



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

***"MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2011".***

***TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER
EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL***

AUTORA:

EDHA ALEXANDRA CHAMBA DÍAZ

DIRECTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN PIEDRA

LOJA – ECUADOR

2011

Dra.

María del Carmen Piedra.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2011” el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, Agosto 2011.

.....

Dra. María del Carmen Piedra.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que constan en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Loja, Agosto 2011.

.....

Lic. Edha Chamba

AUTORA

SESIÓN DE DERECHO

Yo, Edha Alexandra Chamba Díaz, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte 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 de la Universidad.

Loja, Agosto 2011.

.....

Lic. Edha Chamba

AUTORA

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia razón de mi existir y superación personal; así como también al Personal de Salud del Servicio de Emergencia y a todas aquellas personas que me han apoyado directa e indirectamente en la realización de este trabajo.

EDHA ALEXANDRA CHAMBA DÍAZ

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento infinito a Dios nuestro señor, guía espiritual que en todo momento me iluminó manteniendo y fortaleciendo mi fe para seguir este camino.

Resulta riesgoso personalizar los reconocimientos, pues casi siempre se cometen omisiones dolorosas e injustas. Sin embargo, acepto el desafío de mencionar a aquellos que, sin su participación directa este trabajo no hubiera podido materializarse.

Agradezco a toda mi familia que con sus consejos y ánimos he llegado a finalizar otro eslabón más en mi carrera profesional.

Expreso mis más sinceras gracias al personal Docente y Administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación personal.

Al Personal de Salud del Servicio de Emergencia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, por su predisposición y colaboración para el desarrollo del presente trabajo.

EDHA ALEXANDRA CHAMBA DÍAZ

INDICE

PRELIMINARES	PÄGINAS
Caratula	I
Certificación	II
Autoría	III
Cesión de Derecho	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
APARTADOS	
Resumen	8
Abstract	10
Introducción	12
Problematización	16
Justificación	19
Objetivos	22
Marco Teórico	24
Diseño Metodológico	75
Resultados	84
Conclusiones	129
Recomendaciones	132
Bibliografía	134
Anexos	138

1. RESUMEN

RESUMEN

El presente proyecto de intervención se lo realizó a partir del Diagnóstico Situacional de Salud del año 2010 del Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, esto permitió indagar cuál era la problemática, la relación causa-efecto y la jerarquización de los problemas percibidos por los involucrados.

Hoy en día, los servicio de emergencia están sobresaturados por enfermos con patologías no urgentes, lo cual es una realidad creciente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado en niveles de atención primaria de salud. Este aumento en la demanda de atención médica en las áreas de Emergencia ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente y mejorar la calidad asistencial brindada a las usuarias que acuden a nuestro departamento.

Con el análisis de la problemática, se pudo establecer que en el servicio antes mencionado había una Inadecuada calidad de atención en los usuarios/as demandantes. Por tal motivo, se propuso el siguiente proyecto de acción encaminado al "Mejoramiento de la Gestión de Calidad en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011". Para ello, se utilizó la metodología del Marco Lógico que constituye una herramienta dinámica para diseñar, ejecutar y evaluar los resultados obtenidos, utilizando como instrumentos la matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz del marco Lógico.

Con la ejecución del proyecto se logró que el 80% del personal de salud esté capacitado en Normas, Protocolos y Sistema de Triage; se está aplicando el Triage para una clasificación básica, rápida y oportuna de los pacientes, en corto tiempo se ha iniciado un proceso de cambio en la actitud de los usuarios/as en lo referente a la priorización de las emergencias, esto se ve reflejado en la línea de base sobre la percepción de la calidad de atención luego de implementar la estrategia de Triage. Sin duda, el proyecto ejecutado disminuyó la insatisfacción del usuario y el tiempo de espera en la atención recibida, lo que mejoró la calidad en la atención sanitaria de los usuarios/as.

2. ABSTRACT

SUMMARY

The present intervention project was carried out starting from the Situational Diagnosis of Health of the year 2010 of the Service of Emergency of the General Provincial Hospital Isidro Ayora of Loja, this allowed to investigate which it was the problem, the relationship cause-effect and the hierarchization of the problems perceived by those involved.

Today in day, the service of emergencies is overcrowded for sick with non urgent pathologies, that which is a growing reality, many of them present problems that could have been solved in levels of primary attention of health. This increases in the medical care demand in the areas of Emergencies it has outlined the necessity to design strategies to assist her appropriately and to improve the assistance quality offered to the users that go to our department.

With the analysis of the problem, it could settle down that in the service before mentioned there was an Inadequate quality of attention in the user plaintiffs. For such a reason, he/she intended the following action project guided to the "Improvement of the Administration of Quality in the service of Emergency of the General Provincial Hospital Isidro Ayora of Loja during the period April-September of the 2011". For it, the Logical Marco's methodology was used that constitutes a dynamic tool to design, to execute and to evaluate the obtained results, using as instruments the womb of having involved, tree of problems, tree of objectives and womb of the Logical mark.

With the execution of the project you achievement that the personnel's of health 80% is qualified in Norms, Protocols and System of Triage; the Triage is applying for a basic, quick and opportune classification of the patients, in short time a process of change has begun in the attitude of the usuarios/as regarding the priorización of the emergencies, this is reflected in the base line about the perception of the quality of attention after implementing the strategy of Triage. Without a doubt, the executed project diminished the user's dissatisfaction and the time of wait in the received attention, what improved the quality in the sanitary attention of the user.

3. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Cuando se trata de atención sanitaria, siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, pues debe ser valorada como el producto o resultado de un proceso, donde los resultados son los indicadores o características de calidad y el proceso las normas de actuación y verificación. Para Gilmore y Moraes la calidad aplicada a la salud comprende un alto nivel de excelencia profesional con un uso eficiente de los recursos humanos y materiales con un mínimo de riesgo para el paciente obteniendo un alto grado de satisfacción en pacientes y familiares con un impacto positivo final en la salud. La aplicación de este concepto en los servicios de urgencias lleva implícito, hacer lo correcto correctamente, sin complicaciones, cuando está indicado y en el momento preciso en todos los procesos de atención al paciente grave en la urgencia y la emergencia.

Sin dudas, la atención a las urgencias y emergencias en los hospitales especialmente públicos es un y grave problema. Los servicios de emergencias en estas casas asistenciales permanecen abierto las 24 horas con dos misiones conflictivas: la formal de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencia para solucionar los problemas críticos que presentan y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas.

Por tanto, uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencia a escala mundial es el acelerado incremento de las atenciones a nivel hospitalario en el servicio de emergencia, que en muchos de los casos podían ser valoradas y tratadas en centros y subcentros de salud (Atención Primaria de Salud - APS) de haber acudido a ella. Este fenómeno también afecta a las instituciones del sistema de salud Ecuatoriana, pues para finales del Siglo XX, solo el 25% del total de urgencias del nivel secundario podían calificarse como hospitalarias.

Tradicionalmente, los departamentos de emergencia en todo el mundo han atendido a dos tipos de poblaciones bien definidas: aquellas que requieren atención inmediata por situaciones que ponen en peligro la vida y otros que ven en los servicios ofrecidos por los departamentos de emergencia su mejor alternativa, aunque sus motivos de

consulta se ubiquen en el ámbito de la atención primaria. Esto refleja los problemas de adecuación en la utilización de dichos servicios y las deficiencias en la coordinación entre éstas y los servicios de atención primaria de salud.

Hoy en día, los servicios de emergencia suelen estar sobrecargados por enfermos con patologías no urgentes, lo cual es una realidad creciente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado fuera del hospital. Este aumento en la demanda de atención médica en los departamentos de Emergencia ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente.

Otro elemento importante son los tiempos de espera y de respuesta de los servicios de emergencia para tener un centro de excelencia, pues su cumplimiento es expresión de eficiencia en los servicios y capacidad de respuesta. Los tiempos de espera y respuesta de los servicios que se prestan son: para la atención de emergencia, cero; para la atención de consulta, hasta 20 minutos; para investigaciones de radiología, hasta 30 minutos; para el laboratorio clínico, entre 15 y 20 minutos; para ingreso en unidades intensivas, menos de 1 hora; para ingresos desde la sala de observación un tiempo de hasta 6 horas y para el quirófano, diferenciado por problemas y patologías.

Es entonces meritorio implementar un Sistema de Triage en el mundo de la urgencia, identificando claramente un proceso de clasificación de los pacientes, en base a la valoración protocolizada. Este sistema, es parte integral de la valoración de los pacientes en el área de emergencia de los hospitales, con el único propósito de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente según el nivel más adecuado que resuelva su demanda. Ante esta situación y con los riesgos que representan los tiempos de espera prolongados en el área de Emergencia pretendemos realizar el proyecto de ***Mejoramiento de la Gestión de Calidad en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011.***

Es así que, la calidad en la atención de salud de la urgencia y la emergencia tiene su relevancia cuando los resultados o efectos de los diversos procesos satisfagan los requisitos de los clientes externos e internos y además se cumplan las normas,

procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema. Es decir, que se logre la calidad con eficiencia, eficacia y efectividad.

4. PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMATIZACIÓN

De acuerdo al diagnóstico situacional realizado en el Área de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, en los últimos años se ha presentado un incremento en la demanda de emergencias las cuales llegan a 44511 pacientes durante el 2010. Este comportamiento es consecuencia de los cambios socioeconómicos que ha sufrido la población; lo que ha derivado en una demanda sobrecargada de los servicios que brindamos.

Actualmente se observa, que la demanda del servicio de emergencia, se caracteriza por un alto porcentaje de consultas que no tienen un carácter urgente y que podrían ser atendidas fuera de este servicio, pues los usuarios/as externos tienen escaso conocimiento sobre la priorización de emergencias. Esta situación ha sobrecargado dicho servicio y genera problemas asistenciales, como también se ve la disconformidad de los usuarios por el tiempo de espera para ser atendidos.

La demora en el tiempo de espera para la atención del paciente que acude al Servicio de emergencia es una de las insatisfacciones que percibe tanto el usuario como los familiares. Pues, de acuerdo al análisis de los resultados de la aplicación de la encuesta sobre la percepción de la calidad de atención dirigida al usuario en el servicio de Emergencia, se obtuvo resultados que denotan una alta insatisfacción en los usuarios del servicio en lo que respecta a la dimensión *tiempo*, en ella los índices de insatisfacción más altos están en el tiempo de atención y el lugar donde se percibe mas la demora.

Otros datos relacionados a la misma encuesta son sobre la percepción de la calidad de atención recibida por parte del personal médico y de enfermería la cual fue apreciada entre buena y regular; así mismo en lo que respecta al tramite para retirar la medicación de farmacia los encuestados supieron manifestar que se encuentra entre la categoría buena y regular; del mismo modo, la percepción del lugar en donde se tardan más en la atención fue mayoritariamente en la atención médica (44%) y exámenes de laboratorio (9%), seguido del 3% respectivamente para los exámenes

radiológicos y el llenado del formulario 008; en si les pareció un trámite muy burocrático.

Estos mismos datos concluyen que el 50% de los usuarios fueron atendidos en un tiempo estimado mayor a los 30 minutos y en algunos casos hasta entre 1 a 2 horas (33%), es decir, desde su llegada hasta la atención propiamente dicha en el servicio de Emergencia.

A más de lo antes expuesto; el escaso apoyo socioeconómico para el servicio de Emergencia, el limitado acceso a algunos medicamentos, el tiempo de espera prolongado y la desinformación son algunas de las necesidades más importantes identificadas por el usuario.

Todo lo anterior se ve reflejado en la inadecuada calidad de atención en dicho servicio originando la insatisfacción de los usuarios/as, dada la situación antes planteada, he decido realizar el presente proyecto de "Mejoramiento de la Gestión de Calidad en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011" cconsiderando que este proyecto de intervención puede ayudar a mejorar el funcionamiento de nuestro Servicio.

5. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el tema de la gestión de calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional. En nuestro país, uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Si bien, la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar que las dimensiones que considera el usuario para definirla se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.

En nuestro país, los hospitales del sector público enfrentan realidades parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio, los usuarios siguen manifestando insatisfacción por la atención que reciben. Uno de los problemas observados en relación a la línea de base aplicada en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Isidro Ayora durante el mes de Febrero del presente año, es el malestar frecuente que expresan los usuarios para recibir la atención. Se evidencia momentos de la verdad caracterizados por largas colas para efectuar engorrosos trámites administrativos así como desorientación del usuario y prolongados tiempos de espera para recibir atención.

Así mismo la saturación de los servicios de emergencias de los hospitales públicos es también una realidad, que refleja deficiencias en la coordinación entre éstos y los servicios de atención primaria en primera instancia, secundado por que la población que demanda estos servicios ven en ello una forma de atención más especializada y más rápida al observar su problema de salud como una situación urgente. En el informe estadístico correspondiente al año 2010, se reportan 44511 atenciones en el

servicio de Emergencia de las cuales 7679 fueron admisiones (ingresos) hospitalarios. Por ello consideramos imprescindible establecer las prioridades con que son atendidos los pacientes que acuden al área de Emergencia del Hospital.

Frente a esta problemática se planteó el siguiente proyecto con el fin de poder brindar una atención apropiada de manera precoz con una clasificación o triaje por prioridades de manera inmediata y segura, que permita establecer un orden de prioridades de acuerdo al grado de compromiso vital imperante.

El impacto de la propuesta podrá medirse bajo los siguientes parámetros:

- **Satisfacción del usuario interno (clima laboral) y externo**, será mayor al mejorar la selección de pacientes y en ellos se asegure una atención oportuna acorde a la urgencia/emergencia.
- **Tiempo de espera**, será menor, pues el usuario accederá más rápidamente a la atención garantizando la permanencia del profesional, además de un stock adecuado de medicamentos e insumos y la selección adecuada de pacientes.

6. OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la gestión de calidad mediante la implementación de herramientas (Normas, protocolos y sistema de Triage) que permitan disminuir los tiempos de espera en los usuarios /as que acuden al servicio de emergencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Socializar y capacitar al personal de salud sobre: Normas, protocolos de patologías más frecuentes del servicio y sistema de Triage.
- Implementar sistema de Triage en el servicio de Emergencia del HIAL
- Concienciar al usuario externo sobre priorización de emergencias.
- Realizar evaluación para determinar si con la aplicación del sistema de Triage a disminuido los tiempos de espera del usuario.

7. MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

En el marco institucional se refuerza la caracterización de la Institución de Salud donde se realizó el proyecto y de su área de influencia, contempla:

7.1.1 CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA.



El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" inicia sus actividades en agosto de 1.979, brindando a la comunidad lojana, la oportunidad de acceder a una atención de calidad científica y humanística. Se inicia así la etapa de la vigencia de las Especialidades, contribuyendo de esta manera a la aportación de nuevos conocimientos, como en el tratamiento y la recuperación de los pacientes.

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de Loja, es una Entidad del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país, así como del área de influencia, cuyos servicios externos cubren

un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio-social.

Esta institución de salud, es regida por el Estado, cumple funciones de docencia universitaria, semi-abierta, zonal. Actualmente tiene una dotación normal de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 110.633 (76,6%) habitantes, para el área rural de 33.860 (23,4%), y con una cobertura a nivel de su provincia como de las partes altas de las provincias de El Oro y de Zamora Chinchipe.

La entidad de salud cuenta con 7 pisos distribuidos por servicios: Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso (Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisiatría, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de esterilización, Cirugía, UCI, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría) y Quinto piso (vacío) .

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:

Con respecto a los servicios médicos que brinda el Hospital los agrupa en las especialidades de:

Traumatología	Cardiología	Pediatría
Fisiatría	Cirugía Pediátrica	Neurocirugía
Psicología	Neonatología	Nefrología
Otorrinolaringología	Gastroenterología	Neumología
Cirugía Plástica	Obstetricia	Reumatología
Oftalmología	Ginecología	
Dermatología	Terapia Intensiva	

En Cuanto a los Servicios especiales para el Diagnóstico y Tratamiento que ayudan a determinar y/o confirmar los diversos problemas de salud de los usuarios que acuden a esta dependencia están básicamente constituidos por:

- Laboratorio Clínico y Anatómico-Patológico
- Radiología: Ecografía, mamografía, tomografía, angiografía, Rx.
- Endoscopia
- Electrocardiograma.

Los Programas de Salud que actualmente está ejecutando el Hospital son: Maternidad gratuita (Control prenatal, postnatal, Parto, cesárea, Embarazo molar, Aborto espontáneo, Embarazo Ectópico, Sepsis, Preclampsia, Eclampsia, Hemorragias, Planificación familiar: métodos definitivos y de barrera); atención a la infancia (control del Niño sano, Desnutrición, parasitosis, EDA, IRA), VIH/SIDA, DOTS (Detección de sintomáticos respiratorios de Tb y AH1N1), DOC (Detección oportuna del Cáncer).

7.2.2 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

El servicio de Emergencia está ubicado en el primer piso de esta casa de Salud, limita al Norte con Imagenología, al Sur con el Área de Hemodiálisis, al Este con Estadística y al Oeste con el área de Salud Humana. Con accesibilidad exclusiva para el servicio tanto peatonal como vehicular.

Es un área del hospital donde se brinda atención de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata, de acuerdo a su nivel de complejidad, su cuidado requiere estrecha vigilancia médica, de enfermeras, y auxiliares de enfermería.

Cuenta con un sistema de comunicación telefónica con los diversos servicios de esta casa de salud y radial con las diferentes áreas de salud de la provincia.

Cabe mencionar que este departamento mantiene relación con diferentes servicios, a través de la Enfermera Líder, quien se encarga de coordinar mediante oficios, memorandos, recetas, reportes, solicitudes, informes, llamadas telefónicas, etc. con los diferentes departamentos como son: laboratorio, Imagenología, Consulta Externa, Gineco obstetricia, Neonatología, Centro Obstétrico, Cirugía, Unidad de Quemados, Unidad de Terapia Intensiva, Centro Quirúrgico, Clínica, Pediatría, Central de

Esterilización, sin dejar de lado áreas administrativas (Coordinación de enfermería, Administración, Recursos Humanos, Dirección y Subdirección).

Existen otros servicios de apoyo, con los cuales se coordinan diferentes actividades de acuerdo a las necesidades de nuestro servicio, una de estas áreas es el departamento de **lavandería** el cual proporciona el lavado de la ropa que se utiliza en las pacientes, otro servicio de apoyo es el departamento de **alimentación** quienes proveen la alimentación para las pacientes y personal de turno, la medicación que se utiliza en las pacientes la proporciona el departamento de **farmacia** a través del descargo de la medicación por cada paciente en los recetarios del hospital con firmas de los médicos de turno y sellos del servicio, así como también se ha podido implementar stock de medicamentos para sala de críticos; este departamento también proporciona insumos y materiales que son solicitados cada ocho días a través de recetas. El departamento de **bodega** es el que proporciona mensualmente, material de escritorio y de limpieza.

Otros departamentos con quien coordina el servicio de Emergencia, es con el departamento de **administración**; quien es el encargado de gestionar los pedidos de compra a través del proveedor sobre insumos, equipos y materiales que se requieran y no existan en bodega.

Al departamento de **estadística** se envían diariamente informes sobre la producción del departamento. Al departamento de **Recursos humanos** se reporta faltas, atrasos, calamidades domesticas, calendario de vacaciones del personal que labora en este servicio, mediante informes diarios que se envía el departamento de **coordinación de enfermería**.

Con el departamento de **contabilidad** mantiene relación para solicitar las bajas de equipos, instrumentales y lencería que han cumplido su vida útil.

Las relaciones interpersonales en su mayoría con el resto de las áreas y departamentos que coordinan con este servicio son de forma armónica lo cual permite que se cumplan las diferentes actividades planificadas.

7.2.3 VISIÓN:

El Hospital Regional Isidro Ayora, en el año 2012 será una unidad de servicio público, asistencial y docente, que presta salud integral a los usuarios/as, con ética, calidad y calidez; respetando su identidad, educación y cultura; con servidores capacitados y recursos suficientes acorde a sus demandas, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población de la región sur del Ecuador.

7.2.4 MISIÓN:

Somos una unidad que brinda atención a la población en estados que ameritan una atención de urgencia y emergencia, procurando satisfacer las demandas de la población de la ciudad y provincia de Loja a la que servimos, utilizando adecuadamente los recursos disponibles, aplicando la tecnología más apropiada y conocimiento científico que corresponden a nuestro nivel de atención, basada en principios y valores de equidad, eficiencia, solidaridad, efectividad y buen trato tanto a los actores internos como externos.

7.2.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

El personal que labora en este servicio tanto médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería forman un solo equipo de salud, contribuyendo con sus conocimientos, destrezas y habilidades para identificar necesidades y problemas, en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías existentes en esta área.

Los **Recursos Humanos** con los que cuenta el servicio son:

- Un médico jefe de servicio el mismo que depende del director o subdirector del hospital a su vez coordina las actividades de los médicos tratantes, residentes, internos de medicina.
- Cuatro médicos Tratantes que realizan turnos de 24 horas.
- Ocho médicos residentes que realizan turnos de 24 horas.

- Una enfermera líder que cumple funciones administrativas y de cuidado directo al paciente; es la responsable de la organización, coordinación y administración de los servicios de enfermería tanto de las enfermeras miembros de equipo como de auxiliares de enfermería; depende de la jefe de enfermeras.
- Cuenta con dos enfermeras de planta y tres contratadas encargadas del cuidado directo a las pacientes.
- Quince auxiliares de enfermería, quienes realizan funciones y actividades de acuerdo a las necesidades del servicio en forma rutinaria.
- Cuatro Internas de enfermería que cumplen horarios rotativos y que también son responsables del cuidado directo a la paciente.
- Una Trabajadora social
- Dos secretarías

El personal de enfermería se encuentra distribuido por turnos rotativos que cubren las veinte y cuatro horas del día distribuidos de la siguiente manera:

Mañana de 07:00 a 13:00 horas

Tarde de 13:00 a 19:00 horas

Noche de 19:00 a 07:00 horas.

La distribución del personal de enfermería lo realiza la líder del servicio, la misma que elabora el horario de los diferentes turnos rotativos tanto de enfermeras, internos de enfermería así como del personal auxiliares de enfermería.

7.2.6 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

En lo referente a la **Planta Física**, este servicio se encuentra distribuido de la siguiente forma:

- Sala de espera con sanitario para familiares del paciente.
- Oficina para la apertura del Formulario 008 y Servicio social
- Tiraje y signos vitales

- Sala de paciente crítico (destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presenten daño de prioridad I y II)
- 4 Consultorios para la atención de pacientes diferenciados por especialidad: Clínica, Cirugía, Pediatría y Ginecología (destinadas para la atención y evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad III y IV)
- Contamos con 2 salas de observación tanto para hombres como para mujeres cada una con su respectivo sanitario; esta es una área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 12 Horas (prioridad I) y 24 Horas (Prioridad II)
- Área de utilería sucia
- Área de utilería limpia
- Estación de enfermería
- Una sala Oficina para la Enfermera Líder y Secretaria
- Un cuarto para la residencia de los internos rotativos de medicina.
- Un cuarto para residencia médica
- Un vestidor para el personal de enfermería con baño

EQUIPAMIENTO:

En lo relacionado a los equipos tecnológicos este servicio cuenta con:

- 1 Monitor de signos vitales
- 1 Coche para RCP con desfibrilador y EKG
- 1 Desfibrilador con EKG
- 1 Ventilador portátil pequeño
- 2 Succiones móviles
- 1 Bomba de Infusión
- 1 Nebulizador
- 1 Doppler
- 1 Glucómetro

- 1 Set de diagnóstico
- 1 Set de laringoscopio pediátrico y adulto
- 2 Ambú pediátrico y adulto
- 14 Tensiómetros de pared
- 7 Camillas para el traslado del paciente
- 4 Sillas de ruedas
- Extintor portátil

Este servicio cuenta permanentemente con el apoyo de laboratorio, imagenología que permite realizar los exámenes diagnósticos de acuerdo a la necesidad imperante de los usuarios.

7.2.7 POLITICAS DE LA INSTITUCIÓN:

La política de la institución es la de fortalecer y lograr una atención de calidad y calidez, con eficiencia, mediante la capacitación de sus profesionales y el equipamiento de la institución con tecnología de última generación, para satisfacer con ello la demanda de los usuarios que acuden a esta dependencia de salud

7.2.8 DINAMICA POBLACIONAL:

Los pacientes que acuden al servicio de emergencia del hospital del HRIA, corresponde a toda la población de clase media y baja del sector urbano y rural de la ciudad y provincia de Loja, así como usuarios de la provincia de Zamora Chinchipe parte de El Oro y zona fronteriza del Perú, además ciudadanos inmigrantes de países como Colombia, orientales y otros.

**DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
ISIDRO AYORA DURANTE EL AÑO 2010.**

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DEL HOSPITALARIA (HGIAL)

Nº orden	CAUSAS	TOTAL DE CASOS	%
1	Neumonía	910	32%
2	Aborto incompleto	409	14%
3	Colelitiasis	294	10%
4	Traumatismo craneo encefálico	232	8%
5	Enfermedad Diarreica Aguda	227	8%
6	HTA	224	8%
7	Diabetes Mellitus	210	7%
8	Apendicitis aguda	180	6%
9	IVU	130	4%
10	Amenaza de parto prematuro	102	3%
TOTAL:		2918	100%

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL AÑO 2010

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL HOSPITALARIA (HGIAL)

Nº orden	CAUSAS	TOTAL DE CASOS	%
1	Síndrome de dificultad respiratoria	51	38.05%
2	Neumonía grave	24	17.93%
3	Accidente cerebro vascular	14	10.44%
4	Traumatismo craneoencefálico	11	8.20%
5	Hemorragia subaracnoidea	8	5.98%
6	Insuficiencia cardiaca congestiva	7	5.23%
7	Diabetes mellitus tipo II	7	5.23%
8	Parto distócico	4	2.98%
9	Infarto agudo del miocardio	4	2.98%
10	Intoxicación por órganos fosforados	4	2.98%
TOTAL:		134	100%

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL. Año 2010

Tasa de mortalidad se ubica en 0.53 muertes por mil habitantes.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS POR LAS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL AÑO 2010**

Nº ORDEN	CAUSA	TOTAL	%
1	Gineco obstétricas	3202	54.84
2	IRA	1116	19.11
3	Traumatismo (heridas, luxaciones, fracturas)	495	8.5
4	EDA	463	7.9
5	Traumatismo craneoencefálico	207	3.55
6	HTA	185	3.16
7	Accidente cerebro vascular	80	1.37
8	Intoxicación alcohólica	40	6.85
9	Diabetes Mellitus descompensada	30	0.51
10	Intoxicación por órgano fosforados	20	0.34
TOTAL:		5838	100%

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL año 2010

7.2 MARCO CONCEPTUAL

El presente Marco Conceptual constituye una modesta contribución para sustentar mi proyecto de acción; consta de cuatro capítulos: En el primer capítulo se aborda lo relacionado a Gerencia y Liderazgo, el segundo capítulo se considera lo concerniente a Clima y cultura organizacional, el tercer capítulo comprende Gestión de Servicios de Salud, y finalmente el cuarto capítulo corresponde a Sistema de Triage.

7.2.1 GERENCIA Y LIDERAZGO

En este siglo XXI las organizaciones tienen el reto de empezar a gestionar las cosas de forma diferente, esto nos invita a pensar en un nuevo modelo organizativo que aproveche realmente los talentos humanos, para lo cual se necesitará un tipo de dirección muy diferente y un modelo de liderazgo distinto al pasado, coherente con las exigencias que la situación actual demanda ya que el futuro de muchas organizaciones dependerá del buen criterio de un líder.

Hablamos de un profesional que domine y entienda la evolución tecnológica y su aplicación en lo laboral, que establezca planes proactivos de mejora, que está seguro de la importancia de su gente, aproveche su potencial y facilite el avance de todos sus colaboradores. Un individuo que aconseje y ofrezca su apoyo constante, aporte nuevos datos imprescindibles, alguien capaz de diseñar las reglas, elegir el personal idóneo y agrupar a todos sus miembros tras una misma idea.¹

Como ya lo hemos mencionado el directivo del futuro tendrá que gestionar sobre todo comportamientos personales positivos empezando desde sí mismo para luego proyectarlo a sus colaboradores para obtener las mejores respuestas de todos los individuos a favor de la institución. Influir positivamente en las emociones de las personas es algo tan sutil como difícil, el directivo que sepa forjarlo conseguirá los mejores resultados.

Es así, que una de las estrategias primordiales para conseguir el éxito organizacional es desaprender antiguos hábitos para hacer cosas nuevas y el directivo debe ser el

¹ CASADO José Manuel. El Directivo del Siglo XXI. Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona 2001. Pág. 87.

primer impulsor de este proceso ya que la única forma de conseguir que la gente aprenda algo es haciendo las cosas que debe aprender. La técnica del coaching ayuda a conseguir un cambio de comportamiento del directivo que aprende para mejorar sus resultados; así como conseguir conductas más efectivas que complementan las fortalezas de conocimiento técnico.

Las Organizaciones, y en el caso nuestro las instituciones de salud, en este momento se están afrontando a un ambiente lleno de retos, en donde los directivos serán el epicentro y tendrán un perfil muy diferente al actual, con visión de futuro, flexibilidad, capacidades y habilidades también nuevas que arrastren voluntades tras de sí y aprovechen la tecnología para gestionar mejor la entidad forjando así motivaciones y actitudes positivas en sus trabajadores ya que el éxito también depende de los talentos humanos con los que cuenta la institución.

Hoy en día es cada vez más evidente en el país la presencia de gerentes especializados en el sector salud. Esto se debe a que, desde el punto de vista económico, este es un sector diferente, cuyas características hacen que la gestión sea compleja y delicada, pues la vida humana está de por medio. Por lo tanto, la concepción valórica es distinta a la de cualquier otro servicio.

1.2.2 CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

Cada organización tiene su Cultura Organizacional o cultura corporativa. Para conocer una organización, el primer paso es conocer esta cultura.

La **Cultura Organizacional** representa las normas informales, no escritas, que orientan el comportamiento de los miembros de una organización en el día a día y que dirigen sus acciones en la realización de los objetivos organizacionales.² Es el conjunto de hábitos y creencias establecidos por medio de normas, valores, actitudes y expectativas que comparten todos los miembros de la organización. La cultura organizacional refleja la mentalidad que predomina en la organización.³

² CHIAVETANO Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mc Graw Hill. 8va Edición 2007. Pág. 87

³Ibidem.

Para Schein es una estandarización de los aspectos básicos compartidos (inventados, descubiertos o desarrollados por determinado grupo que aprende a enfrentar sus problemas de adaptación externa e integración interna) que funciona bien como para ser considerada válida, por lo que es deseable su transmisión a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas.⁴

La cultura organizacional presenta seis características principales:⁵

1. Regularidad en los comportamientos observados: Las interacciones entre los participantes se caracterizan por un lenguaje común, por terminologías propias y rituales relacionados con conductas y diferencias.
2. Normas: Son patrones de comportamiento que comprenden guías sobre la manera como hacer las cosas. Como tratar a empleados y clientes.
3. Valores y predominantes: Son los valores que principalmente defienden la organización y que espera que los participantes compartan, como calidad del producto, bajo ausentismo, alta eficiencia.
4. Filosofía: Son políticas que refuerzan las creencias sobre.
5. Reglas: Son lineamientos establecidos y relacionados con el comportamiento dentro de la organización.
6. Clima organizacional: Es el sentimiento transmitido por el ambiente de trabajo, como interactúan los participantes, como se tratan las personas unas a otras, como se atienden a los clientes, como es la relación con los proveedores, etc.

El Clima Organizacional, en cambio está íntimamente relacionado con la motivación de los miembros de la organización. Cuando la motivación de los participantes es elevada, el clima organizacional tiende a ser elevado y a proporcionar relaciones de satisfacción, ánimo, interés y colaboración entre los participantes. Sin embargo cuando la motivación entre los miembros es baja, ya sea por frustración o por barreras para la satisfacción de las necesidades individuales, el clima organizacional tiende a bajar; este clima esta caracterizado por desinterés, apatía, insatisfacción, depresión, en casos extremos llegan a la inconformidad o agresividad.

⁴SCHEIN Edgar.Organizational cultura and leadership. San Francisco. Josesey Bass 1992.

⁵LUTHANS Fred.Organizational Behavior. Nueva York. McGraw-Hill Higher Education. 2002.

En definitiva el clima organizacional influye sobre el estado motivacional de las personas y a su vez recibe influencia de éste, de tal manera que proporciona satisfacción de las necesidades personales elevando la moral.

1.2.3 GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La gestión en el sector salud es compleja, principalmente porque las características de oferta y de demanda del servicio de salud obligan a adoptar nuevos conceptos en la dirección de la organización, a crear nuevos sistemas y desarrollar nuevas estructuras, vale decir, cambiar el estilo tradicional de trabajo. Además, la heterogeneidad del personal que trabaja en el sector determina la existencia de actitudes contrarias a la modernización y al cambio, lo que implica un constante desafío para la capacitación como herramienta destinada a modificar actitudes.

Este nuevo estilo de trabajo requiere una visión global compartida por toda la organización acerca de su misión en el sector y en la comunidad, una planificación estratégica para el logro de los objetivos, énfasis en la relación paciente-cliente y en las comunicaciones, delegación de responsabilidad y autonomía, descentralización en el manejo de información y toma de decisiones en cada Departamento, servicio o Área. Es imposible llevar a cabo todo lo que la administración quiere hacer si no cuenta con el apoyo de las autoridades y de todas las jefaturas, considerando a éstas como eslabones del conjunto y no en forma unitaria sino integralmente. La administración del nuevo milenio de las Instituciones de salud se basa en flexibilidad, equipos de trabajo coordinados y alianzas estratégicas con proveedores, competidores, inversionistas y empresas de salud.

Cabe mencionar que para el sector de salud pública representa un desafío desde el punto de vista de la necesidad de mantenerse vigente en el mercado, con un nivel de calidad de servicio igual o superior al de la competencia, cada día mayor, más agresiva y con recursos financieros relevantes. Todo esto hace necesario desarrollar una planificación estratégica, definir nuevas políticas en cuanto al manejo de recursos, tanto humanos como materiales, adoptar nuevos criterios para la compra de insumos, rediseñar sistemas de información y de control de gestión, implantar nuevos turnos de trabajo y re estudiar los estándares de productividad. En definitiva, ha obligado a este

sector a estar abierto y flexible, a percibir los cambios y adaptarse a las nuevas exigencias internas y externas, así como a desarrollarse en el sentido amplio de la palabra, para enfrentar los próximos años, que serán mucho más exigentes que los anteriores.

A diferencia de la mayoría de las empresas de servicio, las instituciones de salud brindan al paciente (cliente, como se denomina comúnmente en el resto de las actividades económicas), un servicio dentro del establecimiento. Esto hace que los comportamientos personales y de equipos de trabajo se vean influenciados, favorablemente o no, para cumplir con las funciones preestablecidas por la organización.

7.2.3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los productos o servicios, a partir de los cuales es posible calificarlos como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad. La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado desde muy temprano. Por supuesto, algunas medidas de rectificación de errores parecen, en los términos actuales, particularmente excesivos. Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad. Fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal y de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. El código de Hammurabi (Mesopotamia 1752 AC) decretaba la muerte del albañil que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.⁶

⁶GONZALEZ Miranda, CHAMORRO F.J., RUBIO Lacoba A. Introducción a la gestión de la calidad. Madrid, España. Delta. 2007. Pag. 2.

Otro hecho significativo, es el concepto de *marca*, cómo símbolo de distinción y “buena calidad” que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media, con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales, que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones.

La revolución industrial trajo consigo la producción en serie, la no participación directa el propietario en la fabricación del producto, la especialización en el trabajo y el surgimiento de la competitividad como problema, lo que derivó en la necesidad de encontrar nuevas formas de organizar las empresas en función de que fueran capaces de satisfacer un mercado que crecía exponencialmente y se volvía cada vez más exigente. Taylor (1856-1915) encontró respuestas científicamente fundamentadas para resolver estas necesidades.

La organización taylorista del proceso industrial hacía énfasis en la división del trabajo, la estandarización de los componentes y de los procesos, la separación en personas diferentes de la función de hacer el producto y la de inspeccionarlo, el estudio de los tiempos y movimientos para simplificarlos y hacerlos más eficientes y una estructura organizativa conceptualmente nueva, que pudiera asimilar el significativo crecimiento en cantidad de subordinados, en niveles de ejecución y en elementos nuevos, tales como las diferencias entre lo ejecutivo y lo funcional.

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad.

7.2.3.2 LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA: SUS PARTICULARIDADES

Su introducción en el campo de los servicios ha tenido necesariamente que adecuarse a las particularidades que los distinguen del sector industrial (el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y cliente deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos).

Las particularidades de los servicios resultan aún más significativas cuando se trata del sector salud, pues obligan a modificar sustancialmente o a adaptar los métodos y técnicas originados en la industria. Algunas de esas particularidades son:⁷

- El cliente (paciente, familiar o la comunidad) es parte de la ejecución del servicio, por tanto es sujeto y objeto en la creación de valor.
- Es un servicio imprescindible tanto para la persona sana como para la enferma, lo cual le da carácter de universal.
- El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, del cliente y de la institución.
- Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones.
- Cada paciente es un caso único e irrepetible.
- La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.

Aunque los seis puntos anteriores son esenciales a la hora de hablar de particularidades de la calidad en salud, el sexto, por sus implicaciones sociales y

⁷CARNOTA O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá; 2005; 246-47.

humanistas, representa el punto más complejo y delicado a resolver, en materia de calidad, en dicho sector.

Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros “ se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.”⁸

“La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad. La eficacia presidió el trabajo de Nightingale, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea.⁹ La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman.¹⁰

A principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.¹¹ La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el de cursar de los años. Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado”; agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas sino que varían de

⁸MALAGON Londoño. Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006. Página 5.

⁹Nightingale, F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. New York : D. Appleton and Company; 1860

¹⁰CODMAN E. The product of hospitals. Surg Gynecol Obstet; 1914,18(1): 491-94.

¹¹ARANAS J.M. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Octubre, noviembre 1998. <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

una sociedad a otra. Ese mismo año, dichos especialistas dan a conocer sus “Ocho artículos de fe”, donde fijan los que consideran son los principios de la buena atención Médica. Más de 75 años después, no hay nada que objetar a tales principios.¹² Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian (1919-2000), experto en este campo, quien la definió como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionarla atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”.¹³

Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.¹⁴

Hay otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, “la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales.”¹⁵

Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores. Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad

¹²Lee, R.I. et al. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

¹³Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Am Coll Util Rev Physi.1986; 1(1): 6-12.

¹⁴Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984. Eval Health Prof. 1985; 8(1): 243-65.

¹⁵IOM. Institute of Medicine. America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. NAP. EUA.1994: 3.

y la eficiencia, lo que permite colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como todo lo contrario.¹⁶

7.2.3.3 TENDENCIAS MÁS RECIENTES EN EL ABORDAJE DE LA CALIDAD EN SALUD.

Tres son los conceptos que más recientemente se han venido manejando con respecto a la calidad en salud: garantía de calidad, control de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad.

La garantía de calidad (Quality Assessment) en salud parece inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica en la primera década de los años setenta y estaba basada en el sistema de aseguramiento de la calidad de Juran. Esta concepción se extendió con mucha rapidez en Canadá y los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile. En Europa, el proceso fue mucho más lento y difícil y sólo gracias al empeño de países promotores, particularmente Italia y España, se pudo quebrar la resistencia. Esta situación ha mejorado sustancialmente bajo la conducción de la European Foundation for Quality Management (EFQM).¹⁷

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas.

El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos. El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la

¹⁶GÉRVAS J. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81(6): 589-96.

¹⁷CARNOTA O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá. 2005;Pag. 242.

evaluación no se convierten en acciones correctivas, lo cual es también cierto para cualquier actividad, sector o rama.

La garantía de la calidad es un enfoque que sigue vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud, pero en la mayoría de los casos aparece mezclada con conceptos más recientes y en otros se le asocian definiciones que desbordan el contenido del término.

El control de calidad total (Total Quality Control –TGC-), introducido por Feigenbaum (1920-) en el año 1956, representó un cambio sustancial de cómo se debía entender la calidad en las condiciones contemporáneas.

Para Feigenbaum, la calidad no sólo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente.¹⁸

La introducción del concepto de calidad total, permitió modificar conceptos muy enraizados que consideraban la calidad una responsabilidad exclusiva de las personas relacionadas directamente con la producción y un problema que sólo podía resolverse en las áreas técnicas. A lo anterior se añadía un énfasis notable en la evaluación de la calidad, en detrimento de la acción consecuente, o sea la mejora y la innovación.

El concepto de **mejoramiento continuo de la calidad** es inseparable del de calidad total, de hecho, muchos autores y especialistas los manejan como una unidad. El aporte fundamental de este concepto radica en la idea de ciclo concebida por Shewart (1891-1967) que se identificap por el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check, Art) en idioma inglés y en español como PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Tal idea fue desarrollada ampliamente por Deming (1900-1993), como parte de su

¹⁸CHOW Mak, L. La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México; 2005.

conceptualización acerca del mejoramiento continuo de la calidad, al punto de que en la actualidad, es más conocido como ciclo de Deming.

La idea de este ciclo no es nueva, de hecho estuvo presente en los fundadores de la Administración Científica, particularmente Fayol (1841-1925), cuando la concibió como conformada por un ciclo integrado por Planificación, Organización, Dirección y Control, que aunque no parecen idénticas en sus denominaciones, si tienen mucho parecido en cuanto a su concepto de flujo lógico, que es cómo actúan.

En la práctica diaria se utiliza calidad total como forma simplificada de referirse a su original en idioma inglés. Esto ha llevado a la idea de que se trata de calidad absoluta, sin errores ni fallas, quedando de ninguna manera correspondiente el concepto de total quality control, ni con el de mejoramiento continuo de la calidad.

La concepción de **ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad** aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca. A continuación se presenta un esquema, que sintetiza gráficamente como opera el ciclo de la mejora continua de la calidad.

Como se puede apreciar en el esquema, el punto de partida son las referencias (políticas, programas, planes, etc.) que sirven de marco para la realización y evaluación de las acciones. Los procesos se realizan o debieran realizarse ajustándose a ese marco y son el objeto principal de atención del mejoramiento continuo de la calidad. La evaluación y los procesos se interrelacionan y producto de ello se conoce si se ajustan a las normas o estándares, si hay fallas o errores en la ejecución que requieren corrección o aparecen nuevas maneras de hacerlos, innovación, que no se corresponden con dichas normas o estándares, sino que las superan. De ese resultado se derivan dos tipos de consecuencias, la corrección para ajustar el proceso

a la norma o estándar o la modificación de la norma o estándar para asimilar la mejora en la ejecución. Ese ciclo se repite de forma infinita.

El control total de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad, como una unidad, ha sido el objeto de numerosas contribuciones por parte de figuras claves de la calidad, tales como Joseph Juran con el diagrama de la trilogía de la calidad, Deming con el desarrollo del PHVA, los catorce puntos y las siete enfermedades de la gerencia; Ishikawa(1915-1989) con los círculos de calidad y el diagrama de causa efecto que lleva su nombre; Masaaki Imai, (1930-) con el Kaizen que se constituyó en una filosofía y en un sistema de gestión orientado a la calidad. Estos y otros aportes han consolidado un cuerpo de teorías, métodos e instrumentos debidamente estructurados que forman la base de cómo se maneja la calidad en las condiciones contemporáneas.

Varios de los conceptos básicos de mejoramiento continuo, tienen una particular significación para las instituciones y sistemas de salud. En opinión de la autora, estos son los de mayor importancia: Situar la calidad no como una actividad independiente, sino como parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, que en el caso de la salud se extiende a los pacientes, los familiares y la comunidad.

El énfasis en las causas y no en los efectos, que incluye la aportación de herramientas y métodos eficaces para el análisis y solución de problemas, lo que permite reorientar el enfrentamiento de las fallas hacia sus verdaderos orígenes.

El ciclo infinito de mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial y que incluye no sólo la corrección orientada a ajustarse a los estándares, sino sobre todo la orientación hacia la innovación y el alcance de niveles superiores de resultados, para lo cual se aportan también herramientas y métodos adecuados. Este enfoque se ajusta totalmente al caso de la salud donde la dinámica del desarrollo científico y tecnológico es muy alta.

La **gestión por procesos**, con la cual se rompe con la rígida estructura por departamentos y servicios para pasar a sistemas de salud verdaderamente integrados que se orientan a disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.¹⁹

7.2.3.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

En términos generales, la evaluación es una actividad inherente al trabajo humano. Consciente o inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado.

Las reglas de la evaluación siempre han sido las mismas:

- a) Se requiere un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió o sucede con lo que debió suceder.
- b) La comparación determina que lo que sucedió o sucede se ajusta al punto de referencia o se desvía de este por encima o por debajo, y
- c) La desviación es reportada para que sea rectificadada por aquellos que tienen la autoridad para ello.

La evaluación de la calidad, no es una excepción a este esquema, incluyendo sus fallas, entre las que se destacan el hecho de que la desviación ya no tenga solución en ese momento, o que las acciones correctoras no se ejecuten.

7.2.3.5 LA EVALUACIÓN EN EL CAMPO DE LA GERENCIA.

La evaluación es inseparable del trabajo gerencial, donde se utiliza igualmente para comprobar en qué medida los procesos y los resultados son consecuentes con los

¹⁹ÁLVAREZ M. Guía de diseño y mejora de de procesos asistenciales mejorados. 2da. ed. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009; Pag. 13.

valores esperados, lo que permite decidir qué acciones deben implementarse en función de lo que esa comprobación demuestre. El proceso de evaluación, en la gerencia, constituye un ciclo caracterizado por tres grandes etapas:

Antes de la evaluación: Se requiere la existencia de estrategias, políticas, metas, planes, estándares o guías de acción, que servirán de referencia para medir los procesos, desempeños, productos, servicios o avances. Toda referencia, para ser válida, tiene que ser medible.

Durante la evaluación: Se miden los procesos, desempeños, productos, servicios, o avances con los mismos indicadores utilizados para su creación. Se aplican criterios de filtraje que permiten a los gerentes concentrarse en los puntos críticos o priorizados. Uno de los productos principales de esta etapa es la demostración de oportunidades de mejora.

Después de la evaluación: Se desencadenan acciones, o se toman decisiones, en respuesta a lo detectado en la evaluación, lo que permite mantener la organización o el sistema dentro de los parámetros expresados en el primer paso de la secuencia. Estas acciones o decisiones, también son objeto de evaluación y el proceso sigue de forma permanente, lo que explica por qué se le define como un ciclo.²⁰

Lo anterior, demuestra que la evaluación no es un hecho aislado, sino sólo un punto dentro de un proceso mayor y como tal deberá planearse y ejecutarse. La finalidad de una secuencia como la descrita anteriormente, es que en la organización donde se aplique, se mantengan las concepciones y valores básicos que la rigen y que al mismo tiempo, se creen las condiciones para su mejora y desarrollo continuos. Toda evaluación que no disponga de términos de referencia, o que no desencadene acciones consecuentes producto de lo hallado, representa empleo de recursos que no se convierten en resultados positivos para la organización.

²⁰Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Tabasco (ISSET). Modelo de Atención Integral a la Salud. Tabasco, México; 2009. Pag. 46.

Como se podrá apreciar, este flujo infinito es similar al planteado posteriormente por Shewart-Deming en el denominado ciclo de la mejora continua de la calidad, caracterizado por sus componentes: Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA). Tanto en un ciclo como en el otro, la evaluación es simplemente un punto del flujo descrito.

En el ciclo Shewart-Deming, la evaluación está contenida en el componente Verificar, mientras que en el gerencial, la evaluación forma parte de la función control, que es donde actúa de la forma descrita anteriormente. Lo que aportó el ciclo Shewart-Deming, fue ubicar adecuadamente a la evaluación como parte de un proceso mayor y asegurarse que las referencias estuvieran correctamente establecidas, que la evaluación dispusiera de los instrumentos y técnicas propios de la actividad y de que se desencadenaran, no sólo las acciones correctivas sino también las de mejora e innovación encaminadas a superar tales referencias.

7.2.3.6 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La evaluación de la calidad de la atención médica se ajusta plenamente a todo lo señalado anteriormente con respecto a la conceptualización de la evaluación y a su papel en el campo de la gerencia. Lo distinto es su capacidad para adaptarse a las particularidades de los sistemas, procesos e instituciones de salud, a lo cual se ha hecho referencia anteriormente.

Lo que ha sucedido históricamente, igual que en otros sectores, es que durante muchos años, los sistemas y métodos que se ocupaban de la calidad en salud, se concentraban más en la evaluación que en la mejora, por lo que incluso mucho de ellos son conocidos simplemente como sistemas de evaluación de la calidad en salud.

Esta situación cambió radicalmente a partir de la introducción del control de calidad total y del mejoramiento continuo de la calidad.

Por las razones apuntadas en el párrafo anterior, los métodos, técnicas e instrumentos disponibles para la evaluación de la calidad en salud, han tenido mayor desarrollo y

diversidad que los que son utilizados para el mejoramiento continuo. A continuación los que pueden considerarse más significativos para el campo de la salud:

Estándares.- Constituyen las referencias contra las cuales se van a comparar los procesos, intervenciones, acciones, programas o tareas que son objeto de la evaluación. Su forma más habitual de expresión son los indicadores, pero no es la única, pues pueden adoptar otras, tales como políticas, criterios clínicos, guías de actuación, convenciones o prácticas generalmente aceptadas, entre otras. El uso de estándares en los procesos de salud está muy generalizado, lo que facilita los trabajos de evaluación.

Herramientas de análisis.- Conjunto de instrumentos creados o mejorados por los expertos en calidad, que constituyen una forma organizada y lógicamente establecida para estudiar los fenómenos, comprenderlos y generar conclusiones acertadas. Son ejemplo de ellos, las técnicas de análisis y solución de problemas, el diagrama causa-efecto de Ishikawa, los mapas de procesos, el diagrama de Pareto y las técnicas asociadas al enfoque participativo, entre otros.

Acreditación.- Es un tipo de evaluación hecha por terceros, generalmente instituciones autónomas públicas o agencias privadas, que tienen esa función. Consiste en determinar si la instalación sanitaria objeto de estudio, cumple con determinados estándares que se consideran imprescindibles. El resultado puede ser otorgar la acreditación, posponerla hasta que se resuelvan los problemas encontrados o denegarla. Una acreditación no es estrictamente sinónimo de calidad, pero sí es una evidencia de que se cumplen los parámetros que la institución acreditadora considera como adecuados.

Auditoría.- Es también un tipo de evaluación hecha por terceros, generalmente pares, que revisan si la práctica médica examinada es consistente con las normas o estándares aplicables en el caso estudiado, por ejemplo, guías de práctica clínica, normas generalmente reconocidas o criterios clínicos aceptados previamente entre las partes. La conveniencia de efectuar una auditoría médica, puede ser una práctica

regular de la institución, originarse en una queja o una falla notable en el servicio, la manifestación de eventos adversos que se desean esclarecer o una notable variación en la práctica clínica entre diferentes instituciones o profesionales. Muchos de los comités originados en la garantía de calidad en salud actúan también, en cierta forma, como auditores. En todos los casos, la auditoría está relacionada con la calidad del servicio.

Auditoría interna.-También conocida como control interno. Es una forma particular de auditoría que se hace desde adentro de la organización, dado que se ejecuta por personal propio especializado en este tipo de trabajo. El auditor interno actúa como un asesor de la gerencia: captura información, analiza procesos, evalúa acciones, deriva conclusiones e informa a los que deben corregir los fallos y tomar decisiones, lo que incluye sus recomendaciones al respecto. Al no estar involucrado personalmente en la ejecución de los procesos clínicos, administrativos u organizativos puede observarlos y analizarlos con mayor grado de objetividad. En la mejora continua de la calidad, el auditor interno puede desempeñar un papel muy significativo en la medida que sus aportes sean acertados y que la gerencia esté en disposición de tomarlos en cuenta.

Normas internacionales ISO 9000.- Establecen los requisitos que deben cumplir las organizaciones en su sistema de gestión de calidad. El objetivo de esta normatividad es gestionar los procesos y actividades de una organización mediante la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente. Dentro de los puntos de aplicación de la norma ISO 9001:2000 sistemas de gestión de la calidad, se cuentan requisitos generales de documentación, responsabilidad de la dirección, planificación, responsabilidad, autoridad y comunicación, gestión de los recursos, realización del producto, procesos relacionados con el cliente, diseño y desarrollo, producción y prestación del servicio, control de los dispositivos de seguimiento, medición, análisis y mejora, seguimiento y medición, control del producto no conforme, análisis de datos y mejora continua. La norma ISO 14001:2004 proporciona a las organizaciones los elementos, estructura y organización de un sistema de gestión del medio ambiente.

La norma ISO 15189:2003 señala los requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia de los laboratorios clínicos. La especificación OHSAS6 18001:1999 establece los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Las pautas de la norma IWA17 desde el 2001 contienen el plan y mejora del sistema de gestión de calidad para organizaciones de salud y se basan en la norma ISO 9004: 2000 derogada a partir de esa fecha. Los requerimientos instituidos en las mencionadas normas pueden adaptarse a cualquier organización sea de salud o no, independientemente del nivel de complejidad de que se trate y pueden ser aplicables en el ámbito de servicio público o privado. Su utilización en las organizaciones no es obligatoria en ningún país del mundo.²¹

Estudios especiales.- Agrupa todos aquellos estudios técnicos e investigaciones científicas, diseñadas y ejecutadas con vistas a diagnosticar la calidad de los procesos, las instituciones o los servicios de salud, cuya complejidad demanda la utilización de profesionales altamente calificados que dominen los métodos, técnicas e instrumentos apropiados para el caso.

Control social.- Está vinculado con el empoderamiento comunitario y en ese sentido se refiere a informar y entrenar a la comunidad para que ejerza su derecho a opinar, criticar o rechazar las actuaciones de las autoridades sanitarias y participar en los procesos de toma de decisiones que impliquen cambios en la concepción y organización del servicio que reciben. Es también una manera de evaluar la calidad, pero desde el punto de vista de quienes se benefician o perjudican con el servicio, aunque también puede actuar en función de la mejora continua, cuando esos mismos actores tienen presencia real y efectiva en la toma de decisiones. “La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y por tanto, para poder participar

²¹MALAGÓN Londoño. Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006.

efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología.²²

Referenciación competitiva (benchmarking).- Utilizada tanto para la evaluación como para el mejoramiento continuo. En el primer caso, se está produciendo una comparación crítica para detectar oportunidades de avanzar por encima de los estándares, en el segundo, forma parte de acuerdos entre instituciones para progresar de conjunto, a partir de los que tienen las mejores prácticas. La referenciación competitiva se ha extendido considerablemente en los sistemas y servicios de salud del mundo, primero con respecto a los hospitales y posteriormente entre las unidades del primer nivel de atención.

Gestión por procesos.- Por esta vía, el análisis deja de enfocarse en las unidades o servicios asistenciales por separado, para concentrarse en el flujo vertical, horizontal y transversal que siguen las actividades orientadas a la atención al paciente. El punto de partida es el diseño de los procesos, los cuales se agrupan generalmente de acuerdo con los tipos siguientes: los claves, que son los que crean valor en esa organización, los de apoyo, que aseguran que los primeros puedan ser ejecutados; y los normativos, que establecen los estándares, nomencladores, guías y en general todos aquellos elementos que constituyen marco de acción. Durante el diseño, se producen las primeras acciones de mejoramiento de la calidad, dado que se eliminan duplicidades y trámites innecesarios, se reducen distancias y tiempos de ejecución, se resuelven incongruencias y se ahorran costos. Durante la ejecución, esa orientación se mantiene y se incorpora la innovación que va a actuar sobre el propio diseño para mejorarlo.

La gestión por procesos refleja plenamente las características de interdisciplinaridad, interinstitucionalidad, integralidad e integración que demanda la atención médica.

²²DELGADO M.E. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública; Madrid; 2005. 79(6): 697-707. Pag. 3

7.2.3.7 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Particularidades de la atención primaria en salud y su efecto en la evaluación de la calidad. Las más importantes funciones de la atención primaria, incluyen ser el primer punto de contacto de todas las nuevas necesidades y problemas; prestar servicios de larga duración enfocados a la persona, familia, comunidad y ambiente; el enfrentamiento exhaustivo a todas las necesidades de la salud, excepto aquellas cuya rareza hacen imposible a un médico generalista mantenerse competente en ellas; y coordinar la atención que debe ser recibida en cualquier otra parte.²³

Ciertas particularidades de la atención primaria no han cambiado sustancialmente, aunque su modo de manifestarse pueda ser algo diferente atendiendo al lugar, al momento y al contexto. “Desde las más tempranas definiciones del término, hasta las más recientes, todas han enfatizado que la atención primaria está basada en una continua interrelación entre los pacientes y los médicos que los atienden. Se diferencia de otras áreas de la medicina en que se ocupa de la persona como un todo en el contexto de su historia personal y médica y en las circunstancias de su vida, más que en enfocarse en una enfermedad particular, órgano o sistema. Finalmente, el médico de la atención primaria desempeña un papel distintivo para integrar la atención que el paciente recibe, desde dentro y fuera de la propia atención primaria”²⁴

Por otra parte, la atención primaria a la salud está en constante renovación, lo que incluye no solamente cómo se organizan los servicios, sino también su extensión, complejidad y oportunidad. Numerosas intervenciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento han bajado desde el segundo y tercer nivel de atención, y ahora forman parte natural de los servicios del primer nivel. De hecho, los procesos se han hecho más complejos y por tanto se requieren enfoques más precisos y mejor diseñados para la evaluación de la calidad de la atención en ese nivel. El propio

²³OMS. World health report 2008 — primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

²⁴Dana GS. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients? - Ann Intern Med. 2003;138(3):248- 255. Pag. 2.

desarrollo tecnológico y la necesidad de disponer de una capacidad superior para asimilar el cambio y la innovación, elevan el papel que el mejoramiento continuo de la calidad puede desempeñar en ese nivel. Al respecto, Susan Carr plantea: “La configuración y el foco de la atención primaria ha visto mucha innovación y cambio en los años recientes. Esto incluye el desarrollo combinado de habilidades, la extensión y sustitución de roles y la transferencia del lugar y sector que presta la atención. Un elemento clave de la agenda de la calidad es innovación y evaluación”. Las políticas sobre la atención primaria, la efectividad y eficiencia de los recursos y los profesionales de la atención primaria se orientan a alcanzar servicios de alta calidad que exacerben esta situación²⁵

La significación contemporánea del papel de la atención primaria, no reside sólo en su impacto en la salud de las personas y la población, sino también en lo que tiene que ver con la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que está estrechamente relacionado con calidad del servicio. La profesora Bárbara Starfield, una notable especialista en este campo, señala: “Existe suficiente evidencia que demuestra que la atención médica concebida bajo una orientación hacia la atención primaria está vinculada con servicios de salud de mayor efectividad y equidad. Las naciones con una orientación mayor hacia la atención primaria, cuentan con una población de mejor salud a menor costo”.²⁶

LOS ENFOQUES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las dimensiones planteados por Donabedian (estructura, procesos y resultados), siguen estando en el centro de muchos de los enfoques que se emplean en la actualidad para la evaluación de la calidad en salud, pero han aparecido otras opciones parecidas o muy diferentes, sobre todo en el caso de la atención primaria.

²⁵Carr, S et al. Roles, relationships, perils and values: development of a pathway between practice development and evaluation research. *Rev Quality in Primay Care*.2008; 16: 157-64.Pag. 2.

²⁶Starfield, B. The future of primary care: refocusing the system. *The New EnglandJournal Of Medicine*. 2008; 359 (20):1533-4406.

Posiblemente lo más generalizado está en denominar desempeño a los procesos y en priorizar estos por encima de las restantes denominaciones, aunque sin desconocerlas. "... la evaluación del desempeño viene formando parte cada vez más de la cultura de nuestro sistema sanitario, como práctica moderna, propia de toda organización empeñada en mejorar, ya sea científica, docente, investigadora, asistencial o empresarial. Y no sólo del desempeño colectivo, sino también del individual"²⁷

Efectivamente, en cuanto a la atención primaria y a partir de muchas de las consideraciones que se han comentado en el inciso anterior, han surgido nuevos enfoques que intentan acercar mucho más la evaluación a tales particularidades.

Capacidad. El personal, las facilidades, la organización de los servicios, el financiamiento y la administración Desempeño. Representada por cuatro características de la atención primaria: (primer contacto de la atención, continuidad, integralidad y coordinación de la atención), así como cinco características esenciales, pero no únicas: por ejemplo, formato de la historias clínicas, y tres derivadas de las anteriores, por ejemplo competencia profesional.

Estado de salud: Niveles alcanzados por el bienestar y la calidad de vida de las personas atendidas por el sistema. Por su parte, Campbell y sus colaboradores, en el año 2000, enfatizaron la importancia de diferenciar la perspectiva de la calidad en la atención primaria desde el punto de vista individual y desde el de la población.

Según ellos, la perspectiva individual de la calidad se orienta en dos dimensiones: accesibilidad y efectividad, dividiendo esta última en atención clínica e interpersonal. Para ellos, la perspectiva de la población sobre la calidad, debía medirse teniendo en cuenta principalmente: equidad y eficiencia.²⁸

²⁷Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Transparencia 2005. Información sobre actividad y calidad de la atención primaria. Documento general. Edición 1ra.

²⁸CAMPBELL SM, et al. Defining quality of care, en SocSci Med; 2000; 51(5):1611–25.

7.2.4 SISTEMA DE TRIAGE

7.2.4.1 INTRODUCCIÓN

Un factor de extraordinaria importancia en la atención sanitaria, especialmente en el Servicio de Emergencia es la disponibilidad de personal entrenado y capacitado listo en espera de la llegada del paciente grave, lo cual garantice una actuación médica inmediata en equipo multidisciplinario. Las acciones de este equipo multidisciplinario en el enfrentamiento a las situaciones de emergencias deben de hacerse de manera unificada y enfocada a la solución de los problemas con una clasificación o Triage temprana, rápida, completa, precisa y segura que lleve a tomar conductas y decisiones en órdenes de prioridades según el compromiso vital dando cumplimiento a los protocolos y algoritmos de actuación vigentes en la institución.

El trabajo en equipo con cumplimiento disciplinado y científico de estos protocolos organiza, estandarizan y ordenan los procesos de atención al paciente grave, permitiendo trabajar en consenso. Este método de trabajo de consenso que enfrenta la atención al paciente grave por problemas y prioridades ha demostrado disminución en la mortalidad, las complicaciones y los fallos y errores médicos en los servicios de urgencias.²⁹

La aplicación de los protocolos por consensos aplicando los conocimiento y experiencia de la Medicina Basada en la Evidencia constituye un paso indispensable para garantizar la calidad en la atención a la urgencia y la emergencia y una herramienta de inestimable valor para la evaluación de la asistencia por los diferentes comités de calidad que conforman el consejo de la calidad hospitalaria facilitando la comprobación del cumplimiento y efectividad de todos los procesos de atención para su constante perfeccionamiento en aras de lograr la excelencia en los servicios prestados con una elevada satisfacción de la población.³⁰

²⁹ www.sld.cu/.../proyecto_de_atencion_integral_a_urgencias_y_emergencias...

³⁰ GUTIERREZ. DOMINGUEZ. ACEVEDO. Medicina de Urgencias. Editorial Médica panamericana 2007 S.A.de C.V

Siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, no existiendo aún un consenso para una definición universal de la categoría calidad. La calidad debe ser valorada como el producto o resultado de un proceso, donde los resultados son los indicadores o características de calidad y el proceso las normas de actuación y verificación.

La aplicación de este concepto en los servicios de urgencias lleva implícito hacer lo correcto correctamente, sin complicaciones, cuando está indicado y en el momento preciso en todos los procesos de atención al paciente grave en la urgencia y la emergencia.

Por esta razón, una de las principales estrategias para lograr una calidad de atención es la implementación del sistema de triaje estructurado que ha de contar con la adhesión de los responsables sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas, adecuando la estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los Servicios de Urgencias y Emergencias a las recomendaciones propuestas.³¹ La guía de Triage en el servicio de Urgencias surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente, que permita mayor objetividad en el proceso, facilite el desarrollo de las habilidades de la enfermera para la evaluación del paciente y de disponer de un manual de consulta durante la toma de decisiones.

El sistema de Triage no debe ser convertido en un mero procedimiento administrativo, pues su objetivo principal es identificar el paciente en estado crítico; los niveles de priorización están diseñados con base en criterios clínicos. Este modelo de Triage comprende la adopción de un sistema de clasificación de la urgencia del paciente adulto en tres niveles de complejidad, una guía de evaluación del paciente basada en

³¹http://www.triajeset.com/noticias/archivos/fichero15_6.pdf

signos y síntomas organizados por sistemas, un formato de triage de fácil diligenciamiento y la estandarización del proceso.³²

Un sistema de Triage debe estar diseñado acorde con los recursos físicos, humanos, la demanda de servicios y las políticas institucionales del hospital en que se vaya a implementar y nunca pretende dejar de lado el juicio clínico del profesional que realiza la evaluación del paciente.

7.2.4.2 DEFINICIÓN

El Triage es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles.

7.2.4.3 OBJETIVOS

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a Urgencias, para identificar los casos agudos que requieren una atención médica inmediata.
- Organizar el ingreso de los pacientes para su atención, según la prioridad y los recursos físicos y humanos disponibles.
- Asignar el área de tratamiento adecuada.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención.

7.2.4.4 NIVELES DE PRIORIZACIÓN

La priorización de la atención del paciente comprende tres niveles, organizados de mayor a menor complejidad.

³² GUTIERREZ, DOMINGUEZ, ACEVEDO. Medicina de Urgencias. Editorial Médica Panamericana 2007 México.

PRIORIDAD I Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo.

PRIORIDAD II Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación.

PRIORIDAD III Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación.

7.2.4.5 FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE TRIAGE

1. Recibir el paciente en el sitio de llegada, realizando una adecuada inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
2. Valorar y clasificar el paciente.
3. Ingresar el paciente prioridad I al área de tratamiento.
4. Diligenciar en forma completa la historia clínica de Triage.
5. Iniciar el contacto con el paciente y la familia e informarles acerca del proceso de atención en el Departamento de Urgencias. Esta información, idealmente, debe ser complementada con un instructivo para el paciente.
6. Mantener comunicación con el personal médico y de enfermería de las áreas de tratamiento para proporcionar información oportuna a los familiares acerca de la evolución de los pacientes.
7. Informar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de Urgencias.

7.2.4.6 ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE

La estandarización comprende el flujograma que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención; el responsable de la atención y las actividades.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

El procedimiento de triage se inicia con una evaluación rápida del paciente en el momento de su llegada al Departamento de Urgencias; mediante la aplicación del **ABC** de la reanimación se obtiene la primera impresión del estado general del paciente y se determina el registro en el consultorio de Triage o el traslado inmediato al área de tratamiento.³³

7.2.4.7 MÉTODO RAC (RECEPCIÓN, ACOGIDA, CLASIFICACIÓN)

Descripción del procedimiento:

A la vista de la bibliografía consultada y a pesar de no haber coincidencia en el número de etapas se puede concluir que este tiene cuatro bien diferenciadas, aunque en algunos casos alguna de ellas no se tiene en cuenta (los protocolos de los hospitales J.R. Jiménez y Cabueñes se centran más en valoración y clasificación) y en otros casos se incluyen en otras (SEMES y SEEU incluyen la distribución en la clasificación). Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Son:³⁴

1. Recepción y acogida.
2. Valoración.
3. Clasificación.
4. Distribución.

1. Recepción y acogida:

³³American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 2007.

³⁴GÓMEZ Jiménez J, TORRES Trillo M, LÓPEZ Pérez J, JIMENÉZ Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.

El enfermero de triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él , explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

En esta etapa el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología. Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

2. Valoración:

El enfermero de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.

En primer lugar llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender. Mientras realiza la entrevista el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC,TA,Tª,Sat O2, etc.), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar). Se recomienda la utilización del pulsioxímetro de mano como herramienta importante de la enfermera de triage.

3. Clasificación:

Se considera la parte clave del proceso, en algunos artículos se habla de ella como triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa.

El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

- **Nivel I (rojo):** Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata.

Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra. Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible. Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata.

Dentro de este nivel se encontrarían:

- PCR
- Pre-PCR
- Politraumatizado grave.

- **Nivel II (amarillo):** paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro. Pasan a box de reanimación o consulta adecuada (Trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico, etc.). Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámica. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos.

Los signos apreciables en este nivel serían:

- Impresión general de gravedad.
- Piel y mucosas.- Palidez, cianosis, petequias, hipo perfusión peri-férica.
- Respiración.- Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor.
- Circulación.- Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme.
- Neurológico.- Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.

En este nivel se podrían encuadrar:

- Coma.
- Estatus convulsivo.
- Hemorragia Digestiva Alta inestable.
- HDA aguda.
- Disnea aguda más estado crítico.
- Isquemia de miembros.
- Síncope con alteración de constantes
- Hemoptisis aguda o con estado crítico.
- Dolor Torácico o con características isquémicas.
- Estados de agitación
- Diabetes descompensada.
- Traumatismos graves.

- Fracturas de miembros más signos de gravedad.
- Quemados más signos de gravedad.
- Traumatismos torácicos más signos de gravedad.
- Traumatismos abdominales más signos de gravedad.

- **Nivel III (verde):** Agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio. No deberían esperar más de 30 minutos.

Entre las patologías que se pueden encuadrar en este apartado tenemos:

- Estado postcrítico.
 - Cefalea brusca.
 - Paresia y alteraciones del habla.
 - Ingesta medicamentosa.
 - Hipertensión arterial.
 - HDA estable.
 - Vértigo con afectación vegetativa.
 - Síncope sin alteración de constantes.
 - Síndromes piramidales.
 - Dolor torácico de características no isquémicas.
 - Urgencias psiquiátricas: psicosis agresivas, intentos autolíticos.
 - Dolor abdominal.
 - Quemaduras agudas.
 - Heridas sin signos de gravedad.
 - TCE consciente.
- **Nivel IV (blanco):** Son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. En aras de una buena calidad asistencial deberían ser atendidos antes de 2 horas, entre los procesos que nos podemos encontrar en este grupo están:
 - Otalgias.
 - Odontalgias.
 - Dolores inespecíficos leves.
 - Traumatismos y esguinces leves.
 - Miembros dolorosos sin signos de isquemia.
 - Enfermos con patología no aguda, remitidos o no.
 - Dolores osteomusculares sin signos de fracturas
 - Procesos gripales.

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesiten una nueva asignación, esto incluye la sala

de espera. Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un facultativo.

Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc.

La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Ej.: un niño con fiebre de 39.5°C debe priorizarse más que un adulto con la misma temperatura; una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica, etc.

La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Es imprescindible aclararle al paciente o sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Una vez realizada la Clasificación la enfermera marcará el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Urgencias.

4. Distribución.

Tras la clasificación del paciente la enfermera de triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará.

Por lo tanto esta profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad

de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes³⁵.

Distribución según niveles de gravedad:³⁶

- **Paciente ROJO o paciente crítico:** será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.
- **Paciente AMARILLO o agudo inestable:** se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.
- **Paciente VERDE o agudo estable:** se derivará a un box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O₂, se pasará siempre a un Box del interior donde será valorada por Enfermería.
- **Paciente BLANCO o de patología banal:** el paciente será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de Triage cuando sea preciso.³⁷

³⁵ <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>

³⁶ www.consorci.org/.../manual-para-la-implementacion...traje-para-los-cuart

7.2.4.8 DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Sistema de Triage.- Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, debe funcionar en todos los Establecimientos de Salud, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado.

Triage de catástrofe.- Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención y/o evacuación de las víctimas en caso de catástrofe, en base a su grado de urgencia.

Triage de urgencias y emergencias.- Proceso de clasificación de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias, hospitalario o extrahospitalario, de forma que sean atendidos según el grado de urgencia de su caso y, con independencia del orden de llegada, se establezcan los tiempos de espera razonables para ser visitados y tratados por el equipo médico, para cada uno de ellos.

Triage de colores.- Son variados dependiendo del número de víctimas, entrenamiento del personal, hospitales de referencia (número y distancia), pero todos ellos hacen referencia a una clasificación según la gravedad de la víctima. Se acepta internacionalmente la clasificación según códigos de colores: rojo, amarillo, verde y negro (ampliable a blanco y gris, pero tiende a confundir más). También existen equivalencias en cuanto a los colores y a la urgencia y prioridad en cuanto al inicio de maniobras terapéuticas y evacuación, pero no es la intención de los autores confundir ó enredar más a los lectores, no obstante existe bibliografía abundante al respecto donde el lector podrá ahondar todo lo que desee en esta terminología y sus conceptos. El color rojo corresponde a un paciente grave, crítico, pero RECUPERABLE, y si contamos con los medios necesarios es el de primera elección para su atención. (Shock, PCR presenciada, inconsciencia, quemados con más del 25% de superficie corporal afectada, etc.). El color amarillo correspondería a un paciente grave pero estable. Son de segunda prioridad, y en teoría podrían esperar algunas horas sin

³⁷ *Ibídem.*

tratamiento (hemorragias sin shock hipovolémico, heridas en cavidades, TCE, etc.). El color verde sería para el paciente lesionado de forma leve, que podría ser trasladado aunque no necesariamente en una ambulancia medicalizada. Se trataría de una tercera prioridad (heridas musculares, fracturas sin cuadros de shock acompañantes, contusiones en general, etc.). El color negro es para el paciente fallecido o agónico.³⁸

Triage Canadiense (CTAS)

NIVEL	NIVEL DE GRAVEDAD	TIEMPO
I	Resucitación	Inmediato
II	Emergencia	15 min
III	Urgencia	30 min
IV	Menos Urgente	60 min
V	Ninguna Urgencia	120 min

Daño.- Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:

1. Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
2. Prioridad II Urgencia Mayor
3. Prioridad III Urgencia Menor
4. Prioridad IV Patología Aguda Común/ enfermedades banales

Desastre.- En el departamento / servicio de emergencias es cuando el número de pacientes o la gravedad de sus padecimientos y lesiones son tales que es imposible seguir operando normalmente, la atención solo es posible con ayuda externa.

Área de Emergencia.- Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que

³⁸ www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/triage.pdf

demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.³⁹

Emergencia. - Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorespiratoria, neumotórax a tensión, infarto al miocardio, etc.

Urgencia.- Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempos transcurrido entre la su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo. Este concepto lleva implícita la necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de forma que los pacientes más urgentes sean atendidos más rápidamente, y la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla.⁴⁰

Sala de Observación.- Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

Sala de Reanimación (Shock Trauma).- Área destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I.

Tópico de Emergencia.- Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III.

³⁹www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/.../salud/NORMA_TECNICA.pdf

⁴⁰http://www.triajeset.com/noticias/archivos/fichero15_6.pdf

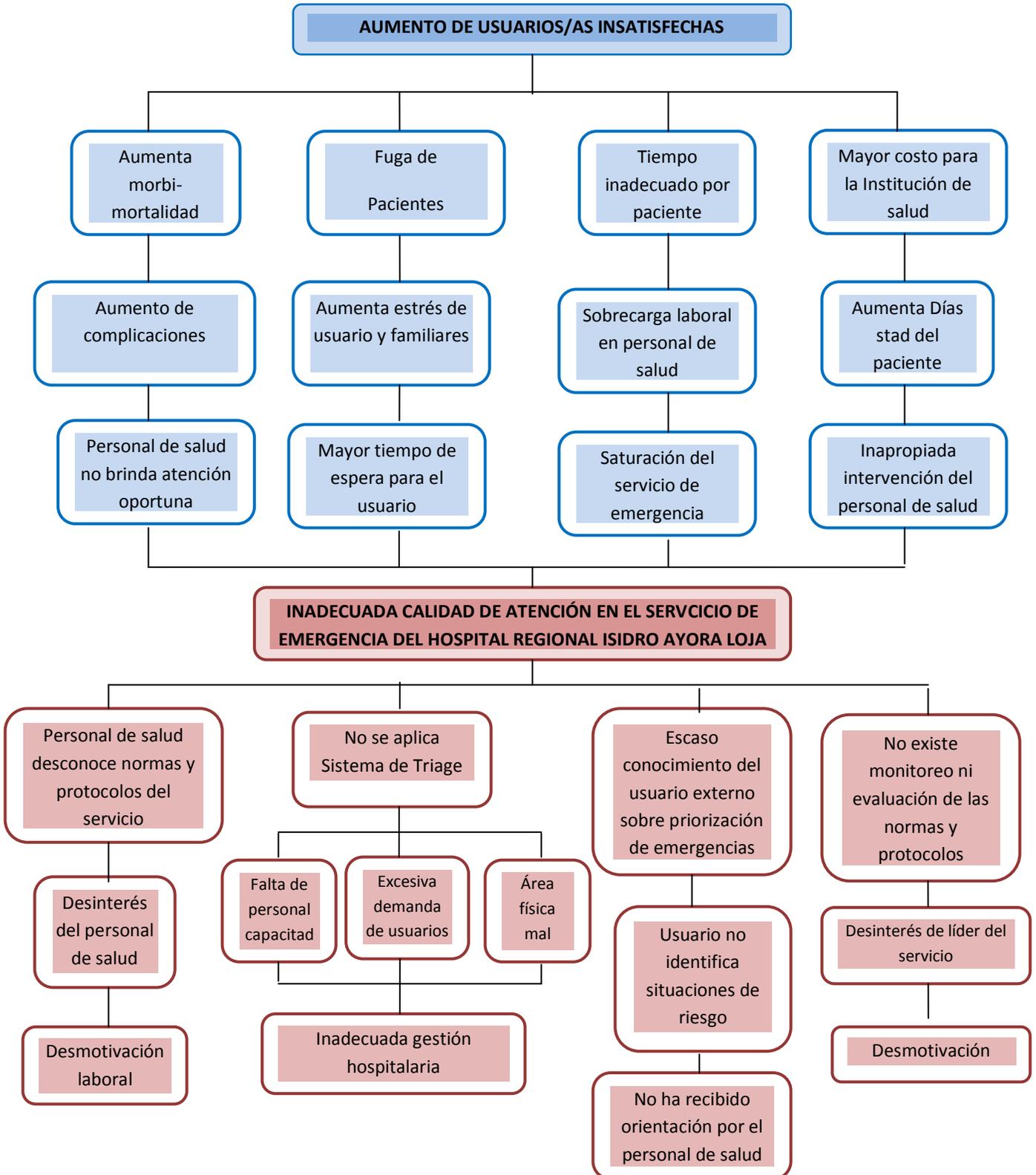
Situación de múltiples víctimas.- Cuando el departamento / servicio de emergencia médica es incapaz de controlar la situación en los primeros 15 minutos, ya sea por que el número de pacientes o la gravedad de los mismos exceden su capacidad inicial de respuesta.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

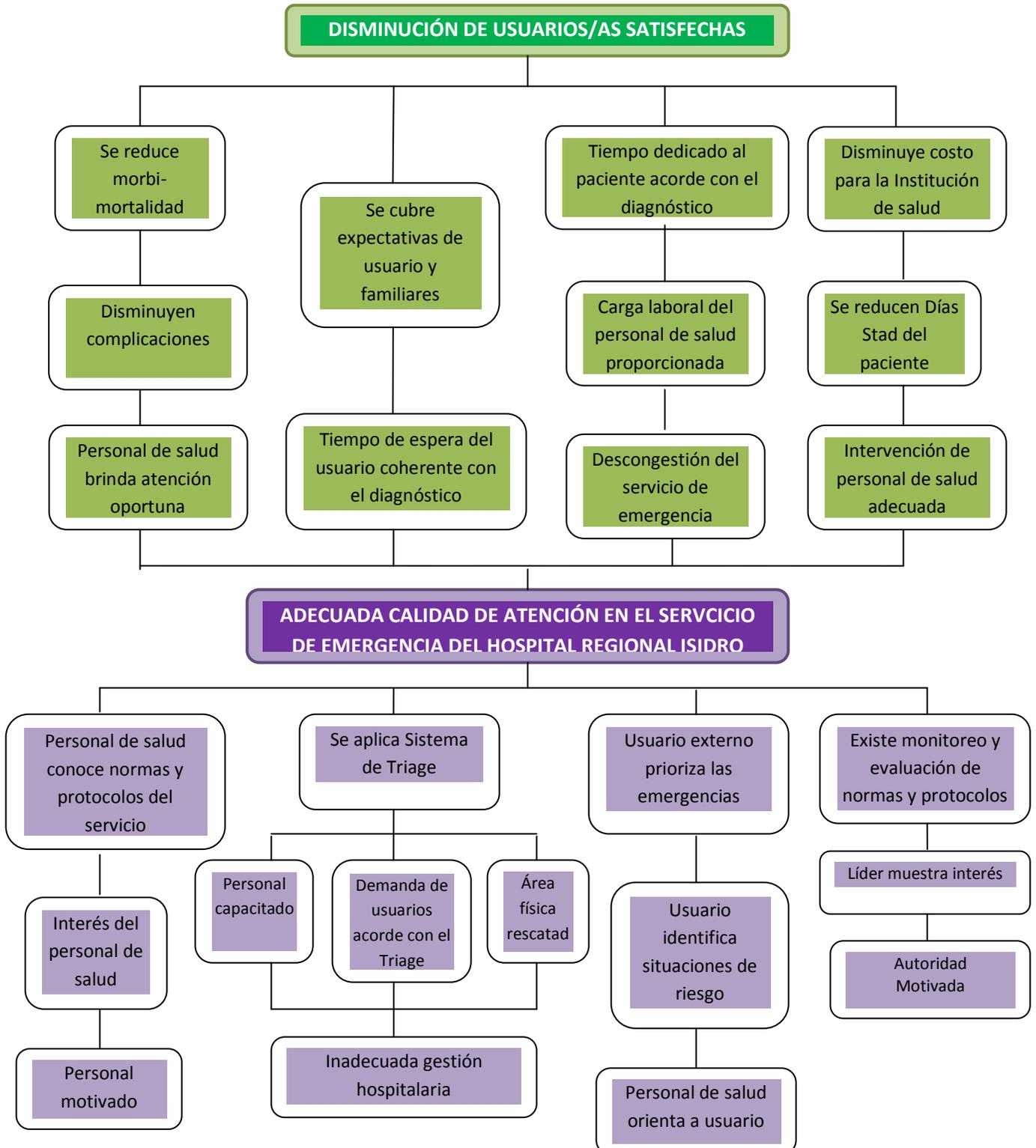
8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Autoridades del hospital Isidro Ayora de Loja y del servicio de emergencia	Trabajar por mejorar la calidad de atención y de salud de la población.	El Art. 10 de la Ley Orgánica de Salud indica que todas las personas del Sistema de Salud aplicarán las políticas, programas y Normas de atención.	Deficientes canales de comunicación Escasa coordinación con autoridades HIAL
Personal de salud del Servicio de emergencia del HRIAL	Mejorar la calidad de atención al usuario/a	El Art. 362 de la Constitución expresa que la atención de salud será segura, de calidad y calidez, y garantizara el consentimiento informado, el acceso a la información y su confidencialidad.	Falta de sistema de Triage Desconocimiento de normas y protocolos del servicio Personal de salud desmotivado Sobrecarga laboral
Grupo de población (usuarios que acuden al servicio de emergencia)	Recibir atención adecuada y oportuna	El Art. 10 de la Constitución expresa que las personas tienen el derecho de disponer de servicios de optima calidad	Inadecuada calidad de atención de salud

8.2 ARBOL DE PROBLEMAS



8.3 ARBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a brindar adecuada calidad de atención a los usuarios/as que acuden al servicio de Emergencia del HRIAL	El 75% de los usuarios/as son atendidos adecuadamente hasta Septiembre del 2011.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamiento de línea de base sobre percepción de la calidad de atención. - Observación directa 	Personal de salud cubre expectativa de los usuarios.
PROPÓSITO Disminuir la insatisfacción del usuario y el tiempo de espera en la atención recibida en el servicio de emergencia.	Incrementar en un 15% la satisfacción del usuario hasta Septiembre del 2011 en relación a la línea de base.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas dirigidas al usuario. - Observación directa 	Personal de salud del servicio de emergencia comprometido en brindar tratamiento oportuna a pacientes de emergencia
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS 1. Personal de Salud se Capacita sobre normas, protocolos sobre patologías más frecuentes y sistema de Triage	<ul style="list-style-type: none"> - El 100% del personal de salud del servicio capacitado en normas, protocolos y sistema de Triage hasta Septiembre 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de asistentes a las capacitaciones - Fotografías - Memorias de las capacitaciones - Compendio de los talleres 	Personal involucrado motivado a participar en el Sistema de Triage, Normas y Protocolos.
2. Sistema de Triage implementado y funcionando	<ul style="list-style-type: none"> - El 70% del personal aplica el Triage en Emergencias hasta septiembre del 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulario 008 - Encuesta dirigida al personal de salud - Observación directa 	Personal de salud motivado a participar.
3. Usuario externo prioriza las emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - El 60% de los usuarios precisa lo que es una emergencia hasta Septiembre del 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa - Encuesta dirigida al usuario - Parte diario de atenciones en emergencia 	Usuarios motivados, interesados y comprometidos en conocer como funciona el Triage.
4. Existe monitoreo y evaluación de normas y protocolos	<ul style="list-style-type: none"> - Para Septiembre del 2011 se aplicaran al menos 1 evaluación trimestral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formato de evaluación - Análisis y socialización resultados 	Intervención activa y propositiva del personal de salud involucrado

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
A1			
Taller de capacitación sobre:			
1.1 Normas del servicio: <ul style="list-style-type: none"> - Funciones y Responsabilidades del Personal de Salud - Historia Clínica - Bioseguridad Hospitalaria - Riesgo Laboral 	Lic. Eda Correa Enfermera Líder de Emergencia Dra. Carina Torres Médico Residente Emergencia Lic. Fanny Cartuche Enfermera Miembro de Equipo Dr. Jorge Ordóñez Medico Riesgo Laboral Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 1 (Mayo Jueves 19)	Datashop Computadora Impresora Pizarra Material de oficina (Marcadores, borrador, hojas de papel boom, etc.) Fotocopias
Protocolos del servicio			
1.2 Ginecología: <ul style="list-style-type: none"> - Labor de parto - Hemorragias en el embarazo(DPP y PP) - Abortos - Transtornos hipertensivos en el embarazo - Embarazo ectópico 	Dr. Marco Medina Medico Tratante Ginecología Dra. Maritza Pacheco Medico Tratante Ginecología Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 1 (Mayo Miércoles 25) Mes 2 (Junio Miércoles 01)	
1.3 Pediatría: <ul style="list-style-type: none"> - IRA - EDA - Convulsiones 	Dra. Carla Guarnizo Médico Tratante Pediatría Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 2 (Junio Miércoles 15)	Datashop, Computadora, Impresora, Pizarra Material de oficina (Marcadores, borrador, hojas de papel boom, etc.), Fotocopias

<p>1.4 Cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen agudo Inflamatorio - Shock hipovolémico - Fracturas 	<p>Dra. Anita Veintimilla Médico Residente Emergencia Lic. Edha Chamba Enfermera Miembro de Equipo</p> <p>Dra. Paola Puertas Médico Residente Emergencia Lic. Fanny Morocho Enfermera Miembro de Equipo Médico</p> <p>Dr. Andrés Gonzales Medico Tratante Traumatología Lic. Eda Correa Enfermera Líder de Emergencia</p>	<p>Mes 2 (Junio Miércoles 29)</p>	<p>Datashop, Computadora, Impresora, Pizarra Material de oficina (Marcadores, borrador, hojas de papel boom, etc.), Fotocopias</p>
<p>1.5 Clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis asmática - Intoxicación Alcohólica - Embolia Pulmonar 	<p>Dra. Hipatia Villavicencio Médico Residente Emergencia Lic. Maura Guzmán Enfermera Miembro de Equipo</p> <p>Dra. Anita Yaguache Médico Residente Emergencia Lic. Delia Aguirre Enfermera Miembro de Equipo</p> <p>Dra. Sheyla Contento Médico Residente de Emergencia Lic. Mariana Hurtado Enfermera Miembro de Equipo Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)</p>	<p>Mes 3 (Julio Lunes 11)</p>	<p>Datashop Computadora Impresora Pizarra Material de oficina (Marcadores, borrador, hojas de papel boom, etc.) Fotocopias</p>

1.6 Soporte Vital Avanzado	Dra. Mishel Rodríguez Médico Residente Emergencia Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 3 (Julio Lunes 18)	Datashop Computadora Impresora Pizarra Material de oficina (Marcadores, borrador, hojas de papel boom, etc.) Fotocopias
1.7 Normas de Reanimación Cardiopulmonar	Dr. Diego Alvear Médico Tratante Medicina Interna Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 3 (Julio Lunes 18)	
1.8 Sistema de Triage	Dr. Marco Ruiz Jefe de Emergencia Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 3 (Julio Lunes 25)	
1.9 Elaborar Compendio (manual) de los talleres el cual reposará en el servicio de Emergencia	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 4 (Agosto semana 1)	
A2			
2.1 Recuperar y adecuar área física para realizar el Triage	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Jefes departamentales Personal de salud involucrado	Mes 2 (Junio semana 2)	Humanos Material de oficina Computadora Impresora
2.2 Tramitar conjuntamente con autoridades pertinentes para que asignen personal profesional para que realice el Triage	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 2-3 (Junio-Julio)	
2.3 Clasificar el formulario 008 en relación al nivel de prioridad de la emergencia y el tiempo de espera por diagnóstico para la atención.	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 3 (Julio) Mes 4 (Agosto) Mes 5 (Septiembre)	Material de oficina Adhesivos de color Computadora Impresora

A3			
3.1 Diseñar y elaborar material de difusión: Hojas volantes, Trípticos sobre priorización de Emergencias	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 2 (Junio semana 1-2)	Humanos Material de oficina Computadora Impresora
3.2 Promocionar la priorización de emergencias utilizando el material de difusión a través de: Central telefónica del Hospital, Hojas volantes, Trípticos.	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Personal del Departamento de oferta y demanda	Mes 3-4-5-6 (todos los días)	Humanos Material de oficina Computadora Impresora
3.3 Transmitir Video en el servicio sobre signos de peligro que requieren de atención de emergencia.	Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 3-4-5-6 (una vez/semana)	Humanos Material de oficina, Computadora Impresora Carteles, Hojas volantes, Trípticos
A4			
4.1 Conformar el Comité para la evaluación y seguimiento de la estrategia	Jefes departamentales Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto) Veedores de la atención	Mes 4 (Agosto semana 1)	Humanos Material de oficina Computadora Impresora
4.2 Diseñar formatos para el seguimiento y evaluación de la implementación del Proyecto al personal de salud	Integrantes del Comité	Mes 4 (Agosto semana2)	Material de oficina Computadora Impresora
4.3 Análisis e informe final de la implementación del proyecto	Jefes departamentales Lic. Edha Chamba (Autora del proyecto)	Mes 5 (Septiembre semana 1, 2)	Material de oficina Computadora Impresora

9. RESULTADOS

RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados del presente proyecto de intervención.

RESULTADO 1.

PERSONAL DE SALUD SE CAPACITA SOBRE NORMAS, PROTOCOLOS SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y SISTEMA DE TRIAGE.

Partiendo de que somos personas que atendemos a personas y que al momento que nos interesamos por ellos/as, los dignificamos, respetamos sus modos de vivir y pensar, consideramos sus emociones, pensamientos y necesidades, es entonces, que estamos actuando con calidad y calidez. Pues, cada día estamos devolviendo salud a miles de usuarios que demandan de nuestros servicios y nos esforzamos para que lo mejor de nuestra capacidad profesional y nuestros conocimientos se traduzcan en respuestas a las necesidades de todos.

Por tal razón el personal de salud debe dominar un extenso conjunto de conocimientos para mantener las mejores prácticas y así poder enfrentar la realidad que vivimos a diario, con el firme propósito de prevenir y evitar errores y/o complicaciones, atendiendo las principales necesidades que requiere el paciente para preservar la vida y resolver su padecimiento principal de una manera integral; es así, que la capacitación se vuelve un pilar fundamental para el fortalecimiento de nuestros conocimientos.

Para lograr este resultado se realizaron las siguientes actividades:

1.1 Reunión con el personal de salud para la socialización del proyecto de “Mejoramiento de la Gestión de Calidad en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011”.

El día 27 de Abril del presente, se realizó una reunión de trabajo contando con la presencia de (9) médicos y personal de enfermería (15) del Servicio de

Emergencia, se socializó el proyecto de intervención a llevarse a cabo durante los meses consiguientes. **Anexo** (Acta de reunión de socialización del proyecto).

En dicha reunión se hizo conocer la importancia del proyecto y su impacto en el mejoramiento de la calidad de atención lo que va en beneficio de los/las usuarios/as demandantes de nuestros servicios.

Es así, que se contó con la aprobación y compromiso de los asistentes a participar de manera proactiva en el mismo. Luego de haber deliberado en los temas a tratarse, seguidamente se realizó el cronograma de las capacitaciones acorde a las especialidades de Ginecología, Pediatría, Cirugía y Clínica; quedando estructurado de la siguiente manera:

TEMA	FECHA	EXPOSITORES
Talleres de Capacitación sobre: NORMAS DEL SERVICIO		
1.1 Normas del Servicio - Funciones y Responsabilidades del Personal de Salud - Historia Clínica - Bioseguridad Hospitalaria - Riesgo Laboral	Jueves 19 Mayo 2011	Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia Dra. Carina Torres Médico Residente Emergencia Lic. Fanny Cartuche Enfermera Miembro de Equipo Dr. Jorge Ordóñez Medico Riesgo Laboral
Talleres de Capacitación sobre: PROTOCOLOS DE PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES		
1.2 Ginecología: - Labor de parto - Hemorragias en el embarazo(DPP y PP) - Abortos	Miércoles 25 Mayo 2011	Dr. Marco Medina Medico Tratante Ginecología

<ul style="list-style-type: none"> - Transtornos hipertensivos en el Embarazo - Embarazo ectópico 	<p>Miércoles 01 Junio 2011</p>	<p>Dra. Maritza Pacheco Medico Tratante Ginecología</p>
<p>1.3 Pediatría:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRA - EDA - Convulsiones 	<p>Miércoles 15 Junio 2011</p>	<p>Dra. Carla Guarnizo Médico Tratante Pediatría</p>
<p>1.4 Cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen agudo Inflamatorio - Shock hipovolémico - Fracturas 	<p>Miércoles 29 Junio 2011</p>	<p>Dra. Anita Veintimilla Médico Residente Emergencia Lic. Edha Chamba Enfermera Miembro de Equipo</p> <p>Dra. Paola Puertas Médico Residente Emergencia Lic. Fanny Morocho Enfermera Miembro de Equipo</p> <p>Dr. Andrés Gonzales Medico Tratante Traumatología Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia</p>
<p>1.5 Clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis asmática - Intoxicación Alcohólica - Embolia Pulmonar 	<p>Lunes 11 Julio 2011</p>	<p>Dra. Hipatia Villavicencio Médico Residente Emergencia Lic. Maura Guzmán Enfermera Miembro de Equipo Dra. Anita Yaguache Médico Residente Emergencia Lic. Delia Aguirre Enfermera Miembro de Equipo Dra. Sheyla Contento Médico Residente de Emergencia Lic. Mariana Hurtado Enfermera Miembro de Equipo</p>

1.6 Soporte Vital Avanzado	Lunes 18 Julio 2011	Dra. Mishel Rodríguez Médico Residente Emergencia
1.7. Normas de Reanimación Cardio Pulmonar	Lunes 18 Julio 2011	Dr. Diego Alvear Médico Tratante Medicina Interna
1.8. Sistema de Triage	Lunes 25 Julio 2011	Dr. Marco Ruiz Jefe de Emergencia

1.2 Talleres de capacitación sobre las Normas del Servicio de Emergencia y Protocolos sobre patologías más frecuentes y Sistema de Triage.

Los talleres de capacitación se llevaron acabo de acuerdo a lo programado, para ello se consideró los padecimientos más frecuentes en cada una de las especialidades de: Ginecología, Pediatría, Cirugía y Clínica; **Anexo** (Lista de asistentes, fotografías de las capacitaciones)

MEMORIA TECNICA N° 1

TALLER DE CAPACITACIÓN: NORMAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GRUPO META: PERSONAL DE EMERGENCIA DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Jueves 19 de Mayo del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25 personas

LUGAR: Sala del departamento.

TEMA:NORMAS DEL SERVICIO

- Funciones y Responsabilidades del Personal de Salud
- Historia Clínica

- Bioseguridad Hospitalaria
- Riesgo Laboral

NÚMERO DE HORAS: 3 HORAS

EXPOSITORES: Lic. Eda Correa (Enfermera Líder de Emergencia)

Dra. Carina Torres (Médico Residente Emergencia)

Lic. Fanny Cartuche (Enfermera Miembro de Equipo)

Dr. Jorge Ordóñez (Medico Riesgo Laboral)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Edha Chamba

OBJETIVO GENERAL:

Concienciar al personal de Salud sobre la importancia de las Normas del Servicio de Emergencia en nuestro desenvolvimiento laboral.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Cooffe Break

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue mediante la exposición de la temática con la video conferencia, en donde se conto con la participación mayoritaria de los asistentes. Los materiales utilizados fueron datashop, computador y material audiovisual.

En cuanto al desarrollo de la temática, ésta despertó el interés entre los asistentes; pues en lo relacionado al primer tema (Funciones y Responsabilidades del Personal de Salud) hubo una exhaustiva deliberación de opiniones ya que es un tema muy complicado de tratar.

Con respecto al tema sobre la Historia clínica, no se pudo deliberar ya que ésta es considerada como un instrumento legal la cual debe ser llenada adecuada y correctamente con letra legible y de manera clara y precisa.

En relación a la temática sobre Bioseguridad Hospitalaria y riesgo laboral animó a los participantes a realizar preguntas para despejar numerosas expectativas, principalmente en lo concerniente a la utilización de barreras de protección y al trámite que se debe seguir cuando se presente un accidente laboral ya que como personal de salud no estamos exentos de aquello.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Cumplir con las Normas establecidas en el Servicio de Emergencia, ya que como funcionarios públicos así como tenemos derechos también debemos cumplir con las funciones y responsabilidades que lo establece el perfil del puesto lo cual nos permitirá desempeñarnos laboralmente con responsabilidad.
- Llenar correctamente los formularios de la Historia Clínica para la atención del paciente ya que esto evitara confusiones y retardo en la atención de salud de los usuarios.
- Poner en práctica las normas de bioseguridad hospitalaria las mismas que protegerán tanto al usuario interno como externo.
- Notificar inmediatamente al Departamento de Riesgo laboral del Hospital sobre accidentes laborales suscitados en el departamento para su respectivo seguimiento.

MEMORIA TECNICA N° 2

TALLERES DE CAPACITACIÓN DE LOS PROTOCOLOS MÁS FRECIENTES EN GINECOLOGÍA

GRUPO META: PERSONAL DE EMERGENCIA DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Miércoles 25 de Mayo del 2011

Miércoles 01 Junio del 2011.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25 personas

LUGAR: Sala de reuniones.

TEMA: PROTOCOLOS MÁS FRECUENTES EN GINECOLOGIA

<ul style="list-style-type: none"> • Labor de parto • Hemorragias en el embarazo(DPP y PP) • Abortos 	<p>Miércoles 25 Mayo del 2011</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos Hipertensivos en el Embarazo • Embarazo ectópico 	<p>Miércoles 01 Junio del 2011</p>

NÚMERO DE HORAS: 3 Horas en cada Taller.

EXPOSITORES: Dr. Marco Medina (Medico Tratante Ginecología)

Dra. Maritza Pacheco (Medico Tratante Ginecología)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Edha Chamba

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la aplicación de los protocolos estandarizados en el Componente Materno-Neonatal del Ministerio de Salud por parte del personal profesional y no profesional

que laboran en el Departamento de Emergencia para brindar atención de salud adecuada y oportuna.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Cooffe Break

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue esencialmente a través de la exposición y discusión de los protocolos, se conto con la participación proactiva de los asistentes. Los materiales utilizados fueron datashop, computador.

El desarrollo de los temas planteados estuvo sujeto básicamente a los protocolos del Componente Normativo Materno Neonatal de situaciones de salud que se presentan con más frecuencia en Emergencia y que en cierta forma orientará nuestra intervención sanitaria.

Se destaca la participación desinteresada tanto de los expositores como de los asistentes durante el desarrollo de las temáticas.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Brindar atención de salud aplicando los Protocolos estandarizados en el Componente Materno por el Ministerio de Salud Pública.
- Priorizar la atención de las usuarias dependiendo del riesgo vital en el que se encuentren.
- Mejorar la empatía entre el equipo de salud y el usuario/a externo optimizando la atención en nuestro servicio.

MEMORIA TECNICA N° 3

**TALLERES DE CAPACITACIÓN DE LOS PROTOCOLOS MÁS
FRECUENTES EN PEDIATRIA**

GRUPO META: PERSONAL DE EMERGENCIA DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Miércoles 15 de Junio del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25 personas

LUGAR: Sala de reuniones.

TEMA: PROTOCOLOS MÁS FRECUENTES EN PEDIATRIA

<ul style="list-style-type: none"> • IRA • EDA • Convulsiones 	<p>Miércoles 15 Junio del 2011</p>
--	--

NÚMERO DE HORAS: 3 Horas en cada Taller.

EXPOSITORES: Dra. Carla Guarnizo (Médico Tratante Pediatría)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Edha Chamba

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer los conocimientos para la actuación rápida y oportuna del personal de salud en padecimientos pediátricos que conllevan riesgo vital y en aquellos problemas de salud que no entrañan gravedad.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Cooffe Break

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue así mismo mediante la exposición y discusión de los protocolos para finalmente llegar a acuerdos y compromisos; la participación proactiva de los asistentes hizo de los talleres un ambiente propicio para el fortalecimiento y actualización de nuestros conocimientos.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

- Trabajar en equipo para conseguir calidad y calidez en la atención de salud.
- Lograr que nuestra intervención sanitaria sea optima para suplir las necesidades de salud de los demandantes.
- Mantener en lo posible informados a los Familiares sobre los pasos a seguir durante la atención de los niños/as.

MEMORIA TECNICA N° 4

**TALLERES DE CAPACITACIÓN DE LOS PROTOCOLOS MÁS
FRECIENTES EN CIRUGIA**

GRUPO META: PERSONAL DE EMERGENCIA DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Miércoles 29 de Junio del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25 personas

LUGAR: Sala de reuniones.

TEMA: PROTOCOLOS MÁS FRECUENTES EN CIRUGIA

<ul style="list-style-type: none"> - Abdomen agudo Inflamatorio - Shock hipovolémico - Fracturas 	<p>Miércoles 29 Junio del 2011</p>
---	--

NÚMERO DE HORAS: 3 Horas.

EXPOSITORES:

- **Dra. Anita Veintimilla** (Médico Residente Emergencia)
Lic. Edha Chamba (Enfermera Miembro de Equipo)
- **Dra. Paola Puertas** (Médico Residente Emergencia)
Lic. Fanny Morocho (Enfermera Miembro de Equipo Médico)
- **Dr. Andrés Gonzales** (Medico Tratante Traumatología)
Lic. Eda Correa (Enfermera Líder de Emergencia)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Edha Chamba

OBJETIVO GENERAL:

Implementar protocolos para la actuación rápida y oportuna del personal sanitario ante la presencia de situaciones mórbidas que pongan en riesgo la vida del usuario.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue la exposición y discusión de los protocolos a través de la lluvia de ideas para posteriormente finalizar las guías clínicas, se utilizó la tecnología audiovisual: datashop, computador.

En el desarrollo de los talleres, se destaca la participación del personal Médico y de Enfermería, que con su valioso esfuerzo pudieron explicar de forma clara, práctica y sencilla cada uno de los protocolos a los asistentes.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Cooffe Break

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Priorizar las emergencias en relación al riesgo vital de los pacientes.
- Trabajar en equipo para la atención protocolizada de los pacientes que demandan de nuestros servicios.

MEMORIA TECNICA N° 5

**TALLERES DE CAPACITACIÓN DE LOS PROTOCOLOS MÁS
FRECIENTES EN CLÍNICA**

GRUPO META: PERSONAL DE EMERGENCIA DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Lunes 11 de Julio del 2011

Lunes 18 de Julio del 2011

Lunes 25 de Julio del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25 personas

LUGAR: Sala de reuniones.

TEMA: PROTOCOLOS MÁS FRECUENTES EN CLINICA

<ul style="list-style-type: none"> - Crisis asmática - Intoxicación Alcohólica - Embolia Pulmonar 	Lunes 11 Julio del 2011
<ul style="list-style-type: none"> - Soporte Vital Avanzado - Normas de Reanimación Cardio-pulmonar 	Lunes 18 Julio del 2011
<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de Triage 	Lunes 25 Julio del 2011

NÚMERO DE HORAS: 2 Horas por cada taller.

EXPOSITORES:

- **Dra. Hipatia Villavicencio** (Médico Residente Emergencia)
Lic. Maura Guzmán (Enfermera Miembro de Equipo)
- **Dra. Anita Yaguache** (Médico Residente Emergencia)
Lic. Delia Aguirre (Enfermera Miembro de Equipo)
- **Dra. Sheyla Contento** (Médico Residente de Emergencia)
Lic. Mariana Hurtado (Enfermera Miembro de Equipo)
- **Dra. Mishel Rodríguez** (Médico Residente Emergencia)
- **Dr. Diego Alvear** (Médico Tratante Medicina Interna)
- **Dr. Marco Ruiz** (Jefe de Emergencia)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Edha Chamba

OBJETIVO GENERAL:

Implementar protocolos para la actuación rápida y oportuna del personal sanitario ante la presencia de situaciones mórbidas que pongan en peligro la vida del usuario.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Cooffe Break

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue la exposición y discusión de los protocolos a través de la lluvia de ideas para posteriormente finiquitar las guías clínicas, se utilizó la tecnología audiovisual: datashop, computador.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Trabajar en equipo para la atención protocolizada de los pacientes que demandan de nuestros servicios.
- Aplicar el Triage; para priorizar las emergencias en relación al riesgo vital de los pacientes.
- Mantener un stock de medicación emergente disponible para las eventuales urgencias y emergencias.
- Mantener consecutivamente informado al usuario externo sobre la priorización de emergencia y su correspondiente tiempo de espera de acuerdo a la gravedad.

1.3 Elaborar Compendio (manual) de los talleres el cual reposará en el servicio de Emergencia.

Posterior al proceso de capacitación que se llevo a cabo, conjuntamente con las autoridades departamentales se realizó la recopilación de la información de los padecimientos más frecuentes en nuestro servicio, los cuales han sido tratados y discutidos durante los talleres de capacitación con su respectivo grado de complejidad, a fin de que los diferentes miembros del equipo de salud que labora en nuestro servicio identifiquen, actúen y compartan las responsabilidades.

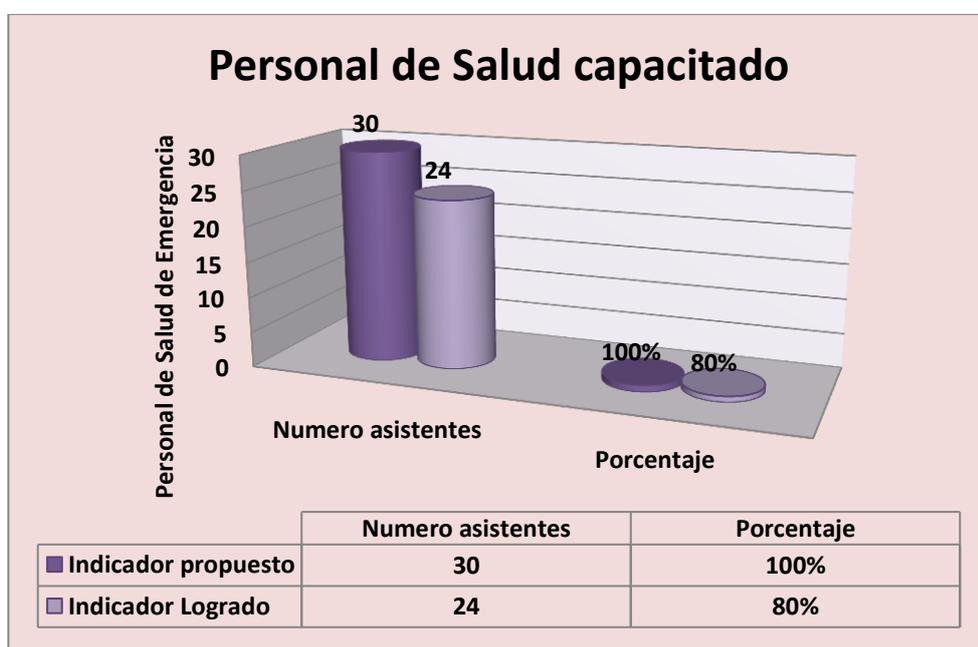
Para ello se mantuvo reuniones sucesivas durante una semana (1ra semana de Agosto) para finalizar la elaboración del Compendio, el cual reposará en el Servicio de Emergencia y que servirá de medio de consulta para el personal de salud. **Anexo** (Compendio de los talleres impreso, fotografía de la entrega)

ANÁLISIS DEL RESULTADO 1.

PERSONAL DE SALUD SE CAPACITA SOBRE NORMAS, PROTOCOLOS SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y SISTEMA DE TRIAGE.

Este resultado se lo mide con el siguiente indicador: El 100% del personal de salud del servicio capacitado en normas, protocolos y sistema de Triage hasta Septiembre 2011.

Indicador 1	Numero asistentes	Porcentaje
Indicador propuesto	30	100%
Indicador Logrado	24	80%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Con el cumplimiento de estas actividades, se logro que el 80% del personal de salud (24 asistentes) esté capacitado en Normas, Protocolos y Sistema de Triage, los cuales estuvieron motivados a ser parte del proyecto de acción; es preciso mencionar que el

20% (6 personas) corresponde a los compañeros que están de vacaciones y a aquellos que han salido del turno de la Noche, los cuales no pudieron asistir a los talleres.

Cabe mencionar que las temáticas de los talleres de capacitación se abordaron acorde con lo planificado, de modo que estos espacios de comunicación y coordinación nos permitieron que el personal involucrado este interesado en participar y así alcanzar el resultado esperado, siempre en beneficio de los usuarios que demandan de nuestros servicios.

Asimismo dentro de las potencialidades es que se tuvo la colaboración del Jefe y Enfermera Líder del Servicio durante todo el proceso, los cuales se empoderó del Proyecto para que éste tenga mayor sostenibilidad.

RESULTADO 2.

SISTEMA DE TRIAGE IMPLEMENTADO Y FUNCIONANDO

Considerando que el Triage es el proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia; es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, lo cual debe funcionar en todos los Establecimientos de Salud del país, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios y estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado con experiencia en el campo de urgencias y emergencias.

Para el cumplimiento de este resultado, fue importante realizar las siguientes actividades:

2.1 Recuperar y adecuar área física para realizar el Triage.

Con respecto a esta actividad, a pesar de que el área física no está acorde con las necesidades del Servicio y que la demanda actual de pacientes es mayor a la de hace 30 años; conjuntamente con el personal de salud y jefes del servicio se ha tratado de distribuir de mejor manera los consultorios para la atención de salud así como también destinar una sala para realizar el Triage con los equipos básicos.

Anexo 4 (fotografías de la adecuación del servicio)

2.2 Tramitar conjuntamente con autoridades pertinentes para que asignen personal profesional para que realice el Triage.

La insistencia de los Jefes del Servicio ante las autoridades de esta casa de Salud ha sido frecuente, pues la demanda de usuarios al servicio de emergencia es mayoritaria, en muchas ocasiones se caracteriza por un alto porcentaje de consultas que no tienen un carácter urgente/emergente y que podrían ser atendidas por Consulta externa en los Niveles de Atención Primaria. Esta situación ha sobrecargado dicho servicio y genera problemas asistenciales, como

también se ve la disconformidad de los usuarios por el tiempo de espera para ser atendidos.

Pese a las subsecuentes gestiones para solicitar el incremento de Talentos humanos para este servicio por parte de las autoridades del mismo, hasta la fecha no se ha obtenido una respuesta favorable ya que no hay las partidas presupuestarias para la contratación directa del personal asistencial. **Anexo5** (Copia de oficios solicitando personal)

Sin embargo, ante esta situación se ha asignado una persona de las que se encuentran de turno (Mañana, Tarde, Noche) para que realice la clasificación básica de los pacientes (Triage), las mismas que previamente fueron capacitadas; agilizando de esta manera las actividades para la atención de los pacientes que demandan de la atención y así disminuir la insatisfacción de los usuarios.

2.3 Clasificar el formulario 008 con el tipo de emergencia y el tiempo de espera por diagnóstico para la atención.

Con la colaboración y autorización tanto de las autoridades departamentales como del personal asistencial que existe en el servicio de emergencia para cada turno, se acordó asignar un compañero/a para que realice la valoración y clasificación de los pacientes con la siguiente tabla de priorización:

NIVEL 1 INTERVENCIÓN INMEDIATA	RESUCITACIÓN
NIVEL 2 TIEMPO MAXIMO DE DEMORA EN LA ATENCIÓN NO MAYOR A 15 MINUTOS	EMERGENCIA
NIVEL 3 TIEMPO MAXIMO DE DEMORA EN LA ATENCION NO MAYOR A 45 MINUTOS	URGENCIA
NIVEL 4 LA ATENCIÓN SE REALIZARA EN UN TIEMPO ENTRE 45 MINUTOS A 2 HORAS	ENFERMEDADES BANALES (superficiales)

Mediante la utilización de esta Tabla se ha podido realizar una valoración oportuna y rápida determinando el nivel de prioridad de cada paciente y disminuir el tiempo de espera para ser atendidos.

Si bien es cierto, que el Sistema de Triage requiere la clasificación de los usuarios/as con tarjetas de identificación y colores; la priorización que se ha venido realizando en nuestro servicio a resultado optima, por tanto, se ha observado que a medida que se mejora la calidad de los servicios de salud se obtiene resultados positivos, se disminuye la insatisfacción de los demandantes, y las autoridades departamentales se empiezan a dar cuenta de lo valioso que es la Implementación del Sistema de Triage.

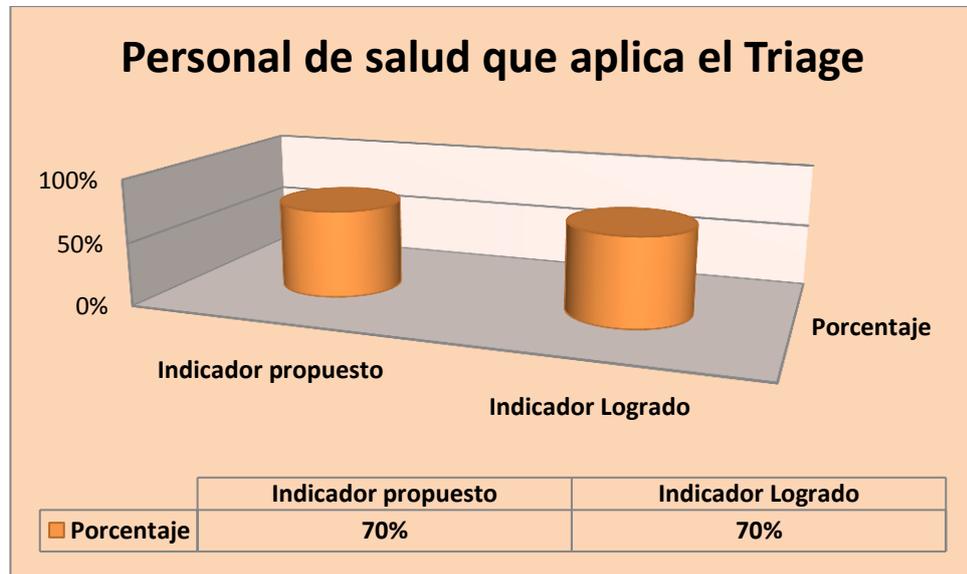
Al aplicar esta estrategia, se está contribuyendo a que se promueva en las unidades de salud, el mejor uso de los recursos disponibles y estar claro de los beneficios que esto conlleva como es el aumento relativo de la capacidad de oferta y por ende de los indicadores de salud.

ANÁLISIS DEL RESULTADO 2.

SISTEMA DE TRIAGE IMPLEMENTADO Y FUNCIONANDO

Este resultado se lo mide con el siguiente indicador: El 70% del personal aplica el Triage en Emergencias hasta septiembre del 2011.

Indicador 1	Porcentaje
Indicador propuesto	70%
Indicador Logrado	70%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Si bien es cierto que todos los usuarios tienen derecho a la asistencia sanitaria y que no se puede negar dicho derecho, en nuestro servicio se ha tratado de priorizar las urgencias y emergencia de acuerdo al riesgo vital imperante del paciente descrito en la Tabla antes mencionada; es así que se ha dado cumplimiento al indicador propuesto que corresponde al 70% del personal de salud los que han realizado esta actividad.

Una de las principales limitaciones es que a pesar de que consta en el POA 2011 la Reconstrucción del Servicio de Emergencia, hasta la fecha aun el Hospital no dispone o asigna el presupuesto para dicha rehabilitación; en la actualidad el espacio físico de mencionada área no cumple con las especificaciones técnicas, pues es muy reducido y su distribución es inadecuada. Así como también el insuficiente personal de salud por turno ha sido una limitante para cumplir con el 100% de la Implementación del Sistema de Triage como lo indica la estrategia, lo que nos ha obligado a utilizar la tabla de priorización Canadiense acoplada a nuestra realidad local para realizar una clasificación básica y rápida por parte de los Compañeros que se encuentran con la asignación del llenado del Formulario de atención 008, lo que nos ha permitido en cierta forma descongestionar el servicio de padecimientos que tendrían que remitirse a Consulta externa.

A pesar de ello se está tratando de mejorar la calidad de atención al usuario con lo que se dispone; me refiero al personal de salud, equipos e infraestructura y así suplir en cierta forma la insatisfacción de los usuarios por el tiempo que tienen que esperar para recibir la atención en salud.

Ante esta situación, es preciso evaluar los servicios de salud cualitativamente: salud producida, educación brindada, satisfacción garantizada, sufrimiento evitado, errores prevenidos y decisiones correctas; dejando a un lado la evaluación cuantitativa paciente/día, equipos, estancia, atenciones, porcentajes de ocupación ya que, no por el hecho de atender mayor cantidad de pacientes significa que se ha brindado una buena calidad de atención.

RESULTADO 3

USUARIO EXTERNO PRIORIZA LA EMERGENCIA.

Actualmente para descongestionar los servicios de Emergencia de las casas asistenciales de salud, es necesario seguir promocionando los servicios que se está brindando con el objetivo de mantener informado al usuario externo e interno, es así que para cumplir con este resultado se propuso las siguientes actividades:

3.1 Diseñar y elaborar material de difusión: Pancarta, Hojas volantes, Trípticos sobre priorización de Emergencias.

Conjuntamente con las autoridades departamentales se realizó varias reuniones de trabajo para el diseño de pancarta, tríptico y hojas volantes para que permanezcan expuestas en el servicio y ser entregadas a los usuarios que acuden al mismo.

Para la elaboración y diseño del material informativo se consideró algunos aspectos como: gráficos, letra legible, mensaje claro y sencillo; esto con la finalidad de poder llegar con el mensaje a los usuarios y así concienciarlos sobre la importancia de que ellos prioricen las emergencias y descongestionar el servicio de padecimientos banales no urgentes. **Anexo 6** (tríptico, fotografía de pancarta expuesta en el servicio).

3.2 Promocionar la priorización de emergencias utilizando el material de difusión a través de: Central telefónica del Hospital, Hojas volantes, Tríptico

Una vez elaborado el material informativo se procedió a la entrega del mismo para difundir la priorización de emergencias o en su defecto los signos y síntomas de riesgo por los que deben acudir a nuestro Servicio, para algunos usuarios esta actividad la percibieron provechosa ya que así pueden valorar o conocer signos de riesgo vital.

Tomando en consideración la enorme demanda de usuarios en el servicio de Consulta Externa y Emergencia se ha venido realizando la entrega de los trípticos en forma permanente, ya que para concienciar a la población se requiere insistencia y perdurabilidad en las acciones de promoción de la salud. **Anexo 7** (fotografías de la entrega de material informativo a los usuarios)

Se ha incorporado también, la difusión diaria de dicho material informativo a través de la Central telefónica sobre los signos y síntomas de riesgo por los que deben acudir a esta casa asistencial.

3.3 Transmitir Video en el servicio sobre signos de peligro que requieren de atención de emergencia.

Para esta actividad aprovechando las instalaciones audiovisuales en la sala de espera del Área se ha transmitido una vez por semana el vídeo de signos y síntomas de riesgo del AIEPI comunitario.

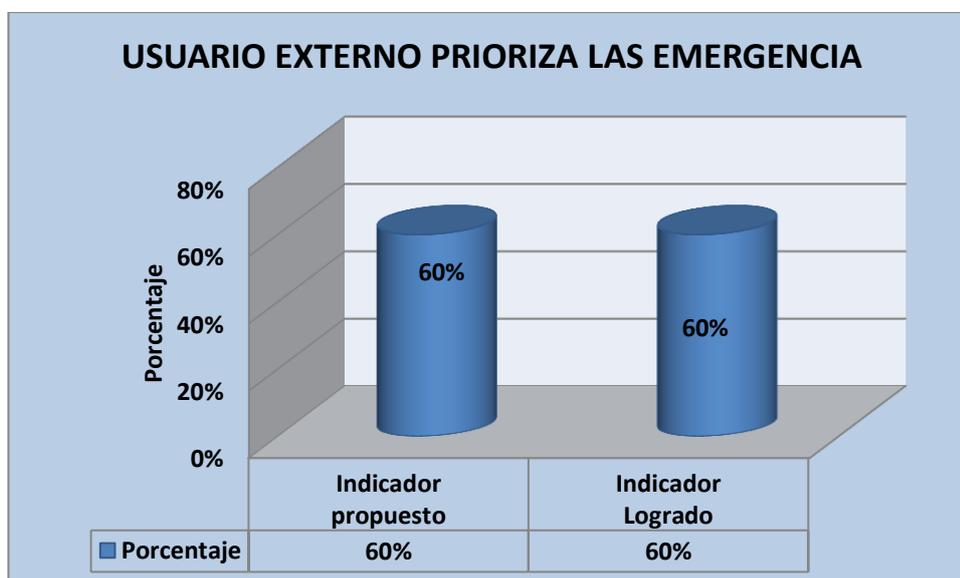
En aquel video constan mensajes claros y sencillos sobre los signos de peligro y el que hacer cuando se presenten, hasta llegar a una casa de salud.

ANÁLISIS DEL RESULTADO 3.

USUARIO EXTERNO PRIORIZA LAS EMERGENCIA.

Este resultado se lo mide con el siguiente indicador: El 60% de los usuarios precisa lo que es una emergencia hasta Septiembre del 2011.

Indicador 1	Porcentaje
Indicador propuesto	60%
Indicador Logrado	60%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Las actividades para cumplir con este resultado se las efectuó en un 100% lo que significa que se promocionó en la medida de lo posible la priorización de las emergencias a los usuarios.

Ha sido arduo el trabajo de promoción - difusión que se ha tenido que realizar paralelamente con este mensaje a los usuarios y cambiar su forma de pensar en lo referente a su cultura de salud, en vista de que a pesar de que están informados sobre las situaciones emergentes con riesgo vital; aún acuden a nuestro servicio mayoritariamente para recibir atención de salud por padecimientos que deberían ser solucionados por Consulta Externa. Pues acogiéndose al derecho de que no se puede negar la Atención de Salud les resulta para ellos más cómodo acercarse por el departamento de emergencia con patologías crónicas que ameritan tratamiento de especialidad.

Asimismo, el usuario externo repetitivamente manifiesta que por el servicio de Call Center no son atendidos ya que nunca ingresa la llamada o permanece ocupada la línea y que si esporádicamente lo logran la respuesta es que ya no hay turnos para el Médico especialista solicitado, siendo esta otra de las razones para trasladarse al servicio de Emergencia para recibir atención de una manera fácil.

A pesar de lo antes expuesto, y rigiéndonos al derecho de salud que tenemos los ciudadanos, en la medida de lo posible se ha procurado brindar atención a todos los usuarios que acuden a nuestro servicio.

Dentro de las potencialidades ha sido que se ha venido contando con el apoyo desinteresado de las autoridades departamentales y equipo de salud, quienes están en total acuerdo con la ejecución del Sistema de Triage y los beneficios que se lograría tanto para el usuario interno como externo. También ha existido la colaboración del personal que labora en la Central Telefónica para la difusión del material informativo y del personal Médico y de Enfermería del servicio para lograr la sostenibilidad del proyecto.

Aunque es un poco complejo cambiar la cultura de salud de la población demandante, en corto tiempo se ha iniciado un proceso de cambio en la actitud de los mismos en lo referente a la priorización de las emergencias, esto se ve reflejado en la línea de base sobre la percepción de la calidad de atención al usuario aplicada luego de implementar la estrategia de Triage.

Dicha encuesta fue aplicada por la Trabajadora Social a los usuarios externos que acudieron a nuestras instalaciones, el día miércoles 10 de agosto tomando una muestra al azar de 30 personas; una vez aplicada la encuesta se reunió el Comité el día jueves 11 de agosto para la respectiva tabulación y análisis de los resultados.

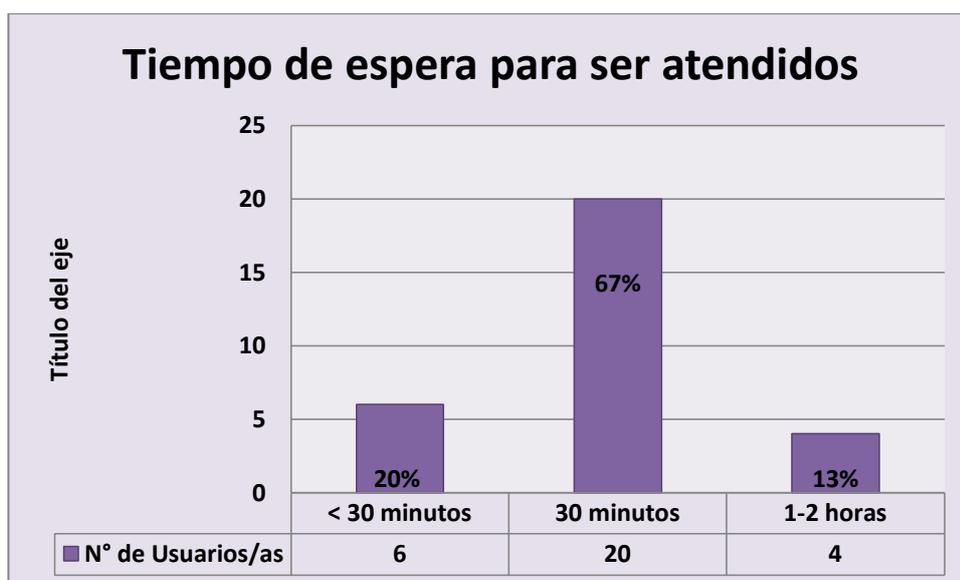
Según datos estimados en la encuesta aplicada a los usuarios/as, se obtuvo los siguientes resultados los cuales denotan algunas mejoras en lo que corresponde al tiempo de espera para recibir la atención así como también al trato percibido por parte del personal médico y de enfermería, a continuación detallamos los resultados del análisis de la encuesta.

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD

DIRIGIDA AL USUARIO/A EXTERNO.

1. Qué tiempo tuvo que esperar para ser atendido?

Estimación	N° de Usuarios/as	Porcentaje
< 30 minutos	6	20%
>30 minutos	20	67%
1-2 horas	4	13%
TOTAL	30	100%

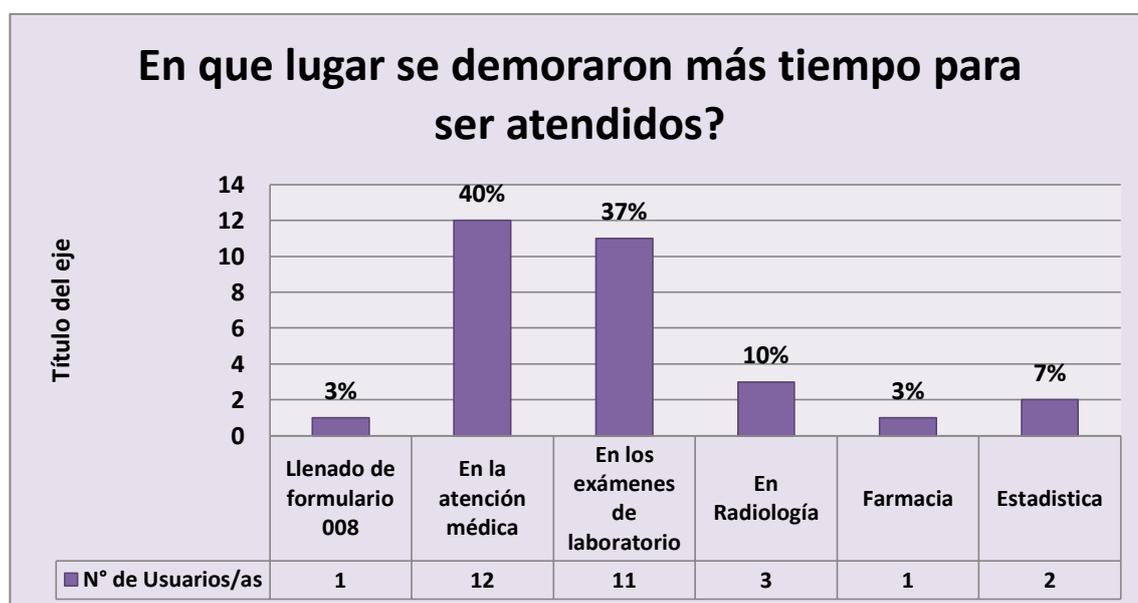


Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Los datos demuestran que el porcentaje mayor 67% corresponde a los usuarios/as que han esperado mas 30 minutos para recibir atención, así también un 20% respetable han debido de esperar menos de 30 minutos en donde se consideran las verdaderas emergencias y un mínimo porcentaje 13% debieron de esperar de 1 a 2 horas para la atención de padecimientos de salud superficiales y que no implican un riesgo vital imperante.

2. En el servicio de Emergencia, describa Ud. en qué lugar se demoraron más tiempo para ser atendidos?

Descripción	N° de Usuarios/as	Porcentaje
Llenado de formulario 008	1	3%
En la atención médica	12	40%
En los exámenes de laboratorio	11	37%
En Radiología	3	10%
Farmacia	1	3%
Estadística	2	7%
TOTAL	30	100%



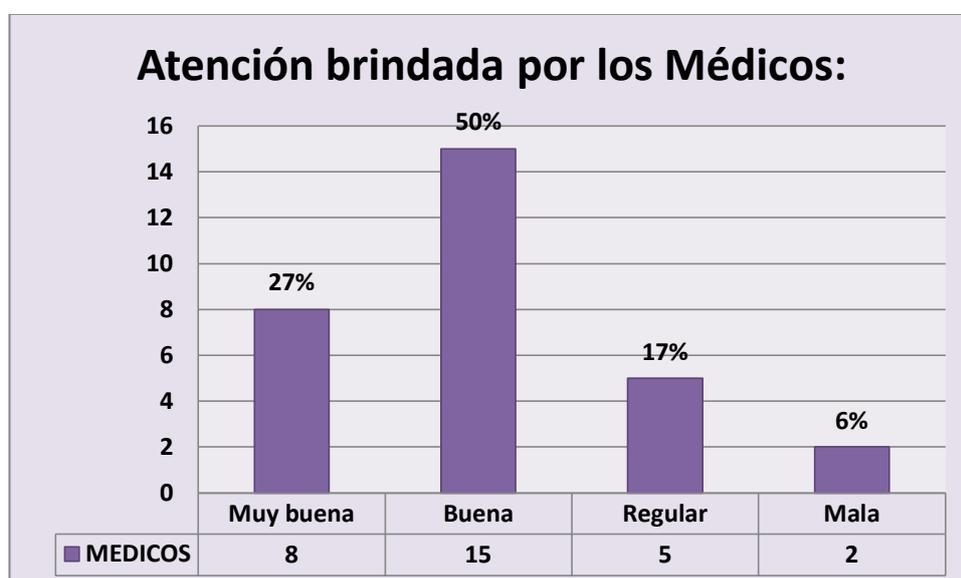
Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Los datos demuestran que los usuarios/as el lugar en donde más tiempo se demoraron para ser atendidos es en la atención médica cuyo porcentaje fue del 40% seguido del 37% que corresponde a exámenes de laboratorio y en un 23% en el resto de departamentos.

Es motivo de preocupación que para obtener los resultados de los exámenes de laboratorio el tiempo es muy largo se encuentra el mejor de los casos entre 2 y 3 horas, prolongando aun más el tiempo de espera para obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno.

3. Cómo fue la atención que Ud., recibió por parte del personal médico de este servicio?

ESTIMACIÓN	MEDICOS	PORCENTAJE
Muy buena	8	27%
Buena	15	50%
Regular	5	17%
Mala	2	6%
Total	30	100%



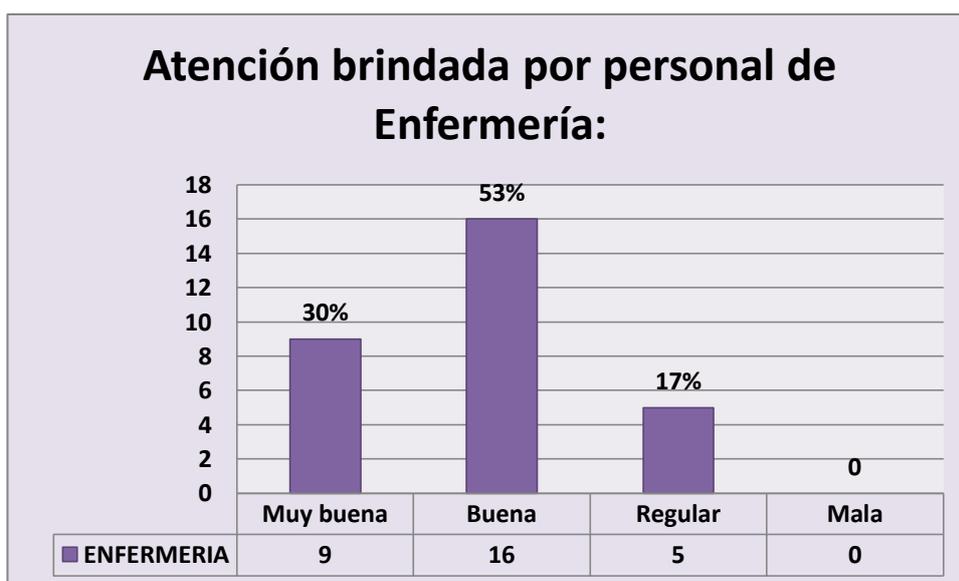
Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Los datos demuestran que el mayor porcentaje 50% corresponde al buen trato dispensado por los médicos a los usuarios/as al momento de brindarles la atención, así mismo un alto porcentaje 27% está asignado al muy buen trato

ofrecido por los galenos, un menor porcentaje pertenece a una atención regular 17% y, un mínimo porcentaje 6% asignado a una mala atención.

4. Cómo fue la atención que Ud., recibió por parte del personal de enfermería de este servicio?

ESTIMACIÓN	ENFERMERIA	PORCENTAJE
Muy buena	9	30%
Buena	16	53%
Regular	5	17%
Mala	0	0%
Total	30	100%



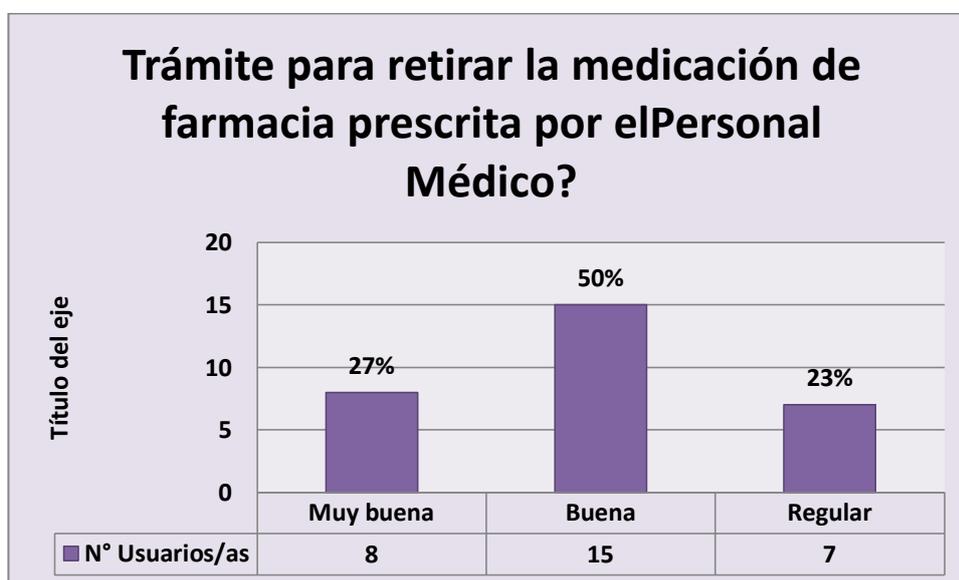
Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Los datos demuestran que el mayor porcentaje 53% corresponde al buen atención brindada por enfermería a los usuarios/as que acuden al servicio de Emergencia, así mismo un alto porcentaje 30% está asignado a la muy buena atención prestada a los pacientes, y un considerable porcentaje esta registrado por la regular atención realizada por las enfermeras a los pacientes.

Es preciso indicar que el usuario externo no identifica al personal profesional de enfermería con el auxiliar de enfermería; siendo estas últimas las que se encuentran en mayor cantidad en el servicio de emergencia, por lo que es limitada la una atención profesionalizada.

5. Como considera Ud. El trámite para retirar la medicación de farmacia prescrita por el Personal Médico de Emergencia?

ESTIMACIÓN	N° Usuarios/as	PORCENTAJE
Muy buena	8	27%
Buena	15	50%
Regular	7	23%
Total	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Al analizar el resultado los usuarios/as consideran el 50% como un trámite bueno para acceder a la medicación, el 27% piensa que es muy bueno y un 23 % regular.

Al interrogar al usuario/a porqué considera el tramite regular, manifestaron que no están de acuerdo en que cada medicamento sea llenado con receta individual puesto que esto requiere de tiempo que bien podría ser utilizado en la atención directa al paciente.

RESULTADO 4

EXISTE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE NORMAS, PROTOCOLOS.

En todo proyecto para valorar el impacto que este ha tenido se debe realizar un monitoreo y evaluación con el objetivo de determinar el impacto que ha causado el desarrollo del proyecto en los usuarios internos y externos del Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, así como también para tomar las decisiones adecuadas.

4.1 Conformar el Comité para la evaluación y seguimiento de la estrategia

Para realizar esta actividad con la cooperación de la Enfermera Líder y Equipo de salud que conforma el Servicio de Emergencia, se llevo a efecto la reunión de trabajo el día 08de Agosto del presente a partir de las 10h00 am para la Conformación del Comité de Evaluación y Seguimiento de la aplicación de la estrategia, así como también se elaboró el formato para la aplicación de la línea de base sobre la percepción de la calidad de atención dirigida al usuario externo. La agenda de trabajo fue la siguiente:

AGENDA DE TRABAJO	
09h00	Bienvenida
09h15	Constatación del Quórum
09h30	Análisis del Proyecto
10h15	Conformación del Comité
11h00	Varios
11h15	Cofee Break

Durante esta reunión se destacó la importancia de la conformación del Comité así como también las funciones que desempeñaría durante la evaluación y el seguimiento de la Estrategia. **Anexo** (Acta de Conformación del Comité)

El Comité quedó conformado de la siguiente manera:

Dr. Marco Ruiz Jefe del Servicio de Emergencia	PRESIDENTE
Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia	VICEPRESIDENTA
Lic. Marisol Ruiz Trabajadora Social de Emergencia	SECRETARIA

Además se acordó una próxima reunión para el día viernes 11 de agosto a partir de las 09h00am.

4.2 Diseñar formatos para el seguimiento y evaluación de la implementación del Proyecto al personal de salud

Durante la reunión que se realizó para la Conformación del Comité se elaboró el formato de la encuesta dirigida al usuario externo para determinar el impacto del proyecto. **Anexo (encuesta al usuario externo)**

Mencionada encuesta fue aplicada a los usuarios por la Trabajadora Social, el día 10 de Agosto del presente tomando una muestra al azar de 30 personas que se encontraban en el servicio de Emergencia.

En cuanto al formato para el monitoreo y evaluación del proyecto luego de realizar la deliberación y el análisis correspondiente por parte de los miembros del Comité, se llegó a la conclusión de considerar los algunos parámetros establecidos en los

estándares e indicadores de calidad propuestos por el ente rector el Ministerio de Salud Pública. **Anexo (Formato para evaluación de la estrategia)**

Para la aplicación del formato quedó establecido que se tomará en cuenta el siguiente Instructivo:

- La evaluación se la realizará trimestralmente.
- Se registrará los datos de identificación del servicio, fecha de medición, trimestre evaluado y nombres y apellidos de la persona responsable de la medición.
- Se solicitará a Estadística los formularios de atención 008 de al menos cien atenciones durante el lapso de tiempo propuesto para la evaluación.
- En el instrumento de recolección de datos se registrará el numero de la historia clínica seleccionada y en el casillero en sentido vertical registrar con signo positivo (+) con el ítem o con signo negativo (-) si no cumple.
- Posterior a la recolección de datos se procederá a realizar la tabulación e interpretación de los resultados obtenidos.

Dentro de estos parámetros están:

- Llenado correcto y con letra legible del Formulario de Ingreso (008):
 - Datos completos de identificación del usuario/a.
 - Control de Signos Vitales.
 - Motivo de consulta
 - Anamnesis
 - Examen físico
 - Exámenes complementarios
 - Diagnóstico (presuntivo-definitivo)
 - Descripción del Tratamiento
 - El lugar a donde ha sido Remitido (domicilio, Observación, Hospitalización)

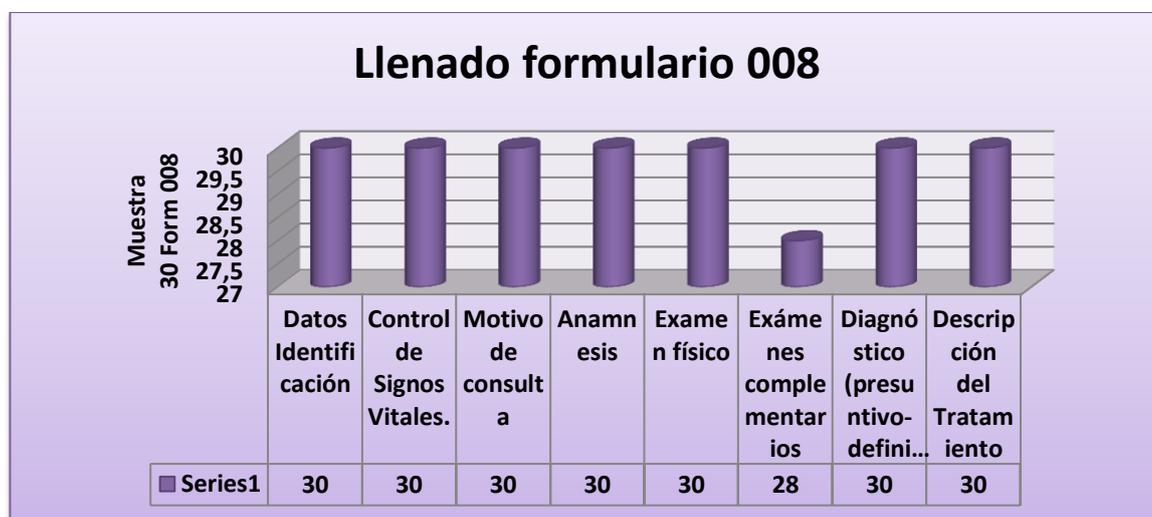
- Dimensión del tiempo para recibir la atención en relación a la Escala de Triage aplicada en el Servicio de Emergencia:
 Hora de llenado del Formulario 008
 Hora de inicio de la atención médica
 Hora de egreso o ingreso a Hospitalización del usuario
- Firma de responsabilidad de la persona que realiza la atención de salud.
Anexo (Formato de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia).

4.3 Análisis e informe final de la implementación del proyecto

Posterior a la elaboración del formato para el monitoreo y evaluación dirigida a los usuarios internos del servicio de Emergencia se llevo a cabo la primera apreciación sobre la percepción de la calidad de atención, la cual se aplicó obteniéndose los siguientes resultados de la primera evaluación:

Llenado correcto y con letra legible del Formulario de Ingreso (008):

Parámetros:	N° Form. 008 analizados	%
Datos completos de identificación del usuario/a.	30	100%
Control de Signos Vitales.	30	100%
Motivo de consulta	30	100%
Anamnesis	30	100%
Examen físico	30	100%
Exámenes complementarios	28	93%
Diagnóstico (presuntivo-definitivo)	30	100%
Descripción del Tratamiento	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Luego de aplicar el formato de evaluación, tomando como muestra 30 Formularios de atención 008, se pudo constatar de que en la mayoría de los parámetros se lo está llenando correctamente alcanzando un valor del 100%; en lo referente a exámenes complementarios existe un 93% que no han llenado este ítem su justificación es que de acuerdo a la patología existente no ameritaba realizar estudios complementarios.

En el caso de la dimensión del tiempo para recibir la atención en relación a la Escala de Triage aplicada en el Servicio de Emergencia: se ha tomado la precaución de hacer la diferencia entre la hora de apertura del Form. 008 y la hora en que el usuario/a recibió la atención médica, con lo que se pudo comprobar que los datos arrojados en la encuesta sobre percepción de la calidad están acordes con los datos de esta evaluación pudiendo determinar que el tiempo límite para recibir la atención está entre los 30-60 minutos dependiendo del Triage.

En lo que si se está fallando es que en el formulario no se está haciendo constar el nombre del Interno de medicina responsable del llenado de la hoja 008, pero en cambio si se está cumpliendo con el registro de la firma de responsabilidad de los médicos que están de guardia.

El lugar a donde ha sido Remitido (domicilio, Observación, Hospitalización) en relación a este ítem también se está cumpliendo en un 100%.

ANÁLISIS DEL RESULTADO 4.

Existe Monitorea y evaluación de Normas, Protocolos.

Este resultado se lo mide con el siguiente indicador: Para Septiembre del 2011 se aplicará al menos una evaluación trimestral.

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS	%
Conformar comité para la evaluación y seguimiento de la estrategia	1	100%
Diseñar formatos para el seguimiento y evaluación de la implementación del Proyecto al personal de salud	2	100%
Análisis e informe final de la implementación del proyecto.	1	100%

En lo relacionado a este resultado se pudo cumplir con todas las actividades en un 100%, por lo tanto se conformó el Comité el cual realizó el diseño de los formatos tanto para la aplicación de la línea de base (usuarios externos), como para la evaluación y seguimiento del proyecto, además se realizó la primera evaluación obteniéndose resultados muy favorables que nos permitirán tomar las decisiones adecuadas y seguir fortaleciendo aquellas acciones que están correctas con el único objetivo de fortificar el mejoramiento de la calidad de gestión del personal de salud involucrado para brindar una adecuada calidad de atención al usuario.

ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

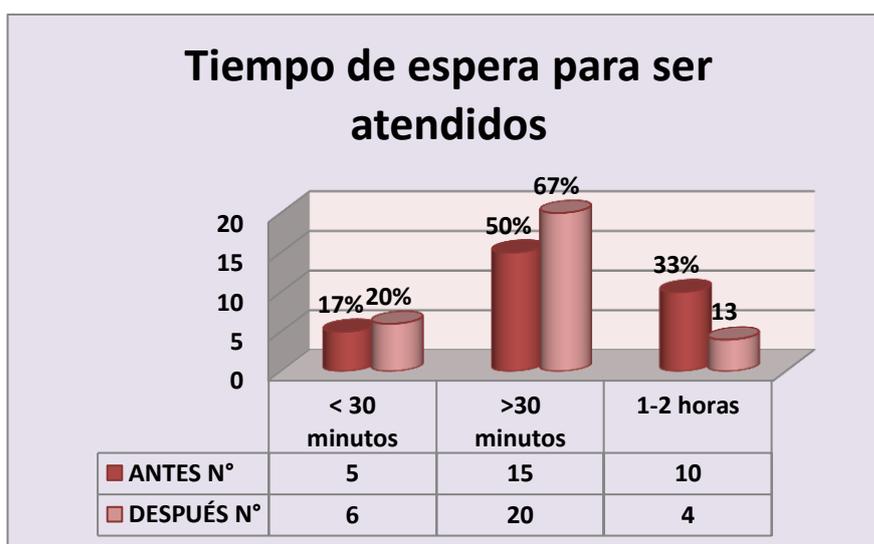
El propósito del proyecto de acción es Disminuir la insatisfacción del usuario y el tiempo de espera en la atención recibida en el Servicio de Emergencia.

El indicador es: Incrementar en un 15% la satisfacción del usuario hasta Septiembre del 2011 en relación a la línea base.

Para este análisis recurriremos a encuestas realizadas antes y después de realizado el trabajo de intervención.

Qué tiempo tuvo que esperar para ser atendido?

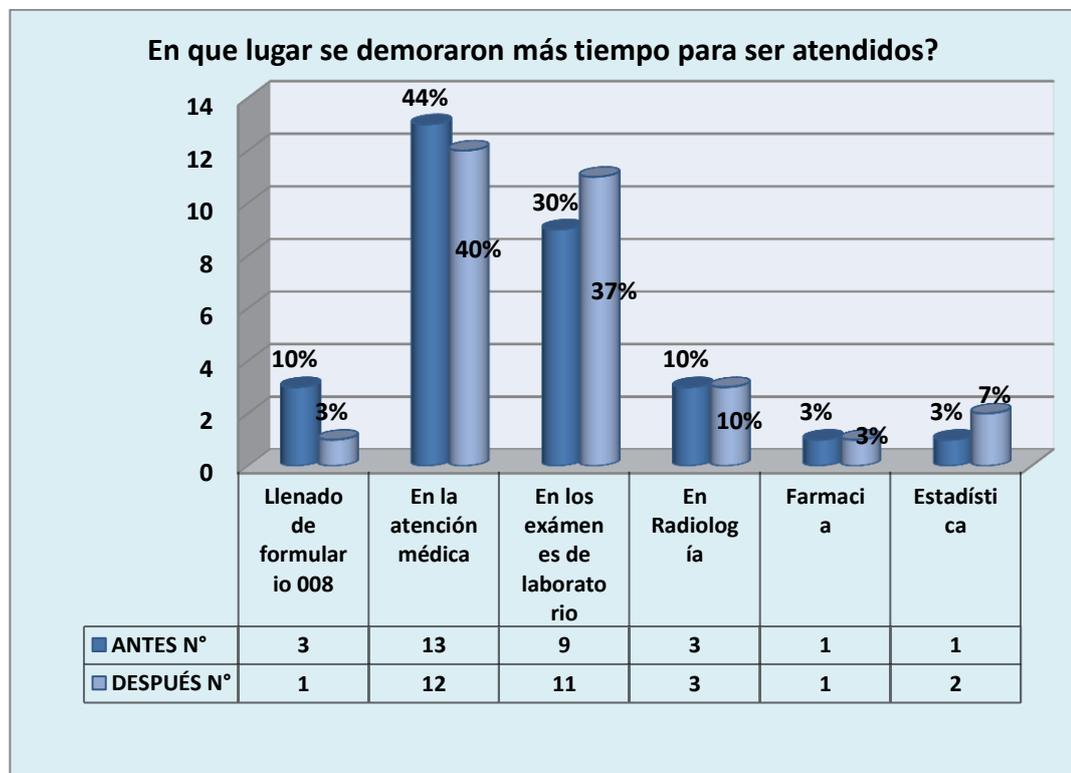
ESTIMACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
< 30 minutos	5	17%	6	20%
>30 minutos	15	50%	20	67%
1-2 horas	10	33%	4	13%
TOTAL	30	100%	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

En el servicio de Emergencia, describa Ud. en qué lugar se demoraron más tiempo para ser atendidos?

ESTIMACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Llenado de formulario 008	3	10%	1	3%
En la atención médica	13	44%	12	40%
En los exámenes de laboratorio	9	30%	11	37%
En Radiología	3	10%	3	10%
Farmacia	1	3%	1	3%
Estadística	1	3%	2	7%
TOTAL	30	100%	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

En base a la encuesta aplicada en relación a la línea de base se ha logrado disminuir la insatisfacción del usuario/a a causa del tiempo de espera para ser atendidos en el Servicio de Emergencia de un 33% a 67% pues la asistencia de salud está dentro de los 30-60 minutos logrando el indicador propuesto

Una de las principales razones para que no se haya logrado disminuir aun más el tiempo de espera del paciente se debe a la demora de los resultados de laboratorio lo que retarda el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Es pertinente mencionar que el propósito fue alcanzado se debió a:

- A la Capacitación del Personal de Salud del servicio sobre Protocolos de patologías frecuentes.
- A la implementación del Sistema de Triage.
- A la colaboración de las autoridades departamentales quienes han realizado a la medida de lo posible y con los recursos e insumos disponibles mejorar la calidad de atención para lograr la satisfacción del usuario/a

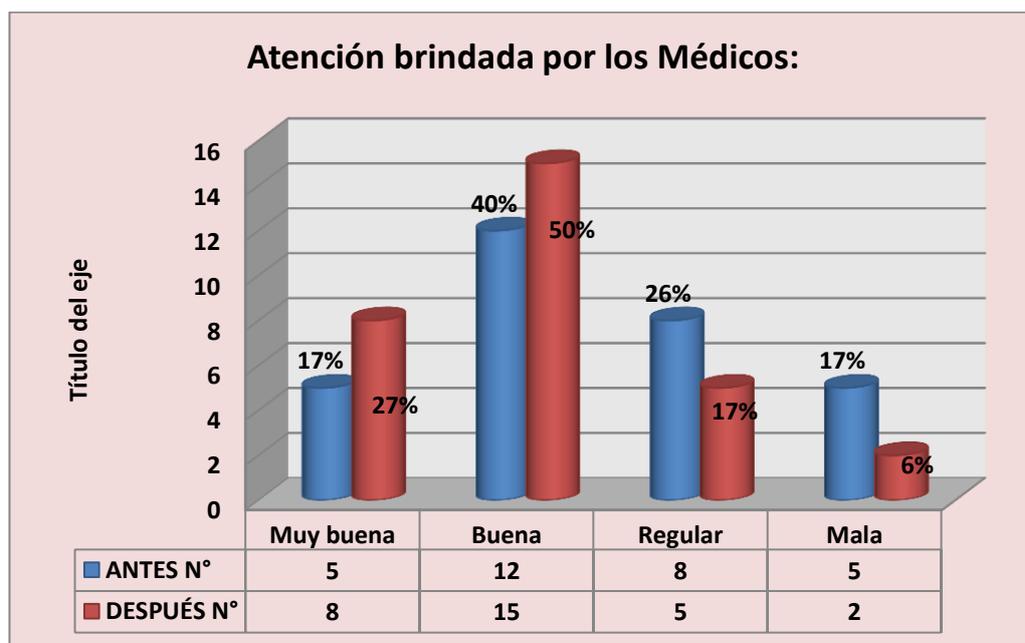
ANÁLISIS DEL FIN

El fin es el de Contribuir a brindar adecuada calidad de atención a los usuarios/as que acuden al servicio de Emergencia del Hospital regional Isidro Ayora de Loja.

El indicador establece que el 75% de los usuarios/as son atendidos adecuadamente hasta septiembre del 2011.

Cómo fue la atención que Ud., recibió por parte del personal médico de este servicio?

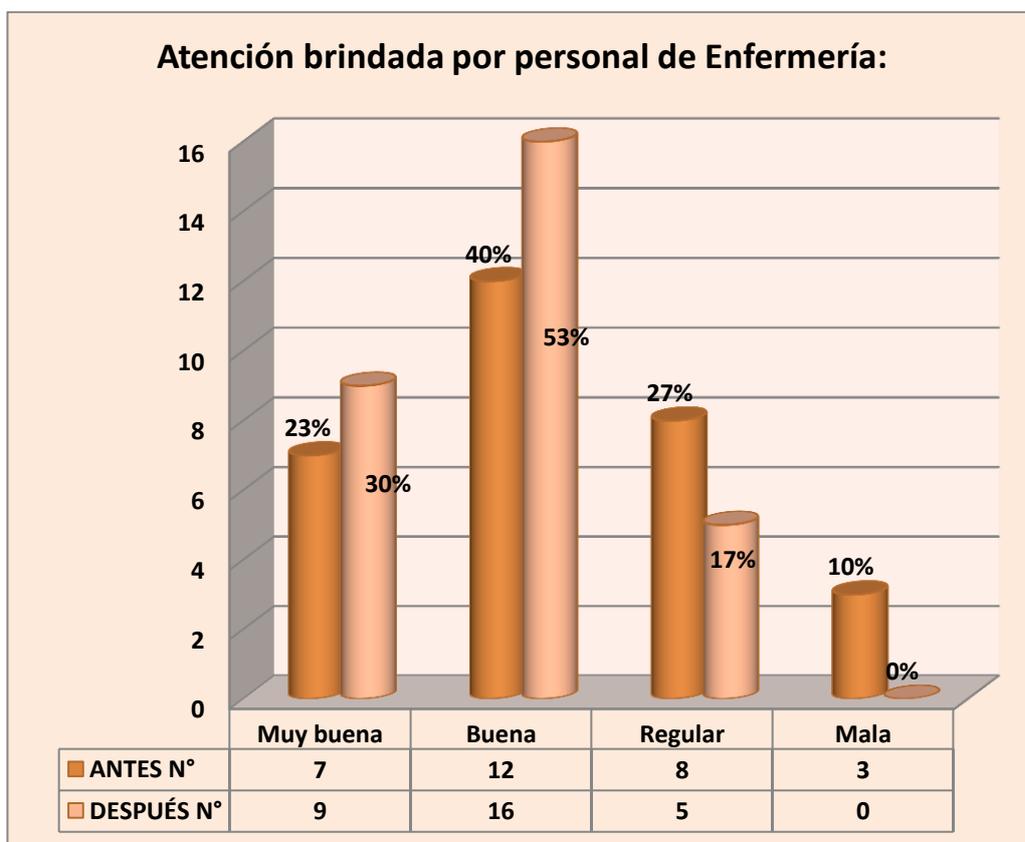
ESTIMACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Muy buena	5	17%	8	27%
Buena	12	40%	15	50%
Regular	8	26	5	17%
Mala	5	17%	2	6%
TOTAL:	30	100%	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Cómo fue la atención que Ud., recibió por parte del personal de enfermería de este servicio?

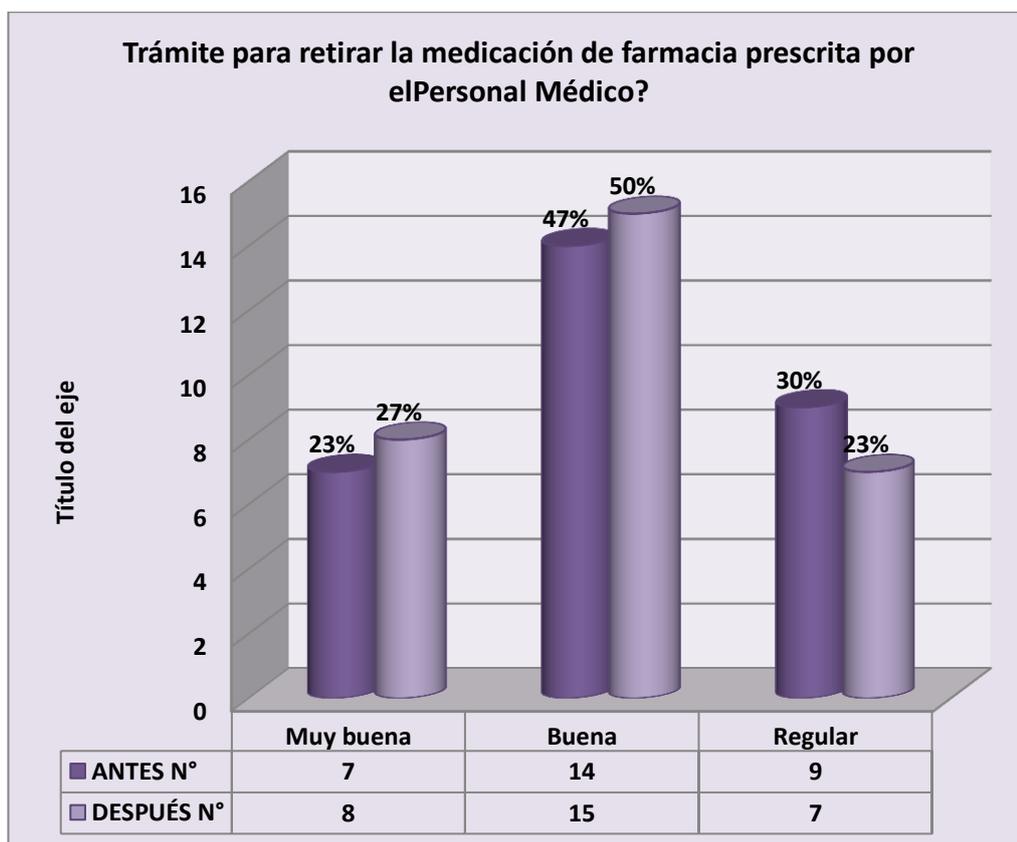
ESTIMACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Muy buena	7	23%	9	30%
Buena	12	40%	16	53%
Regular	8	27%	5	17%
Mala	3	10%	0	0%
TOTAL:	30	100%	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Como considera Ud. El trámite para retirar la medicación de farmacia prescrita por el Personal Médico de Emergencia?

ESTIMACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Muy buena	7	23%	8	27%
Buena	14	47%	15	50%
Regular	9	30%	7	23%
TOTAL:	30	100%	30	100%



Elaborado por: Lic. Edha Chamba

Para el análisis se ha tomado en cuenta la encuesta realizada con anterioridad en donde se puede determinar que se ha logrado el Fin propuesto que es brindar una adecuada calidad de atención a los usuarios que demandan de nuestros servicios.

Al considerar los resultados sobre la percepción de la calidad de atención por parte del usuario en relación a la línea de base se encontró que ha mejorado la calidad de atención por parte del personal médico de un 17% a 27%, con respecto al personal de enfermería de un 23% a 30% considerándola muy buena, logrando disminuir la insatisfacción del usuario externo y a su vez el indicador propuesto.

Con respecto al trámite para el retiro de medicación se ha mantenido en la categoría de buena (50%) y muy buena (27%), y entre una de las acotaciones por parte del usuario externo es que la mayoría de medicación es gratuita favoreciendo así su situación económica y logrando de esta manera aumentar la confianza para acudir a nuestro servicio.

9. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Considero que la Ejecución del Proyecto de intervención contribuyó a mejorar la calidad de atención a los usuarios/as que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.
- Relacionando la Línea de Base anterior al proyecto y la Actual con la intervención realizada mediante la Implementación de la estrategia de Triage se puede establecer que ha disminuido en primer lugar los tiempos de espera prolongados para recibir la atención sanitaria por parte del equipo de salud del servicio y por ende la insatisfacción de los demandantes.
- Que el personal de salud del Servicio de Emergencia debe dominar un extenso conjunto de conocimientos para mantener las mejores prácticas, prevenir y evitar errores, atendiendo las principales acciones que requiere el paciente grave para preservar la vida y resolver su padecimiento principal de manera integral, es así que resulta imprescindible continuar con procesos de capacitación que fortalezcan nuestra actuación laboral. Es preciso rescatar que en la capacitación efectuada se contó con la participación mayoritaria del personal de salud 80%, los mismos que estuvieron motivados y dispuestos a colaborar en la ejecución de este proyecto, el 20% de ausencia se debió a que aquellos se encontraban de vacaciones y en otros casos salían del turno de la Noche.
- Al referirme a la Implementación del sistema de Triage puedo indicar que el personal sanitario que se dedica a la atención de urgencias y emergencias en nuestro servicio enfrenta cada día la necesidad de la estabilización y manejo inicial de un sin número de patologías que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes; pues de su respuesta oportuna y eficaz dependerá el pronóstico y el evitar a toda costa el desarrollo de complicaciones mayores, por tanto se está realizando una clasificación básica, rápida y oportuna por parte

de los compañeros que se encuentran con la asignación del llenado del Formulario de atención 008. Tomando en consideración el riesgo vital imperante que consta en la Escala de clasificación que hemos utilizado en los usuarios y en cierta forma disminuir la insatisfacción de los usuarios por el tiempo de espera prolongados para recibir su atención.

- Se ha iniciado en corto tiempo el proceso para la concienciación del usuario externo sobre la priorización de Emergencias que se está llevando a cabo en nuestras instalaciones y a pesar de la promoción y difusión, el usuario externo aún cuando está consciente de que no existe un riesgo vital acude al Servicio sobresaturándolo con padecimientos que deberían ser tratados por Consulta externa.

- Se ha conformado el Comité para el Monitoreo y evaluación del Proyecto, el cual elaboró el formato en el cual constan los parámetros para establecer el impacto que ha tenido el Proyecto tanto en los usuarios internos como externos.

10. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Insistir a las autoridades sobre el compromiso adquirido para la sostenibilidad del proyecto y en la ejecución de planes de acción que permitan el mejoramiento de la calidad de gestión para disminuir la insatisfacción y mejorar la atención a los usuarios.
- El interés de los asistentes a participar de los talleres pone ha descubierto la necesidad de mantener espacios de capacitación permanente para optimizar nuestra intervención de salud.
- Continuar con el Sistema de Triage y el trabajo en Equipo para fortalecer la estrategia, pues es más probable que la gente efectúe cambios cuando siente que ha formado parte de la elaboración de las soluciones de la problemática.
- Persistir en la difusión sobre la priorización de Emergencias al usuario externo para de esta manera concienciarlo y cambiar su cultura de salud, logrando con ello descongestionar el Servicio de emergencia.
- Continuar con el monitoreo para la adecuada toma de decisiones, ya que este proceso permanente de recolección y análisis de los datos sirve para evaluar el cumplimiento de los estándares, medir los logros y asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas, así como también hacer una relación entre la situación real con la situación ideal o deseada.
- Insistir a las autoridades pertinentes sobre la necesidad de incrementar Talentos Humanos, iniciar la reconstrucción urgente de un área física acorde con la demanda de pacientes y los requerimientos del servicio; así como también la adquisición de equipos con tecnología actualizada y materiales e insumos necesarios los cuales ayudarán a una intervención de salud oportuna y adecuada evitando complicaciones en la atención del usuario.

11. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 2007
2. ÁLVAREZ M et al. Guía de diseño y mejora de de procesos asistenciales mejorados. 2da. ed. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009.
3. ARANAS J.M. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Octubre, noviembre 1998.
<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
Consultado el 27 julio 2009.
4. CAMPELL SM, et al. Defining quality of care, en Soc Sci Med; 2000; 51(5):1611–25.
5. CARNOTA O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá; 2005; 246-47. v Malagón-Londoño, G et al Garantía de calidad en salud. 2da. Edición..Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006.
6. CASADO José Manuel. El Directivo del Siglo XXI. Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona 2001.
7. CARR S et al. Roles, relationships, perils and values: development of a pathway between practice development and evaluation research. Rev Quality in Primay Care. 2008; 16: 157-64.
8. CHIAVETANO Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mc Graw Hill. 8va Edición 2007.
9. CHOW Mak, L. La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México; 2005.
10. CODMAN E. A study in hospital efficiency. The first five years. Thomas Todd. Boston,1916
11. CORTÉS A. Gestión Clínica y Médico de la Familia. Actualizado hasta Mayo 2004. <http://www.gestionclinica.tuportal.com/cali.htm> Consultado en 10 de agosto 2009.

12. DANA GS. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?- *Ann Intern Med.* 2003;138(3):248- 255. Pag. 2.
13. DONABEDIAN A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physi.*1986; 1(1): 6-12.
14. DELGADO M.E. et al. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública;* Madrid; 2005. 79(6): 697-707.
15. GÉRVAS J, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81(6): 589-96.
16. GONZALEZ Miranda, CHAMORRO F.J., RUBIO Lacoba A. Introducción a la gestión de la calidad. Madrid, España. Delta. 2007.
17. GÓMEZ Jiménez J, TORRES Trillo M, LÓPEZ Pérez J, JIMENÉZ Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
18. GUTIERREZ. DOMINGUEZ. ACEVEDO. Medicina de Urgencias. Editorial Médica panamericana 2007 S.A.de C.V
19. HOGG W. et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007; 20(5):308-13.
20. IOM. Institute of Medicine. America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. NAP. EUA.1994: 3.
21. Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Tabasco (ISSET). Modelo de Atención Integral a la Salud. Tabasco, México; 2009.
22. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Transparencia 2005. Información sobre actividad y calidad de la atención primaria. Documento general. Edición 1ra. Escuela Andaluza de Salud Pública. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía/CSIC. 2005.
23. LUTHANS Fred. Organizational Behavior. Nueva York. McGraw-Hill Higher Education. 2002
24. LEE RI. et al. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

25. MALAGON Londoño, G et al Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006.
26. MACINKO J, et al. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.
27. MIRANDA, GONZALES F.J. CHAMORRO, A. Rubio Lacoba S. Introducción a la gestión de la calidad. Madrid, España. Delta. 2007.
28. NIGHTINGALE F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. *New York* :D. Appleton and Company; 1860. vii Codman E. The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet*; 1914,18(1): 491-94.
29. ORTÚN V. de la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *EKONOMIAZ*. 2005; 1 (60): 58-75.
30. OMS. World health report 2008 — primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
31. SANS L. Implantación de un sistema de gestión de la calidad. Universidad Europea de Madrid. 23 de septiembre 2008.
32. STARFIELD B. The future of primary care: refocusing the system. *The New England Journal Of Medicine*. 2008; 359 (20):1533-4406.
33. SCHEIN Edgar. Organizational cultura and leadership. San Francisco. Josesey Bass 1992.
34. www.sld.cu/.../proyecto_de_atencion_integral_a_urgencias_y_emergencias
Consultado el 11 Agosto
35. http://www.triajeset.com/noticias/archivos/fichero15_6.pdf Consultado 13-08-11
36. <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm> Consultado 13-08-2011
37. www.consorci.org/.../manual-para-la-implementacion...trijaje-para-los-cuart
Consultado 14-08-2011
38. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/triage.pdf Consultado 14-08-2011
www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/.../salud/NORMA_TECNICA.pdf
Consultado 18-08-2011
39. http://www.triajeset.com/noticias/archivos/fichero15_6.pdf Consultado 19-08-2011

12. ANEXOS

ANEXO 1
PERSONAL DE SALUD
CAPACITADO

ACTA DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO

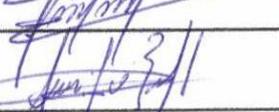
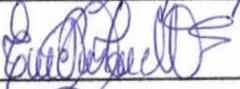
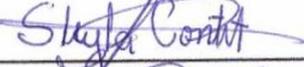
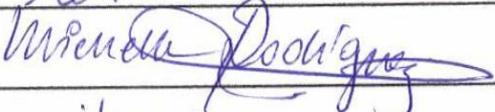
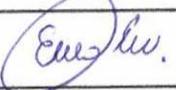
A los veintisiete días del mes de Abril del presente año en el Servicio de Emergencia, siendo las diez horas am y contando con la presencia del personal de salud de dicho departamento, se llevo a cabo la socialización del Proyecto: “ **Mejoramiento de la Gestión de Calidad en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011**”.

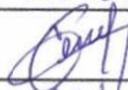
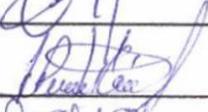
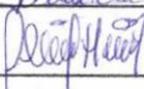
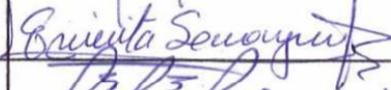
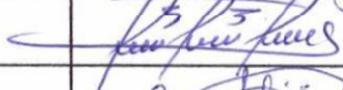
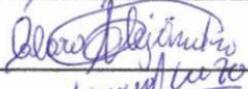
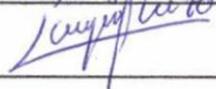
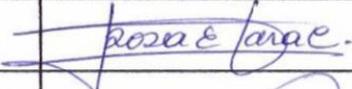
Contando con la aprobación y el compromiso de los asistentes de participar activamente en mencionado proyecto, se finiquito el cronograma de capacitación a llevarse a cabo, quedando estructurado siguiente manera:

TEMA	FECHA	EXPOSITORES
1.1 Normas del Servicio: <i>Funciones y Responsabilidades del Personal de Salud</i>	Jueves 19 Mayo 2011	Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia
<i>Historia Clínica</i>	Jueves 19 Mayo 2011	Dra. Carina Torres Médico Residente Emergencia
<i>Bioseguridad Hospitalaria</i> <i>Riesgo Laboral</i>	Jueves 19 Mayo 2011	Lic. Fanny Cartuche Enfermera Miembro de Equipo Dr. Jorge Ordóñez Medico Riesgo Laboral
Protocolos del servicio más frecuentes:		
1.2 Ginecología:		
- <i>Labor de parto</i> - <i>Hemorragias en el embarazo(DPP y PP)</i> - <i>Abortos</i>	Miércoles 25 Mayo 2011	Dr. Marco Medina Medico Tratante de GO
- <i>Transtornos hipertensivos en el Embarazo</i> - <i>Embarazo ectópico</i>	Miércoles 01 Junio 2011	Dra. Maritza Pacheco Médico Tratante GO
1.3 Pediatría:		
- <i>IRA</i> - <i>EDA</i> - <i>Convulsiones</i>	Miércoles 15 Junio 2011	Dra. Carla Guarnizo Médico Tratante de Pediatría

1.4 Cirugía		
- <i>Abdomen agudo Inflamatorio</i>	Miércoles 29 Junio 2011	Dra. Anita Veintimilla Médico Residente Emergencia Lic. Edha Chamba Enfermera Miembro de Equipo
- <i>Shock</i>	Miércoles 29 Junio 2011	Dra. Paola Puertas Médico Residente Emergencia Lic. Fanny Morocho Enfermera Miembro de Equipo
- <i>Fracturas</i>	Miércoles 29 Junio 2011	Dr. Andrés Gonzales Medico Tratante Traumatología Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia
1.5 Clínica		
- <i>Crisis Asmática</i>	Lunes 11 Julio 2011	Dra. Hipatia Villavicencio Médico Residente Emergencia Lic. Maura Guzmán Enfermera Miembro de Equipo
- <i>Intoxicaciones</i>	Lunes 11 Julio 2011	Dra. Anita Yaguache Médico Residente Emergencia Lic. Delia Aguirre Enfermera Miembro de Equipo
- <i>Embolia Pulmonar</i>	Lunes 11 Julio 2011	Dra. Sheyla Contento Médico Residente de Emergencia Lic. Mariana Hurtado Enfermera Miembro de Equipo
1.6 Soporte Vital Avanzado	Lunes 18 Julio 2011	Dra. Mishel Rodríguez Médico Residente Emergencia
1.7 Normas de Reanimación Cardio-Pulmonar	Lunes 18 Julio 2011	Dr. Diego Alvear Médico Tratante Medicina Interna
1.8 Sistema de Triage	Lunes 25 Julio 2011	Dr. Marco Ruiz Jefe de Emergencia

Para constancia firman los asistentes.

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Dra. Marco Ruiz	
Dra. Hipatia Villavicencio	
Dra. Anita Veintimilla	
Dra. Paola Conde	
Dra. Paola Puertas	
Dra. Sheyla Contento	
Dra. Carina Torres	
Dra. Mishel Rodríguez	
Dra. Ana Y aguache	vacaciones.
Lic. Eda Correa	
Lic. Delia Aguirre	
Lic. Fanny Morocho	

Lic. Edha Chamba	
Lic. Mariana Hurtado	
Lic. Maura Guzmán	
Sra. Noemí Quezada	
Sra. Magali Rivas	
Sr. Víctor Lozano	
Sra. Carmita Iñiguez	vacaciones.
Sra. Rosa Sánchez	
Sra. Nimia Córdova	
Sr. Marco Hurtado	
Sra. Emérita Saraguro	
Sra. María Chocho	
Sra. Clara Alejandro	
Sr. Luis Loaiza	
Sr. Antonio Sigcho	
Sra. Ligia Acaro	
Sra. Rosa Jara	
Sra. Clara Jiménez	
D. Daniel Reyes C	

HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**SERVICIO DE EMERGENCIA****NOMINA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN SOBRE "EDA e IRA"****FECHA:** Miércoles 15 de junio de 2011**HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**

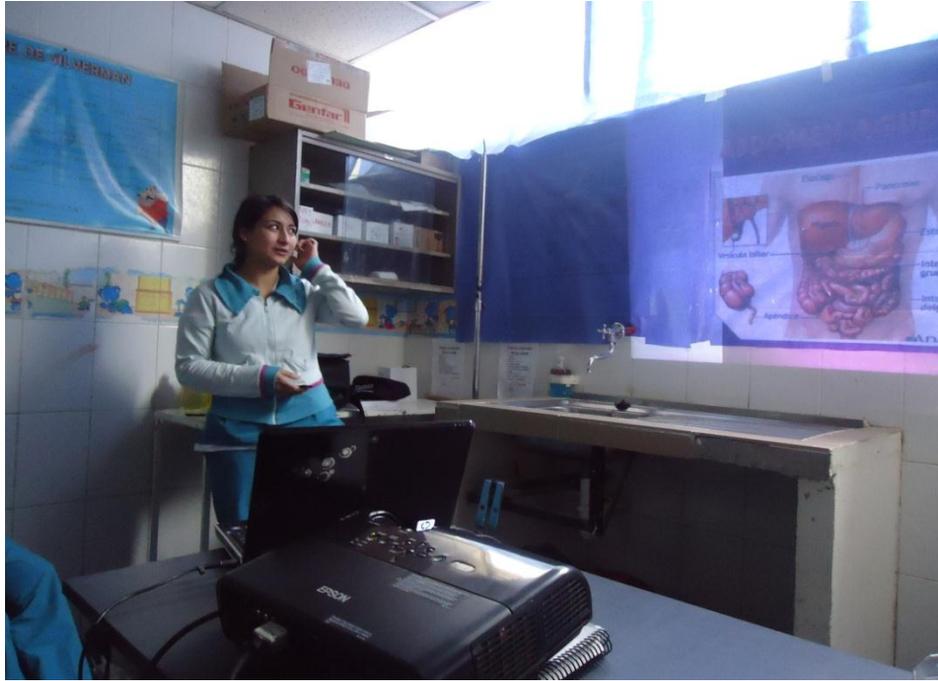
NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	FIRMA
HIDATIA VILLAVICENCIO	MEDICO RESIDENTE	
Luis Loaina	Aux. Enfermera	
Mario Ruiz Espinoza	Cirurgia	
Glodyss Assen M.	Auxiliar de	
Paola Conde	Med. Residente	
Delia Aguirre y	Lic Enfermeria	
Hanny Macho	Lic. Enfermera.	
Ana Belen Veintimilla	Médico Residente	
Mami Quevedo	Aux. de Enfermeria	
Rosa Sanchez	Aux de Enfermeria	
Carolina Torres	Med. Residente	
Nirveo Coronel	Aux de Enf.	
Maizely Rojas	Aux de Enfermeria	
Sheyla Coutinho	Med Residente	
Andres Gonzalez F.	O/T.	
Mariana Hurtado	Enfermera	
Ligia Acaro	Aux Enfer.	
Morco Hurtado	Aux. Enf.	
Edha Chamba D.	Enfermera	
Rosa Sara.	Aux Enf.	
Pablo Rojas	Med Residente	
Isabel Meza	Med Cirujano	

SERVICIO DE EMERGENCIA**NOMINA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN SOBRE "ABDOMEN AGUDO"****FECHA:** Miércoles 29 de julio de 2011**FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN**

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	FIRMA
HIPATIA E. VILLVICENCIO	Medico Residente	
Luis Enrique Loiza	Aux Enfermero	Luis Loiza
Marco Ruiz Zamora	Cirurgia	
Gladyss Assen	auxiliar F	
Paola Conde M.	Med. Residente	
Lic. Delia Aguirre	Enfermera	
Lic. Haany Moracho	Enfermera	
Ara Belén Veintimilla C.	Medico Residente	
Yasni Puzendo	Aux de Enfermería	
Rosa Sánchez	Aux de Enfermería	
Carina Torres	Med. Residente	
Almira Corobos	Aux de Enf.	
Hector Moyano	Med. Residente	
Sheyla Contento	Med Residente	
Marghy River	Aux Enfermera	
Andrés González R.	ORJOPEDIA ABDOMINAL	
Antonio Sigheo	Aux Enfer	
Mariana Hurtado	Enfermera	
Ligia Acas	Aux. Enferm	
Morco Hurtado	Aux. Enfer.	
Edha Chamba D.	Enfermera	
Rosa Jara	Aux Enfermero	
Pablo Pertas	Med Residente	
Lic. Daniel Meje e	Med. Urgencia	



FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN



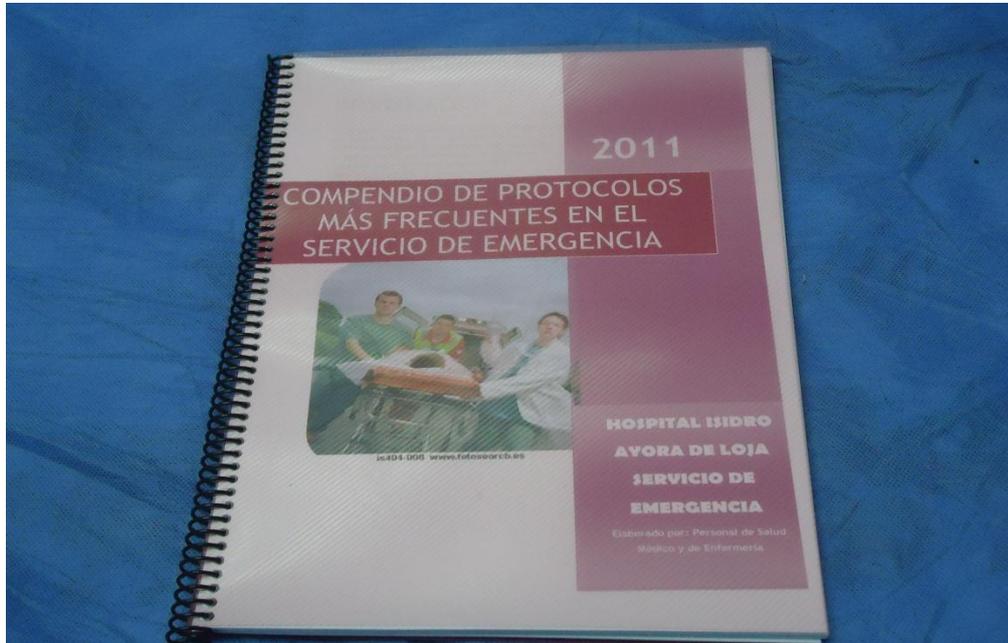
FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN



FOTOGRAFÍAS DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN



ENTREGA DE COMPENDIO



ANEXO 2
SISTEMA DE TRIAGE
IMPLEMENTADO Y
FUNCIONANDO

ADECUACIÓN AREA DE TRIAGE



ADECUACION AREA CONSULTORIOS



GESTION PARA REQUERIMIENTO DE TALENTOS HUMANOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
EMERGENCIA

Ofc.106-07-2011-SE-HIAL
Loja, 15 de Julio de 2011

Dr.
JOSE MIGUEL COBOS.
DIRECTOR DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" LOJA
Presente

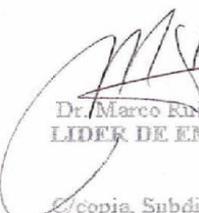
De mi consideración:

Por medio del presente me permito expresarle mi atento y cordial saludo.

Así mismo respetuosamente informarle de la necesidad de incrementar el personal de Enfermeras y Auxiliares para el mes de agosto, ofrecimiento expresado en forma verbal por su persona; actualmente y como es de su conocimiento estamos trabajando con déficit de personal lo que crea inconformidad de los mismos ya que tienen que doblar turnos, situación que se ha venido realizando desde hace dos meses aproximadamente es mi deber informarle que dicho déficit se agravará aun más ya que hay personal que ha solicitado vacaciones que por derecho les corresponde. Con este déficit incrementado de personal para el próximo mes, y siendo éste un mes en que aumenta la afluencia de pacientes, es casi imposible realizar una cobertura adecuada de todos los turnos con el número de personal existente, sin que afecte aun más la atención al usuario.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

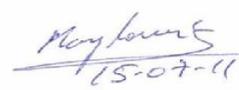
Atentamente,


Dr. Marco Rinz Zabaleta
LIDER DE EMERGENCIA




Leda. Eda Correa Tinoco
LIDER DE ENF. EMERGENCIA

C/copia, Subdirección, Coordinación de Enfermería y Talento Humano


15-07-11
RECIBIDO 15 JUL 2011

14:40 

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
EMERGENCIA

Ofc.115-08-2011-SE-HIAL
 Loja, 04 de Agosto de 2011

Dr.
 JOSE MIGUEL COBOS.
 DIRECTOR DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" LOJA
 Presente

De mi consideración:

La presente tiene la finalidad de dar a conocer la deficiencia de personal en cada uno de los turnos que detallaremos a continuación.

FECHA	TURNO	ENFERMERIA	AUXILIAR. DE.ENFERIA
05 de Agosto			
11 de Agosto	Noche	Una	Una
17 de Agosto	Noche	Dos Internas	Una
22 de Agosto	Noche	Una	Una
28 de Agosto	Noche	Una	Una

Ocasionando sobrecarga de trabajo en nuestro personal y en consecuencia las atenciones para los usuarios que acuden a esta casa de salud será únicamente para pacientes de las verdaderas emergencias, padecimientos crónicos se los remitirá por consulta externa, para lo cual deslindamos responsabilidades, de inconvenientes que puedan ocasionar la falta de personal en todos estos turnos.

Particular que ponemos a su conocimiento

Atentamente,


 Dr. Marco Ruiz Zabaleta
LIDER DE EMERGENCIA


 Leda. Eda Correa Tinoco
LIDER DE EMFERMERIA DE EMER.

C/c Subdirección, Talento Humano y Archivo

Recibido
 04/08/11
 5h50
 562/16
 04-08-2011
 15450

RECIBIDO 04 AGO 2011
 15153

ANEXO 3
USUARIO/A EXTERNO
PRIORIZA LAS

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE MATERIAL DE DIFUSIÓN

<div data-bbox="369 311 824 558" data-label="Image"> <p>Ministerio de Salud Pública HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ ISIDRO AYORA DE LOJA ”</p> </div> <div data-bbox="295 587 898 975" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="286 1002 902 1133">El Hospital Provincial General “Isidro Ayora de Loja”, comprometido en la atención de problemas de salud con calidad, equidad, solidaridad y respeto a la cultura; a los usuarios de la Región Sur del País y otros que demanden sus servicios, a fin de garantizar sus buenas condiciones de salud.</p> <p data-bbox="286 1161 902 1300">Dentro de su estrategia informativa, emite la presente guía para que Usted haga uso de la Sala de Emergencias, en condiciones que permitan que la Atención que recibe se enmarque en los lineamientos de CALIDAD y CALIDEZ que estamos comprometidos en otorgarle.</p> <p data-bbox="533 1327 658 1353">La Dirección</p>	<div data-bbox="1099 308 1346 528" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="1025 555 1415 580">Que es una EMERGENCIA MEDICA?</p> <p data-bbox="925 612 1516 724">Una emergencia médica es toda condición mórbida sobre la salud de una persona que pone en eminente RIESGO SU VIDA de no ser atendida en forma inmediata / oportuna y adecuada</p> <p data-bbox="1003 778 1442 826">Toda enfermedad debe ser considerada una EMERGENCIA MEDICA?</p> <p data-bbox="925 863 1516 975">No, existen dolencias a la salud que si bien limitan la calidad de vida de una persona, NO PONEN EN RIESGO SU VIDA, pero requieren ser <u>ATENDIDAS</u> con oportunidad y precisión.</p> <p data-bbox="936 1029 1505 1109">Quien realiza esta diferenciación o CALIFICACION del nivel de gravedad de una enfermedad o dolencia en un paciente?</p> <p data-bbox="925 1145 1516 1225">Esta calificación la realiza el Médico de Emergencias, utilizando un sistema o escala internacional de evaluación de gravedades llamado TRIAGE.</p> <p data-bbox="925 1257 1451 1283">Art.- 365 Constitución de la República del Ecuador.</p> <p data-bbox="925 1315 1516 1410">“Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la Ley”</p>	<p data-bbox="1541 363 2101 453">Es obligatorio que el personal médico de emergencias atienda A TODO PACIENTE que lo solicite, en la Sala de Emergencias?</p> <p data-bbox="1541 480 2101 619">La ley dispone que NO PUEDE NEGARSE el derecho a la atención médica en el Departamento de Emergencias, Pero en esta Unidad hospitalaria <u>científicamente</u> es necesario TRIAR O CALIFICAR a los pacientes previos a su atención.</p> <p data-bbox="1541 676 2047 702">Que logra entonces el TRIAGE HOSPITALARIO?</p> <p data-bbox="1541 740 2101 932">El TRIAGE permite al personal Médico de la Sala de Emergencias concentrar sus esfuerzos a favor de los pacientes que se encuentran en condición DE MAYOR GRAVEDAD, con riesgo sobre SU VIDA, y de aquellos pacientes que no estando en riesgo su vida ameritan ser atendidos, PORQUE PODRIAN COMPLICAR SU CONDICION MORBIDA INICIAL.</p> <p data-bbox="1541 986 2101 1075">Quien entonces atiende a los pacientes que tras la evaluación de Triage NO HAN CALIFICADO su condición de urgente?</p> <p data-bbox="1541 1107 2101 1235">El Hospital Provincial General “Isidro Ayora de Loja”, dispone para estos pacientes del Servicio de CONSULTA EXTERNA, lugar donde prestigiosos Médicos Especialistas ATENDERAN sus necesidades y requerimientos sanitarios.</p>
--	--	---

SIGNOS Y SINTOMAS DE RIESGO POR LOS QUE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE EMERGENCIA

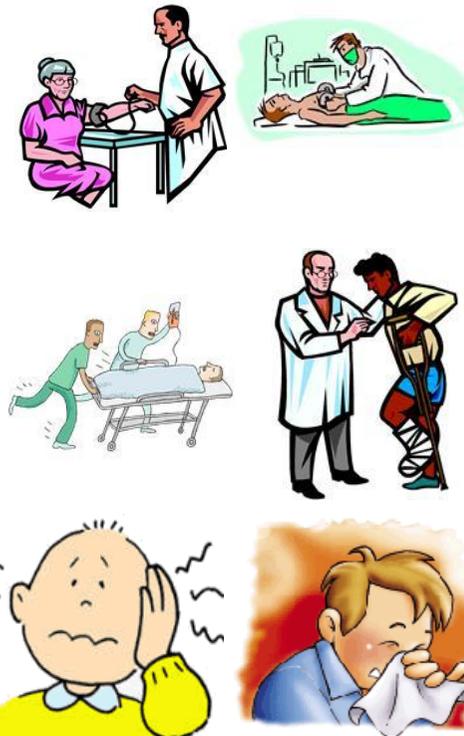


- Sufre convulsiones o le dan ataques repetidos.
- Estado inconsciente.
- Dificultad para respirar o presión torácica.
- Fiebre.
- Posee una afección cardiaca conocida
- Tiene una coloración azulada o morada en labios, la lengua o la cara.
- Se cae o golpea la cabeza, luego de lo cual esta adormitado, irritable, esta mareado o vomita.
- Dolor repentino en cualquier localización del cuerpo.
- Mareo súbito, dolor de cabeza o cambios en la visión.
- Debilidad, cansancio o fatiga extrema.
- Vómitos o diarreas severas o persistentes.
- Sentimientos homicidas o suicidas.
- Sangrado significativo acompañado o no de dolor.
- Fracturas
- Heridas
- Si posee Diabetes y presenta: debilidad, mucha sed, orina a cada rato, sudoración.
- En caso de accidentes de tránsito.
- Explosiones, incendios, quemaduras.

- Recibe tratamiento de Diálisis y presenta: fiebre, malestar y debilidad.
- Hemorragias.
- Si durante el embarazo presenta: sangrado vaginal, pérdida de líquido por la vagina, palidez extrema, contracciones uterinas,
- Si tiene fiebre muy alta y pérdidas con mal olor después del parto o de un aborto

La presencia de uno o más de estos síntomas, sugieren que uno debe buscar inmediatamente ayuda

Médica.



Estos síntomas precisan de atención urgente, para ellos si debemos acudir a un Servicio de Emergencia.

Si queremos que estos problemas sean atendidos adecuadamente debemos tomar en consideración el no acudir a Emergencias por otros problemas.

Así la congestión del Servicio de Emergencia debe desaparecer y se los atenderá mejor cuando verdaderamente lo necesiten.

NIVEL 1 INTERVENCIÓN INMEDIATA	RESUCITACIÓN
NIVEL 2 TIEMPO MAXIMO DE DEMORA EN LA ATENCIÓN NO MAYOR A 15 MINUTOS	EMERGENCIA
NIVEL 3 TIEMPO MAXIMO DE DEMORA EN LA ATENCIÓN NO MAYOR A 45 MINUTOS	URGENCIA
NIVEL 4 LA ATENCIÓN SE REALIZARA EN UN TIEMPO ENTRE 45 MINUTOS A 2 HORAS	ENFERMEADES BANALES

SOLO CON SU AYUDA PODREMOS MEJORAR NUESTRA RESPUESTA DE ATENCION

El Personal Médico y Paramédico del Departamento de Emergencias del Hospital "Isidro Ayora de Loja"

PANCARTA EXPUESTA EN LA SALA DE ESPERA DE EMERGENCIA



PROMOCIÓN MATERIAL INFORMATIVO EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA



ANEXO 4

**EXISTE MONITOREO Y
EVALUACION DE NORMAS
Y PROTOCOLOS**

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ

A los ocho días del mes de Agosto, se lleva a cabo la reunión con el personal de salud involucrado para dar lugar a la conformación del Comité para el Monitoreo y evaluación de las Normas y Protocolos en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja. La agenda de trabajo a llevarse a cabo fue la siguiente:

AGENDA DE TRABAJO	
09h00	Bienvenida
09h15	Constatación del Quórum
09h30	Análisis del Proyecto
10h15	Conformación del Comité
11h00	Varios
11h15	Cofee Break

Seguidamente de la bienvenida a los participantes y contando con la presencia de veinte de las veinticuatro personas convocadas se dio inicio a la sesión de trabajo. Inicialmente se realizó un breve análisis del Proyecto que se viene llevando a cabo las limitaciones y potencialidades que han ocurrido durante este proceso.

Luego de una exhaustiva deliberación de los asistentes queda conformado dicho Comité con los siguientes integrantes:

Dr. Marco Ruiz Jefe de Emergencia	PRESIDENTA
Lic. Eda Correa Enfermera Líder Emergencia	VICEPRESIDENTE
Lic. Marisol Ruiz Trabajadora Social de Emergencia	SECRETARIA

Para constancia firman los asistentes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	FIRMA
HIPATIA E. VILLAVICENCIO	MEDICO RESIDENTE	
Luis Enrique Loiza	Aux Enfermero	Luis Loiza
Huaco Ruiz Torres	Cocinero	
gladys Essen	auxiliar F	
Paola Conde M.	Med. Residente	
Lic. Delia Aguirre	Enfermera	
Lic. Franuy Moracho	Enfermera	
Ara Belén Veintimilla C.	Médico Residente	
Yessy Pineda	Aux de Enfermería	
Rosa Sánchez	Aux de Enfermería	
Carina Torres	Med. Residente	
Mónica Boroboro	Aux de Enf.	
Hector Moyano	Med. Residente	
Shayla Contente	Med Residente	
Maryly Reyes	Aux Enfermera	
Andrés González R.	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	
Antonio Sigheo	Aux Enferm	
Mariana Hurtado	Enfermera	
Ligia Acas	Aux. Enferm	
Morco Hurtado	Aux. Enferm.	
Edna Chamba D.	Enfermera	
Rosa Jara	Aux Enfermero	
Pablo Puentes	Med Residente	
Lic. Daniel Nye e	Medicólogo	

Loja, 8 Agosto 2011.

FORMATOS PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO AL PERSONAL DE SALUD.

**HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA
SUB PROCESO: EMERGENCIA**

FORMATO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Provincia:	
Unidad Operativa:	
Unidad Administrativa:	
Trimestre Evaluado:	
Fecha de la Medición:	
Responsable de la Medición:	

INSTRUCTIVO:

- La evaluación se la realizará trimestralmente.
- Se registrará los datos de identificación del servicio, fecha de medición, trimestre evaluado y nombres y apellidos de la persona responsable de la medición.
- Se solicitará a Estadística los formularios de atención 008 de al menos cien atenciones durante el lapso de tiempo propuesto para la evaluación.
- En el instrumento de recolección de datos se registrará el numero de la historia clínica seleccionada y en el casillero en sentido vertical registrar con signo positivo (+) con el ítem o con signo negativo (-) si no cumple.
- Posterior a la recolección de datos se procederá a realizar la tabulación e interpretación de los resultados obtenidos.

