bermúdez Medranda José Manuel, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, noviembre 2013

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Bermúdez Medranda José Manuel, declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de Maestría: Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Miguel Hilario Alcívar. Bahía de Caráquez, 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Mg. Rita Marcela Viteri Delgado directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor. Bermúdez Medranda José Manuel

Cedula.1309710562

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir un escalón más de mi carrera. A mis padres y hermanos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para a cumplir mis objetivos como persona y maestrante.

A mi madre por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos, enseñanzas y amor. A mi esposa y mis hijos por estar siempre presentes, acompañándome. A todo el resto de familia y amigos que de una u otra manera me han llenado de sabiduría para terminar la tesis. A todos en general por darme el tiempo para realizarme profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de aprendizaje. A mis catedráticos quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente. Un agradecimiento especial a mi tutora Lcda. Marcela Viteri de Delgado Mg. por hacer posible esta tesis.

A mis compañeros de clases quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos. En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo pero sobre todo cariño y amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE	PÁGINAS
CARATULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDO	VI
ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES	VII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMATIZACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
CAPÍTULO I	
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. MARCO INSTITUCIONAL	
1.1.1. Aspectos Geográficos del lugar	10
1.1.2. Dinámica Poblacional	11
1.1.3. Misión de la institución	11
1.1.4. Visión de la institución:	11
1.1.5. Organización administrativa.	12
1.1.6. Servicios que presta la institución:	13
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura o estado de salud de la población	13
1.1.8. Características geofísicas de la institución	15
1.1.9. Políticas de la institución	16
1.2. MARCO CONCEPTUAL	17
CAPÍTULO II	
2. DISEÑO METODOLÓGICO	
2.1. Matriz de involucrados	30

2.2.	Árbol del problema	32
2.3.	Árbol de objetivos	33
2.4.	Matriz del marco lógico	34
CAPÍTULO III		
3.	RESULTADOS	
3.1.	Resultados	39
	Conclusiones y recomendaciones	73
	Bibliografía	75
	Apéndice	78

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

ÍNDICE DE CUADROS	PÁGINAS
CUADRO N° 1: 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD (2013)	13
CUADRO N° 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EVALUACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERIA	65
CUADRO N° 3: CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PROGRAMACIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS	65
CUADRO N° 4 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES	65
CUADRO N° 5 TIEMPO DE TRIAJE	67
CUADRO N° 6 ASÉPSIA	68
CUADRO N° 7 PROCEDIMIENTOS GENERALES	69
CUADRO N° 8 CRITERIO DE LOS USUARIOS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	70
CUADRO N° 9 RESULTADO EN LA ATENCIÓN	72

ÍNDICE DE APÉNDICES

APÉNDICE N° 1: REGISTRO DE AVENCE DEL PROYECTO	
APÉNDICE N° 1: MATRIZ DE EVALUACION	
APÉNDICE N° 1: OFICIOS	
APÉNDICE N° 1: REGISTROS DE ASISTENCIA	
APÉNDICE N° 1: MATERIAL DIDACTICO	
APÉNDICE N° 1: FOTORRELATORIA	
APÉNDICE N° 1: PROGRAMA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS	

RESUMEN

En el Hospital Miguel Hilario Alcívar, de la ciudad de Bahía de Caráquez, Manabí, Ecuador, se desarrolló un proyecto de acción con la finalidad de disminuir las complicaciones de los pacientes que asisten al área de emergencia hospitalaria.

Esta propuesta se inició con un diagnóstico participativo, en el que priorizó como problema central que los pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital Miguel H. Alcívar reciben mala calidad de atención; y como factores causales se determinó que el personal de enfermería se encuentra desactualizado sobre normas de atención, no se cubre las necesidades del usuario por la inadecuada programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades, y la inexistencia de programas de supervisión.

Como respuesta a esta problemática se realizó la actualización del personal, se elaboró y ejecuto la programación de insumos y medicamentos y se implementó un programa de supervisión de la calidad de atención. Como resultado esperado las actividades planificadas se cumplieron en un 100%, mediante la intervención oportuna y eficiente del equipo de salud y autoridades del servicio.

Palabras claves: Calidad de atención, servicio de emergencia, normas de atención, complicaciones.

ABSTRACT

In the Hospital Miguel Hilario Alcívar city Caráquez Bay, Manabí, Ecuador, developed an action plan in order to reduce complications of patients attending hospital emergency area.

This proposal started with a participatory, which prioritized as a central problem patients presenting to the emergency room of the Hospital Miguel H. Alcívar receive poor quality of care, and as causal factors was determined that the nursing staff is outdated on standards of care, do not meet the needs of the user by inadequate supplies and medicine schedule according to the needs, and the lack monitoring programs.

In response to this problem was the upgrade of staff, was developed and executed programming supplies and medications and implemented a program for monitoring the quality of care. As expected outcome planned activities were completed by 100 %, by timely and effective intervention of the health team and service authorities

Keywords: Quality of care, emergency care, standards of care, complications.

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo por mejorar la atención al usuario en el servicio de Emergencias Médicas ha sido muy evidente en diferentes sectores de la salud, la efectividad y calidad es un tema inherente a la misión de cada institución, y su evolución debe estar sustentada por equipos de salud con una actitud proactiva, dispuestos a mejorar su nivel de conocimiento y actuación ante una emergencia, y que se muestren responsables en el uso de los recursos.

La OMS (2009) en el boletín elaborado por Elizabeth Molyneux, Shafique Ahmad, y Ann Robertson resume:

“Las mejoras en el proceso y prestación de atención médica y la capacidad para priorizar el tratamiento clínico son fundamentales para garantizar unas prácticas adecuadas. La introducción de los cambios ha permitido racionalizar la dispensación de atención y conducido a una reducción de la mortalidad de los enfermos ingresados, del 10% - 18% antes de los cambios (antes de 2001) al 6% - 8% observado posteriormente.

En este contexto se pretende mejorar la atención en redes de establecimientos y servicios de salud en el área de emergencias médicas, mediante la priorización y atención orientados a contribuir al desarrollo de la capacidad de gestión interna, fortaleciendo especialmente su capacidad para desarrollar un servicio eficiente calidad donde prime el desarrollando del talento humano y la atención prioritaria al usuario.

La OMS (2007) en el Consejo Ejecutivo eb120/27, menciona:

“El fortalecimiento de los servicios de atención traumatológica y de emergencia podría rendir importantes beneficios a la salud pública. Incluso en el supuesto conservador de que la mortalidad del conjunto de los lesionados disminuyera sólo un 8%, se estima que cada año se podrían salvar 400 000 vidas. Más vidas se podrían salvar aún si se reforzaran esos servicios en los países de ingresos bajos y medianos. El fortalecimiento de los servicios de atención traumatológica y de emergencia se considera un prerrequisito para mejorar la preparación ante incidentes con gran número de víctimas, y se ha determinado que la atención traumatológica y de emergencia es una importante prioridad, en particular en emergencias súbitas de grandes dimensiones.”

Este mismo organismo menciona que en los países de ingresos bajos y medianos tropiezan con la dificultad de que la mayoría de las experiencias documentadas sobre el fortalecimiento de los servicios de atención de emergencia proceden de países de ingresos altos. Las directrices e instrumentos están destinados a su uso en establecimientos fijos (hospitales y dispensarios) y para reforzar la atención pre hospitalaria. Se centran

explícitamente en estrategias costo eficaces, basadas en datos probados y asequibles con el fin de asegurar la prestación de servicios eficaces de atención traumatológica y de emergencia mediante, por ejemplo, un uso apropiado de los recursos humanos, los recursos físicos y sistemas de transporte adecuados. Se trabaja en la preparación de orientaciones normativas sobre la creación y el fortalecimiento de los sistemas de manejo de los incidentes con gran número de víctimas.

Es importante incorporar dentro de los servicios de salud sistemas de capacitación al personal que le permitan no solo profesionalizarse sino también adquirir pautas y estrategias para fomentar el buen trato a todos los pacientes o usuarios que se acerquen por la necesidad de los servicios.

Este proyecto es factible por cuanto se cuenta con talento humano predispuesto a mejorar la calidad de atención y a que la Institución tiene el compromiso sincero de prestar su contingente logístico y talento humano para la ejecución de actividades.

De acuerdo a los objetivos planteados se lograron cumplir mediante la sensibilización a los líderes del área y autoridades del Hospital para el cumplimiento de las actividades propuestas encaminadas a mejorar la atención al usuario. El presente proyecto contempla 3 objetivos: Actualizar al personal de enfermería sobre Normas de Atención en el servicio, elaborar y ejecutar una programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades y realizar un programa de supervención de la calidad de atención.

Trabajando en equipo en el diseño del plan de capacitación al personal de enfermería del área para ser ejecutado de manera permanente y secuencial en el mejoramiento de la gestión de cada uno de los involucrados en la atención de salud a los pacientes en la sala de emergencias de manera especial los fines de semana.

Mediante talleres dinámicos y prácticos se motivó al personal del área de salud, a participar del programa de capacitación sobre atención al usuario para el mejoramiento de su desempeño laboral y profesional.

Creando un equipo interdisciplinar se implementará un sistema de control y monitoreo para la atención en la sala emergencia en el mejoramiento de la calidad del servicio como factor fundamental de la prestación de servicio a la colectividad.

PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital Miguel Hilario Alcívar, ha venido brindando servicios de atención sanitaria por más de 25 años a la parte norte de la provincia de Manabí, cuenta con personal profesional de enfermería de 16 más el ingreso de personal contratado en número de 6 desde el mes de Septiembre del 2012, para un hospital que tiene 103 camas al servicio de la comunidad y en un 80% lo comprende el personal Auxiliar de enfermería para todos los procesos de especialidades que tiene no se logra satisfacer las necesidades de cada servicio.

La problemática evidenciada en el servicio es la acumulación de personal en el área de emergencia, y la ineficacia del personal de enfermería en la aplicación de procedimientos, como la identificación del paciente, asepsia, priorización de los problemas de salud mediante el Triage, tomándose mucho tiempo en esta actividad, aumentando así el tiempo de espera del paciente, además de evidenciarse una descoordinación en la resolución de problema.

En cuanto al Fortalecimiento de los Servicios de Emergencia Médica, la OMS (2011) menciona:

“Mejorar la prestación de Servicios de Emergencias Médicas (SEM) constituye una prioridad en todos los países de la Región de las Américas. La evidencia apunta a que el fortalecimiento del sistema de emergencias médicas puede jugar un papel importante en la disminución de la morbilidad y mortalidad. Por ello, el análisis sobre la situación de los servicios de emergencias médicas en América Latina y el Caribe brindará a los Estados Miembros la información necesaria para promover procesos de toma de decisiones en torno a estrategias nacionales y regionales de mejoramiento, articulación y fortalecimiento de los SEM, dando respuesta así a las crecientes demandas que en este sentido afrontan las sociedades modernas,”

Esta organización también menciona que en varios Estados Miembros de la OPS se cuenta con importantes avances en organización de servicios de emergencias médicas que ya constituyen ejemplos de buenas prácticas. En América Latina países como Argentina, Chile, Colombia, Perú, México y Brasil cuentan con modelos funcionales. De relevancia son los avances observados en la organización de la atención pre hospitalaria en centros como el Centro Regulador de Urgencias (CRU) de Bogotá y el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de Brasil. Sin embargo en la mayoría de los países restantes hay una debilidad notoria en la organización y efectividad de la atención pre-hospitalaria caracterizada por la ausencia de modelos organizativos funcionales, bajo nivel de

capacitación del recurso humano y ausencia de normativas y programas que garanticen el entrenamiento, certificación y re-certificación del personal médico y para-médico

A nivel mundial la OMS (2008) en el 1er. Coloquio regional sobre la organización y gestión de los servicios de emergencia médica.

“Las urgencias médicas constituyen un importante problema de salud pública en la Región de las Américas. Las causas y factores contribuyentes son múltiples y diversas. Por ejemplo, durante el periodo 2000-2004 la Región de Las Américas registro más de 6 millones de muertes debidas a causas externas. Estas muertes, y en el caso de los sobrevivientes las discapacidades resultantes, son causadas fundamentalmente por actos de violencia y accidentes de tránsito. Por otro lado, un número importante de urgencias médicas son atribuibles a otras causas de enfermedad, entre ellas un alto porcentaje se deben a complicaciones de las enfermedades crónicas que van en aumento en la mayoría de los países de la región. Las emergencias sanitarias y situaciones de crisis y desastre a su vez, ocasionan un incremento en la demanda y la presión sobre los servicios médicos de urgencias que en muchos casos carecen de la capacidad y recursos para responder de forma adecuada.”

En el servicio de Emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar laboran alrededor de 12 auxiliares de Enfermería y 1 Enfermera líder, y 5 Licenciados de Enfermería contratados distribuido en horarios rotativos de 8 horas logrando cubrir todos los turnos con un profesional, pero he aquí el inconveniente, la sala cuenta con disponibilidad de 11 camas que en su mayoría de las 24 horas pasan cubiertas con pacientes, hasta llegar al punto de caotizar el servicio por la demanda de usuarios que llegan por atención, permitiéndose por el exceso de paciente dar un servicio deficiente, satisfaciendo necesidades a medias.

Las innovaciones se han dado a tal punto de que el proceso de emergencia pasó en su estructura una readecuación, mejorando la vista del mismo, pero con un déficit importante en innovar al personal mediante las capacitaciones continuas, protocolizando y ejecutando, para así mejorar el acceso a un servicio de calidad.

Cabe recalcar que no basta embellecer un servicio si aún carecemos como institución de coordinación, pues es importante que durante las 24 horas se brinden pruebas de diagnosticas que permitan proceder a establecer tratamiento de manera oportuna y disminuyendo los riesgos de complicación de los usuarios, en el caso de Rayos X que solo funcionan hasta las 20h00 todos los días careciendo del servicio durante 12 horas, y con laboratorio sería ideal tener acceso a todos los reactivos pues sus valores descartan o aciertan alguna patología.

Por lo tanto se debe mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia tomando acciones directas mediante la revisión y reestructuración de ser necesario de los protocolos de atención, capacitación continua y programación de los mismos. Otro factor asociado es la reprogramación del consumo de los medicamentos e insumos, por la descoordinado con el área de bodega.

De acuerdo a un diagnóstico situacional realizado por medio de la técnica de grupo focal representado por el personal de enfermería y autoridades se estableció como pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar reciben mala calidad de atención; identificándose como factores causales los siguientes:

El personal de salud desactualizado sobre las Normas de Atención en el Servicio de Emergencia, porque hay pocos programas de capacitación y desinterés de los directivos, lo que ocasiona una respuesta tardía ante una emergencia médica, que no haya una atención oportuna y aumento del riesgo de complicaciones.

Como segunda causa no se satisfacen las necesidades del usuario por la una inadecuada programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades, ya que las autoridades desconocen el perfil epidemiológico del servicio, lo que ocasiona que los familiares y pacientes no reciban medicamentos e insumos y que los pacientes abandonen el servicio.

Inexistencia de programa de supervisión de la calidad de atención, debido a que la supervisión no es considerada importante y la necesidad no ha sido identificada, lo que ocasiona una falta de control en los procedimientos de atención, que no se apliquen medidas correctivas e ineficacia en la atención al usuario

Todo este contexto de causas y efectos repercute en la alta incidencia de complicaciones en los pacientes que acuden al servicio de emergencia. Surge entonces la siguiente interrogante ¿Es factible aplicar un proyecto para el mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Miguel Hilario Alcívar. Bahía de Caráquez 2013?

JUSTIFICACIÓN

Dentro de cualquier empresa, negocio o institución que se dedique a la prestación de servicios debe tenerse bien en claro que la atención al usuario debe darse de manera efectiva, eficaz, eficiente, pertinente y sobre todo con calidad y calidez, más aún en aquellas relacionadas al área de salud, por cuanto quien se acerca a requerir los servicios profesionales es porque realmente lo necesita ya que la salud es lo primordial en la vida del ser humano.

La atención al usuario tiene mucha correlación con el desarrollo de una seguridad clínica en el diagnóstico y medicación oportuna del paciente, por cuanto permite que se reorganicen los departamentos, los procesos y sobre todo el talento humano de la institución en beneficio de los usuarios para mejorar la calidad de sus servicios.

Este trabajo de gestión está dirigido a aquellos profesionales y administradores que se atrevan a liderar los cambios necesarios, aún en tiempos difíciles. También a aquellos que comprendan que el desafío más trascendente de una guía de práctica clínica comienza al día siguiente. Y, especialmente, a los que no los paralizan las imperfecciones, porque confían en que la próxima vez lo van a hacer mejor, Este proyecto es el fruto de reflexión sobre la conveniencia de aprovechar los conocimientos adquiridos durante la formación como Magister en Gerencia de Salud, enfocándolos directamente en la práctica cotidiana de las labores del o la enfermera en la sala de emergencias y el papel preponderante que denota el hecho de una buena atención al paciente demostrando calidad y calidez.

Se pretende con este proyecto cambiar la realidad existente, mejorar la calidad de servicios de la institución y propiciar un clima laboral y de atención en la sala de urgencia de vanguardia en el Hospital Miguel H. Alcivar y sirva de referencia a los demás centros de atención en salud del Cantón, la provincia y el país.

Los beneficiarios directos de este proyecto serán los pacientes que acudan a la casa asistencial en busca de atención a sus necesidades porque se encontrarán en la ventaja de tener una atención de emergencia digna a sus requerimientos, el personal que labora en la institución porque se formará en temas acordes a su función dentro de su desempeño profesional, los directivos de la Institución porque disminuirán las quejas sobre la atención de los usuarios y se incrementará el prestigio de la institución. Se aplicarán técnicas de investigación tales como las encuestas, entrevistas y fichas de observación dentro del

desempeño laboral, que permitan recoger, analizar e interpretar los resultados para validar los objetivos, relacionar las variables y ejecutar los talleres de acuerdo a la necesidad.

Se cuenta con la factibilidad suficiente para el acceso al material bibliográfico, el talento humano, y los recursos económicos y financieros para la ejecución del proyecto.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, mediante la actualización al personal de enfermería sobre Normas y Protocolos de Atención, permitiendo que las necesidades del usuario queden cubiertas; y la existencia de un programa de supervisión de la calidad de atención, con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar al personal de enfermería sobre Normas y Protocolos de Atención, para disminuir el riesgo de complicaciones en los pacientes.
- Cubrir las necesidades de los usuarios del servicio de emergencias; mediante una programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades.
- Diseñar y aplicar un programa de supervisión de la calidad de atención, dirigida a lograr la eficacia en la atención.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.

El Hospital Miguel Hilario Alcívar se localiza en la ciudad de Bahía de Caráquez, denominado oficialmente como San Antonio de Caráquez perteneciente al cantón Sucre, se localizada en una estrecha península con una cadena de montañas en su base. Limita: al Norte, el Océano Pacífico, el estuario del Río Chone, cantón San Vicente, al Sur los cantones Portoviejo y Rocafuerte; al este cantón Tosagua; y, al oeste el Océano Pacífico. San Isidro.- Al norte, cantón Jama; al sur, los cantones San Vicente y Chone; al este cantón Chone; al oeste los cantones San Vicente y Jama. Su extensión territorial es de 764 km². El clima oscila subtropical seco a tropical húmedo. (Plan Estratégico Institucional “Hospital Miguel H. Alcívar” 2012) (Ver imagen No. 1)

Imagen No. 1

Ciudad de Bahía de Caráquez



Fuente de imagen: <http://cocobongohostal.com>

Bahía de Caráquez cuenta con un gran atractivo turístico y frente a ella está San Vicente, lugar fascinante al que se puede llegar cruzando en lancha, gabarra, o por vía terrestre, y cuenta con el aeropuerto Los Perales. De norte a sur existen amplias playas, pequeñas islas e islotes, lugares que son preferidos por los turistas. En el cantón se ubican 100 Comunidades (Gobierno Provincial de Manabí: [Http://www.manabí.gob.ec / cantones / sucre](Http://www.manabí.gob.ec/cantones/sucre))

1.1.2. Dinámica poblacional.

Según el último Censo 2010, el Cantón Sucre tiene una población de 57.159 habitantes (INEC) en una extensión de 76.400 hectáreas, a la ciudad de Bahía de Caráquez y Leónidas Plaza le corresponden 13.075 hombres y 13.037 mujeres, con un total de 26.112 habitantes compuesta mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles. A principios del siglo XX hubo mucha inmigración de familias italianas, libanesas, palestinas, turcas, alemanas, francesas, estadounidenses y canadienses que dejaron descendientes en esta ciudad. (Fuente:<http://www.bahiadecaraquez.com/data.html>)

1.1.3. La misión de la institución.

Según la Planificación Estratégica 2013 el Hospital Miguel H. Alcívar tiene la siguiente misión:

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ambiente de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios cumpliendo con responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de la justicia y equidad social.”

1.1.4. La visión de la institución.

Según la Planificación Estratégica 2013 el Hospital Miguel H. Alcívar tiene la siguiente visión:

“En el año 2013, seremos una institución que ofrezca un servicio de alta calidad utilizando recursos orientados al cumplimiento de los requisitos establecidos para la excelencia del servicio en todas sus fases, manteniendo la mejora continua para garantizar la satisfacción total de nuestros usuarios a través de un eficiente sistema de gestión de calidad.”

1.1.5. Organización administrativa.

Según la Planificación Estratégica 2013 el Hospital Miguel H. Alcívar cuenta con la siguiente estructura orgánica funcional: (Ver organigrama No. 1)

Organigrama No. 1

Organigrama funcional del Hospital Miguel Hilario Alcívar



El talento humano está compuesto por:

2. Gerente Hospitalario
3. Director Hospitalario
4. Médicos Tratantes hospital
5. Médicos Tratantes Consulta Externa
6. Médicos Residentes
7. Obstetrix
8. Enfermeras
9. Profesional de laboratorio clínico
10. Laboratorista
11. Tecnólogos
12. Personal administrativo
13. Choferes profesionales
14. Técnicos en mantenimiento
15. Auxiliares de radiología

- 16. Auxiliares de laboratorio
- 17. Auxiliares de farmacia
- 18. Auxiliares de enfermería
- 19. Auxiliares de alimentación
- 20. Auxiliares administrativos de salud

1.1.6. Servicios que prestan la institución.

El Servicio de Emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar brinda una atención, con el fin de aliviar las dolencias y asistir a tiempo completo las 24 horas del día durante los 365 días del año a todos los pacientes de urgencias y emergencias que demandan atención así como también a pacientes que son remitidos de otras unidades de salud, con recursos humanos preparados y capacitados, optimizando los recursos disponibles de la Institución con el propósito de salvar vidas, evitar complicaciones y disminuir índices de morbi-mortalidad.

El Hospital Miguel H. Alcívar actualidad cuenta con 8 camas de observación, 1 camilla Gineco-Obstétrica, 3 cunas, 1 camilla en consultorio y 2 camillas de transporte.

En el periodo 2011 se atendieron en este proceso 41914 pacientes, de los cuales 6516 fueron ingresos (15.5%) y 35398(84.4%) fueron atenciones ambulatoria.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

El perfil epidemiológico presente en el servicio de salud son: (Ver cuadro y gráfico No. 1)

Cuadro No. 1

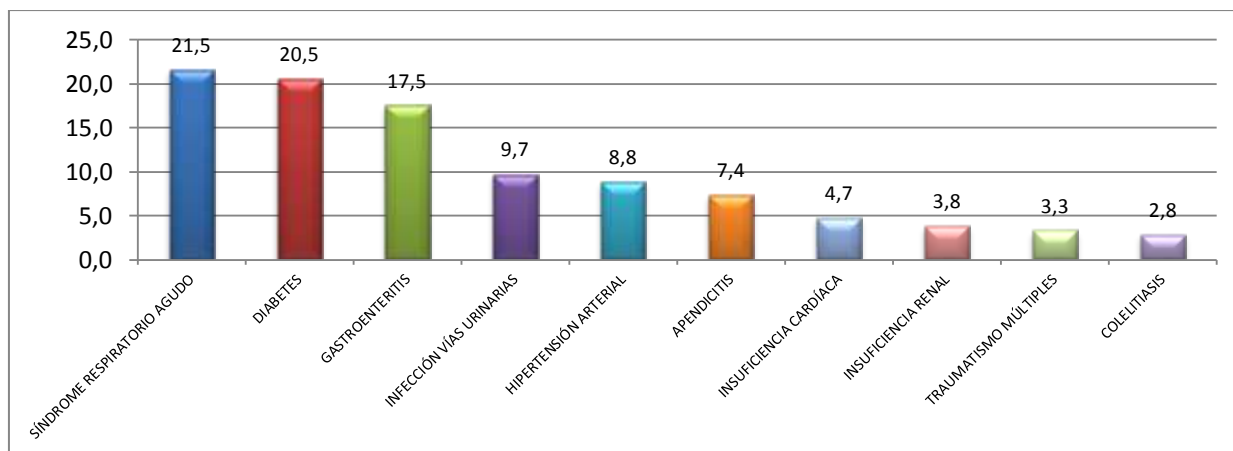
LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA (AÑO 2012)

CIE 10	CAUSAS	#CASOS	%
U 04	Síndrome Respiratorio Agudo	486	21,5
E 13	Diabetes	464	20,5
A 09 X	Gastroenteritis	395	17,5
N 390	Infección Vías Urinarias	219	9,7
I 10	Hipertensión Arterial	199	8,8
K 35.9	Apendicitis	166	7,4
I 50	Insuficiencia Cardíaca	106	4,7
N 17 – 19	Insuficiencia Renal	86	3,8
T 00	Traumatismo Múltiples	74	3,3
K 80	Colelitiasis	63	2,8
		2258	100,00

Fuente: Archivos departamento de Estadística

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico No. 1



Fuente: Archivos departamento de Estadística

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación: En el cuadro y gráfico No.1 se puede observar que el mayor porcentaje lo tienen los Síndromes Respiratorios Agudos que corresponden al 21,52%, seguido por la Diabetes con el 20,55% y Gastroenteritis con el 17,2%, el menor porcentaje lo tiene la colelitiasis con el 2,8%.

1.1.8. Características geofísicas de la Institución.

Este es un Hospital Miguel Hilario Alcívar es un servicio de salud de nivel II. Se encuentra ubicado en la calle Rocafuerte entre Río Amazonas y Virgilio Stopper de la Parroquia Leónidas Plaza, ciudad Bahía de Caráquez, cantón Sucre, Provincia de Manabí. En cuanto a la infraestructura cuenta con un edificio de 3 pisos que tiene los siguientes servicios:

- PLANTA BAJA: Consulta Externa de Especialidades, Emergencia, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Estadística, Administración, Información, Nutrición, Lavandería; Proveeduría, Bodega, Mantenimiento.
- PRIMER PISO: Centro Quirúrgico, Neonatología, Central de Esterilización, Gineco Obstetricia.
- SEGUNDO PISO: Cirugía, Pediatría y Auditorium.
- TERCER PISO: Medicina Interna.
- cuarto piso: Penthouse. (Ver Imagen No. 2)

IMAGEN No. 2

HOSPITAL MUGUEL HILARIO ALCIVAR



Hospital Miguel Hilario Alcívar ubicado en las calles: Rocafuerte entre Río Amazonas y Virgilio Stopper

1.1.9. Política de la institución.

La Política del Hospital Miguel Hilario Alcívar es:

“Ejecutará los procedimientos necesarios para alcanzar mejores niveles de servicios, procurando que las actividades redunden en beneficio del Hospital y de sus usuarios.

1.2 Marco conceptual

1.2.1. Calidad de Atención

La calidad de atención en los servicios de salud se ha convertido en uno de los aspectos primordiales de los servicios de la salud en la actualidad, desde el punto de vista de los gerentes o administradores de la salud, la calidad con que se brinda un servicio de salud tiene que ver con la eficiencia, desde ese punto de vista se han propuesto diferentes modelos para mejorar la calidad de la atención en todos los servicios de salud.

Pérez, Vanesa C. (2008) en su obra Calidad total en la atención al cliente: Pautas para garantizar la excelencia, en cuanto a la calidad manifiesta:

“La forma de entender la calidad en la atención al cliente por parte de las organizaciones ha evolucionado durante los últimos años de manera significativa. El éxito competitivo de las empresas actuantes va más allá de atraer y captar clientes para que adquieran sus productos y servicios; se centran también en lograr su satisfacción y fidelización para maximizar los beneficios económicos. Las empresas se esfuerzan en tratar al cliente con cortesía y de forma amable en todos los contactos que establece con él para permitirle de este modo sentirse importante. Las organizaciones del siglo XXI enfatizan cada vez más la importancia que tiene el cliente en la proyección de su negocio. Las empresas guían su atención hacia las necesidades y expectativas del cliente y como satisfacerlas, logrando desarrollar más a la gente que presta el servicio como base fundamental para ofrecer calidad total, tema que trataremos de forma profunda en la presente unidad didáctica.” (Pág. 2)

Son numerosas las definiciones que conceptualizan la calidad de la atención en los servicios de salud; ya que existen mayores exigencias por parte de los enfermos y sus familiares ante la demanda, así como los aumentan los costos de atención, exigen soluciones efectivas que respondan que los pacientes reciban procedimientos oportunos y adecuados, respetando sus derechos a una atención con calidad y con principios éticos.

De esta forma Gabriel d 'Empaire (2010) Calidad de atención médica y principios éticos en la revista digital versión ISSN 1726-569X, menciona:

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario. A pesar del extraordinario desarrollo científico-tecnológico logrado en las últimas décadas, la complejidad de los servicios de salud ha hecho que se incrementen los errores médicos con consecuencias muy negativas en la morbilidad, mortalidad y costos de atención. Han surgido diferentes modelos de calidad de atención. Sin embargo, por lo general estos se implementan como procesos administrativos, gerenciales y alejados de la realidad del personal que los debe utilizar. La calidad de atención debe ser percibida no sólo como un problema médico gerencial, sino como un problema moral y, como tal, estar sustentado en una educación en valores que garantice la participación activa de todos los actores del sistema, siendo la excelencia, la solidaridad y el profesionalismo valores fundamentales.

Un reto de las actuales del sistema de salud es la ejecución de modelos de calidad de atención al usuario, que garanticen que estos reciban un tratamiento adecuado, oportuno y eficiente en un contexto de respeto de sus derechos, con la responsabilidad y compromiso de los profesionales de la salud.

Pérez, Vanesa C. (2008) en cuanto a la calidad que se le debe brindar al cliente manifiesta:

El cliente representa el papel más importante en el tema de la calidad, pues es quien demanda de la empresa los bienes y servicios que necesita y luego es quien valora

los resultados. Se trata de la persona que recibe los productos o servicios en el intento que hace la empresa de satisfacer sus necesidades y de cuya aceptación depende su permanencia en el mercado. El cliente es definido por Albrecht y Bradford (1990) como la razón de existir de nuestro negocio. Entonces se entiende que es la persona que paga por recibir a cambio un producto o un servicio. Esta es la razón por la cual las empresas dirigen sus políticas, productos, servicios y procedimientos a la satisfacción de sus expectativas. De acuerdo con el grado de satisfacción que manifiestan los clientes por el servicio recibido, se plantean diferentes niveles de intensidad en las relaciones entre el cliente y la organización. De esta forma se entenderá que haya compradores, clientes frecuentes y clientes fidelizados. (Pág. 2-3)

La misma autora menciona que para llevar una política exitosa de atención al cliente, la empresa debe poseer fuentes de información sobre su mercado objetivo y el comportamiento de sus consumidores. El hecho de conocer los orígenes y necesidades de estas expectativas permitirá, posteriormente, convertirlas en demanda. Para determinarlo, se deben realizar encuestas periódicas que permitan identificar los posibles servicios que se van a ofrecer y determinar las estrategias y técnicas que se pueden utilizar.

Por ejemplo, cuando un cliente acude a comprar un auto posee una serie de expectativas sobre ese producto: seguridad, ahorro energético, diseño, color, tamaño, etc., que la mayoría de las empresas del sector se han preocupado en conocer para poder ofrecérselas a sus clientes y destacar en un mercado tan competitivo. Cuando la empresa aprende a ver a través de los ojos de los clientes podrá interpretar mejor sus necesidades, desarrollar y proporcionar el producto o servicio adecuadamente, mejorar sus campañas publicitarias y obtener mayor participación en el mercado. La empresa debe conocer a sus clientes de forma detallada, por tanto hay que saber sus necesidades, expectativas y demandas para poder desarrollar las estrategias que se dirijan a lograr su fidelización. De esta forma, cada vez que un cliente tenga una experiencia positiva en la compra de nuestros productos o servicios deseará regresar y repetir esta vivencia.

La calidad en la atención al cliente representa una herramienta estratégica que permite ofrecer un valor añadido a los clientes con respecto a la oferta que realicen los competidores y lograr la percepción de diferencias en la oferta global de la empresa.

Ariza Olarte, Claudia y Daza, Rosita (2008) en su obra Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado, menciona:

El término calidad ofrece resistencia a una única definición si se tiene en cuenta que existen diversos significados, y por lo tanto este depende de las necesidades, del contexto, de los interesados y de las expectativas para las que se utilice. En un

comienzo, la calidad se encuentra asociada a sectores de la fabricación y servicios. Posteriormente, se le dio aplicación en el área de la educación, la salud y en general en todos los sectores es productivo. Es así como el término calidad aplicado en el área de la salud encierra una manera particular que permite comparar, evaluar, y por lo tanto, establecer mejoras en las prácticas relacionadas con la prestación de servicios en salud. (Pág. 16)

Los diferentes conceptos sobre la calidad de la atención en salud tiene que ver con las características de los sistemas de salud de cada población, lo objetivos generalmente se enmarcan en el desempeño profesional, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del pacientes, estos conceptos resumen las definiciones antes expuestas.

Las autoras antes mencionadas Ariza Olarte, Claudia y Daza, Rosita (2008) mencionan a Donabedian, Avedis. (1984.) en cuanto al manejo científico de la calidad de atención:

“La calidad del manejo técnico científico depende del balance de los riesgos y beneficios esperados. Aquí entran en juego los actores que participan en el proceso de atención del servicio, en primera instancia los profesionales que prestan el servicio directamente, en este caso los profesionales de enfermería que brindan el cuidado y profesionales de medicina quienes diagnostican y prescriben el tratamiento o la conducta a seguir. Además, otros profesionales de la salud quienes intervienen en los diferentes procesos: nutricionistas, bacteriólogas, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, técnicos de laboratorios. Es necesario recordar que en las instituciones asistenciales de salud, el mayor número de personas responsables del cuidado directo de las personas hospitalizadas son el personal profesional y el auxiliar de enfermería, quienes brindan cuidado de manera permanente y continúa. El manejo técnico científico depende de la idoneidad profesional, de la preparación y grado de especialización de cada uno de los miembros del equipo de salud de las instituciones, de las habilidades, del número de recursos por paciente, además de las características personales y creencias de los usuarios frente al tipo de servicio que se les presta, y de los riesgos y beneficios que se puede obtener frente a determinadas medidas terapéuticas. (Pág. 17)

Estas autoras señalan que algunos de los elementos de la calidad total en servicios de salud son los siguientes:

- Calidad total es evitar hacer lo que siempre se ha hecho por costumbre o porque este escrito. Es indispensable irradiar una corriente innovadora de perfeccionamiento y progreso en todos los ámbitos, en donde intervengan los miembros del equipo de salud y de la institución. En servicios de salud, la calidad total debe estar fundamentada sobre la estructura, el proceso y el resultado y no solamente sobre el resultado. El resultado evalúa la calidad final de la acción. Si algo falla puede ser demasiado tarde para reponer el daño. Cuando se aplica por proceso se mide la calidad en cada uno de los pasos del procedimiento y se asegura su excelente ejecución para desarrollar el siguiente, de

manera que cuando se llegue al final, todo se ha maximizado por el control de las partes constituidas.

- Este concepto requiere una filosofía nueva a partir de la cual se formen profesionales en salud que piensen, reflexionen y analicen para mejorar, corregir y perfeccionar el trabajo diario.
- El control de calidad es un programa que comienza y no finaliza. Por lo tanto, los resultados se dan a largo plazo. La calidad cuando se toma en serio solo reporta beneficios, mejora la comunicación entre los departamentos de los hospitales, promueve el interés de los profesionales hacia el hospital y hacia la calidad de la atención en salud que se brinde. Con esto, el personal siente que esté trabajando para lograr un objetivo mayor, como proveer atención de alta calidad al paciente.
- El control de calidad disminuyó los costos de la atención, los desperdicios, las rehospitalizaciones, reintervenciones, accidentes laborales, reclamos y quejas (Pág. 20)

1.2.2. La evolución de los servicios de enfermería.

La evaluación de la calidad de la atención desde sus inicios al comparar los resultados obtenidos en el estado actual de salud, según objetivos propuestos, valora además de los servicios médicos brindados, las características propias del paciente y población, las de la familia y las influencias del ambiente y la sociedad.

Matzumura K., Juan; Ayala M. Ronald; Gisella Aguilar Zavala ; Hugo Gutiérrez Crespo (2008) en su artículo El diagnóstico situacional en salud, mencionan :

“En los servicios de salud actualmente existe la tendencia a determinar las actividades que se desean ejecutar a futuro y planificar con antelación la forma en que se pueden concatenar los recursos logísticos, económicos y humanos con la distribución requerida. Se parte de las necesidades y expectativas de la demanda, de la realidad regional y se la contrasta con la oferta local en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad. Para ello se elabora el documento en el que se plasma dicha proyección, constituyéndose el Plan Estratégico y el Plan Operativo Institucional. Un elemento fundamental para la elaboración de ambos planes es la realización de un adecuado diagnóstico situacional en salud.”(2008Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería ISSN 1816-7713 versión impresa. Rev. Per ObstEnf. v.4 n.1)

El personal de enfermería debe participar en un gran número de factores sobre la organización, distribución, aplicación de técnicas y análisis de resultados desde un ámbito

administrativo, que incidan en el desarrollo de sus competencias de atención al usuario, los análisis de los resultados de la evaluación periódica y sistemática de la calidad por medio del control, son utilizados para garantizar el buen funcionamiento del servicio y tomar medidas correctivas.

1.2.3. Gestión en los servicios de salud.

Ayuso M. Diego (2012) en su obra: La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial, relacionada a la administración en salud menciona:

“Vienen siendo cada vez más frecuentes y habituales las referencias, en la literatura vinculada a la gestión de servicios de salud, de términos como gestión clínica, gestión por procesos, medicina basada en la evidencia, mejora continua, reingeniería de procesos., normalmente haciéndolos sinónimos, equivalentes o al menos partes de un todo común. Es probable que la visión como un todo común pueda encajarse algo más en la realidad, pero no desde luego las dos primeras. Los modelos de gestión, es decir, los esfuerzos por emplear de forma eficaz los recursos, requieren todos de la conciencia crítica con lo que se está haciendo. Ante la pregunta permanente de cómo ser eficaz o cómo resolver un problema resultan tan insuficientes como inadecuadas respuestas del estilo: “pues es evidente, reingeniería de procesos” o “no lo dudes, gestión clínica” Sin embargo, no parece una moda afirmar que en el ámbito de la gestión sanitaria (de la gestión de las organizaciones en general) todos los esfuerzos se orientan a las distintas formas de gestionar el conocimiento. Es en este ámbito de la gestión del conocimiento donde enmarcaremos tanto la gestión clínica como la gestión por procesos. (Pág. 1)

La naturaleza interactiva de los Servicios de Salud y su simultánea producción y consumo, elevan la necesidad de examinar las percepciones de implicados en el encuentro, tanto de profesionales como de usuarios. Las percepciones de los profesionales afectan el diseño y la entrega de los servicios ofrecidos; mientras que las de los clientes, generalmente se enfocan en la atención recibida. Desde el punto de vista del marketing, ambas perspectivas se complementan para proporcionar una comprensión completa de la calidad percibida del servicio. En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad de servicio; desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del usuario. Así, no es de extrañar que sean cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva del usuario a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. En el contenido de las reformas al sistema de salud, la perspectiva del usuario es aceptada como información necesaria para la gestión y administración. La medición de la calidad del servicio ha tenido un largo recorrido, con avances importantes generalmente a través de encuestas de satisfacción al paciente.

1.2.4. Cuidados de enfermería.

Ariza Olarte, Claudia y Daza, Rosita (2008) en su obra Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado, menciona:

“El cuidado de enfermería brindado al paciente que se encuentra hospitalizado está relacionado con la estructura de servicios como: recursos humanos y materiales; procesos establecidos para brindar cuidado de acuerdo con los problemas que los pacientes presentan, actividades desarrolladas por enfermería, y el impacto que dicho cuidado logra, resultados” (Pág.9)

Ariza Olarte, Claudia y Daza, Rosita (2008) menciona a Daza dc C.R. (2007) Abordar la calidad del cuidado de enfermería de acuerdo con los conceptos revisados se constituye en un reto permanente, tanto para los que participan en el proceso de atención como para las instituciones asistenciales, ya que lo que se pone de presente en todo acto de cuidado es la existencia y la vulnerabilidad de las personas. También comenta que actualmente el mundo del cuidado en las instituciones asistenciales está dominado por el poder de la técnica y la tecnología, como uno de los rasgos fundamentales de la era moderna. La práctica de cuidado en enfermería no ha sido ajena a esta relación, por el contrario, el acercamiento con las técnicas y la tecnología hacen parte del quehacer profesional. Esto con el fin de contribuir a aclarar un diagnóstico, o un tratamiento que alivie el padecimiento de una persona enferma.

El conocimiento y la experiencia se traducen en las competencias del profesional en el cuidado directo. De hecho, los enfoques actuales de calidad señalan el aspecto técnico científico de los profesionales como uno de los elementos a tener en cuenta cuando se trata el tema de calidad, por las razones ya expuestas. Los logros y beneficios que se han obtenido con los avances tecnológicos son innegables en el mundo de la salud y la enfermedad, gracias a estos los casos diagnósticos y los tratamientos son más eficientes, aunque no todos se benefician de la misma manera de estos avances por problemas de cobertura, accesibilidad y oportunidad del sistema de salud vigente que no logra satisfacer las necesidades de la mayoría de la población.

El poder de la técnica y la tecnología se ha hecho sentir en nuevas exigencias administrativas para las prácticas de cuidado, lo que ha significado el desplazamiento de la mayor parte de la atención hacia el seguimiento y el control de procesos estandarizados y sistematizados, que constituyen hoy un cuidado burocratizado, en deterioro de la interacción

enfermera-paciente, de la relación comprensiva y afectuosa, características que deben constituir uno de los pilares fundamentales de la calidad del cuidado.

El profesional de enfermería se mueve hoy en un mundo lleno de tensiones y conflicto, entre un deber ser del cuidado orientado hacia la comprensión del otro como persona, que necesita solida comunicación, compañía e idoneidad profesional, y por otro lado, un sistema que le exige eficiencia y eficacia administrativa y gerencial acorde con las exigencias de la época moderna. Frente a esta tensión, el profesional de enfermería se mueve entre el desasosiego y la frustración, ya que siente que muchas veces la manera como aborda el cuidado se centra en la rutina de procedimientos técnicos. El desempeño eficiente de su quehacer profesional debe hacerse en un tiempo determinado y este modo de proceder le aleja de lo esencial del cuidado, que es la existencia misma de esa persona que se cuida, que es otro ser igual a ella o a él, y que hace parte activa del acto de cuidar; pero el agobio de las actividades administrativas le dificulta cada vez mas un acercamiento individual y centrado en las particularidades derivadas de las viviendas y significados de los procesos relacionados con la vida y la muerte.(Pág. 23)

Ayuso M. Diego (2012) La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial,

“Las direcciones de enfermería no trabajan de forma aislada en las organizaciones sanitarias, su labor es conjunta con el resto de direcciones y coordinados con la gerencia del centro. La dirección de enfermería debe realizar su labor fundamentalmente ligada a la dirección médica, conformando lo que es la dirección asistencial del centro, que sin duda tiene una labor determinante en toda organización sanitaria, ya que la verdadera línea de negocio en el sector de la salud es la prestación asistencial, englobando tanto la actividad médica, como la de los profesionales de enfermería. Por ello ambas direcciones conforman el núcleo estratégico de decisión para el desarrollo con éxito del proyecto de hospital o del centro de salud”.(Pág.15)

1.2.5. Urgencias hospitalarias.

Moya Mir, Manuel S. (2008) Normas de actuación en urgencias en cuanto a la actuación del personal de salud menciona:

“La actuación del médico en el Servicio de Urgencias hospitalario determina de forma muy importante la evolución posterior de la mayoría de estos enfermos. Del mismo modo, dependiendo de esa actuación, el Servicio de Urgencias estar saturado, con el consiguiente retraso en la atención, o permitirá fluidez en la asistencia, evitando molestias innecesarias al paciente al resolver más rápidamente el problema que

motiva la consulta urgente. Por ello debe haber unas normas de actuación en urgencias, adaptadas a las posibilidades humanas y técnicas de cada hospital. El establecimiento de una normativa obliga a escoger entre varias opciones posibles, todas ellas correctas, es decir, que la elección de una norma no significa que no haya otras igualmente adecuadas, pero es necesario decidirse por una, preferiblemente de forma consensuada, para unificar la actuación de todo el personal de urgencias. “(pág. 3-4)

El mismo autor refiere que en tanto no exista la especialidad de Medicina de Urgencia, los médicos que actúan en el área de urgencias proceden de múltiples especialidades y en los grandes hospitales generalmente son residentes de los primeros años, diferentes cada día. Por ello es necesario evitar la dispersión de conductas diagnósticas y terapéuticas, a la que puede conducir la variada procedencia y formación de estos médicos, unificando criterios que facilitan el aprendizaje, agilizan la estancia del enfermo en urgencias, evitan olvidos y justifican una determinada actitud, protegiendo frente a posibles reclamaciones de “mala práctica”, cada vez más frecuentes, que no prosperaran si se ha actuado según una norma de actuación. Esta uniformidad es especialmente útil para el personal de Enfermería, que actúa más cómodamente ante unos criterios médicos no cambiantes. Todo ello facilita el manejo general del enfermo puesto que pueden iniciarse actuaciones propias de Enfermería antes de que el médico explore detenidamente al enfermo, ganando un tiempo precioso, sin temor a que luego se de una orden médica contradictoria que rompa la continuidad de la asistencia. (pág. 3-4)

Moya Mir, Manuel S. (2008) Normas de actuación en urgencias en cuanto a la actuación del personal de salud menciona:

Se denomina urgencia médica a aquella situación que requiere atención médica inmediata. El problema de esta definición reside en que se entiende por inmediata. Hay situaciones diferentes, consideradas generalmente urgentes, que contribuyen a matizar esta definición. Así, podemos distinguir entre:

1. Situaciones de diagnóstico evidente que exigen una actuación terapéutica inmediata para salvar la vida del enfermo. Tales son la parada cardiorrespiratoria y la rotura de un vaso de grueso calibre. Dejando aparte estos dos casos, todos los demás pueden esperar unos minutos sin que por ello empeore el pronóstico de forma significativa.
2. Situaciones o síndromes que pueden ser debidos a una causa mortal en poco tiempo, si no se inicia un tratamiento. En estos casos hay que hacer un diagnóstico etiológico y de

repercusión vital lo antes posible para descartar esas causas mortales y/o iniciar tratamiento. Así sucede en un coma o en un enfermo en shock

3. Situaciones sin riesgo vital inmediato, pero si en un periodo de tiempo corto, si no se diagnostican y tratan precozmente, como sucede en una apendicitis
4. Situaciones sin peligro vital en plazo breve, pero en las que es importante un diagnostico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de una enfermedad en una colectividad. Por ello es urgente descartar una tuberculosis activa ante una expectoración hemoptoica.
5. Situaciones banales en las que el médico debe actuar inmediatamente para tranquilizar al enfermo o a los familiares, resaltándoles que el cuadro que padece carece de importancia.
6. Urgencias sociales. La falta de una asistencia social adecuada obliga con excesiva frecuencia a actuar de forma inmediata para solucionar “problemas no médicos”
7. Urgencias por deficiente asistencia extra hospitalaria que inducen al enfermo a consultar de forma urgente por problemas que no se presentan si la estructura sanitaria de la atención primaria y especializada es adecuada. (Pág. 5)

Ayuso M. Diego (2012) La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial,

Las direcciones de enfermería no trabajan de forma aislada en las organizaciones sanitarias, su labor es conjunta con el resto de direcciones y coordinados con la gerencia del centro. La dirección de enfermería debe realizar su labor fundamentalmente ligada a la dirección médica, conformando lo que es la dirección asistencial del centro, que sin duda tiene una labor determinante en toda organización sanitaria, ya que la verdadera línea de negocio en el sector de la salud es la prestación asistencial, englobando tanto la actividad médica, como la de los profesionales de enfermería. Por ello ambas direcciones conforman el núcleo estratégico de decisión para el desarrollo con éxito del proyecto de hospital o del centro de salud.

Alvares Rodríguez, Cesáreo (2008) Atención Sanitaria Inicial a Múltiples Víctimas. Las Claves de la Medicina de Catástrofes

Para que cualquier organización funcione, se necesita un sistema de mando. En las catástrofes, el mando está representado por el comité de emergencias, que se sitúa en el puesto de mando, un lugar del hospital relativamente alejado del área de heridos, pero también habrá un centro operativo, un lugar de mando en el propio servicio de urgencias. El comité de emergencias es el conjunto de expertos del hospital designados para organizar las respuestas a las catástrofes. Estará compuesto, generalmente, por los responsables de los diferentes departamentos y servicios hospitalarios. El comité está constituido, en primer lugar, por el director del comité de emergencias que suele ser el director gerente del hospital y, en su ausencia, el director médico, el directivo de guardia o el que se especifique en el plan de emergencias externas del hospital. Entre sus funciones destacan: tomar las decisiones de actuación en función de las propuestas de los responsables de la catástrofe en cada departamento (sobre todo en el servicio de urgencias); marcar las directrices del comité de emergencias; mantener bajo su control la información pública para que no se produzca una tergiversación de los hechos; e informar de la situación hospitalaria al responsable (Pág. 93)

1.2.6. Gestión de los recursos materiales.

López G., Francisco (2012) La gestión de los recursos materiales, equipamientos e inversiones.

“La implicación de la enfermería en la gestión sanitaria no es nueva y es, quizás, el grupo profesional sanitario más concienciado en cuanto a su responsabilidad en el uso racional de los materiales utilizados en su práctica profesional. Es dentro de esa filosofía y de la importancia estratégica en la organización, que supone el gasto de los materiales utilizados por los profesionales sanitarios, y por otro lado la cada vez mayor complejidad técnica de los materiales, por lo que se plantea la necesidad de creación de las unidades de recursos materiales.”(173)

López G., Francisco (2012) La gestión de los recursos materiales, equipamientos e inversiones, menciona que el personal de enfermería gestiona el 60% de todo el material que se utiliza en un hospital o centro de salud, lo que implica un impacto económico muy importante en los capítulos de gasto de los centros sanitarios. (Pág. 174)

El mismo autor menciona que esta, y sobre todo la variabilidad tanto en cantidad como en calidad de los productos que las casas comerciales proponen introducir en los centros sanitarios, así como la dificultad de los supervisores de las unidades para el estudio de los múltiples materiales que se utilizan y la necesidad de unos conocimientos técnicos especializados en las características técnicas y criterios de calidad necesarios de los materiales existentes en el mercado, son las razones por las cuales existen y se crean de forma continuada las unidades de recursos materiales. Si tuviéramos que definir qué es una unidad de recursos materiales podríamos decir que es una unidad dependiente jerárquica y funcionalmente del Director/a de Enfermería y que tiene como objetivo la centralización de la

evaluación y gestión de todos los materiales fungibles e inventariados que utiliza el personal de enfermería, con el objetivo final de ayudar a garantizar la calidad, la seguridad y el confort de todos los procesos dirigidos al cuidado y tratamiento del paciente, durante su atención sanitaria, así como facilitar al personal sanitario todo el material necesario con los mismos criterios anteriormente mencionados, de manera que permita un adecuado ejercicio profesional, con resultados eficaces y eficientes. (Pág. 174)

Carlos Aibar Remón, Jesús M., Aranz Andrés, Enrique Tero García (2008) El problema de los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. El riesgo asistencial

La seguridad del paciente ha sido definida, en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida. Adicionalmente, seguridad del paciente es la prestación de asistencia sanitaria libre de riesgos y peligros evitables. Más que un fin en sí misma, la seguridad del paciente es la consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. No reside, específicamente, en un profesional, un dispositivo, una tecnología diagnóstica o un departamento a cargo de su control y mejora. Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema sanitario. Conseguir la seguridad del paciente exige actuaciones decididas y perseverantes a varios niveles. En el plano profesional incluye un rango amplio de actividades y procedimientos conducentes a evitar y proteger a los pacientes de los efectos adversos relacionados con la atención a la salud. Supone un diseño cuidadoso y una mejora continua de los procesos de atención a la salud dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones nosocomiales u otro tipo de lesiones, y a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren. (Pág. 111)

Alvares Rodríguez, Cesáreo (2008) Atención Sanitaria Inicial a Múltiples Víctimas. Las Claves de la Medicina de Catástrofes

“Una labor sanitaria fundamental en las catástrofes es el triaje. Éste consiste en clasificar a los afectados según una escala de prioridades, de modo que aquéllos que precisen mayor premura se atiendan primero. El triaje se realiza ya en el lugar del siniestro para que los pacientes prioritarios se remitan antes al hospital. Esta organización de la atención sanitaria se relaciona con un mejor pronóstico de la mayoría de las víctimas. Los hospitales deben realizar triaje de los heridos a su llegada a urgencias, aunque los pacientes ya hayan sido clasificados en el lugar del accidente. Aunque los servicios de urgencias llevan a cabo cotidianamente triaje de sus pacientes, se trata de un triaje diferente al que se realiza en el caso de un desastre. En situación de catástrofe el servicio de urgencias tiene que cambiar su modelo habitual de clasificación por uno diferente que sea adecuado para las múltiples víctimas. Además de clasificar a los pacientes, hay que identificarlos, lo que puede resultar, en este contexto, dificultoso. Debido a ello, y para que no haya contusión con los resultados de las pruebas complementarias que se soliciten, se debe habilitar un sistema de identificación inicial, rápido, que soslaye estos problemas y, posteriormente, realizar una identificación definitiva, ya nominal. (Pág. 92)

La influencia de la gestión del cuidado profesional de enfermería en la calidad y la excelencia de la atención de salud, utilizando para esto los recursos materiales, técnicos, cognitivos y relacionales, necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, familiares y equipo de Salud. Se asume como elemento esencial el desarrollo de las capacidades, competencias relacionales y espirituales que manifestará el profesional de Enfermería en el acto de cuidar. La calidad nos convoca a la satisfacción de las exigencias de los pacientes, familiares y equipo de Salud, al cumplimiento de las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema; siendo la excelencia todo el esfuerzo por lograr resultados favorables con el mínimo de gasto posible, es esforzarnos con las personas a nuestro cuidado como quisiéramos se esforzaran con nosotros mismos. Elevar la calidad de la atención de salud constituye un objetivo compartido por los profesionales que se deben a ello. Se concluye que la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular que hemos asumido formalmente ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables, comprometiendo todo nuestro ser.

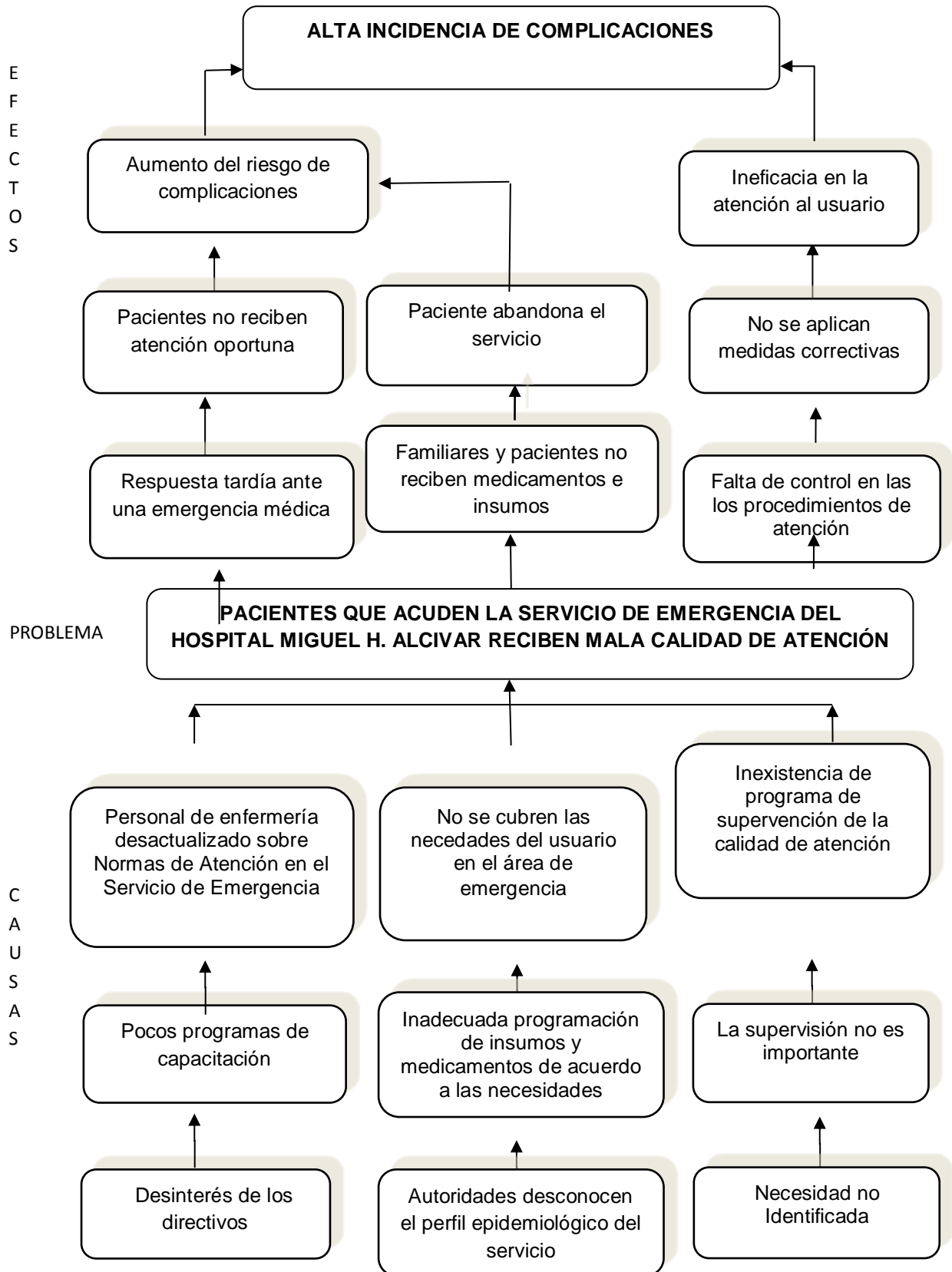
CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados

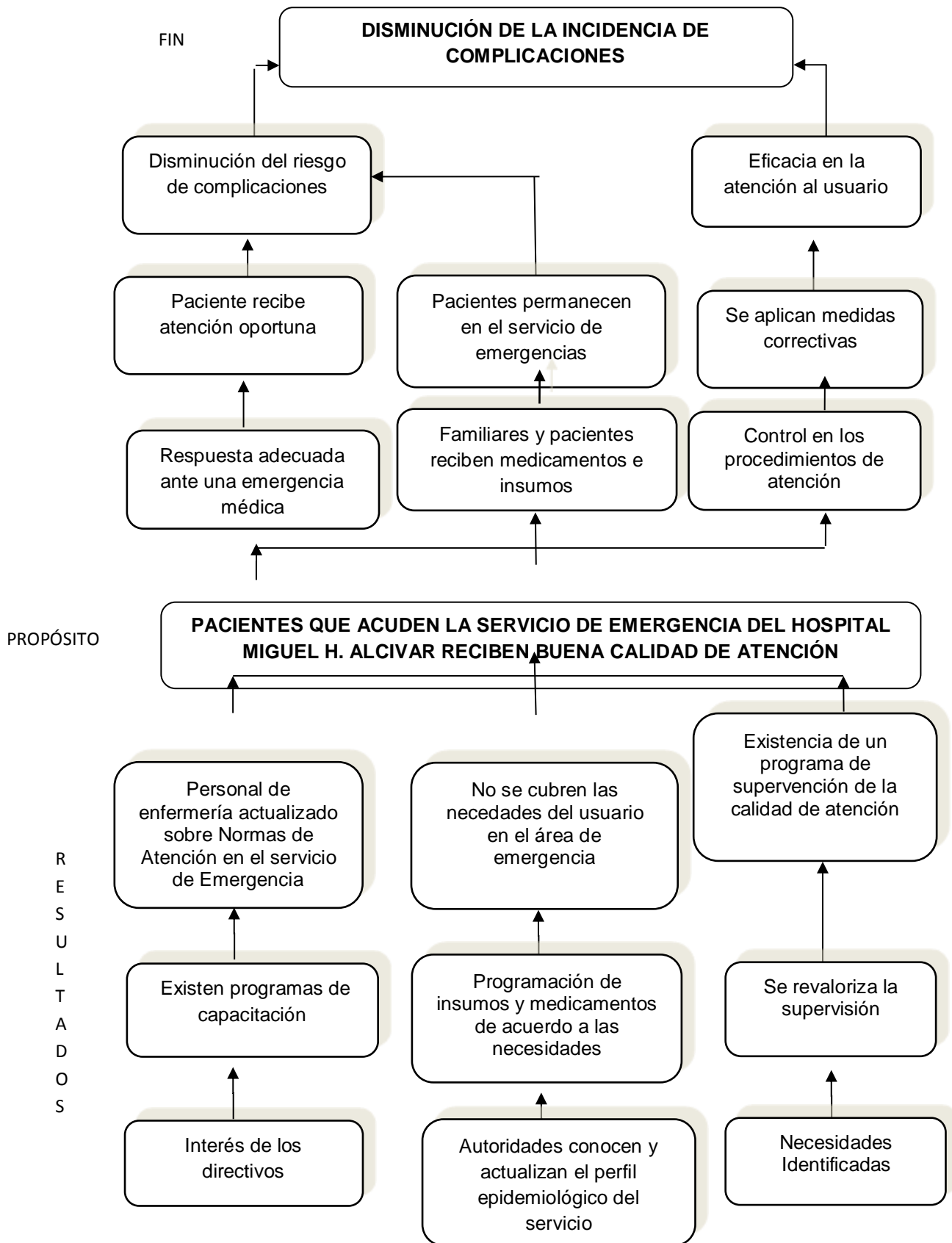
Grupo y/o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas Percibidos
DIRECTIVOS Y AUTORIDADES DEL HOSPITAL	Mejorar la calidad de atención y servicios del área de emergencia	Talento Humano Recursos Materiales y Financieros Mandato: Título VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR Sección segunda Salud Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.	Deficiencia en los procesos de atención al usuario. Inexistencia de programa de supervención de la calidad de atención
PERSONAL AMINISTRATIVO	Brindar una buena atención de acuerdo a sus funciones.	Talento Humano Recursos Materiales Mandato: Art. 363.- El Estado será responsable de: Promover el desarrollo integral del personal de salud.	Deficiente atención al usuario.
PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA	Brindar una excelente atención médica y de acciones de enfermería a los pacientes.	Talento Humano Recursos Materiales(Medicina, Implementos y equipos médicos) Mandato: Art. 363.- El Estado será responsable de: 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.	Desactualizado sobre Normas de Atención en el Servicio de Emergencia.
PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	Ofrecer un trato digno y de calidad a todos los que ingresan al hospital en busca de un requerimiento.	Talento Humano Recursos Materiales Mandato: Título VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIRCapítulo primero Inclusión y equidad Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el	Deficiente atención al usuario. Ineficacia en la atención al usuario

		ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo.	
PACIENTES	Mejorar su calidad de vida y satisfacer necesidades.	Talento Humano Mandato: Título VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR Art. 362.- Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el Consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.	Aumento del riesgo de complicaciones No reciben medicamentos e insumos
MAESTRANTE	Mejorar la calidad de vida y atención al usuario	Talento Humano Mandatos Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.- Del proyecto de fin de carrera	

2.2. Árbol del problema



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir a la disminución de la incidencia de complicaciones en el área de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Para inicios del año 2014 el Hospital Miguel H. Alcívar habrá disminuido la incidencia de complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Predisponían de autoridades de salud
PROPÓSITO: Pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar reciben buena calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> Hasta Agosto del 2013 el 90% de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar reciben buena calidad de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la calidad de atención Evidencias Fotográficas 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería comprometido en brindar un servicio al paciente de calidad y con calidez, bajo normas y protocolos de atención.
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1. Personal de enfermería actualizado en Normas y Protocolos de Atención.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el 28 de Junio del 2013 el 100% del personal de enfermería capacitado sobre Normas y Protocolos de Atención 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitación Evidencias fotográficas Registro de firmas 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería participando en la capacitación y comprometido en la aplicación de conocimientos
2. Necesidades del usuario del servicio de emergencia cubiertas	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el 12 de Julio del 2013 se cubre con el 40% de las necesidades del usuario mediante la programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> Programación de insumos y medicamentos Constatación de insumos y medicina en stock de Bodega y Farmacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Directivos y personal de emergencia motivados para implementar las mejoras pertinentes.
3. Programa de supervisión diseñado y aplicado	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el 12 de Julio del 2013 el programa de supervisión diseñado 	<ul style="list-style-type: none"> Datos estadísticos. Acta de Constitución de Equipo de 	Monitoreo y evaluación permanente y constante para sostenibilidad del

	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el 15 de Agosto del 2013 el programa de supervisión y aplicado 	<p>Monitoreo y evaluación interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formularios de evaluación tanto al médico, enfermeras y personal administrativo y de vigilancia. 	proyecto.
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1: Personal de Enfermería actualizado en Normas y Protocolos de Atención en el Servicio de Emergencias			
<p>1.1. Reunión con los líderes de Servicio de Emergencia</p> <p>1.1.1. Aprobación del proyecto por parte de directivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Autor del proyecto Líder del Servicio de Emergencias Líder de Enfermería 	4 de Junio 2013	<ul style="list-style-type: none"> Diapositivas para la presentación. Pizarra Esferos Papeles \$20
<p>1.2. Conformación de un grupo responsable de la revisión de normas y protocolos.</p> <p>1.2.1. Designación de responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Autor del proyecto Líder del Servicio de Emergencias Líder de Enfermería Personal de enfermería 	5 de Junio 2013	<ul style="list-style-type: none"> Pizarra Esferos Papeles \$30
<p>1.3. Socialización de Protocolos y Normas de Atención</p> <p>1.3.1. Protocolos de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Principios generales de atención en emergencias prehospitalarias ✓ Triage . ✓ Manejo de vía aérea ✓ Reanimación cardiopulmonar ✓ Emergencias cardiovasculares ✓ Emergencias respiratorias ✓ Emergencias por trauma ✓ Emergencias gastrointestinales ✓ Emergencias gineco-obstétricas 	<ul style="list-style-type: none"> Autor del proyecto Personal de enfermería 	10 de Junio 2013	<ul style="list-style-type: none"> Esferos Papeles Fotocopiados Anillados. Esferos \$30

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo inicial de la intoxicación aguda ✓ Lesiones ambientales ✓ Emergencias endocrinas ✓ Emergencias neurológicas ✓ Emergencias psiquiátricas ✓ Procedimientos ✓ Material complementario <p>1.3.2. Normas de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempo de triaje ✓ Identificación del pacientes correctamente ✓ Asepsia correcta en el procedimiento ✓ Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad ✓ Valoración riesgo vital ✓ Toma de decisiones clínicas 			
<p>1.4. Programación de la capacitación sobre normas y protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Principios generales de atención en emergencias prehospitalarias ✓ Triage . ✓ 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 	<p>Autor del proyecto</p>	<p>Del 12 al 16 de Junio 2013</p>	<p>Impresiones Fotocopiados Anillados</p>

<p>ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Emergencias endocrinas ✓ Emergencias neurológicas ✓ Emergencias psiquiátricas ✓ Procedimientos ✓ Material complementario 			
<p>1.5. Ejecución de la capacitación al personal de enfermería sobre Normas y protocolos de Atención en el área de Emergencias</p> <p>1.5.1. Aplicación del cronograma de charlas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autor del proyecto • Capacitadores 	<p>Del 24 al 28 de Junio del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus • Laptop • Diapositivas Pizarra • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Fotocopiados • Anillados. • Refrigerio \$ 300
<p>1.6. Evaluar la capacitación.</p> <p>1.6.1. Test de evaluación al personal de enfermería</p>	<p>Autor del Proyecto</p>	<p>Mes 28 de Junio 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles \$ 20
RESULTADO 2: Necesidades del usuario del servicio de emergencia cubiertas			
<p>2.1. Reunión con los directivos del hospital, área de bodega, farmacia y estadística.</p> <p>2.1.1. Solicitud a estadística el número de atenciones durante el primer semestre 2013 en el área de emergencia.</p> <p>2.1.2. Solicitar el perfil epidemiológico del primer semestre.</p> <p>2.1.3. Verificación de stock para insumos coordinado con bodega.</p> <p>2.1.4. Verificar necesidades de medicamentos con farmacia según perfil epidemiológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Enfermería • Líder de Bodega 	<p>Del 8 al 5 de Julio del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 30

2.2. Delegación de responsabilidades en la elaboración de insumos y medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante. • Líder de área 	8 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 40
2.3. Elaboración de la Programación de insumos y medicamentos 2.3.1. Esquema de solicitudes de insumos y medicamentos según datos reales.	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante. • Líder de área 	Del 9 al 13 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 40
2.4. Aprobación de la programación para insumos y medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante. • Líder de área 	15 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 30
2.9. Ejecución de la programación de insumos y medicamentos del área de Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Emergencia. 	1 de Agosto del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Insumos y medicamento
Resultado 3: Programa de supervisión diseñado y aplicado			
3.2. Formar un equipo de supervisión, monitoreo y evaluación de atención en el área de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Emergencia. 	16 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 100
3.3. Elaborar un programa de supervisión 3.3.1. Establecer los parámetros a evaluar	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Emergencia. 	Del 17 al 19 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Información bibliográfica • Impresora • Fotocopiados \$ 100
3.4. Socialización del programa con el equipo e salud	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Emergencia. 	22 de Julio del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papeles • Impresora

3.4.1. Aprobación			<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopiados \$ 50
3.5. Ejecución de supervisiones periódicas	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Líder de Emergencia. 	Del 25 de Julio al 15 de Agosto del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Impresiones \$ 50
3.6. Evaluar los resultados de las evaluaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable coordinadora del análisis de los resultados 	Del 16 al 19 de Agosto del 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Impresiones \$ 40

CAPITULO III
RESULTADOS

RESULTADO 1: Personal de enfermería actualizado sobre Normas y Protocolos de atención en el Servicio de Emergencia

1.1. Reunión de socialización con los líderes del Servicio de Emergencia.

1.1.1. Aprobación del proyecto.

Para el cumplimiento de esta actividad el 4 de Junio del 2013 se realizó una reunión para la socialización del proyecto y la autorización de la capacitación al personal de enfermería del servicio de emergencias, los participantes fueron el maestrante, el líder de Emergencia Dr. Fabián Yépez y de Enfermería Lcda. Bélgica Cuzme; en la que se dio a conocer verbalmente la realización de la capacitación para aplicar las normas y protocolos de atención, la aceptación quedó establecida por medio de un oficio (Ver imagen No.3)

IMAGEN NO 3 OFICIO DE ACEPTACIÓN



1.2. Conformación de un grupo responsable de la revisión de normas y protocolos.

1.2.1. Designación de responsables.

El 5 de Junio del 2013 se efectuó una reunión con los líderes de área Dr. Fabián Yépez, Lcda. Bélgica Cuzme; y el personal de enfermería, en la que se llevaron a cabo la conformación de un grupo para la revisión de las Normas y Protocolos de Atención de enfermería en el servicio de emergencia. Se estableció la que búsqueda bibliográfica estaría a cargo del maestrante y la revisión se hará de forma secuencial con los conformantes del grupo. Se contó con la aprobación y compromiso de los asistentes a participar de manera proactiva en el mismo. Luego de haber deliberado sobre los temas, en colaboración con los presentes se establecieron los contenidos de los protocolos y se designaron de responsables en su elaboración y revisión quedando establecido de la siguiente manera:

Grupo responsable para la revisión de normas y protocolos de atención

Enfermera	Lcda. Bélgica Cuzme
Enfermera	Lcda. Martha Zambrano
Enfermero	Lcdo. José Bermúdez

1.3. Socialización de los Protocolos y Normas de Atención en el servicio de emergencia.

El 10 de Junio del 2013 se efectuó una reunión con el líder de enfermería Lcda. Bélgica Cuzme y personal de enfermería en la que se entregó los Protocolos y Normas de Atención, el mismo que fue aprobado para su posterior aplicación (Ver esquema de los Protocolos y Normas de Atención)

Protocolos de atención del servicio de emergencias

Principios generales de atención en emergencias pre hospitalarias

Triage.

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
Material complementaria

Normas de atención de enfermería

Tiempo de triaje
Identificación del pacientes correctamente
Asepsia correcta en el procedimiento
Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad
Valoración riesgo vital
Reconocimiento inmediato de signos vitales
Actuación inmediata
Análisis e interpretación de datos obtenidos
TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
Actuación in situación traslado a otro nivel
Comunica a la familia la información pertinente
Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento
Conservo la calma
Aplicar medidas de salvamento
Valorar de la cabeza a los pies
Dejar a la persona accidentada tumbada o en la posición en la que la hemos encontrado
Si está consciente, informar y tranquilizar a la persona. Si no está consciente, también se le debe hablar
No mover a la persona
No dar líquidos
No movilizar al paciente hasta haber dado los primeros auxilios
Dispone del transporte adecuado
Apreciación de la conciencia
Comprobación la vía aérea; prestando especial atención a: La existencia de respiración
Posibles signos de obstrucción (nos lo indican los estertores, sibilancias,...) La presencia de cuerpos extraños y dientes caídos
Existencia de vómitos
Presencia de trauma o inflamación

1.4. Programación de la capacitación al personal de enfermería sobre Normas y Protocolos de Atención en Emergencia.

Del 12 al 16 de Junio se procedió a la elaboración del cronograma de capacitación al personal de enfermería sobre Protocolos y Normas de atención en el servicio de emergencia, para este cometido se realizó una recopilación de los temas relevantes, quedando estructurado de la siguiente manera: (Ver programa de capacitación)

Programa de capacitación al personal de enfermería

1. Responsable: Lcdo. José Bermúdez
2. Grupo: Personal de Emergencia
3. Lugar: Hospital Miguel H. Alcívar
4. Fecha: Del 24 al 28 de Junio del 2013
5. Capacitadores:
 - Dr. Fabián Yépez Cedeño(Líder del Departamento)
 - Lcda. Bélgica Cuzme
 - Lcda. Ana María Vera
 - Dr. Juan Carlos Villegas
6. Recursos materiales
 - Infocus.
 - Computadora portátil.
 - Vídeos.
 - Folletos
 - Papelógrafos
7. Metodología
 - Conferencia
 - Charlas
 - Taller

CRONOGRAMA

CONTENIDOS	FECHA	METODOLOGIA	CONFERENCISTA
Principios generales de atención en emergencias pre hospitalarias	24/06/2013	Charla Conferencia Dinámicas	Dr. Fabián Yépez Cedeño
Triage.	24/06/2013		Lcda. Bélgica Cuzme
Manejo de vía aérea	24/06/2013		Lcda. Ana María Vera
Reanimación cardiopulmonar	25/06/2013		Dr. Juan Carlos Villegas
Emergencias cardiovasculares	25/06/2013		Dr. Fabián Yépez Cedeño
Emergencias respiratorias	25/06/2013		Lcda. Bélgica Cuzme
Emergencias por trauma	26/06/2013		Lcda. Ana María Vera
Emergencias gastrointestinales	26/06/2013		Dr. Juan Carlos Villegas
Emergencias gineco-obstétricas	26/06/2013		Dr. Fabián Yépez Cedeño
Manejo inicial de la intoxicación aguda	27/06/2013		Lcda. Bélgica Cuzme
Lesiones ambientales	27/06/2013		Lcda. Ana María Vera
Emergencias endocrinas	27/06/2013		Dr. Juan Villegas
Emergencias neurológicas	28/06/2013		Dr. Fabián Yépez Cedeño
Emergencias psiquiátricas	28/06/2013		Lcda. Bélgica Cuzme
Procedimientos	28/06/2013		Lcda. Ana María Vera
Material complementario	28/06/2013	Dr. Carlos Villegas	

1.5. Ejecución de la capacitación sobre Protocolos y Normas de Atención en el Servicio de Emergencia.

Para el cumplimiento de esta actividad los días del 24 al 28 de Junio del 2013, se llevó a cabo la capacitación del Personal de enfermería de Emergencia, se firmó la lista de asistencia (Ver Imagen No. 4)

Imagen no. 4

Fotografía de la capacitación de salud



Personal de enfermería en la capacitación sobre el Protocolo y Normas de atención en el Emergencia

1.6. Evaluación práctica al equipo de salud.

El día 28 de Junio del 2013 se realiza la evaluación práctica del personal de enfermería de Emergencia sobre el manejo adecuado del paciente de Emergencia (Ver temas de evaluación)

Temas de evaluación de la capacitación al personal de enfermería

- Manejo de vía aérea
- Reanimación cardiopulmonar
- Emergencias respiratorias
- Emergencias por trauma
- Tiempo máx. de triaje
- Asepsia correcta en el procedimiento
- Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad
- Valoración riesgo vital
- Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento
- Aplicación de medidas de salvamento

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 1

Personal de enfermería actualizado en normas y protocolos de atención al paciente en el servicio de emergencias

Indicador

Hasta el 28 de Junio del 2013 el 100% del personal de enfermería capacitado sobre Normas y Protocolos de Atención

Para el cumplimiento de esta actividad se realizó se realizaron varias actividades, reuniones con los líderes del servicio de emergencias, elaboración de los protocolos, revisión, aprobación, estructuración del plan de capacitación y ejecución del mismo. Se capacitó a un numero de 7 profesionales en la rama de enfermería, quienes tienen el compromiso de replicar la capacitación a las a las auxiliares de enfermería, y de ejecutar las acciones para la mejora en la atención a los usuarios.

Cuadro No. 2

Distribución porcentual de la evaluación al personal de enfermería

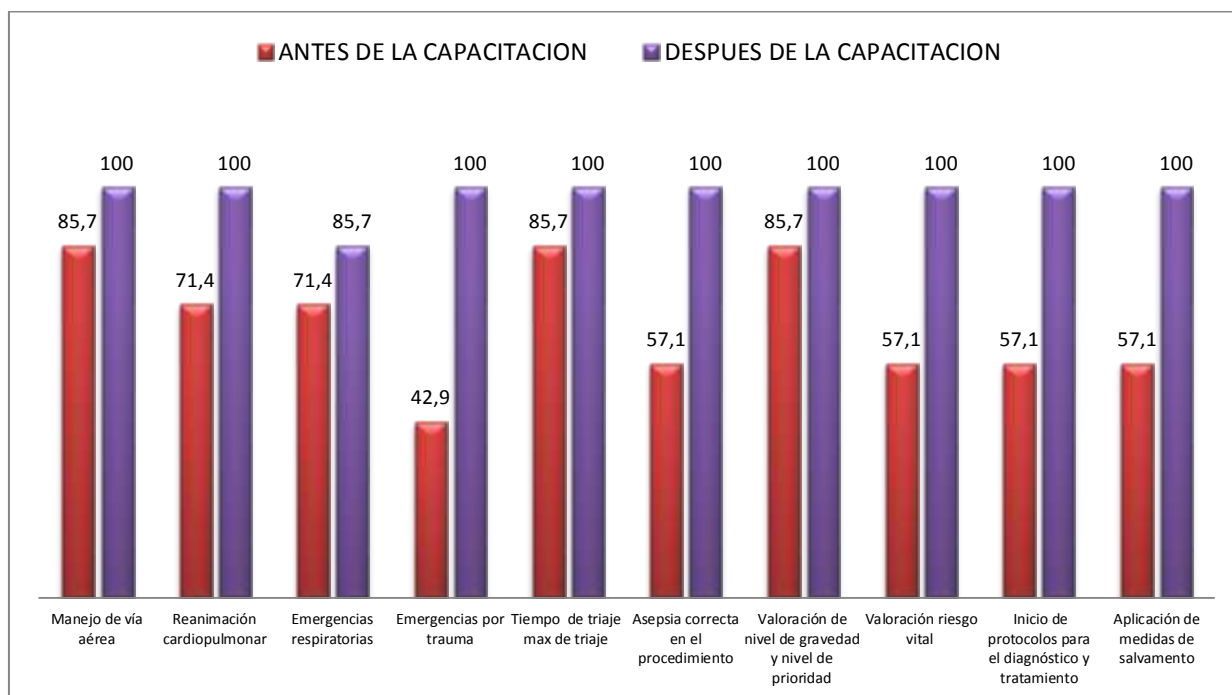
INDICADORES	ANTES DE LA CAPACITACION		DESPUES DE LA CAPACITACION	
	F	%	F	%
Manejo de vía aérea	6	85,7	7	100,0
Reanimación cardiopulmonar	5	71,4	7	100,0
Emergencias respiratorias	5	71,4	6	85,7
Emergencias por trauma	3	42,9	7	100,0
Tiempo de triajemax de triaje	6	85,7	7	100,0
Asepsia correcta en el procedimiento	4	57,1	7	100,0
Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad	6	85,7	7	100,0
Valoración riesgo vital	4	57,1	7	100,0
Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento	4	57,1	7	100,0
Aplicación de medidas de salvamento	4	57,1	7	100,0
PROMEDIO	4,7	67,1	6,9	98,6

Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico No. 2

Distribución porcentual de la evaluación al personal de enfermería



Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 2 sobre distribución porcentual de la evaluación al personal de enfermería en cuanto a la realización de actividades en el manejo de pacientes en el área de emergencias un 100% mejoro sus respuestas en cuanto al manejo de vía aérea, reanimación cardiopulmonar, emergencias por trauma, tiempo de triaje, asepsia correcta en el procedimiento, emergencias respiratorias valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad, valoración riesgo vital, inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento, aplicación de medidas de salvamento.

RESULTADO 2: Necesidades del usuario del servicio de emergencia cubiertas.

2.1. Reunión de trabajo con directivos del hospital, área de bodega y farmacia y estadística.

2.1.1. Verificación de Stock para insumos y medicamentos.

2.1.2. Verificar necesidades según el perfil epidemiológico.

Esta actividad se realizó del 3 al 5 de Julio del 2013 junto al líder de bodega Sra. Alexandra Alcívar y líder de farmacia Dra. Alexandra Falcones, basado en el perfil epidemiológico y en los protocolos y normas de atención se determinaron las necesidades urgentes de insumos y medicamentos para la correcta aplicación del mismo, de esta manera evitaría la compra particular de medicamentos y materiales por parte del familiar de los pacientes mejorando la calidad de atención del usuario del área de emergencia: (Ver imagen No. 5)

- Procedimientos del departamento de bodega:

Recibir los bienes, materiales y suministros, comprobando que correspondan a las cantidades y calidades establecidas en la orden de compra y factura o guía de despacho del proveedor, y rechazar productos que estén deteriorados o que no correspondan a la compra.

Informar al Departamento de Adquisiciones y al Coordinador de Servicios Institucionales, según corresponda, cualquier irregularidad en la recepción

- Procedimiento en Farmacia

Dispensación inmediata y correcta de los fármacos según el requerimiento del usuario y de los servicios hospitalarios.

Imagen No. 5

Personal participante en la programación de insumos y medicamentos



2.2. Delegación de responsabilidades en la elaboración de la programación de insumos y medicamentos, revisión y vigilancia.

Esta actividad se llevó a cabo el 8 de Julio del 2013, con el líder del departamento y líder de enfermería, en la que se procedió a delegar responsabilidades en cuanto a la elaboración de la programación de insumos y medicamentos, la revisión y vigilancia del cumplimiento de la actividad; quedando establecida de la siguiente manera:

Responsables de la programación de insumos y materiales

ELABORACION DE LA PROGRAMACION	Lcdo. José Bermúdez
REVISIÓN	Lcda. Bélgica Cuzme
SUPERVISION	Lcda. Martha Zambrano

2.3. Elaboración de la programación de insumos y medicamentos del servicio de emergencias.

Para esta actividad del 9 al 13 de Julio del 2013 se llevó a cabo la elaboración de la programación de Insumos y medicamentos para el área de emergencia, esta contó con el

apoyo del Dr. Fabián Yépez Cedeño Líder del Departamento de Emergencia, Lcda. Bélgica Cuzme Líder de enfermería, Sra. Alexandra Alcívar responsable de bodega y la Dra. Alexandra Falcones Líder de farmacia; esta actividad se realizó tomándose en cuenta el cuadro de medicamentos básicos hospitalarios y los involucrados en los protocolos y normas de atención, quedando establecidos de la siguiente manera. (Ver Tabla de insumos y medicamentos No. 1 y 2)

Tabla No. 1

TABLA DE MEDICAMENTOS

DETALLE DEL PRODUCTO	UNIDAD	CANTIDAD MENSUAL
Acetaminofén	Tab 500 mg	209
Acetaminofén	GotPed. 100 mg/mL	33
Acetaminofén	Jbe 150 mg/5 ml	208
Acetilcisteína	Amp 300 mg/3mL	25
Aciclovir	Susp 120 mL	29
Aciclovir	Capsulas 200mg	33
Ácido Ascórbico (Vitamina C)	Tabs 500 mg	837
Ácido Ascórbico (Vitamina C)	Amp 500mg	4
Azitromicina	Suspensión 200mg	154
Ambroxol Clorhidrato	Gota 30mL	60
Amikacina	Amp 100mg /2mL	67
Aminofilina	Sol Iny 250mg/ 2Ml	17
Amoxicilina	Susp. 250mg/ 5mL	354
Ampicilina	Polvo para Sol Iny 500mg	574
Azitromicina	Tab 500mg	115
Bencilpenicilina (Penicilina GCristalina)	Polvo para Iny 1.000.000UI	63
Benzatinicabencilpenicilina(Penicilina G Benzatinica)	Polvo para Iny 1.200.000 UI + disol	95
Bupivacaina con epinefrina	Soluclny 0,5%	9
Cetirizina	Gotas 30Ml	90
Claritromicina	Polvo para Susp. 250mg. 5mL (50mL)	42
Cloruro de Sodio 0,9%	Litro	8
Complejo B Inyectable	Amp (Vitaminas B1.B6.B12)	33
Dexametasona	Amp 4mg/lmL	57
Dextrosa 10%	Feo 500cc	17
Dextrosa 5%	Feo 500cc	8
Dextrosa 5%	Fco 1000cc	77

Dextrosa 5%en ss 0.9%	Fco 1000 cc	25
Dextrosa al 10% en agua	1000 cv	4
Diazepam	Sol. Iny. 10 mg/mL	3
Dicloxacilina	Susp 250 mg/5mL	60
Dopamina Clorhidrato	Amp 200mg/5mL	1
Electrosol K	Amp 10 mL	129
ElectrosolNa	Amp 10 mL	111
Fenobarbital Sódico	Sol Iny. 120mg/2mL	17
Fitomenadiona	Sol Iny 10 mg/mL	42
Furosemida	Amp 20mg/2ml	17
Gentamicina	Amp 20mg/2mL	145
Gluconato de Calcio	Amp 10 ml.	67
Hidrocortizona	Amp 100 mg	8
Ibuprofeno	Tab 200mg	296
Ibuprofeno	tab 600mg	418
Ketorolaco	Amp 30mg	4
Lactato Ringer	500cc	8
Lactato Ringer	1000 cc	8
Lidocaina	Sol. Iny 2% sin epinefrina	17
Lidocaina	Solución Tópica spray	2
Loratadina	Jarabe 5mg/5mL	42
Magaldrato (Hidróxido de Al yMg)	Suspensión	2
Neostigmina	Amp. 0,5mg/ 1mL	8
Oxido de Zinc + Nistatina	Crema 200mg/30g	17
Paracetamol	Supositorios	217
Pentotal	Fco 1 g	7
Prednisona	Tab 5mg	217
Prednisona	Tab 20mg	124
Ranitidina	Amp 50 mg/2ml	17
Remifentanil	Amp 5mg	4
Salbutamol	Fco. para nebulizador x 10 mL	42
Salbutamol	Jarabe 120mL	25
Salbutamol	Inhalador	4
Sales para rehidratación Oral	Sobres (27,9 g)	579
Sevofluorane	Fco 250ml	1
Suero Fisiológico	Frasco 120ml	208
Sulfadiazina de Plata	Crema 30g	17

Tabla No. 2

TABLA DE INSUMOS

IMPLEMENTO	DETALLE	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL
Agua destilada	Galón	1
Agua oxigenada		
Agujas Desechables	N° 20	
Agujas Hipodérmicas	N°19	
Alcohol	Galón	3
Algodón	Libras	2
Aplicadores	Paquetes	3
Aspiradores Nasaes		
Baja lenguas		1167
Bisturí	N° 15	28
Cajas recolectoras de heces		123
Cánulas de oxígeno		7
Cánulas Endotraqueales	N° 2,5	
Cánulas guedell	N° 0	
Cánulas guedell	N° 0	
Cánulas guedell	N° 1	
C'atgud cromado Hilos	3/0	
C'atgud cromado Hilos	4/0	10
C'atgud cromado Hilos	2/0	
Colonia	Frasco	
Dafilón	2/0	
Dafilón	3/0	7
Dafilón	5/0	6
Dafilón	6/0	3
Drenes de Penrouse	Drenes	
Equipos de venoclisis		26
Esparadrappo duro	Rollos	10
Esparadrappo Poroso		3
Fomíol	Galón	
Frasco recolectores de orina		61
Fundas recolectoras de orina	Pediátricas	125
Gasa	Rollos	2
Guantes quirúrgicos	N° 7	50
Guantes de manejo a granel	Cajas	7
Sondas nasogástricas	N° 12	
Sondas nelatón	N°20	
Talco	Feo	
Termómetros orales		14
Tintura de yodo	Galón	

Tubos endotraqueales	N° 3	
Vasokan	N°22	186
Vasokan	N°24	30
Guantes quirúrgicos	N° 8	
Jelonet		11
Jeringuillas	lee	26
Jeringuillas (Alimentación)	50cc	3
Jeringuillas	20 cc	8
Jeringuillas	10 cc	605
Jeringuillas	5 cc	303
Jeringuillas	3cc	161
Llave de tres vías	Equipos	168
Mascarillas de oxígeno	Equipos	1
Mascarillas desechables		500
Mascarillas Nebulización		75
Microgoteros		87
Povidin Jabonoso	Galón	1
Povidin Jabonoso	Galón	1
Seda negra	2/0	
Sedas	3/0	
Sedas	4/0	
Sondas nasogástricas	N° 8	2
Sondas nasogástricas	N° 6	1
Sondas nasogástricas	N° 10	
Sondas nasogástricas	N° 14	
Sondas de alimentación	N° 8	3
Sondas de alimentación	N° 4	3
Sondas de alimentación	N°10	
Sondas de alimentación	N° 5	4
Sondas de succión	N° 8	1
Sondas de succión	N° 6	
Sondas de succión	N° 10	
Sondas de succión	N° 12	
Sondas Folev		
Sondas nasogástricas	N° 6	
Sondas nasogástricas	N° 8	
Sondas nasogástricas	N° 14	3
Vendas de gasa	5x5	
Vendas de gasa	Rollos	
Vicril Hilos	2/0	10
Vicril Hilos	3/0	4
Vicril Hilos	4/0	4
Vicril Hilos	N°1	

Vicril (agujas)	N° 1	
Vicril (agujas)	N°0	1

2.4. Aprobación de la programación de Insumos y medicamentos del servicio de emergencia.

El día 15 de Julio del 2013 se entregó la lista de medicamento e insumos y materiales al Gerente del Hospital y administradora de Farmacia para la adquisición de los mismos, evidenciándose en un memorando. (Ver Imagen No. 6)

Imagen no. 6

Aprobación del programa



Dr. Víctor Fabián Yépez Cedeño aprobando la programación de insumos y medicamentos

2.5. Ejecución de la programación de medicamentos e insumos del servicio de emergencia.

El 1 de Agosto del 2013 se realizó la entrega formal de los insumos médicos por parte del maestrante a los Líderes de Emergencia quedando establecido en un oficio de entrega donde se establece los materiales otorgados (Ver Imagen No. 7)

Imagen No. 16

Utilización de insumos



Lcda. Alexandra Jiménez Cevallos atendiendo un paciente con los insumos requeridos en la programación

RESULTADO 2. Necesidades del usuario del servicio de emergencia cubiertas

Indicador

Hasta el 12 de Julio del 2013 se cubre con el 40% de las necesidades del usuario mediante la programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades

Para este propósito se procedió a realizar una serie de actividades en las que se vio involucrado la responsable de bodega y líder de farmacia.

CUADRO No. 3

Cumplimiento de actividades para cubrir las necesidades del usuario mediante la Programación de insumos y medicamentos

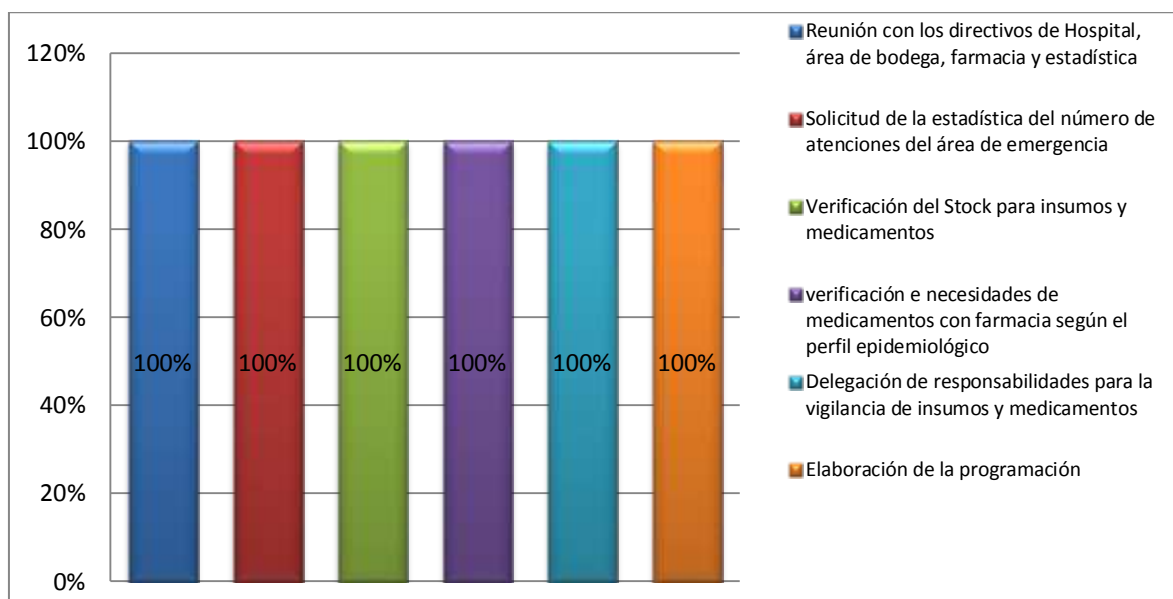
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	NUMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE DE CUMPLIMINETO
Reunión con los directivos de Hospital, área de bodega, farmacia y estadística	1	100%
Solicitud de la estadística del número de atenciones del área de emergencia	1	100%
Verificación del Stock para insumos y medicamentos	1	100%
verificación e necesidades de medicamentos con farmacia según el perfil epidemiológico	1	100%
Delegación de responsabilidades para la vigilancia de insumos y medicamentos	1	100%
Elaboración de la programación	1	100%

Fuente: Registro de actividades

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

GRÁFICO No. 3

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LA PROGRAMACIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS



Fuente: Registro de actividades

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No.5 relacionado a el cumplimiento de las actividades de programación de insumos y medicamentos , este se realizó a cabalidad, es decir al 100% en cuanto a las reuniones con los directivos de Hospital, área de bodega, farmacia y estadística, la solicitud de la estadística del número de atenciones del área de emergencia, la verificación del Stock para insumos y medicamentos, la verificación e necesidades de medicamentos con farmacia según el perfil epidemiológico, la delegación de responsabilidades para la vigilancia de insumos y medicamentos y la elaboración de la programación.

RESULTADO 3: Programa de Supervisión de calidad de atención diseñado y aplicado

3.1. Conformación de un equipo de supervisión, monitoreo y evaluación en de la atención en el área de emergencia.

3.1.1. Conformación de los integrantes

3.1.2. Delineación de política

El 16 de Julio del 2013 se procedió a realizar la conformación del comité de supervisión de la calidad de atención del servicio de emergencia, se revisaron varios conceptos sobre la calidad de la atención que se debe brindar al pacientes, se estableció que la gestión de calidad debe contener un conjunto de acciones reglamentadas y continuas destinadas a prevenir, notificar o solucionar pertinentemente inconvenientes o situaciones que afecte la calidad de atención al usuario. Enfatizando en la evaluación, monitoreo, y supervisión, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

Se establecieron las siguientes políticas:

- Evaluar la calidad de la atención en salud, identificando las principales causas que crean los problemas relacionados con la falta de calidad de la atención médica con el fin de que los servicios avancen en las propuestas de mejora continua que puedan hacer superar estos problemas.
- Mejorar la seguridad del paciente a través de la identificación correcta del paciente y la comunicación efectiva.
- Mejorar la seguridad y el acceso a los medicamentos

- Vigilar la dotación de insumos médicos, evitando la escases
- Garantizar procedimientos correcto
- Estructurar y transmitir los procesos que conllevan al cumplimiento de las acciones de mejora.

FUNCIONES DEL COMITÉ

- Elaborar y plantear un plan de mejora continua para la calidad y la seguridad del paciente, estableciendo los lineamientos estratégicos de calidad y seguridad del paciente.
- Realizando el seguimiento de las acciones propuestas actualizando constantemente sus metas
- Presentar resultados de los indicadores de calidad en forma mensual.
- Realizar encuestas regulares para la medición de la confianza de los pacientes y sus familias, analizando sus resultados en el comité.
- Promover Premios de Calidad, y programas de capacitación de calidad
- Integrar y coordinar equipos específicos de mejora para dar seguimiento a las acciones correspondientes.
- Difundir las recomendaciones expuestas al servicio de Emergencias y dar seguimiento a las acciones correspondientes.

Se estructuro el equipo de apoyo la siguiente manera:

ORGANIGRAMA No. 2

Organigrama funcional del comité de gestión de calidad del servicio de emergencias



3.2. Elaboración del Programa de supervisión de la atención de Enfermería en el área de emergencias.

Del 17 al 19 de Julio se realizó el programa de supervisión de la atención de enfermería en el área de emergencias, quedando establecido de la siguiente manera:

PROGRAMA DE SUPERVICION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA DE EMERGENCIAS

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales:

La Constitución Política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en su artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.

Enfoque Metodológico

Un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud contribuye al mejoramiento de la salud de los habitantes de un país a través de sus mecanismos de regulación externa de la calidad de atención (Licenciamiento, Acreditación, Certificación), y mecanismos internos de monitoreo y mejora continua de la calidad en los servicios.

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarios de acuerdo a esas normas.

Un sistema de garantía de calidad se inserta en la estructura funcional del ente rector (MSP) que normatiza los procesos de atención, establece estándares e indicadores de calidad, define un mecanismo de monitoreo y de mejoramiento continuo de la calidad, y desarrolla una cultura de calidad orientada hacia la satisfacción del/a usuario/a.

Dos aspectos básicos de la calidad de la atención son la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica, y la Calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, etc. El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

Este enfoque tiene tres momentos metodológicos:

- 1) La Definición Operativa de la calidad a través de estándares e indicadores. Un estándar de calidad es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención, que deriva de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP
- 2) La Medición o Monitoreo de la calidad, es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos por los EMCC de las unidades operativas, y que son comunicados periódicamente a los distintos niveles del sistema (DPS y Nivel Central)
- 3) El Mejoramiento de la calidad, es unamethodología sistemática que introducecambios concretos en los procesos deatención, a través de ciclos rápidos, lo cualfacilita trabajar objetivos de mejoramientode la atención, planificar y ejecutar loscambios, y posteriormente medir si loscambios realizados realmente produjeronel mejoramiento.Este enfoque es aplicado en los servicios de saludpor equipos de mejoramiento continuo dela calidad (EMCC) constituidos por el mismopersonal de la unidad operativa que presta laatención correspondiente. El cumplimiento de los estándares es MEDIDO periódicamente porlos equipos (EMCC) mediante los indicadores;luego del análisis de los determinantes del incumplimientode los estándares, evidenciadopor una bajo nivel del indicador, estos equiposplanifican y

realizan acciones de MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, introduciendo cambios concretos en procesos específicos para superar deficiencias y alcanzar altos niveles de cumplimiento de los estándares.

Supervisión de enfermería

La supervisión en enfermería es una de las funciones principales de gestión, liderazgo, dirección y control que realiza la enfermera para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad. Dentro del rol la enfermera tiene esta función y no la puede delegar a otra persona.

Propósito

El propósito de la supervisión en enfermería es que ella junto con los colaboradores brinden esa atención con calidad pero también con calidez y que refleje los cuidados de enfermería en las fases de prevención, curación y rehabilitación a toda la población que demanda servicios de salud, así como a promover el trabajo en equipo y desarrollar la eficiencia del personal para lograr la máxima productividad.

La finalidad de la supervisión en enfermería es:

- Mejorar la calidad de la atención de enfermería
- Crear un ambiente favorable a las personas.
- impulsar el desarrollo del personal.
- Mantener la disciplina y el interés en el trabajo.
- Organizar la utilización de los recursos materiales.

Método directo: Es aquel que percibe de una manera objetiva, en él la enfermera debe desarrollar la habilidad de observar detenidamente según objetivos específicos con el propósito de obtener información sobre el cuidado ofrecido a cada uno de los pacientes que se atienden. En este método se utiliza la observación, los recorridos, entrevistas, la orientación y la enseñanza.

Parámetros de las actividades a evaluar de la acción de enfermería en el área de emergencia.

- Tiempo de triaje

- Identificación del pacientes
- Asepsia

PROCEDIMIENTOS GENERALES

- Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad
- Valoración riesgo vital
- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Actuación inmediata
- Análisis e interpretación de datos obtenidos

TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (SIEL CASO LO AMERITA)

- Actuación en situación traslado a otro nivel
- Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento
- Conservación de la calma
- Aplicar medidas de salvamento
- Valorar de la cabeza a los pies
- Si está consciente, informar y tranquilizar a la persona. Si no está consciente, también se le debe hablar
- No movió a la persona
- No dio líquidos
- No movilizó al paciente hasta haber dado los primeros auxilios
- Dispone del transporte adecuado
- Apreciación de la conciencia
- Comprobación la vía aérea; prestando especial atención a: La existencia de respiración; Posibles signos de obstrucción (nos lo indican los estertores, sibilancias.) La presencia de cuerpos extraños y dientes caídos
- Observación de la existencia de vómitos
- Si hay trauma o inflamación
- Comunica a la familia la información pertinente

3.3. Socialización del Programa de supervisión con el equipo de salud.

3.3.1. Aprobación del Programa de supervisión

22 de Julio del 2013 se socializo con el equipo de salud el programa de supervisión,

consiguiendo a la aceptación del equipo de salud sobre los parámetros a evaluar, y la aprobación del Líder del Servicio Dr. Víctor Fabián Yépez (Ver Imagen No. 8)

Imagen No. 8

Reunión



Reunión con el equipo de salud y Lcda. Bélgica Cuzme

3.4. Ejecución de la supervisión de la calidad de atención en el servicio de Emergencia.

Del 25 de Julio al 15 de agosto se ejecutó la supervisión de la calidad de atención en el servicio de emergencia al personal de enfermería, (Ver Imagen No. 8) esta consto conto los siguientes parámetros: (Ver matriz de evaluación)

Matriz de Evaluación

SUPERVICION DE LAS NORMAS DE ATENCION AL PERSONAL DE ENFERMERIA

<i>TIEMPO DE TRIAJE</i>	Menor a 10 min	Mayor a 10 min	No se le realizo
<i>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES</i>	Correctamente	incorrectamente	No se realizo
<i>ASEPSIA</i>	Asepsia correcta en el procedimiento	Asepsia correcta en el procedimiento	No aplica

PROCEDIMIENTOS GENERALES	OBSERVACION
Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad	
Valoración riesgo vital	
Reconocimiento inmediato de signos vitales	

Actuación inmediata	
Análisis e interpretación de datos obtenidos	
TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (SI EL CASO LO AMERITA:	
Actuación en situación traslado a otro nivel	
Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento	
Conservación de la calma	
Aplicar medidas de salvamento	
Valorar de la cabeza a los pies	
Si está consciente, informar y tranquilizar a la persona. Si no está consciente, también se le debe hablar	
No movió a la persona	
No dio líquidos	
No movilizar al paciente hasta haber dado los primeros auxilios	
Dispone del transporte adecuado	
Apreciación de la conciencia	
Comprobación la vía aérea; prestando especial atención a: La existencia de respiración; Posibles signos de obstrucción (nos lo indican los estertores, sibilancias,...) La presencia de cuerpos extraños y dientes caídos	
La existencia de vómitos	
Si hay trauma o inflamación	
Comunica a la familia la información pertinente	

3.5. Evaluación de los resultados.

Del 16 al 19 de Agosto del 2013 la coordinadora del análisis de resultados previo consenso con el presidente y coordinadora del comité de calidad, evaluaron los resultados obtenidos en la evaluación al personal de enfermería, el resultado de la evaluación fueron entregadas a la coordinadora a cargo. (Ver imagen No.9)

Imagen No. 9

Aprobación de la evaluación



Entrega de los resultados de la evaluación

RESULTADO 3

Programa de supervisión de la calidad de atención al servicio de emergencias diseñado y aplicado

Indicador

Hasta el 12 de Julio del 2013 el 100% del Programa de supervisión diseñado

Hasta el 15 de Agosto del 2013 el 100% del Programa de supervisión aplicado

Para este indicador evaluamos a 7 integrantes de personales de salud de enfermería, en cuanto a los procedimientos de ingreso del paciente al área de emergencias, tiempo de atención, identificación del paciente, asepsia y toma de decisiones.

Distribución porcentual de los resultados de la evaluación al personal de enfermería

Cuadro no. 4

Identificación de los pacientes

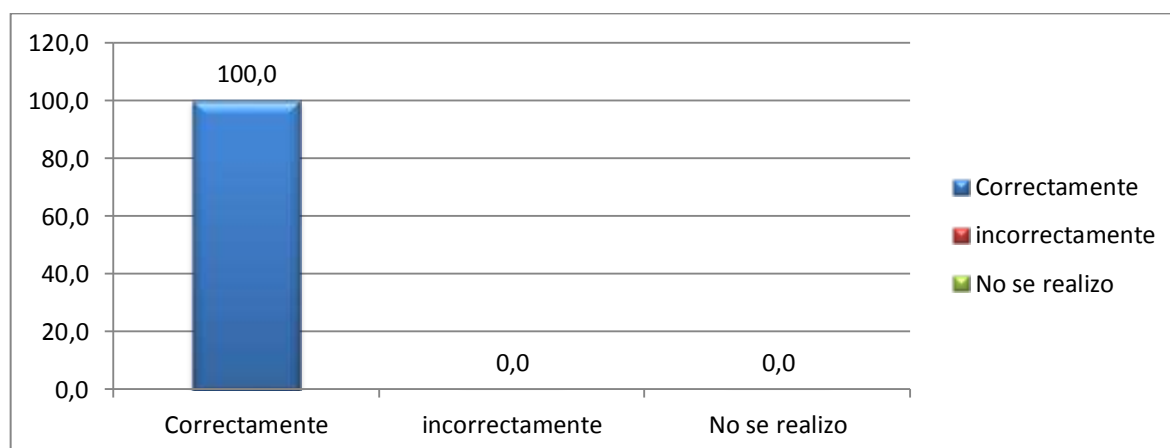
Procedimiento	F	%
Correctamente	7	100,0
Incorrectamente	0	0,0
No se realizo	0	0,0
TOTAL	7	100,0

Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

GRÁFICO No. 4

Identificación de los pacientes



Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

En el cuadro y en el gráfico No. 4 se muestra que en el 100% de los casos la identificación de los pacientes se realiza correctamente de un total de 7 profesionales de enfermería.

Cuadro No. 5

Tiempo de triaje

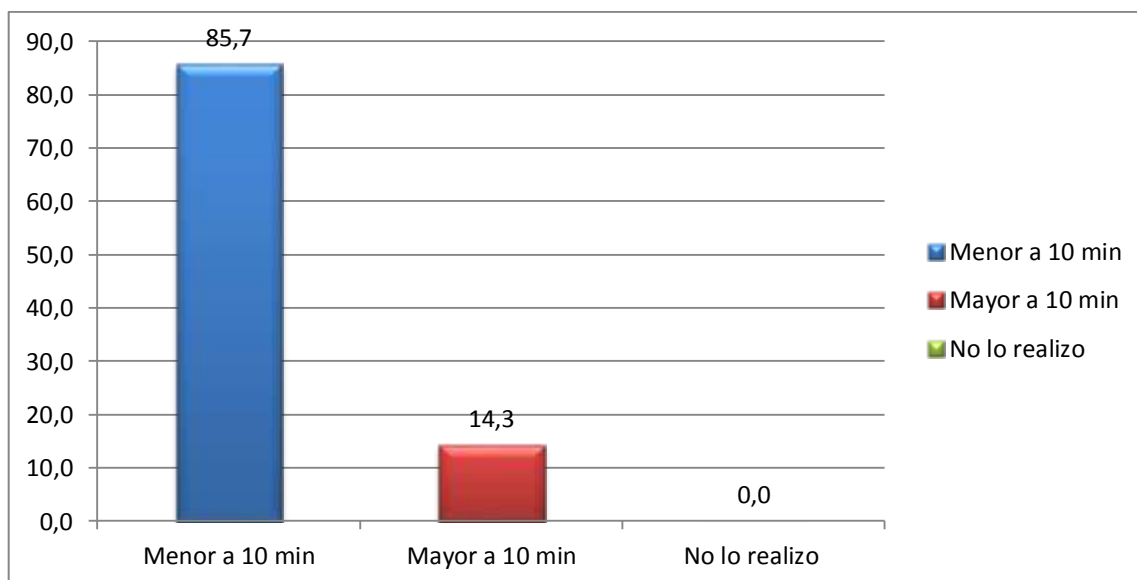
TIEMPO	F	%
Menor a 10 min	6	85,7
Mayor a 10 min	1	14,3
No lo realizo	0	0,0
TOTAL	7	100,0

Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico no. 5

Tiempo de triaje



Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

En el cuadro y el gráfico No. 5 se muestra que el tiempo de triaje fue inferior a los 10 minutos en 6 casos de 7, lo que representa un 85,7% de las veces mientras que fue superior en un solo caso de la muestra analizada y que representa el 14,3% de las ocasiones.

Cuadro No. 6

Asepsia

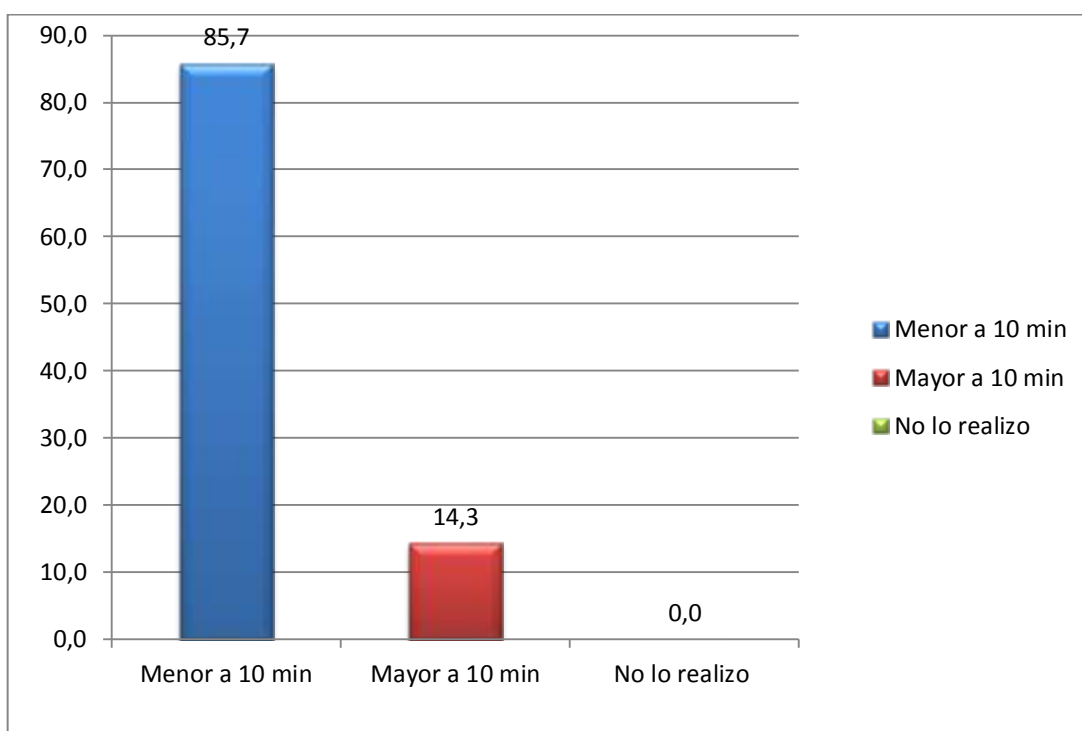
Procedimiento	F	%
Asepsia correcta en el procedimiento	6	85,7
Asepsia incorrecta en el procedimiento	1	14,3
No aplica	0	0,0
TOTAL	7	100,0

Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico No. 8

Asepsia



Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

De acuerdo a la información mostrada en el cuadro No. 6 y en el gráfico No. 8 se produjo una situación de asepsia correctamente en el procedimiento en 6 de los 7 casos, que representa el 85,7% del total, mientras que en uno de los 7 casos analizados, se produjo una situación de asepsia incorrecta en el procedimiento, representando el 14,% de los caso

Cuadro No. 7

Procedimientos generales

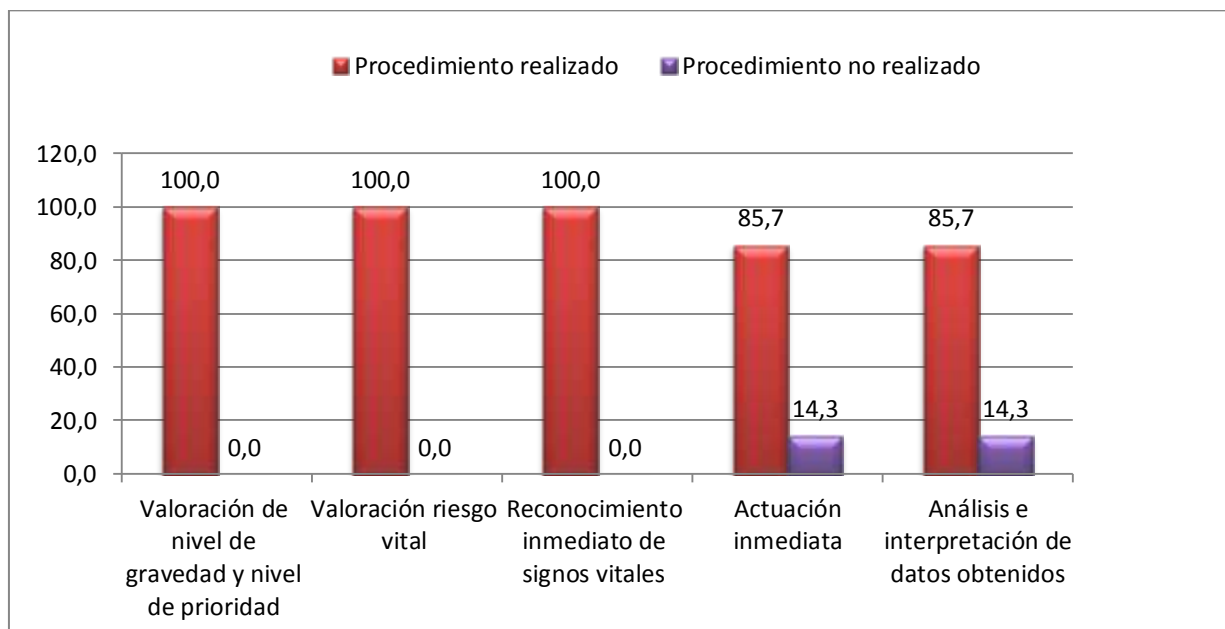
PROCEDIMIENTOS GENERALES	Procedimiento realizado		Procedimiento no realizado	
	F	%	F	%
Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad	7	100,0	0	0,0
Valoración riesgo vital	7	100,0	0	0,0
Reconocimiento inmediato de signos vitales	7	100,0	0	0,0
Actuación inmediata	6	85,7	1	14,3
Análisis e interpretación de datos obtenidos	6	85,7	1	14,3
PROMEDIO	6,6	94,3	0,4	5,7

Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico No. 9

Procedimientos generales



Fuente: Matriz de supervisión

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

En los procedimientos generales tabulados en el recuadro y en el gráfico No.7 muestran como en el 100% de los casos se hizo una valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad así como una valoración de riesgo vital y un reconocimiento de signos vitales. Por el contrario en 6 de cada 7 casos se realizó una actuación inmediata y un análisis e interpretación de los datos obtenidos. De promedio la realización de los procedimientos generales alcanza el 94,3% de las ocasiones.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

Pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital Miguel H. Alcívar Reciben Buena Calidad de Atención

Indicador

Hasta el Agosto del 2013 el 90% de los pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital Miguel H. Alcívarreciben buena calidad de atención

Para el cumplimiento de este indicador se contó con el involucramiento de los Directivos de la institución y del personal de salud, que mostraron pre disposición en todas las actividades planificadas, se tomó una muestra de 150 pacientes o familiares, los resultaron fueron los siguientes:

Cuadro No. 8

Criterio de los usuarios sobre la calidad de atención en el servicio de emergencia

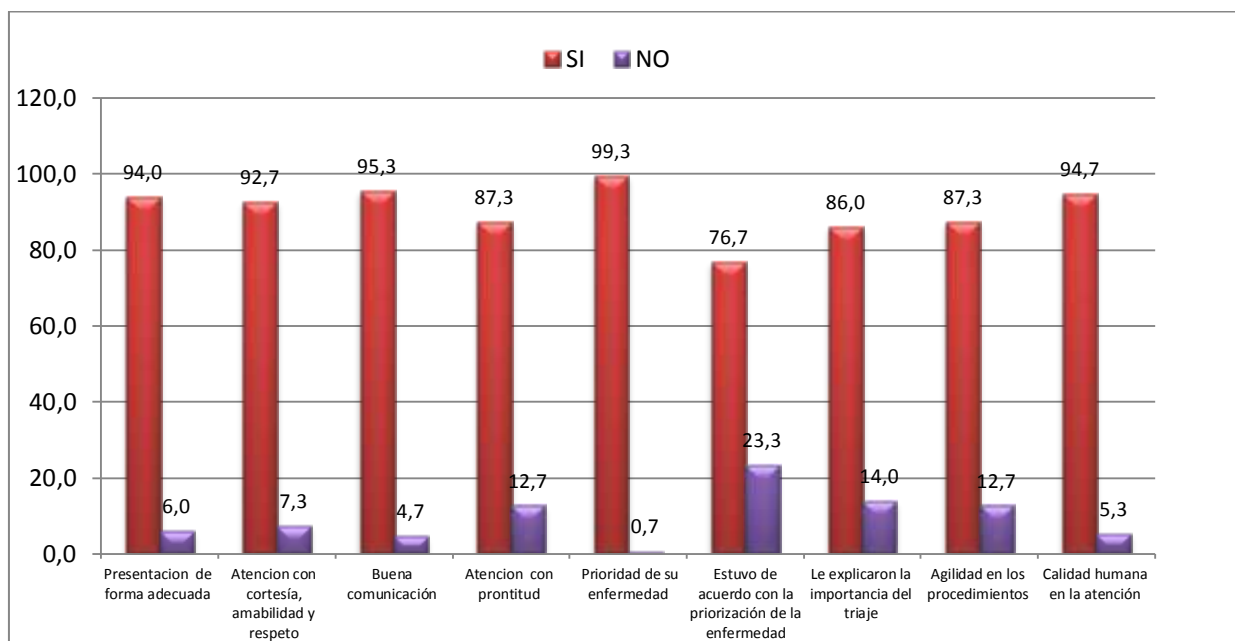
PROCEDIMIENTOS	SI		NO	
	F	%	F	%
El profesional que lo recibió se presentó de forma adecuada	141	94,0	9	6,0
El profesional que lo atendió actuó con cortesía, amabilidad y respeto	139	92,7	11	7,3
El profesional que lo atendió mantuvo buena comunicación	143	95,3	7	4,7
Lo atendieron con prontitud	131	87,3	19	12,7
Le diagnosticaron la prioridad de su enfermedad	149	99,3	1	0,7
Estuvo de acuerdo con la priorización de la enfermedad	115	76,7	35	23,3
Le explicaron la importancia del triaje	129	86,0	21	14,0
Hubo agilidad en los procedimientos	131	87,3	19	12,7
Hubo calidad humana en la atención	142	94,7	8	5,3
PROMEDIO	135,6	90,4	14,44	9,6

Fuente: Encuesta de la calidad de atención

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

GRÁFICO No. 8

Criterio de los usuarios sobre la calidad de atención en el servicio de emergencia



Fuente: Encuesta de la calidad de atención

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

De acuerdo a lo mostrado en el cuadro No. 8 el profesional que recibió al paciente se presentó de forma adecuada en el 94% de las veces, así mismo el trato fue cortés, amable y mostrando respeto en el 92,7% de las ocasiones. Los pacientes valoran que en el 95,3% de las ocasiones el profesional mantuvo una buena comunicación y que fueron atendidos con prontitud en el 87,3% de las ocasiones. Por otro lado el 99,3% de los pacientes piensa que le diagnosticaron la prioridad de su enfermedad en el 99,3% de las ocasiones y estuvieron de acuerdo en la priorización de la enfermedad en el 76,7% de los casos. Finalmente el 86% de los pacientes afirma que le explicaron la importancia del triaje, el 87,3% considera que hubo agilidad en los procedimientos y que hubo calidad humana en la atención en el 94,7% de los casos. De promedio, en el 90,4% de las ocasiones se realizan los procedimientos tal y como están estipulados.

Cuadro No. 9

Resultado en la atención

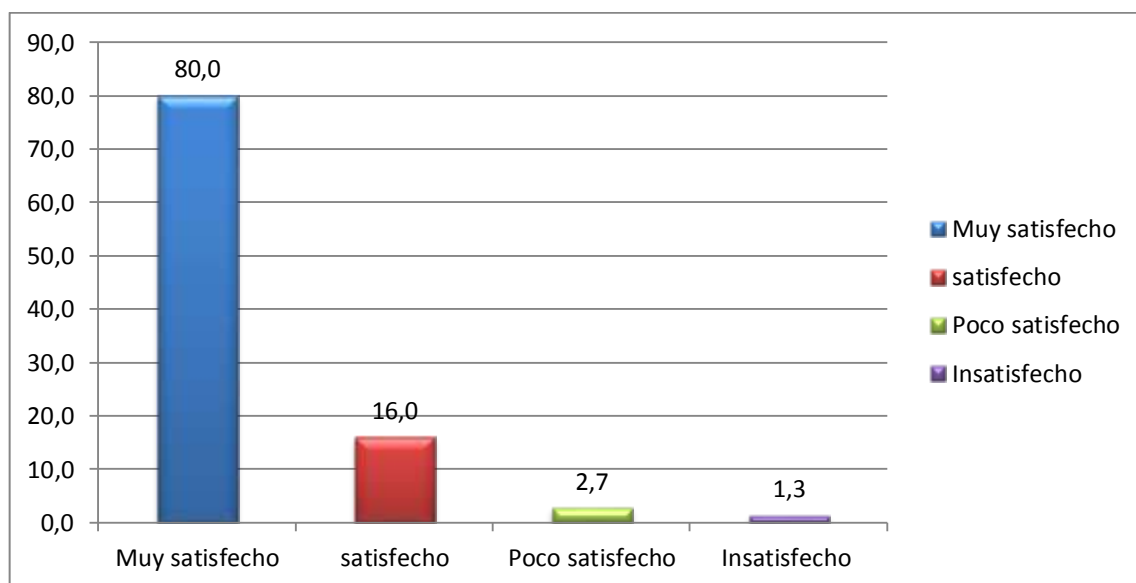
RESULTADO	F	%
Muy satisfecho	120	80,0
Satisfecho	24	16,0
Poco satisfecho	4	2,7
Insatisfecho	2	1,3
TOTAL	150	100

Fuente: Encuesta de la calidad de atención

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Gráfico No. 9

Resultado en la atención



Fuente: Encuesta de la calidad de atención

Elaborado por: Lcdo. José Bermúdez

Análisis e interpretación:

Según el cuadro y el gráfico No. 11 el 80% de los pacientes está muy satisfecho con la atención recibida, el 16% afirma estar satisfecho mientras que el 2,7% dice estar poco satisfecho y el 1,3% dice estar insatisfecho con la atención recibida.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

Contribuir a la disminución de la incidencia de complicaciones en el área de emergencias del Hospital Miguel H. Alcívar.

Este indicador, por ser a largo plazo no es posible medir, pero el hecho de haber cumplido los indicadores del propósito y de los resultados se puede asegurar que el proyecto contribuyó a disminuir la incidencia de complicaciones en el área de emergencias del Hospital Miguel H. Alcívar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Al finalizar el proyecto se puede concluir que:

- Se cumplió con el objetivo general y el propósito del proyecto al mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, mediante la actualización al personal de enfermería, programación adecuada de insumos y medicamentos; y existencia de un programa de supervisiones de la calidad de atención, con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones.
- Se actualizó el 100% del personal de enfermería sobre Normas y Protocolos de Atención, disminuyendo el riesgo de complicaciones en los pacientes.
- Se cubrió las necesidades del usuario en un 40%, mediante la elaboración del 100% de la programación de insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades del servicio de emergencias; logrando que el familiar y el paciente reciban el medicamento y permanezca en el área
- Se diseñó y aplicó el 100% del programa de supervisión de la calidad de atención, dirigida a lograr la eficacia en la atención.

Recomendaciones

- Que las autoridades del Hospital Miguel Hilario Alcívar sigan comprometidos en mejorar la calidad de atención de todas las áreas, mediante estrategias de capacitación, y gestión de recursos necesarios para brindar una atención eficiente y oportuna.
- Que se sigan actualizando y adaptando los Protocolos y Normas del Ministerio de Salud Pública, para que se dé una atención integral basada en la evidencia científica.
- Que se mantenga normatizado y controle de manera permanente la dotación de insumos y medicamentos de acuerdo al perfil epidemiológico
- Que se fortalezca las funciones de supervisión del control de la calidad de atención, para mantener la eficiencia y eficacia de los servicios de salud del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

Textos

1. Alvares Rodríguez, C.; (2007) *Atención .sanitaria inicial a múltiples víctimas, claves de la medicina de catástrofes*. 1 era Edición
2. González de Durana, Ana A.; (2009) *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*. Editor Cáritas Española,
3. Bourgeois F, Shannon M, Stack A. (2008)*Un perfil nacional de niños que abandonan la eepartment de emergencia antes de la evaluación*. Ann EmrgMed. 599
4. Clemente Rodríguez C, Arabda Cárdenas D, PuiggaliBallart M, et al. (2011) *Indicadores de calidad en urgencias*. Emergencias.497
5. Daviala Z., Sandra (2009) *Siete encadenamientos estratégicos para hacer una reingineria de procesos*.
6. Daza de Caballera, Rosita.; Ariza Olarte, Claudia; (2008) *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado / - la ed. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad javeriana*.
7. D'Empaire, Gabriel; (2010) *Calidad De Atención Médica Y Principios Éticos*.Acta bioeth. v.16 n.2 Santiago
8. Diego Ayuso Murillo (2012) *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Ediciones Díaz de Santos
9. Diego Ayuso Murillo. (2012) *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Ediciones Díaz dc Santos, S.A. MADRID
10. Fortuna; Rivera, Roldan; y otros (2008) *Protocolo De Atencion Del Paciente Grave: Normas, Procedimientos y Guías de Diagnóstico y Tratamientos* . Ed. Médica Panamericana
11. Francisco Javier López Gómez; (2012) *La gestión de los recursos materiales, equipamientos e inversiones*
12. Gonzales, Martin; Olivares, Socorro;(2009) *comportamiento organizacional*. Ed. Patria
13. Gustavo Malagón-Londoño, Ricardo Galán Morera, Gabriel Pontón Laverde (2008) *Administraciónhospitalaria*. Ed. Médica Panamericana
14. José Félix Martínez López (2011) *El celador en el área de urgencias*. Editorial Vértice
15. Letham K, Gray A. 8 (2012) *El objetivo de las 4 horas (4-hour target) en los servicios de urgencias del NationalHealthServi un comentario crítico*. Pág. 69
16. Matzumura K. , Juan; Ayala M., Ronald;Aguilar Zavala, Gisella; Gutiérrez C., Hugo; (2008) *diagnóstico situacional en salud materno-infantil: guía metodológica*.Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. ISSN 1816-7713 versión impresa

17. Mc Carthy M, Aronsky D, Jones I, Miner JR, Band RA, Baren JM, (2008) *El departamento de la tasa de ocupación de emergencia: una simple medida de hacinamiento departamento de emergencias.*AnnEmerg Med.15-24
18. Moya, Mir; Manuel, S.(2008) *Normas de actuación en urgencias.* 4a ed. — Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana.
19. MSP - Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional (2011) *Manual de las 5 Claves para un Servicio de Calidad*
20. MSP (2008) *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*
21. Oliver A, Greenberg C.(2009) *Evaluación de resultados en el tratamiento oncológico: importancia de los criterios de valoración dependientes del paciente.*;17-25.
22. Parra Hidalgo, P; Bermejo Alegría, RM; Castillo A. ;(2012) *Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios.*Gac Sanit.159.
23. Pérez Torres , Vanesa Carolina, (2008) *Calidad total en la atención al cliente: Pautas para garantizar la excelencia en el servicio.*1 era Edición
24. Pines J, Hollander J. (2008) ;*Servicio de urgencias hacinamiento como asociada a la mala atención a los pacientes con dolor severo:*1-5.
25. Pitts S, Niska R, Burt CW. (2008) *Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria: 2006 Resumen Departamento de Emergencia. Natl Estadística Informe sobre la salud.* 1-38
26. Simonetti P, (2009) Editorial Planeta Chile SA. Decimocuarta edición
27. Tomás S, Chanovas; M, Roqueta (2010) *eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles.* 15-28

LINKOGRAFIAS

28. Burillo-Putzea, Guillermo; Rodríguez, CinesiGómez y Piñera-Salmerónb, Pascual (2013)Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. Gaceta SanitariaPrintversion ISSN 0213-9111Gac Sanit vol.27 n.2 Barcelona. Tomado de:<http://www.scielosp.org/scielo>.
29. Carlos R. Flores. (2011) *La saturación de los servicios de urgenciasuna llamada a la unidad*. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 23, Nº. 1, 2011 , págs. 59-64 tomado de : www.uniroja.es
30. Pedro Parra Hidalgoa, Correspondingauthorcontactinformation, E-mail thecorrespondingauthor, Rosa María Bermejo Alegríab, Adelia Más Castilloa, María Dolores Hidalgo Montesinosb, Rafael GomisCebriána, José Eduardo Calle Urraa(2012)Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Tomado de : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111002627>
31. Ríos R, María I.; Mariano García Izquierdo, Ester Lozano Alguacil, Ginés Mateo Perea, Emiliana de los Ángeles Sabuco Tebar, Fuensanta Martínez Cano (2013) Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área, Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 25, Nº. 3, 2013 , págs. 177-183 Toamdo de : [ialnet.uniroja.es/ servlet/articulo? codigo=4268764](http://ialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=4268764)

APÉNDICE No. 1

REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.

Nombres y Apellidos: Lcdo. José Bermúdez

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: “Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Miguel Hilario Alcívar. Bahía de Caráquez, 2013”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTE		CRONOGRAMA						
		(% de avance)						
		M	J	J	A	S	O	
RESULTADO 1								
1. Personal de enfermería actualizado en Normas y Protocolos de Atención.	Hasta el 28 de Junio del 2013 el 100% del personal de enfermería capacitado sobre Normas y Protocolos de Atención	20 %	10 0%					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2								
2. Programación de insumos y medicamento elaborado y ejecutado	• Hasta el 12 de Julio del 2013 se contará con el 100% de la Programación de insumos y medicamento elaborado			100 %				Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3								
3. Instituciones de Programa de supervisión diseñado y aplicado	• Hasta el 12 de Julio del 2013 el 100% el programa de supervisión diseñado Hasta el 15 de Agosto del 2013 el 100% el programa de supervisión y aplicado			100%	100 %			Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc

DIRECTORA DE TESIS

APÉNDICE No. 2

Matriz de Evaluación

SUPERVICION DE LAS NORMAS DE ATENCION AL PERSONAL DE ENFERMERIA

<i>TIEMPO DE TRIAJE</i>	Menor a 10 min	Mayor a 10 min	No se le realizo
<i>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES</i>	Correctamente	incorrectamente	No se realizo
<i>ASEPSIA</i>	Asepsia correcta en el procedimiento	Asepsia correcta en el procedimiento	No aplica

PROCEDIMIENTOS GENERALES	OBSERVACION
Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad	
Valoración riesgo vital	
Reconocimiento inmediato de signos vitales	
Actuación inmediata	
Análisis e interpretación de datos obtenidos	
TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (SI EL CASO LO AMERITA:	
Actuación en situación traslado a otro nivel	
Inicio de protocolos para el diagnóstico y tratamiento	
Conservación de la calma	
Aplicar medidas de salvamento	
Valorar de la cabeza a los pies	
Si está consciente, informar y tranquilizar a la persona. Si no está consciente, también se le debe hablar	
No movió a la persona	
No dio líquidos	
No movilizar al paciente hasta haber dado los primeros auxilios	
Dispone del transporte adecuado	
Apreciación de la conciencia	
Comprobación la vía aérea; prestando especial atención a: La existencia de respiración; Posibles signos de obstrucción (nos lo indican los estertores, sibilancias,...) La presencia de cuerpos extraños y dientes caídos	
La existencia de vómitos	
Si hay trauma o inflamación	
Comunica a la familia la información pertinente	

APÈNDICE No. 3
OFICIOS, ACTAS

Bahía de Caraquez 4 de Julio del 2013.

Lcda.
Bélgica Cuzme.
Enfermera Líder del Proceso de Emergencia.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a Ud. como autoridad pertinente se me permita ejecutar una capacitación como maestrante previo a la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud y Desarrollo Local, basada en la calidad de atención prestada en el área que Ud. dirige de manera acertada.

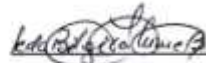
Por la atención prestada a la presente quedo desde ya muy agradecido.

Atentamente



Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel
Maestrante Utpi.

Aceptación



Lcda. Bélgica Cuzme Mg.
Enfermera Líder del Proceso de Emergencia

MAESTRANTE: Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel

Bahía de Caraquez 4 de Julio del 2013.

Dr.

Fabián Yépez.

Medico Líder del Proceso de Emergencia.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a Ud. como autoridad pertinente se me permita ejecutar una capacitación como maestrante previo a la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud y Desarrollo Local, basada en la calidad de atención prestada en el área que Ud. dirige de manera acertada.

Por la atención prestada a la presente quedo desde ya muy agradecido.

Atentamente



Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel

Maestrante Utpl.

Aceptación

MIGUEL H. ALCIVAR

Dr. Fabián Yépez

Medico Líder del Proceso de Emergencia

Dr. Fabián Yépez

Medico Líder del Proceso de Emergencia

MAESTRANTE: Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel

Bahía de Caraquez 8 de Julio del 2013.


Dr.
Fabián Yépez.
Medico Líder del Proceso de Emergencia.

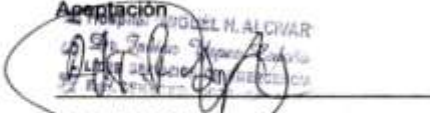
De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a Ud. Como persona idónea, con experiencia y con gran capacidad de gestión, imparta una capacitación dirigida al personal de Enfermería del área de Emergencia, basada en la calidad de atención prestada en el proceso antes mencionado y que a su vez dirige de manera acertada.

Por la atención prestada a la presente quedo desde ya muy agradecido.

Atentamente


Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel
Maestrante Utpl.

Aceptación

Dr. Fabián Yépez

Medico Líder del Proceso de Emergencia

MAESTRANTE: Lcdo. Bermúdez Medranda José Manuel

Bahía de Caraquez 8 de Julio del 2013.

Loda.
Bélgica Cuzme.
Lider del Proceso de Emergencia.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a Ud. Como persona idónea, con experiencia y con gran capacidad de gestión, imparta una capacitación dirigida al personal de Enfermería del área de Emergencia, basada en la calidad de atención prestada en el proceso antes mencionado y que a su vez dirige de manera acertada.

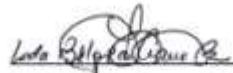
Por la atención prestada a la presente quedo desde ya muy agradecido.

Atentamente



Ldo. Bermúdez Medranda José Manuel
Maestrante Utpl.

Aceptación



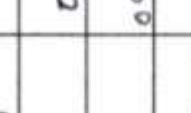


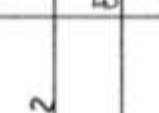
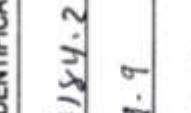









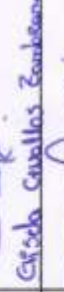


Loda. Bélgica Cuzme Mg.
Enfermera Líder del Proceso de Emergencia

MAESTRANTE: Ldo. Bermúdez Medranda José Manuel

APÉNDICE No. 4

LISTAS DE ASISTENCIA

APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE IDENTIFICACION	CARGO	TELEFONO	FIRMA
Diana Cifredo Horta	130377184-2	Secretaria	0788652550	
Estrella Gilio Ferrero	131428669-9	Estudiante	0959982272	
Grisela Yanez Cavallero Zambrano	131362374-4	Interno de Enfermería	0982629067	Grisela Cavallero Zambrano
Estrella Piquero	1302693187	Asesora A.E.	2398058	Estrella Piquero
Yvonne Patricia Zambrano	131290243-B	Estudiante Enfermería	0989401528	Yvonne Patricia Zambrano
Lorena Garcia Espinoza	131173067-3	E/E	098881622	
Franco Castillo Pizarro	130463568-1	Asesora A.E.	0994858314	
Amel Alejandra Zambrano	131650700-1	E/E	2399792	
Amabelly Salltas Leon	131332802-1	Interno de Enfermería	0939155515	
Alicia Delgado Ferrero	131634958-6	Estudiante de Enfermería	09189265331	

APellidos y Nombres	Cedula de Identificación	Cargo	Teléfono	Firma
Trinidad Cuello Roxas	130463568-1	Asesora Técnica	0991485881	
Diana Espinoza Morán	130377184-2	Doc. Enferm.	0988652550	
Dulce Paula Villón	130269318-7	Doc. A.E.	394058	
Arcel Figueroa Zamora	131650700-1	E/E	2399792	
Estimada Gilas Zamora	131428669-9	Estudiante	2691634	
Lenore García Espinoza	13113069-3	Estudiante	098881622	
Marissa Gabriela Zamora	13120243-8	Estudiante Enfermera	0999401528	
Annabelly Salinas León	131532802-1	Internista de Enfermería	093915515	
Girola Yonine Cevallos Zamora	131362574-4	Internista de Enfermería	0982629067	
Ariana Delgado Forjas	131634958-6	Estudiante de Enfermería	0969265331	

APÉNDICE No. 5
MATERIAL DIDACTICO

DIRECCIÓN NACIONAL DE CAMBIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL

CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

MANUAL DE LAS 5 CLAVES PARA UN SERVICIO DE CALIDAD

¿ Qué es la estrategia de las 5 C

El amor como principio, el orden como base, el progreso como fin.
(Proverbio Chino)



Disciplina	Todo igual, siempre
Estandarización	No limpiar más, sino en lo que se ensucia
Limpieza	Un lugar para todo cosa y cada cosa en su lugar
Organización	Distinguir entre lo que es necesario y lo que no es necesario
Clasificación	

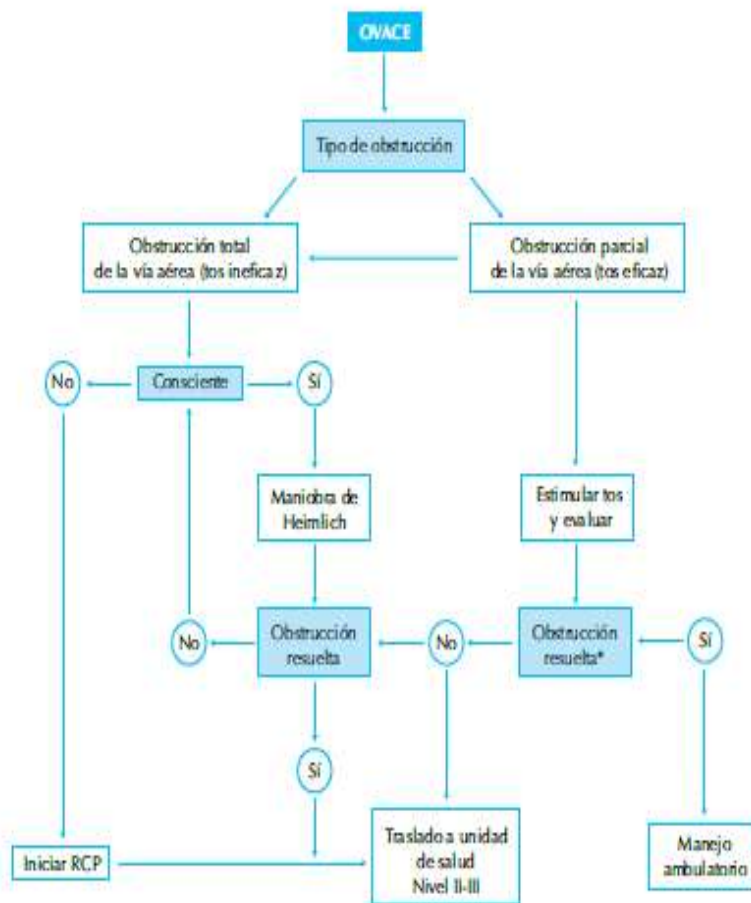
Vamos hacia una **SALUD DE CALIDAD**... Compromiso de Verdad!

MSP y Ministerio Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional

LA REVOLUCIÓN CIUDADANA
Avanza!

m p
Ministerio de Salud Pública
COORDINACIÓN GENERAL DE GESTIÓN ESTRATÉGICA
Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional

Algoritmo n.º 2 Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño



* Si no se resuelve la obstrucción, pero está consciente y tiene tos eficaz, se debe proceder al traslado a una unidad de salud.



KAIZEN: Sistema de Mejoramiento Continuo e Integral para procesos.



1. ANTECEDENTES



“Las 5 Claves para un Servicio de Calidad”, originalmente denominado como 5 S, tiene su origen en el Japón debido a una necesidad física y social de reconstruir el país que fue devastado por la segunda guerra mundial. Considerando que nuestro país es pluricultural, se consideró la traducción de las palabras de las 5 claves al idioma quechua con el propósito de generar mayor inclusión y participación ciudadana.

El objetivo de la implementación de Las 5 Claves es ofrecer estas pautas para guardar el orden, la correcta organización y la limpieza en toda área en donde los funcionarios del sector público de salud realizan sus actividades laborales, mejorando de esta manera la Imagen Institucional.

La aplicación de Las 5 Claves para un Servicio de Calidad tiene varias ventajas que se traducen en:

- Incremento de la productividad.
- Colaboración y empoderamiento de los servidores públicos.
- Optimización de tiempo y esfuerzo ya que los servidores públicos reducen el tiempo de búsqueda en insumos médicos, documentos y demás.
- Satisfacción constante de usuarios internos y externos.
- Clasificar, separar y optimizar innecesarios.
- Evitar derroches de recursos del MSP.

2. OBJETIVOS

- Encaminar la cultura organizacional de los servidores públicos del MSP hacia la mejora continua.
- Orientar a los servidores públicos al mejoramiento de hábitos y actitudes bajo premisas de clasificación, orden, limpieza, estandarización y control.
- Lograr mejorar la Imagen Institucional brindando un servicio de calidad.

LA REVOLUCIÓN
CIUDADANA
Avanza!


Ministerio de Salud Pública
COORDINACIÓN GENERAL DE GESTIÓN ESTRATÉGICA
Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional



3. ALCANCE

- Aplicar la filosofía de "Las 5 Claves de un Servicio de Calidad" en todo el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

4. REFERENCIAS PARA REALIZACIÓN DEL MANUAL:

ISO-CC-9000-IMNC-2008- Sistema de Gestión de Calidad: Fundamentos y Vocabulario.
ISO-CC-9001-IMNC-2008-Sistema de Gestión de Calidad: Requisitos.
Manual Sistema Gestión de Calidad Implementación de las "5C" Farmacias.

5. SIGNIFICADO DE LAS 5 CLAVES DE MEJORAMIENTO CONTINUO:

La traducción en español es la siguiente:

No	Las 5 Claves de un Servicio de Calidad
1	Clasificación
2	Organización
3	Limpieza
4	Estandarización
5	Disciplina (seguimiento)



6. PASOS A SEGUIR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE "LAS 5 CLAVES DE UN SERVICIO DE CALIDAD".

6.1 CLASIFICACIÓN (Paypurachina)

Separar necesarios de los innecesarios

¿Cómo?

- a. Distinguir las áreas de acción o áreas de oportunidad, es decir el lugar en donde se implementará.





REPÚBLICA DE ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**GUÍA PARA LA RECEPCIÓN Y
ALMACENAMIENTO
DE MEDICAMENTOS EN EL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

DICIEMBRE DE 2009



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

REPÚBLICA DE ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**MANUAL DE PROCESOS
PARA LA GESTIÓN
DE SUMINISTRO
DE MEDICAMENTOS**

DICIEMBRE DE 2009

1. Principios generales de atención en emergencias prehospitalarias

	Pasos a seguir	Tipos de transporte		
		TS	TAB	TAA
Evalue la escena	1. Verifique la situación con la finalidad de proporcionar seguridad en la escena tanto al personal prehospitalario como al paciente (ver anexo n.º 1). <ul style="list-style-type: none"> • Brinde atención solo luego de que un equipo adecuado considere que la escena es segura, o de que previamente se haya rescatado a la víctima de una situación peligrosa. No se exponga ante situaciones peligrosas como incendios, derrumbes o aludes, ni actúe en lugares peligrosos como quiebras, caminos transitados, etc., a menos que su equipo esté seguro para hacerlo. 	X	X	X
	2. Utilice equipos de protección individual, así como medidas de bioseguridad. <ul style="list-style-type: none"> • De ser necesario, use mascarilla, guantes, delantales, gafas, casco, zapatos de acuerdo con la actividad, ropa de intervención, etc. • Tome precaución ante la exposición de agentes biológicos (sangre, fluidos corporales y secreciones), físicos y químicos. • Luego de los procedimientos y antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho en un recipiente para objetos cortopunzantes y bolsas plásticas de acuerdo al material (desechos infecciosos en una funda roja y desechos químicos en una funda negra). 	X	X	X
	3. Evalúe los recursos necesarios para la intervención en la emergencia médica. <ul style="list-style-type: none"> • Si es evidente que la ayuda que usted brinda excede su capacidad de respuesta, solicite otras unidades de ayuda (unidades de atención médica avanzada, otras ambulancias, unidades de rescate, unidades de bomberos, policía, etc.). Canalice su ayuda por intermedio del 911, si el caso lo amerita. 	X	X	X
	4. Active la cadena de supervivencia. <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que usted está en el segundo eslabón de la cadena de supervivencia. • Luego de haber identificado el problema masero, comuníquese con la central de emergencias, dé aviso de las acciones tomadas y comuniqué las siguientes acciones que tomará: <ol style="list-style-type: none"> a. Llame pidiendo ayuda. b. Reanimar brindando reanimación cardiopulmonar. c. Desfibrilar aplicando desfibrilador externo automático. d. Tratar otorgando apoyo vital avanzado preceur y traslado. 	X	X	X
	5. Efectúe acciones de triaje en caso de haber víctimas múltiples o en masa (ver capítulo de triaje).	X	X	X
Evaluación primaria	6. Verifique la respuesta del paciente mediante las siguientes acciones y preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • Sacúdalo de los hombros con cuidado, si está inconsciente. <ul style="list-style-type: none"> ¡Señor, Ud. me escucha! ¡Señor, cómo está! ¡Dígame su nombre! 	X	X	X



PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA PARA
EMERGENCIAS
MÉDICAS



APÉNDICE No. 7
FOTOGRAFÍAS
Fotografía N°1



Durante la capacitación en el manejo de trauma

Fotografía N°2



Durante la capacitación en el manejo de trauma

Fotografía N° 5



Dr victor Fabian Yopez Cedeño durante la firma de aprobacion de la capacitacion.

Fotografía N°6



Lcda Belgica Cuzme durante la aprobacion del programa de capacitacion.

Fotografía N°7



Grupo de personal de enfermeria al que se le brindo capacitacion

Fotografía N° 8



Durante la normatización de los protocolos.

Fotografía N° 9



Disertación de los protocolos dirigido al personal de Enfermería.

Fotografía N° 10



Lcda Blegica Cuzme y Maestrante durante la presentación de protocolos.

Fotografía N°11



Asistentes a la formalización de los protocolos.

Fotografía N°12



Usuarios atendidos como se merecen.

Fotografía N°13



Capacitación dirigida al personal que labora en el proceso de emergencia.

Fotografía N°14

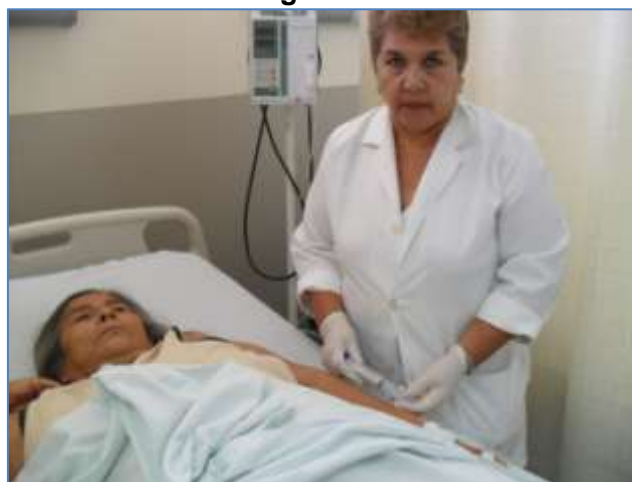


Fotografía N°15



En la aceptación de la planificación de los insumos y medicamentos para el proceso.

Fotografía N°16



En la aplicación de procedimientos con el cuidado de seguridad requerido.

Fotografía N°17



Toma de signos vitales en el área de Triage.

Fotografía N°18



Lcda. Alexandra Jimenez en la utilización de insumos y medicamentos.

APÉNDICE Nº 8
PROGRAMACION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS
ADAPATADO DEL MSP

OBJETIVO GENERAL DEL MANUAL

Optimizar la gestión de suministro de medicamentos en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública, estableciendo procesos ágiles y eficientes, así como logrando la integración del suministro de medicamentos de los programas de salud pública, a través de una gestión integral y continua; con la finalidad de garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

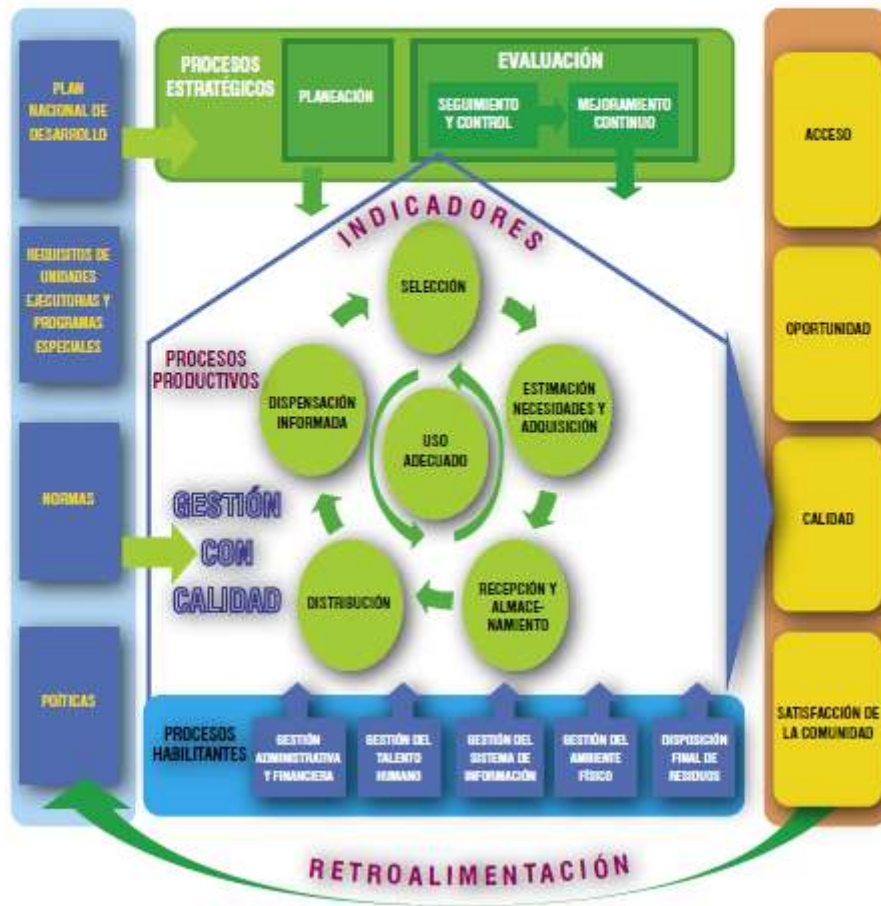
- Implementar un modelo de gestión de suministro de medicamentos identificando responsables y actividades en cada nivel de competencia con la definición y descripción de cada uno de sus componentes.
- Definir procesos que orienten el trabajo del equipo de funcionarios en cada uno de los niveles estableciendo indicadores claves y la frecuencia de monitoreo y seguimiento.
- Definir los instrumentos requeridos para evidenciar la adecuada implementación de un modelo único de gestión de suministro de medicamentos, así como para el monitoreo y seguimiento de cada uno de sus procesos.

ESTRUCTURA Y USO DEL MANUAL

El manual presenta en su inicio el *modelo base para la formulación de los procesos de gestión del sistema de suministro de medicamentos*, los mismos que se definen por nivel de competencias con su respectivo flujograma y la descripción de las actividades específicas en cada uno de ellos. A su vez, cada actividad contiene “*descripción*”, o sea el cómo hacerlo; “*responsable*” que se refiere a quién lo hace, “*recursos*” y “*frecuencia*”, indicando la periodicidad de esa acción.

En la “*descripción*” de cada actividad, se presentan subrayados los instrumentos a utilizar por parte de los responsables de la actividad, dichos instrumentos aparecen al final del documento como *Anexos*. La primera actividad corresponde al inicio del subproceso y la última actividad, corresponde a seguimiento y monitoreo dado que este es un proceso estratégico en toda la cadena de gestión de medicamentos; sin perder de vista que la actividad final de un subproceso

MODELO DE GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS



. PROCESO: SELECCIÓN

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSA BLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUE N CIA
1	Definición de protocolos y esquemas de tratamiento para la patología específica.	Mediante estudio de profesionales especialistas, se define el esquema de tratamiento para cada tipo de enfermedad, basados en normas de referencia internacional, estudios de medicina basada en evidencia. CNMB (LNME).	Normalización Programas de salud pública: VIH-SIDA: Tuberculosis, entre otros.	Normas internacionales de referencia. Ensayos clínicos. Estudios de Medicina basada en evidencia. CNMB (LNME).	Al inicio del programa y cuando se requiera ajustes de tratamiento.

		Se oficializa el protocolo y el esquema de tratamiento, para observancia a nivel nacional.			
2	Análisis y elaboración de Listas de Medicamentos Esenciales requeridos por cada uno de los programas de salud pública.	Cada uno de los programas de salud pública: VIH-SIDA Tuberculosis, y otros, en base a cobertura de pacientes atendidos, protocolos y esquemas de tratamiento oficiales vigentes y el CNMB (LNME) establece la lista de medicamentos requeridos de acuerdo al formato: Lista de medicamentos esenciales por programa de salud Pública (Anexo N ^D 1A). en base a formato de Esquemas de tratamiento utilizados por programas de salud pública (Anexo ff 1B).	Programas de salud pública: VIH-SIDA: Tuberculosis, entre otros.	Estadísticas actualizadas del MSP por programas de salud pública. Protocolos y esquemas de tratamiento oficiales vigentes. CNMB (LNME) Lista de medicamentos esenciales por programas de salud Pública (Anexo N ^Z 1 A).	Al inicio del programa y cuando se requiera ajustes de tratamiento.
3	Difusión de protocolos y esquemas de tratamiento y lista de medicamentos esenciales del programa.	Mediante comunicado se informa a todas las Áreas de Salud y Hospitales a nivel nacional sobre la lista de medicamentos, y el esquema de tratamiento definido para cada programa.	Programas de salud pública: VIH-SIDA: Tuberculosis, entre otros.	Protocolos y esquemas de tratamiento oficiales y vigentes. Listas de medicamentos esenciales definidas por cada programa.	Al inicio del programa y cuando se requiera ajustes de tratamiento.
4	Seguimiento y evaluación al proceso.	Aplicación de los indicadores de selección específicos diseñados para el efecto. Indicadores de Gestión del suministro de medicamentos (Anexo ff 2).	Proceso de gestión de medicamentos.	Indicadores de gestión del suministro de medicamentos (Anexo ^2).	Semestral.

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1	Programación de las necesidades de medicamentos.	Los programas de salud pública deben establecer los requerimientos de cada medicamento en base al Instructivo para la programación cte necesidades de medicamentos (Anexos: 4.4A. 4B. 4Cv4D) considerando las particularidades de cada programa. Se cuantifican los requerimientos por forma farmacéutica cte acuerdo a las características de la población objetivo en el Consolidado de necesidades de medicamentos esenciales Por programas de salud pública (Anexo N3 3). Se define la cantidad necesaria de cada medicamento para un periodo de un año. especificando por forma farmacéutica. A la vez se calcula el stock máximo y mínimo para procurar disponibilidad permanente y evitar desabastecimiento	Programas de salud pública: VIH/SJDA: tuberculosis, entre otros.	Consolidado de necesidades de medicamentQS esenciales por programas de salud Dública (Anexo 3). Instructivo Dara la Droaramacion de necesidactes de medicamentos (Anexos: N°4. 4A.4B.4C.4DI	Anual
2	Determinación de especificaciones técnicas.	Se elaboran las fichas técnicas de los medicamentos requeridos por cada programa, en las que consta la descripción de sus especificaciones técnicas. Ficha técnica de medicamentos.	Proceso de gestión de medicamentos.	Lista de medicamentos esenciales de cada programa. Documentos técnicos de soporte. Fichas técnicas de medicamentos	De acuerdo al requerimiento.
3	Autorización de compra.	El programa envía la lista de requerimientos a nivel de la Dirección de la cual depende, solicitando se autorice y disponga al Comité Técnico la adquisición respectiva.	Dirección correspondiente.	Listado de requerimientos. Listado de precios referenciales.	Cuatrimestral y de acuerdo a requerimientos en casos de

					emergencias.
1	Programación de las necesidades de	<p>Los programas de salud pública deben establecer los requerimientos de cada medicamento en base al Instructivo para la programación de las necesidades de medicamentos (Anexos: 4.4A. 4B. 4C.4D) considerando las particularidades de cada programa.</p> <p>Se cuantifican los requerimientos por forma farmacéutica de acuerdo a las características de la población objetivo en el Consolidado de necesidades de medicamentos esenciales por programas de salud pública (Anexo N° 3). Se define la cantidad necesaria de cada medicamento para un periodo de un año, especificando por forma farmacéutica. A la vez se calcula el stock máximo y mínimo para procurar disponibilidad permanente y evitar desabastecimiento</p>	Programas de salud pública: VIH/SJDA: tuberculosis, entre otros	Consolidado de necesidades de medicamentos esenciales por programas de salud pública (Anexo 3). Instructivo para la programación de las necesidades de medicamentos (Anexos: N°4. 4A.4B.4C.4D)	Anual
2	Determinación de especificaciones técnicas.	Se elaboran las fichas técnicas de los medicamentos requeridos por cada programa, en las que consta la descripción de sus especificaciones técnicas. Ficha técnica de medicamentos.	Proceso de gestión de medicamentos.	Lista de medicamentos esenciales de cada programa. Documentos técnicos de soporte. Fichas técnicas de medicamentos.	De acuerdo al requerimiento.
3	Autorización de compra.	El programa envía la lista de requerimientos a nivel de la Dirección de la cual depende, solicitando se autorice y disponga al Comité Técnico la adquisición respectiva.	Dirección correspondiente.	Listado de requerimientos. Listado de precios referenciales.	Cuatrimestral y de acuerdo a requerimientos en casos

					de emerge ncias.
--	--	--	--	--	------------------------