



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TÍTULO MAGÍSTER EN GESTIÓN DE CALIDAD

Análisis de la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito durante el año 2016, para la elaboración de un plan de mejora continua.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Quintero Góngora María Belén

DIRECTOR: Figueroa Ruíz Juan Elicio, Mgst.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Juan Elicio Figueroa Ruiz

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación, denominado: Análisis de la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito durante el año 2016, para la elaboración de un plan de mejora continua, realizado por María Belén Quintero Góngora, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, junio 2018

f) _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, María Belén Quintero Góngora declaro ser autora del presente trabajo de Titulación: Análisis de la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito durante el año 2016, para la elaboración de un plan de mejora continua, de la Titulación de Magister en Gestión de Calidad, siendo el Ing. Juan Figueroa director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimiento y resultados vertidos en el presenta trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad Intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de Titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo de la Universidad”.

f.....

Autor: Quintero Góngora María Belén

Cédula: 1721935144

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza diaria para salir adelante, a mi esposo Rommel por su amor, apoyo incondicional y por alentarme día a día, a mis padres por su inigualable amor, a mis sobrinos y abuelita por ser fuente de inspiración en mi vida.

María Belén Quintero Góngora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta meta, al Hospital General San Francisco de Quito por abrirme las puertas para realizar el presente Trabajo de Titulación, al Ingeniero Julio Mideros por brindarme su amistad y ayuda necesaria para la ejecución del presente trabajo, a la Universidad Técnica Particular de Loja por los conocimientos en ella adquiridos, al Ing. Juan Figueroa por el apoyo en la realización del presente trabajo, a mis padres, esposo y familia por siempre creer en mí.

María Belén Quintero Góngora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES	5
1.1. Antecedentes.....	6
1.2. Planteamiento del problema.....	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general.	7
1.4.2. Objetivos específicos.	7
1.5. Alcance	7
1.6. Hipótesis	7
1.7. Variables	7
1.7.1. Independiente:.....	7
1.7.2. Dependiente:	8
1.8. Población y muestra	8
1.8.1. Población.....	8
1.8.2. Muestra.....	8

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA.....	9
2.1. Calidad en servicios de salud.....	10
2.1.1. Calidad	10
2.1.2. Principios de la calidad	11
2.1.3. Objetivos de la calidad	11
2.1.4. Definición de calidad en servicios de salud	11
2.2. Satisfacción del paciente	12
2.3. Tiempo total de estadía en el área de emergencia	13
2.4. Tiempo de espera para la atención médica	13
2.5. Herramientas o instrumentos a utilizarse en la metodología.....	13
2.5.1. Manuales de procesos.....	13
2.5.2. La entrevista.....	14
2.5.3. Fases de la entrevista.....	14
2.5.4. Investigación documental.	15
2.5.5. Tipos de investigación documental.....	15
2.6. Datos estadísticos	16
2.6.1. Clasificación	16
2.6.2. Diagrama de Ishikawa.....	16
2.6.3. Matriz de identificación de riesgos.....	18
2.6.4. Indicadores y criterios para construir indicadores.....	18
2.6.5. Pasos para construir indicadores según Armijos., 2009.....	18
2.6.6. Plan de mejora continua según la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación ANECA, 2015.....	19
2.6.7. Pasos del plan de mejora continua.....	20

2.7. Metodología	20
2.7.1. Información general.	20
2.7.2. Caracterización de los afiliados en el servicio de emergencia.	20
2.7.3. Determinación del tiempo total de estadía, en el área de emergencia y horas pico.....	21
2.7.4. Recursos disponibles (Disponibilidad de los recursos).....	21
2.7.5. Tiempo de espera para la atención médica.	21
2.7.6. Análisis de la eficacia del servicio.	22
2.7.7. Situación actual (accesibilidad del servicio de emergencia).....	23
2.7.8. Análisis del proceso y diagrama del ciclo del servicio.	23
2.7.9. Análisis de las entrevistas realizadas al personal.....	23
2.7.10. Recopilación de observaciones.	23
2.7.11. Elaboración del diagrama de Ishikawa.....	24
2.7.12. Elaboración de matriz de identificación de riesgos.....	24
2.7.13. Elaboración de un plan de mejora.....	24
CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA Y SUS PRINCIPALES PROBLEMAS	25
3.1. Generalidades	26
3.1.1. Reseña del Hospital.....	26
3.1.2. Política de calidad del Hospital.....	26
3.1.3. Misión.....	26
3.1.4. Visión.....	26
3.1.5. Valores de Hospital General San Francisco de Quito.....	27
3.1.6. Situación Geográfica.....	27

3.1.7. Áreas del Hospital y cartera de servicios.	27
3.1.8. Estructura orgánica del Hospital San Francisco de Quito.....	28
3.2. Descripción general del área de emergencia	29
3.2.1. Área de emergencia.....	29
3.2.2. Emergencia pediátrica HSFQ.	31
3.2.3. Emergencia de Gineco – Obstetricia.	32
3.2.4. Unidad de Terapia Intensiva Adultos.....	32
3.3. Proceso de atención en emergencia.....	33
3.3.1. Validación de datos.....	33
3.3.2. Protocolo de triage.	33
3.3.3. Tabla de triage (protocolo de triage emergencia HSFQ, 2016).	33
3.4. Valoración de las necesidades.....	35
3.5. Planeación de la atención	35
3.6. Tratamiento:.....	35
3.7. Evaluación y alta.....	36
3.8. Resumen proceso de atención en el área de emergencia	36
3.8.1. Interrelación de los procesos (entradas, salidas, recursos, responsable, medición, etc.).....	37
3.9. Datos estadísticos de pacientes atendidos en el área de emergencia en el año 2016.....	38
3.10. Grupo etario.....	39
3.11. Dato de sexo de pacientes.....	40
3.12. Principales diagnósticos año 2016.....	41
3.13. Determinación del tiempo total de estadía en el área de emergencia:.....	42

3.14. Horas pico en emergencia	43
3.15. Disponibilidad de los recursos:.....	45
3.15.1. Disponibilidad de recursos año 2016.....	45
3.15.2. Disponibilidad de recursos año 2017.....	46
3.16. Personal área de emergencia	47
3.17. Situación actual del área de emergencia (Visita al área de emergencia).....	48
3.18. Imágenes área de emergencia.....	50
3.19. Diagrama del proceso de emergencia	51
3.20. Personal involucrado en la calidad del proceso de emergencia:	52
3.21. Revisión de protocolos:	53
3.22. Determinación de la calidad actual del proceso del área de emergencia:.....	54
3.23. Análisis de la eficacia del servicio	54
3.24. Análisis de eficacia año 2016.....	55
3.25. Análisis de eficacia año 2017:.....	56
3.26. Comparación de la eficacia del servicio en los años 2016 y 2017.....	57
3.27. Pacientes atendidos según triage en el año 2017	58
3.28. Análisis de tiempo de espera para atención médica del año 2017.....	59
3.29. Comparación de disponibilidad de recursos entre el año 2016 y 2017.	61
3.30. Inconvenientes que podrían causar insatisfacción al afiliado según la eficacia del servicio:	63
3.31. Análisis de las entrevistas realizadas al personal	63
3.31.1. Análisis pregunta 1.....	64
3.31.2. Análisis pregunta 2.....	65
3.31.3. Análisis pregunta 3.....	67

3.31.4. Análisis pregunta 4.....	68
3.31.5. Análisis pregunta 5.....	70
3.31.6. Análisis pregunta 6.....	71
3.31.7. Análisis pregunta 7.....	72
3.31.8. Análisis pregunta 8.....	74
3.32. Determinación de la calidad del proceso del área de emergencia:	75
CAPITULO 4: ANÁLISIS DE CAUSAS, RIESGOS Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA.....	79
4.1. Análisis de causas	80
4.1.1. Problema fundamental:	80
4.1.2. Causas Nivel I:	80
4.1.3. Listado de causas secundarias (Nivel II).....	80
4.2. Categorización de causas secundarias (Nivel II).....	81
4.2.1. Personal:	81
4.2.2. Afiliados:	81
4.2.3. Entorno:	82
4.2.4. Materiales:	82
4.2.5. Métodos.....	82
4.2.6. Proceso de atención:	82
4.2.7. Detalle de categorización de causas	83
4.3. Diagrama de Ishikawa	86
4.4. Identificación de riesgos:	88
4.4.1. Determinación del Impacto	88
4.4.2. Significado de los diferentes niveles de probabilidad	88

4.4.3. Nivel de riesgo.....	89
4.4.4. Aceptabilidad del Riesgo.....	89
4.4.5. Matriz de identificación de riesgos.....	90
4.5. Propuesta de un plan de mejora continua para la calidad del proceso del área de emergencia del Hospital General San Francisco de Quito.....	97
4.6. Presupuesto referencial a la implementación del Plan de Mejora	103
CAPITULO 5: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	108
5.1.1. Resultados.....	108
5.1.2. Discusión	108
CONCLUSIONES.....	110
RECOMENDACIONES	111
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	115
ANEXO 1: Encuestas realizadas al personal.....	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ejemplo de matriz de identificación de riesgos	18
Tabla 2. Nivel de emergencia según triage	34
Tabla 3. Total de pacientes atendidos en emergencia año 2016	38
Tabla 4. Grupo etario.....	39
Tabla 5. Pacientes atendidos-sexo	40
Tabla 6. Principales atenciones en el área de emergencia por diagnóstico.....	41
Tabla 7. Tiempo total de estadía en emergencia	42
Tabla 8. Horas pico en emergencia	43
Tabla 9. Disponibilidad de Recursos año 2016	45
Tabla 10. Disponibilidad de recursos año 2017.....	46
Tabla 11. Detalle área de emergencia	48
Tabla 12. Momentos críticos de verdad.....	52
Tabla 13. Análisis de eficacia año 2016	55
Tabla 14. Análisis eficacia año 2017	56
Tabla 15. Eficacia 2016-2017.....	57
Tabla 16. Pacientes atendidos en triage 2017	58
Tabla 17. Tiempo de espera año 2017	59
Tabla 18. Comparación de pacientes de triage vs. El tiempo de espera para la atención médica en emergencia	60
Tabla 19. Disponibilidad de recursos 2016-2017	61
Tabla 20. Pregunta 1	64
Tabla 21. Pregunta 2.....	65
Tabla 22. Atención según prioridad	67
Tabla 23. Pregunta 4	68
Tabla 24. Pregunta 5.....	70
Tabla 25. Pregunta 6.....	71
Tabla 26. Pregunta 7.....	73
Tabla 27. Pregunta 8.....	74
Tabla 28. Determinación de la calidad del proceso de emergencia	76
Tabla 29. Principales observaciones encontradas personal	83
Tabla 30. Principales observaciones encontradas afiliados/as.....	83
Tabla 31. Principales observaciones encontradas entorno.....	84
Tabla 32. Principales observaciones encontradas materiales	84
Tabla 33. Principales observaciones encontradas métodos	85
Tabla 34. Principales observaciones encontradas proceso de atención	86

Tabla 35. Determinación del impacto	88
Tabla 36. Niveles de probabilidad	89
Tabla 37. Nivel de riesgo.....	89
Tabla 38. Aceptabilidad del riesgo	89
Tabla 39. Matriz de identificación de riesgos.....	90
Tabla 40. Propuesta de Plan de Mejora	97
Tabla 41. Presupuesto referencial	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ishikawa	17
Figura 2. Estructura Orgánica del Hospital San Francisco De Quito	29
Figura 3. Clasificación de emergencia según Manchester.....	35
Figura 4. Proceso de atención en Emergencia.....	36
Figura 5. Cantidad de atenciones área de emergencia HSFQ- año 2016.....	39
Figura 6. Grupo etario	40
Figura 7. Principales diagnósticos en área de emergencia.....	42
Figura 8. Tiempo de estadía en área de emergencia.....	43
Figura 9. Horas pico en emergencia	44
Figura 10. Área de emergencia.....	50
Figura 11. Diagrama del proceso de emergencia.....	51
Figura 12. Porcentaje de eficacia 2016-2017	57
Figura 13. Pacientes atendidos en triage 2017	59
Figura 14. Tiempo de espera año 2017	60
Figura 15. Comparación disponibilidad de recursos año 2016 vs. 2017	62
Figura 16. Personal con conocimiento de protocolos.....	66
Figura 17. Se brinda atención a los pacientes según prioridad	68
Figura 18. Todos los pacientes son atendidos en el servicio	69
Figura 19. Abastecimiento de medicamentos y/o insumos	71
Figura 20. Principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado	72
Figura 21. Capacitación de personal	73
Figura 22. Problemas en el área encuestada.....	75
Figura 23. Diagrama de Ishikawa	88

RESUMEN

Se analizó la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del HSFQ y se elaboró un plan de mejora para corregir los nudos críticos que estarían causando insatisfacción al paciente, por causas propias, del personal, entorno, materiales, métodos o procesos de atención.

Se determinó que los momentos de verdad son: calificación médica, triage, atención médica y atención de servicios de apoyo.

Se caracterizó al paciente: atendidos 123.385, en su mayoría entre 15 y 40 años, 70.077 mujeres y 53.308 hombres. Principales diagnósticos: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda, entre otros. Tiempo de estadía varía entre 1 y 2 horas, horas pico entre las 8 y 12 del día, menor disponibilidad de recursos del año 2016 fue en insumos con 66% y en el año 2017 medicamentos con 79,31%.

La eficacia del servicio se vió afectada porque aproximadamente un 17,83% de los afiliados no son atendidos dentro de la primera hora según el triage, el tiempo promedio de respuesta de Emergencia del ECU 911, superó el estipulado en 2016 y 2017.

Palabras Clave: *Calidad, Emergencia, plan de mejora, insatisfacción del paciente, eficacia del servicio, caracterización de pacientes.*

ABSTRACT

The quality of the patient care process in the emergency area of the HSFQ was analyzed and an improvement plan was developed to correct the critical knots that are related to patient satisfaction, due to personal causes, environment, materials, methods or processes of attention.

It was determined that the moments of truth are: medical qualification, triage, medical attention and support services.

The patient was characterized: 123,385 patients attended in 2016, mostly between 15 and 40 years, 70,077 women and 53,308 men. Main diagnoses: diarrhea and gastroenteritis of immunological origin, acute rhinopharyngitis, acute tonsillitis, among others. Time of attention varies between 1 and 2 hours, peak hours between 8 and 12 hours, less availability of resources in 2016 was in supplies with 66% and in 2017 medicines with 79.31%.

The effectiveness of the service was affected because approximately 17.83% of the members did not receive care within the first hour according to the triage, the average time of emergency response of the ECU 911, exceeded that stipulated in the year 2016 and 2017.

Keywords: Quality, Emergency, improvement plan, patient dissatisfaction, service effectiveness, patient characterization.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realizó un análisis del proceso de calidad del área de emergencia del HSFQ y se elaboró un plan de mejora para corregir las principales causas encontradas de insatisfacción al paciente.

En el Capítulo I, Se mencionan los aspectos generales de estudio, como: los Antecedes, el planteamiento del problema, las justificación del presente trabajo, los objetivos general y específicos, el alcance las hipótesis y variables y se menciona la población y muestra a estudiar.

En el Capítulo II se menciona el Marco teórico y la Metodología, en parte de Marco Teórico se mencionan aspectos como: calidad, satisfacción del paciente, herramientas necesarias como: manuales de procesos, entrevistas, investigación documental, datos estadísticos, Diagrama de Ishikawa, matriz de identificación de riesgos, indicadores y Plan de Mejora Continua.

En la parte de Metodología se mencionó el proceso de la misma, que puntos se iba a tomar en cuenta y como se evaluarían algunos de ellos.

En el Capítulo III, se estudió la Calidad de los Procesos del área de Emergencia, en el se mencionó información general del Hospital, se analizó el proceso de calidad del área del emergencia del Hospital, desde la calificación hasta la evaluación y alta.

Se caracterizó a los pacientes atendidos, siendo en total 123.385 en el año 2016, en su mayoría comprendido en edades entre 15 y 40 años, de ellos 70.077 mujeres y 53.308 hombres.

Los Principales diagnósticos fueron: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda, entre otros. Tiempo total de estadía varía entre 1 y 2 horas, horas pico entre las 8 y 12 del día, menor disponibilidad de recursos del año 2016 fue en insumos con 66% y en el año 2017 medicamentos con 79,31%.

La eficacia del servicio se vió afectada porque aproximadamente un 17,83% de los afiliados no son atendidos dentro de la primera hora según el triage, el tiempo promedio de respuesta de Emergencia del ECU 911, superó el estipulado en 2016 y 2017.

Además se realizaron entrevistas a los encargados del área de emergencia y áreas de apoyo, con el fin de verificar los puntos críticos e inconvenientes de las áreas en temas de atención en emergencias.

En el Capítulo IV en este capítulo se analizaron las Causas que afectan a la calidad del proceso de emergencia, se determinaron los posibles riesgos e impacto y se elaboró el plan de mejora continua para la calidad del proceso de emergencia.

Finalmente se mencionaron los resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones.

El presente trabajo es importante para el Hospital General San Francisco de Quito, debido a que con él se pudieron identificar los nudos críticos que afectan a la calidad del proceso de emergencia y se pudo plantear un plan de mejora para la mencionada área, con el fin de mejorar o eliminar estos nudos críticos. Esto permitirá mejorar la calidad de atención al paciente, por ende permitirá tener pacientes satisfechos.

El problema planteado surgió porque en el año 2016 y hasta la actualidad la demanda del servicio de emergencias Hospitalarias, sobre todo debido al aumento de cobertura Hospitalaria en el IESS, a conyugues o convivientes e hijos menores de 18 años.

En base al problema planteado se propuso el plan de mejora para el área de mejora para el área de emergencia, en donde se pretende mejorar los tiempos de espera para la atención al paciente, y mejorar la disponibilidad de los recursos, sobre todo en medicamentos e insumos

Los objetivos fueron encaminados a mejorar la calidad del proceso de emergencia, se analizó el mencionado proceso, se identificaron los principales problemas de atención al afiliado, se pudieron analizar las causas y riesgos y se elaboró el plan de mejora continua.

El Hospital prestó la ayuda necesaria para poder obtener la información, sin en el año 2016 existió cambio del sistema informático del X-HIS al AS400, por lo que cierta información no se pudo obtener como fue el triage del año 2016 y fue necesario consolidar en una sola matriz la emergencias del año 2016 del sistema X-HIS de enero a mayo y del sistema AS400 de junio a diciembre.

Para la metodología se realizó un estudio descriptivo del área, y se obtuvo información documental, digital y se realizaron encuestas al personal encargo del área de emergencia y las áreas de apoyo.

CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Antecedentes

El HSFQ es el único Hospital Nivel II de atención al afiliado por parte del IESS en la ciudad de Quito, ubicado al norte de la ciudad, en el barrio Carcelén, en el mismo se atienden alrededor de 13000 citas mensuales, siendo el área de emergencia uno de sus puntos críticos debido a la alta demanda de pacientes.

1.2. Planteamiento del problema

El Hospital San Francisco de Quito fue inaugurado en el año 2011, desde aquel año la demanda por los servicios del Hospital fue incrementando, con un promedio de 11670 atenciones y consultas mensuales (El Comercio, 2011). La emergencia pediátrica del Hospital San Francisco de Quito tiene un área de 400 metros cuadrados. Consta de un área de recepción y admisión común para toda la emergencia, en donde se realiza la toma de datos, luego de lo cual el paciente pasa al área de triage con una dimensión de 12 mts². Posterior al triage se realiza anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, en caso de requerir exámenes complementarios, estos se solicitan, y los pacientes esperan en la sala de espera destinada para este propósito.

En el año 2016 y hasta la actualidad la demanda del servicio de emergencias Hospitalarias, ha sufrido un progresivo aumento en los últimos años, sobre todo debido al aumento de cobertura Hospitalaria en el IESS, a conyugues o convivientes e hijos menores de 18 años.

Este aumento de cobertura sanitaria, ha causado inconvenientes en la calidad del servicio de emergencia, como por ejemplo que no se ha acompañado de una adecuación de los servicios existentes, ni del personal que trabaja en el área, además esto puede ocasionar quejas de los afiliados debido a demoras en la atención al afiliado, daño de equipos y falta de medicamentos e insumos que han ocasionado la demora en el tiempo de espera para la atención del paciente que acude a emergencia, además de otras situaciones causantes de las insatisfacciones de los afiliados.

1.3. Justificación

El estudio se justifica ya que contribuye a que el servicio de emergencia del HSFQ tenga un programa que permita la mejora continua de la calidad, lo que a su vez permitirá incrementar la calidad en la atención al afiliado.

En base a lo señalado se ha identificado que el HSFQ no cuenta con un programa de mejora continua para el servicio de emergencia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general.

Analizar el proceso de calidad de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito durante el año 2016, para la elaboración de un plan de mejora.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Analizar la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del HSFQ, desde la validación de datos, hasta la atención médica y el alta.
- Identificar los principales problemas para la atención al afiliado en el área de emergencia del HSFQ.
- Analizar las causas y riesgos que generan la mayor parte de inconvenientes con los afiliados en el área de emergencia.
- Elaborar un plan de mejora de la calidad del servicio de emergencia del HSFQ.

1.5. Alcance

Con la presente investigación se pretende conocer la calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito, este conocimiento permitirá plantear un programa de mejora continua para la mencionada área y socializarlo.

1.6. Hipótesis

- H1 (hipótesis alternativa): en el proceso de atención al paciente en el área de emergencia del HSFQ durante el año 2016 se puede establecer un plan de mejora continua.
- H0 (hipótesis nula): en el proceso de atención al paciente en el área de emergencia del HSFQ durante el año 2016 no se puede establecer un plan de mejora continua.

1.7. Variables

1.7.1. Independiente:

- Proceso de atención al paciente.

1.7.2. Dependiente:

- Establecer un plan de mejora continua.

1.8. Población y muestra

1.8.1. Población.

La población a considerar son los 3'178.046 afiliados que constan en la documentación estadística del instituto ecuatoriano de seguridad social del año 2016 a nivel nacional.

1.8.2. Muestra.

La muestra a considerar son los afiliados que fueron atendidos en el área de emergencia, durante el año 2016.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

2.1. Calidad en servicios de salud

2.1.1. Calidad

El diccionario de la real academia española define el concepto de calidad como <<la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie>>. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De un parte, la subjetividad de su valoración: de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2015).

En la literatura especializada hay numerosas definiciones. Todas ellas se han formado en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2015).

La calidad es:

- El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen (ISO 9001:2015).
- El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas.
- El cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio.
- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

2.1.2. Principios de la calidad

Los principios de la gestión de la calidad son según la norma ISO 9001:2015

- Enfoque al cliente;
- Liderazgo;
- Compromiso de las personas;
- Enfoque a procesos;
- Mejora;
- Toma de decisiones basada en la evidencia;
- Gestión de las relaciones

2.1.3. Objetivos de la calidad

- El objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque éste es un concepto controvertido, las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista -de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud, no siempre coincidentes. Desde todos ellos se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben considerarse al planificar los recursos sanitarios. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2018).
- La conformidad con las especificaciones del diseño.

2.1.4. Definición de calidad en servicios de salud

En la literatura existen variadas definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud. Veamos algunas:

- "Desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición". (Céspedes y Cortés, 2013).

- La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios". (Ipinza, 2007):
- Calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios. (Mejías et al., 2013).

En si la calidad en salud se centra en la satisfacción del paciente.

2.2. Satisfacción del paciente

Efectivamente, la satisfacción del paciente ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos (Roghmann et al., 1979).

La satisfacción del paciente se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar (Hulka et al., 1970).

Desde una perspectiva estadística, Ware y colaboradores definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente. Son ellos:

1. La accesibilidad de los servicios
2. La disponibilidad de los recursos
3. La continuidad de los cuidados
4. La eficacia de los cuidados
5. El costo de los servicios
6. La humanización de los servicios
7. La información al paciente
8. El acceso a la información
9. La competencia profesional del trabajador de la salud
10. El entorno terapéutico

Por otro lado, Wolf y colaboradores consideran tres dimensiones en la satisfacción del paciente:

1. Cognitiva: cantidad y calidad de la información que ofrecen el médico y la enfermera.
2. Afectiva: interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud.
3. Competencia profesional: habilidades y competencia clínica profesional del Médico y de la enfermera.

2.3. Tiempo total de estadía en el área de emergencia

Es el tiempo que el paciente permanece en emergencia, desde que se califica como afiliado, hasta que sale con el alta o es transferido a otra área como Hospitalización.

2.4. Tiempo de espera para la atención médica

El tiempo de espera para la atención médica es aquel tiempo en el que el paciente no es atendido, es decir el que espera desde que se realiza la calificación médica y el personal realiza el triage, hasta que es atendido por el médico. Estudios realizados por Fontova-Almat y colaboradores mencionan que se ha observado que los tiempos de espera son un factor importante en los cuidados del paciente, que la rapidez en la valoración es más importante que el tiempo total de espera, Boudreaux y O'Hea apuntaron que lo que determina la satisfacción en relación con el tiempo de espera es la experiencia subjetiva de este, ya que en todos los estudios en los que se comparaba el tiempo de espera real y el percibido, el segundo parecía ser mucho más importante a la hora de determinar la satisfacción.

2.5. Herramientas o instrumentos a utilizarse en la metodología

2.5.1. Manuales de procesos.

Es un instrumento o herramienta de trabajo que contiene el conjunto de normas y tareas que desarrolla cada funcionario en sus actividades cotidianas y será elaborado técnicamente basados en los respectivos procedimientos, sistemas, normas y que resumen el establecimiento de guías y orientaciones para desarrollar las rutinas o labores cotidianas, sin interferir en las capacidades intelectuales, ni en la autonomía propia e independencia mental o profesional de cada uno de los trabajadores u operarios de una empresa ya que estos podrán tomar las decisiones más acertadas apoyados por las directrices de los superiores, y estableciendo con claridad la responsabilidad, las obligaciones que cada uno de los cargos conlleva, sus requisitos, perfiles, los manuales deberán ser evaluados permanentemente por

los respectivos jefes para garantizar un adecuado desarrollo y calidad de la gestión. (González, 2012).

2.5.2. La entrevista.

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar (Diccionario de Ciencias de la educación, 1983).

Se argumenta que la entrevista es más eficaz que el cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles. La entrevista es muy ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, así como para diseñar instrumentos de recolección de datos (la entrevista en la investigación cualitativa, independientemente del modelo que se decida emplear, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado) (Martínez; 1998).

2.5.3. Fases de la entrevista.

Según Díaz, 2013, existen diferentes fases, y con base en la clasificación mencionada se identifica que cada tipo de entrevista tiene su peculiaridad, sin embargo, en el momento de su desarrollo se presentan determinados momentos homogéneos. Estos momentos o fases de la entrevista son los siguientes:

Primera fase: preparación. Es el momento previo a la entrevista, en el cual se planifican los aspectos organizativos de la misma como son los objetivos, redacción de preguntas guía y convocatoria.

Segunda fase: apertura. Es la fase cuando se está con el entrevistado en el lugar de la cita, en el que se plantean los objetivos que se pretenden con la entrevista, el tiempo de duración. También, es el momento oportuno para solicitar el consentimiento de grabar o filmar la conversación.

Tercera fase: desarrollo. Constituye el núcleo de la entrevista, en el que se intercambia información siguiendo la guía de preguntas con flexibilidad. Es cuando el entrevistador hace uso de sus recursos para obtener la información que se requiere.

Cuarta fase: cierre. Es el momento en el que conviene anticipar el final de la entrevista para que el entrevistado recapitule mentalmente lo que ha dicho y provocar en él la oportunidad de que profundice o exprese ideas que no ha mencionado, se hace una síntesis de la conversación para puntualizar la información obtenida y finalmente se agradece al entrevistado su participación en el estudio. Los indicadores necesariamente deben representar la relación entre dos o más variables.

2.5.4. Investigación documental.

Es aquella búsqueda en documentos escritos o narrados por expertos en el tema sobre el cual queremos conocer más. Al recopilar la información obtenida en ellos, se pueden comenzar a analizar de forma tal, que podamos determinar hacia dónde nos orienta la información que hayamos, es decir, si necesitamos profundizar más hacia un tema en específico, si hay algún tema nuevo sobre el cual podemos comenzar a indagar, etc. Es importante mencionar, que cuando hablamos de investigación documental, nos referimos a algo que ya tenemos planificado y lo hacemos de una forma ordenada hacia cumplir un propósito. (Salcedo, 2014).

2.5.5. Tipos de investigación documental.

- **Argumentativa exploratoria**

Así como su nombre lo dice, nos permite este tipo de investigación nos lleva a poder concluir en el tema con un crítica, luego de haber podido obtener la recolección suficientes de datos, en donde se evidencie consecuencias, estadísticas, causas y hechos, entre otros.

- **Informativa expositiva**

Es aquel tipo de investigación en el cual sólo nos determinamos a extraer información pertinente, no para dar una crítica como en el caso anterior, sino solo para poder dar la información.

Existen distintas fuentes de dónde podemos extraer nuestra información para la investigación documental, éstas se clasifican en: bibliográficas, hemerográficas, iconográficas, audiográfica y videográfica.

2.6. Datos estadísticos

Los datos estadísticos no son otra cosa que el producto de las observaciones efectuadas en las personas y objetos en los cuales se produce el fenómeno que queremos estudiar. Dicho en otras palabras, son los antecedentes (en cifras) necesarios para llegar al conocimiento de un hecho o para reducir las consecuencias de este.

Los datos estadísticos se pueden encontrar de forma no ordenada, por lo que es muy difícil en general, obtener conclusiones de los datos presentados de esta manera. Para poder obtener una precisa y rápida información con propósitos de descripción o análisis, estos deben organizarse de una manera sistemática; es decir, se requiere que los datos sean clasificados. Esta clasificación u organización puede muy bien hacerse antes de la recopilación de los datos.

2.6.1. Clasificación

Los datos estadísticos pueden ser clasificados en cualitativos, cuantitativos, cronológicos y geofiguras.

- **Datos cualitativos:** cuando los datos son cuantitativos, la diferencia entre ellos es de clase y no de cantidad.
- **Datos cuantitativos:** cuando los valores de los datos representan diferentes magnitudes, decimos que son datos cuantitativos.
- **Datos cronológicos:** cuando los valores de los datos varían en diferentes instantes o períodos de tiempo, los datos son reconocidos como cronológicos.
- **Datos geofiguras:** cuando los datos están referidos a una localidad geográfica se dicen que son datos geofiguras.

2.6.2. Diagrama de Ishikawa

Un diagrama de causa y efecto es la representación de varios elementos de un sistema (causas) que pueden contribuir a un problema (efecto).

Fue desarrollado en 1943 por el profesor Kaoru Ishikawa en Tokio. También es conocido como diagrama Ishikawa o espina de pescado por su parecido con el espinazo de un pez.

Es una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos.

Para la elaboración del diagrama es posible proceder de dos formas: con la primera se trata de enlistar todos los problemas identificados, tipo “lluvia de ideas”, y de esta manera intentar jerarquizar cuáles son principales y cuáles son sus causas; la otra forma consiste en identificar las ideas principales y ubicarlas directamente en los “huesos primarios” y después comenzar a identificar causas secundarias, que se ubicaran en los “huesos pequeños”, que se desprenderán todos de las ramas principales.

En el campo de la salud esta estrategia es ampliamente utilizada en el análisis de casos, ya que permite apreciar con claridad las relaciones entre una situación o problema y las posibles causas que puedan estar contribuyendo para que esto ocurra; se utiliza para visualizar una situación específica de salud como un “todo”, enriqueciendo su análisis mediante la búsqueda de mejores soluciones, modificando procedimientos, métodos o hábitos inadecuados. Esta estrategia sirve de guía para la discusión objetiva. (Bermúdez et al., 2010)

Ejemplo:

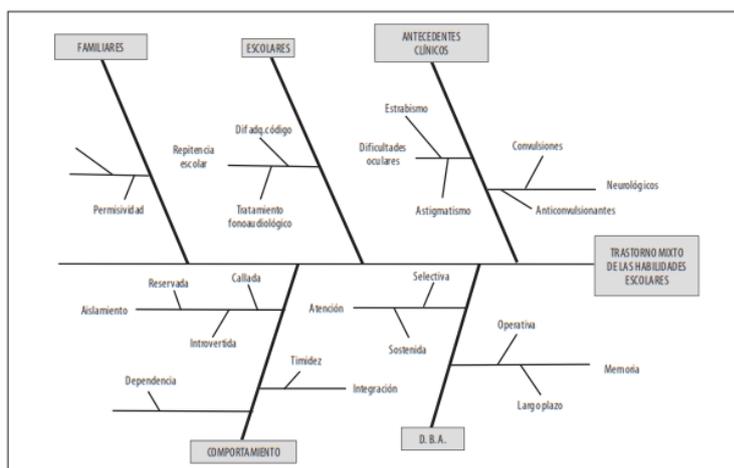


Figura 1. Diagrama de Ishikawa

Fuente: El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos, Centro de Estudios educativos, México, en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/270/27018888005.pdf>.

Elaborado por: Romero y Díaz, 2010

2.6.3. Matriz de identificación de riesgos

Un riesgo es una situación conocida, que puede ocurrir o no, y que de ocurrir, afectará a nuestra capacidad para cumplir los objetivos del proyecto (si es en negativo será un riesgo, y si es en positivo una oportunidad). Aquí es importante remarcar conocida, si no podemos definir la situación no la podemos considerar, y también el hecho de poder ocurrir, lo que implica que la gestión de un riesgo estará afectada por su probabilidad de ocurrencia.

Para identificar los riesgos, se elaborará una matriz, misma que busca identificar, cual es el producto no conforme por el que se produce el riesgo, el responsable, si se busca reducir, eliminar o mantener el mismo, el responsable y las oportunidades para el mismo. Un ejemplo de matriz de identificación de riesgos, se muestra a continuación:

Tabla 1. Ejemplo de matriz de identificación de riesgos

PROCESO	FUENTE DE RIESGO	CAUSAS	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	EVALUACIÓN DEL RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES
---------	------------------	--------	---------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	----------	-------------

Fuente: ICONTEC, ISO 9001:2015,

Elaborado por: Tamayo C., 2016

2.6.4. Indicadores y criterios para construir indicadores.

Un indicador es una herramienta cuantitativa o cualitativa que muestra indicios o señales de una situación, actividad o resultado; brinda una señal relacionada con una única información.

Cada indicador brinda información relevante y única respecto a algo: una señal que debe ser interpretada de una única manera, dado que tiene un solo objetivo.

Un indicador es un instrumento que provee evidencia de una determinada condición o el logro de ciertos resultados. Esta información puede cubrir aspectos cuantitativos y cualitativos sobre los objetivos de un programa o proyecto.

2.6.5. Pasos para construir indicadores según Armijos., 2009.

1. Establecer las definiciones estratégicas como referente para la medición

2. Establecer las áreas de desempeño relevantes a medir
3. Formular el indicador para medir el producto u objetivo y describir la fórmula de cálculo.
4. Validar los indicadores aplicando criterios técnicos
5. Recopilar los datos
6. Establecer las metas o el valor deseado del indicador y la periodicidad de la medición
7. Señalar la fuente de los datos
8. Establecer supuestos (observaciones)
9. Evaluar: establecer referentes comparativos y establecer juicios
10. Comunicar e informar el desempeño logrado.

2.6.6. Plan de mejora continua según la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación ANECA, 2015.

El plan de mejora integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

El objetivo principal del plan es desarrollar un conjunto de acciones para el seguimiento y control de las áreas de mejora detectadas durante el proceso de evaluación, en procura de lograr el mejoramiento continuo de la organización.

Para su elaboración será necesario establecer los objetivos que se proponen alcanzar y diseñar la planificación de las tareas para conseguirlos. El plan de mejoras permite:

- Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas.
- Identificar las acciones de mejora a aplicar.
- Analizar su viabilidad.
- Establecer prioridades en las líneas de actuación.
- Disponer de un plan de las acciones a desarrollar en un futuro y de un sistema de seguimiento y control de las mismas.
- Negociar la estrategia a seguir. Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.
- Motivar a la comunidad universitaria a mejorar el nivel de calidad.

2.6.7. Pasos del plan de mejora continua.

Pasos según la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación ANECA, 2015 son

- Identificar el área de mejora
- Detectar las principales causas del problema
- Formular el objetivo
- Seleccionar las acciones de mejora
- Realizar una planificación
- Llevar a cabo un seguimiento

2.7. Metodología

El presente, tiene como objetivo analizar la calidad del área de emergencia del Hospital San Francisco de Quito. Como se ha mencionado en el marco teórico, la calidad se encuentra ligada directamente con la satisfacción del paciente, por ello se ha tomado como ejemplo la perspectiva de Ware que engloba diez factores, mismos que han sido mencionados anteriormente. En base a lo mencionado se analizará el proceso de calidad de la siguiente manera:

2.7.1. Información general.

Se obtuvo de manera documental la información general del Hospital y del área de emergencia del Hospital General San Francisco de Quito.

2.7.2. Caracterización de los afiliados en el servicio de emergencia.

Se recopiló información estadística, de los pacientes que asistieron al área de emergencia durante el año 2016, en el cual se evaluaron las siguientes variables: sexo, edad y principales diagnósticos.

2.7.3. Determinación del tiempo total de estadía, en el área de emergencia y horas pico.

Tiempo de total de estadía: para determinarlo se tomó en cuenta la información registrada del tiempo de estadía de los pacientes atendidos en el área de emergencia durante los últimos 7 meses del año 2016, debido a que en los meses de enero a mayo 2016 se manejaba otro sistema llamado X-HIS, por lo que no se contaba con información completa de esos meses para realizar el análisis anual, con los datos obtenidos se evaluó el tiempo desde la validación de datos hasta el alta.

Horas pico: con la proporcionada de enero de a diciembre 2016 se verificó la/s hora/s donde ingresaron más pacientes, al servicio de emergencia.

2.7.4. Recursos disponibles (Disponibilidad de los recursos).

Para evaluar la disponibilidad de los recursos, se analizó estadísticamente el % de abastecimiento de medicamentos, de insumos de la unidad y el % de equipamiento operativo y % de reactivos disponibles en el Hospital. Se determinó la brecha a manera de porcentaje.

Se evaluó el recurso del personal y la competencia de los profesionales, en la que se verificó los profesionales que trabajan en el área, cuántos atienden en la mañana y cuántos en las noches.

Además se definieron las personas involucradas en la calidad de atención del área de emergencia. Una vez definidas las personas involucradas en la calidad de atención del área de emergencia, se determinará la importancia de cada una de ellas para mantener niveles de calidad adecuados.

2.7.5. Tiempo de espera para la atención médica.

En este punto se analizó a manera de porcentaje el tiempo que el paciente debe esperar desde que ingresa al Hospital y hasta que es atendido por el médico. Posterior se lo comparó con el tiempo determinado en triage pues ambos se encuentran estrechamente relacionados, ya que el tiempo de triage es el tiempo máximo de espera que debe tener un paciente según la prioridad, esto permitió observar que los tiempos de espera para la atención en algunos casos superaban el tiempo de atención según triage.

2.7.6. Análisis de la eficacia del servicio.

Parte de la determinación del nivel de calidad del área de emergencia tiene que ver con el análisis de eficacia, mismo que se lo realizó en base a los objetivos planteados en el año 2016 y comparados con el 2017 en el servicio de emergencia:

- *Porcentaje de pertinencia de codificación cie 10:* acrónimo de la **clasificación internacional de enfermedades, 10ª versión** correspondiente a la versión en castellano que determina el % de pertinencia en la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.
- *Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el triage Manchester:* se refiere a los profesionales que conocen y están capacitados en el triage Manchester, triage en el que se basa el Hospital es decir, el conocimiento de los enfermeros o enfermeras sobre que signos vitales son necesarios tomar en cuenta y que indica en ellos el nivel de triage del paciente.
- *Porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas:* porcentaje de pacientes que reingresan al servicio de emergencia en menos de 24 horas, debido a que no se curó la dolencia por la que acudieron anteriormente.
- *Tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911:* tiempo promedio en el que las ambulancias adscritas al 911 acuden a una emergencia.
- *Además la eficacia se midió con los pacientes realizados triage en el año 2017 y conjuntamente se analizó el tiempo de espera del paciente para la atención médica del año 2017. Estos dos aspectos fueron comparados, con el fin de determinar si existe una brecha entre el tiempo de espera y el tiempo en que según triage debía ser atendido.*
- *Finalmente se analizó la eficacia del servicio comparando la disponibilidad del año 2016 y 2017.*

Estos resultados se obtuvieron aplicando la fórmula de eficacia:

Eficacia= (resultado alcanzado*100)/resultado previsto.

Con el análisis de estos puntos se podrá definir el nivel de calidad del área de emergencia y por ende la satisfacción del paciente que se ve reflejada en los mismos.

2.7.7. Situación actual (accesibilidad del servicio de emergencia).

- Para determinar la situación actual del área de emergencia del Hospital General San Francisco de Quito, se realizó una visita al área con el fin de conocer de mejor manera la distribución física, las necesidades generales, los protocolos que maneja el área, entre otros aspectos. Además se tomaron fotos del área.
- En este punto además se evaluará si se realiza una continuidad de los cuidados, si los servicios son humanizados, como se emite la información del paciente y como es el acceso a la misma y como es el entorno terapéutico.

2.7.8. Análisis del proceso y diagrama del ciclo del servicio.

- Se determinó cual es el ciclo del servicio, y cuáles son las personas involucradas en el mismo, además se evaluaron los aspectos más relevantes que afectan la calidad del ciclo de atención al afiliado en el área de emergencia.
- Se observó y verificó los protocolos con los que cuenta el área en cuanto a la atención al paciente. Esta información nos permitió definir si el área tiene documentando cada uno de los procesos de atención a los mismos.

2.7.9. Análisis de las entrevistas realizadas al personal.

Se verificarán los puntos críticos, con entrevistas (ANEXO 1) a los encargados de cada área:

- Entrevista a jefe emergencia médico
- Entrevista a jefe de emergencia enfermería
- Entrevista a jefe de laboratorio clínico
- Entrevista a jefe del área de imagen y
- Entrevista a jefe de farmacia.

Lo cual permitirá conocer de manera más clara las causas y los riesgos que generan los inconvenientes en el área de emergencia.

2.7.10. Recopilación de observaciones.

Una vez analizados los puntos anteriores, se recopilamos las principales observaciones encontradas, lo que nos permitió clasificarlas para la posterior elaboración de un diagrama de Ishikawa.

2.7.11. Elaboración del diagrama de Ishikawa.

Mediante un diagrama de Ishikawa se determinaron los principales riesgos en base a la información recopilada anteriormente, analizó en qué aspectos se debería mejorar.

2.7.12. Elaboración de matriz de identificación de riesgos.

Se elaboró una matriz de identificación de riesgos, lo cual permitió tener un diagnóstico de la situación actual y definir las posibles acciones y oportunidades de mejora.

2.7.13. Elaboración de un plan de mejora.

Se propuso un plan de mejora para los nudos críticos y observaciones obtenidas.

Esta metodología nos permitió

- Conocer los puntos críticos que retrasan la atención en el área de emergencia del HSFQ.
- Evaluar las posibles inconsistencias (riesgos) para la atención a los afiliados en el área de emergencia.
- Crear un plan de mejora continua para el área de emergencia.

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA Y SUS PRINCIPALES PROBLEMAS

3.1. Generalidades

3.1.1. Reseña del Hospital.

El HSFQ fue creado como Hospital General, de Nivel II-5 (Acuerdo Ministerial 00001032), presta atención clínico quirúrgica de especialidades básicas y subespecialidades resolviendo patologías acorde a su cartera de servicios en respuesta a una demanda espontánea y referencias recibidas desde unidades de menor complejidad y tercer nivel, al ser parte de la Red Pública Integral de Salud. (Plan Médico Funcional HSFQ, 2014).

Fue inaugurado en el año 2011, desde aquel año la demanda por los servicios del Hospital fue incrementando, con un promedio de 11670 atenciones y consultas mensuales. (El Comercio, 2011).

El Hospital se encuentra ubicado en el barrio de Carcelén, al norte de Quito. Cuenta con 120 camas, 4 quirófanos y varios consultorios de medicina general y especialidades. (Cartera de servicios HSFQ, 2016).

3.1.2. Política de calidad del Hospital.

“Satisfacer las necesidades en salud de los usuarios, mediante atención en Hospitalización, consulta externa por especialidades y área críticas; cumpliendo con las normativa legal vigente, realizando sus prácticas diarias con profesionales que cuentan con experiencia y criterio técnico compatible, con estándares internacionales reconocidos; aplicando valores de compromiso, responsabilidad, ética y empatía, generando propuestas innovadoras y asistencia médica integral que en su conjunto ofrece al usuario del Hospital una atención segura y eficiente”. (HSFQ, 2016).

3.1.3. Misión.

Brindar servicios de salud en segundo nivel de atención, con calidad, compromiso, responsabilidad, ética y empatía, mediante profesionales calificados, moderno equipamiento tecnológico, estructura docente y mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades de los beneficiarios del IESS y del Sistema Nacional de Salud. (HSFQ, 2016).

3.1.4. Visión.

En el 2021, el Hospital General San Francisco de Quito será reconocido como líder de la red del IESS en segundo nivel de atención, brindado servicios médicos integrales y especializados a los usuarios; alineados con los avances científicos y promoviendo el desarrollo de profesionales altamente competentes. (HSFQ, 2016).

3.1.5. Valores de Hospital General San Francisco de Quito.

- Compromiso
- Responsabilidad
- Ética y empatía

3.1.6. Situación Geográfica.

El Hospital se encuentra Ubicado en la Provincia de Pichincha, misma que cuenta con 8 cantones, uno de ellos es el cantón Quito donde se encuentra el Distrito Metropolitano de Quito, capital de la República. El Hospital San Francisco de Quito se encuentra ubicado en el sector Norte de la Capital, en el barrio Carcelén, en la Av. Jaime Roldós Aguilera 40554 y Juan Ramón Jiménez. Además del Hospital San Francisco de Quito. En esta zona se han asentado varias instituciones educativas, así como centros comerciales lo que ha fomentado el desarrollo de transporte público. (Moyón, 2014).

3.1.7. Áreas del Hospital y cartera de servicios.

El Hospital cuenta con las siguientes áreas (Cartera de servicios Hospital San Francisco de Quito, 2016):

- Área Administrativa
- Área financiera
- Área de mantenimiento
- Área de docencia
- Área de Talento Humano
- Emergencia 24 horas
- Emergencia pediátrica
- Emergencia Gineco-obstétrica
- UCI- Unidad de Cuidados Intensivos
- Neonatología
- Laboratorio clínico 24 horas
- Laboratorio patológico 8 horas
- Imagenología 24 horas
- Farmacia 24 horas
- Medicina transfuncional 24 horas
- Endoscopia 8 horas
- Procedimientos médicos 8 horas

- Curaciones 12 horas, yesoso 8 horas
- Clínica de heridas 8 horas
- Hospitalización 128 camas
- Consulta externa:
 - Anestesiología
 - Cardiología
 - Cirugía Vascular
 - Dermatología
 - Endocrinología
 - Gastroenterología
 - Gineco-obstetricia
 - Medicina familia
 - Medicina interna
 - Neonatología
 - Neumología
 - Neurología
 - Nutrición
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
 - Pediatría
 - Psicología
 - Traumatología
 - Urología

3.1.8. Estructura orgánica del Hospital San Francisco de Quito.



ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

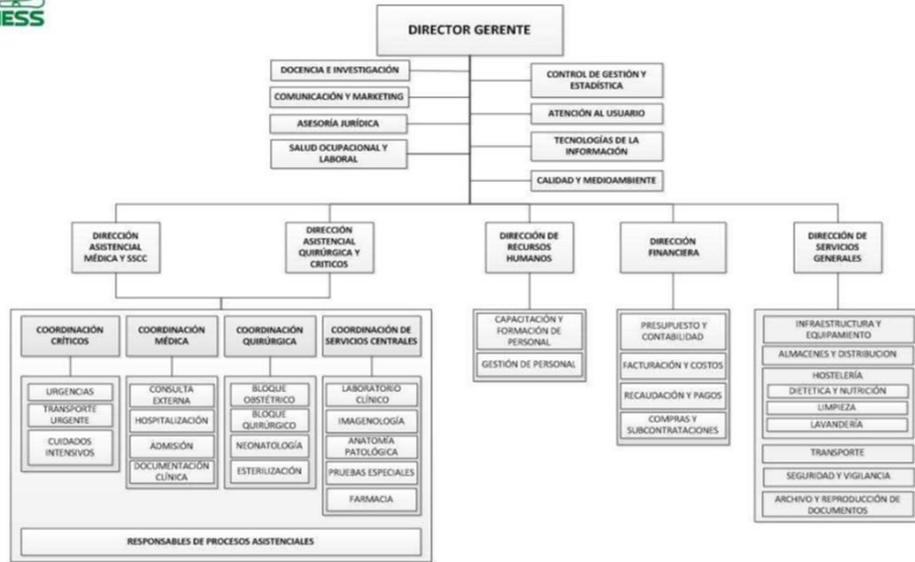


Figura 2. Estructura Orgánica del Hospital San Francisco De Quito

Fuente: Página web Hospital San Francisco, 2012

Elaborado por: Hospital General San Francisco de Quito, 2012

3.2. Descripción general del área de emergencia

3.2.1. Área de emergencia.

El área de emergencia según Moyón 2014, encuentra ubicada al noroccidente de la edificación que da a la avenida Jaime Roldós Aguilera, brinda las facilidades, tanto en lo que concierne al arribo de vehículos particulares como ambulancias que trasladan pacientes de emergencia o urgentes hacia el Hospital.

La entrada al Servicio de Emergencias está bien diferenciada y señalada, es independiente del acceso general del Hospital, para que no exista interferencia entre ambas circulaciones, su ubicación se encuentra en una zona diferenciada del resto del Hospital, esto brinda comodidad tanto para el traslado de camillas, como para la espera de pacientes y familiares.

Consta de las siguientes áreas:

- Sala de espera: Ubicada a la entrada del área de emergencia. Es un sitio confortable de 140 m², con espacio suficiente para la presencia esperada de personas. Posee asientos y baños indispensables para la espera.

- Área de admisión y Triage: Se ubica próxima al área de emergencia, registra el ingreso de pacientes tanto ambulatorios, así como los que son trasladados por los servicios de ambulancias sean estas de servicio público o privado, el ingreso lo realiza tanto a pacientes adultos pediátricos así también de pacientes que requieren de atención gineco- obstétrica esta área dispone de los metros cuadrados suficientes para albergar personal que cumpla con esta función y se encuentra equipada adecuadamente, además también cuenta con una sala de espera.
- Triage: A través de un breve interrogatorio dirigido, basado en el motivo de consulta, el paciente es categorizado en esta área que consta de dos cubículos, una vez realizado el Triage el paciente puede ser derivado al área de atención que le corresponde, el triage está diferenciado para la atención de los pacientes.
- Central de Seguridad: Otro subsector a compartir el espacio físico de la urgencia es el servicio de seguridad este no puede permanecer en un espacio aparte, separado de la actividad Hospitalaria de veinticuatro horas, los servicios de urgencias atienden, entre su población normal, a los pacientes potencialmente peligrosos, violentos y psiquiátricos en crisis. Ante la concurrencia de víctimas múltiples, especialmente en caso de accidentes, el personal de seguridad colabora en la organización y el ordenamiento de la atención.
- Depósito de elementos de transporte: Camillas, sillas de rueda, está ubicada en un área específica, a la entrada de los cubículos de emergencia.
- Áreas de atención de pacientes: Los espacios de atención en emergencia se los puede agrupar, en dos sectores el primero (emergencia A) con una zona de consultorios seis (6) para atención de pacientes ambulatorios prioridades más bajas de acuerdo al triage, y el segundo sector la (emergencia B) para pacientes que ingresen con prioridad 1,2,3, de acuerdo a la complejidad que estableció el triage ,esta cuenta con, salas de reanimación (“shock-rooms”), área de observación de pacientes, área de infectados y área de yesos y suturas.
- Sala de aislados: En número de dos (2) cuenta con ductos de aire con presión negativa, en estas se encuentran pacientes que requieren aislamiento , como medida

de bioseguridad tanto para el personal que labora en emergencia tanto para el paciente

- Sala de yesos y suturas: Cuatro (4) espacios atención de pacientes estables que requieren de suturas de heridas no complicadas o colocación de yesos, dispone de porta sueros fijos en los techos, camilla móvil con barandas, tomas de aro en la pared para suministro de (oxígeno, aire comprimido, succión).
- Áreas para personal: El personal que labora en emergencia, médicos, paramédicos, internos, que comparten muchas horas de trabajo en una actividad tan exigente y “estresante”, requiere de áreas de reunión y descanso, en lo posible no alejadas de las de atención de pacientes. Las más importantes son: Personal médico: Vestuario: con lavamanos, ducha, baño, más cancelas suficientes para los profesionales que laboran en el área de emergencia.
- Sala de informes- Estar medico: Donde un profesional brinda los informes necesarios, así como este se convierte en un espacio para intercambiar ideas y comentarios con los colegas y estudiantes que realizan las pasantías por nuestra institución.
- Estación de Enfermería: Espacio amplio de 30 metros cuadrados con cuatro accesos y de localización central en la emergencia, que permita controlar todas las áreas de emergencia
- Áreas de apoyo: Medicación. Lencería. Bodega fungible. Bodega de material. Deshechos intermedios.
- Áreas administrativas auxiliares: Comprenden los espacios destinados a despachos de Jefatura de Servicio, y Secretaría.

3.2.2. Emergencia pediátrica HSFQ.

La Emergencia Pediátrica del Hospital San Francisco de Quito tiene un área de 400 metros cuadrados. Consta de un área de recepción y admisión común para toda la emergencia, en donde se realiza la toma de datos, luego de lo cual el paciente pasa al área de triage con

una dimensión de 12 mts². Se realiza anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, en caso de requerir exámenes complementarios, estos se solicitan, y los pacientes esperan en la sala de espera destinada para este propósito. Los pacientes con prioridad 1 y 2 pasan directamente al área de críticos, en número de 2 de 12 mts² cada uno

La Sala de procedimientos para pequeños procedimientos urgentes, curaciones, suturas, yesos, con un área de 12mts², con 2 camillas de examen,

La Sala de inhaloterapia de 16 mts², para realización de terapia respiratoria a los pacientes, cuenta con 5 sillones reclinables, tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión. Una estación de enfermería de 20mts², central, con 1 área para enfermería, 1 área para computadores para médicos.

Área de almacenaje de material limpio y preparación de 4mts² y un área de lavado y almacén de material sucio

Servicios higiénicos para pacientes, diferenciados hombres y mujeres, ambos con 1 para discapacidad, una batería en el área de atención y una en el área de observación.

3.2.3. Emergencia de Gineco – Obstetricia.

Dos cubículos destinados para Consulta de Triage de Emergencias Gineco – Obstétricas, el tercer cubículo es destinado a monitoreo fetal, y cuenta con área de ecógrafo.

3.2.4. Unidad de Terapia Intensiva Adultos.

La UTI es una unidad o un servicio independiente que funciona como unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes. Las características del personal médico, de enfermería y del resto del personal sanitario, el equipamiento técnico.

La emergencia funciona 24 horas, con apoyo de las área de farmacia, y rayos x, mismos que intervienen a su vez en procesos importantes para la atención adecuada al afiliado.

3.3. Proceso de atención en emergencia

3.3.1. Validación de datos.

El paciente a ser atendido en emergencia debe presentar su cédula, para validar su afiliación en el sistema.

3.3.2. Protocolo de triage.

Una vez validado, se procede al triage, que es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

En el HSFQ la atención se basa en el sistema de triage Manchester (mts), de sus siglas en inglés **MANCHESTER TRIAGE SYSTEM**, es un sistema fundamental del manejo de riesgo clínico en los servicios de urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, utilizando como apoyo escalas de Glasgow y Eva, se le asigna al paciente un nivel de prioridad de atención.

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. Se puede utilizar escalas del dolor, Glasgow, grado de deshidratación, gravedad clínica, disnea, hipotensión, hipertensión, taquicardia, bradicardia, bradipnea, taquipnea, fiebre (niños).

3.3.3. Tabla de triage (protocolo de triage emergencia HSFQ, 2016).

Tras la clasificación del paciente el personal de triage debe decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. (Cuarto crítico prioridad 1) (Observación prioridad 2), (Consulta rápida prioridad 3) (Dispensarios 4) (Dispensarios y/o call center 5), atención en consulta rápida siempre aclarando que su atención puede demorarse acorde a demanda y complejidad de pacientes.

Tabla 2. Nivel de emergencia según triage

Nivel	1	2	3	4	5
Clasificación	Crítico	Emergencia	Urgencia	Poco urgente	No urgente
Color	Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul
Tiempo de espera	Atención inmediata	Puede demorar 10' o 15'	Puede demorarse 1h.	Enviar al dispensario más cercano o atención a las 2 horas	Enviar al dispensario más cercano o atención a las 4 horas
Concepto	Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en cuarto crítico.	Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital.	Requiere medidas diagnósticas y terapéuticas, debe ser asistido en el área de emergencia, aunque no en el área de reanimación, en principio.	Requerimiento de pruebas diagnósticas o terapéuticas en el marco del día de la consulta, merece ser resuelto en el propio día en un dispensario.	Refiere a situaciones no urgentes de tipo crónico, sin riesgo para el paciente. Se pueden derivar a dispensario de salud o call center.
Distribución	Protocolo de actuación en pacientes críticos alertar al el personal del área de observación	Protocolo de actuación en pacientes críticos alertar al el personal del área de observación	Según su gravedad va a observación de adultos o pediátrico de acuerdo a la necesidad.	Consulta general o en dispensario de salud	Consulta general o en dispensario de salud Call center (asignación de turnos, medicación habitual)

Fuente: protocolo de triage emergencia HSFQ, 2016

Elaborado por: Licenciados de enfermería, servicio de Emergencia, 2016

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester) |
Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Figura 3. Clasificación de emergencia según Manchester

Fuente: Página IESS, en línea: <https://www.iess.gob.ec>.

Elaborado por: IESS

De ser necesario se solicitarán exámenes para posterior valoración.

3.4. Valoración de las necesidades

Una vez definido el nivel de emergencia del paciente, el médico del área dispondrá el procedimiento a aplicar en el paciente es decir se valorará la necesidad del mismo, sea este: transferencia a una unidad de atención Nivel I o a un Nivel III, solicitud de exámenes, etc. Dependiendo el caso particular de cada paciente.

3.5. Planeación de la atención

Una vez valoradas las necesidades del paciente, se planificará cuál será la atención a brindar: operación, Hospitalización, cuidados críticos o simplemente el tratamiento.

3.6. Tratamiento:

El médico procede a envía la medicación necesaria y define el tratamiento más adecuado para el paciente.

3.7. Evaluación y alta

Después de la finalización del tratamiento el médico evalúa si el paciente debe ser dado de alta, o si debe seguir con el tratamiento.

3.8. Resumen proceso de atención en el área de emergencia

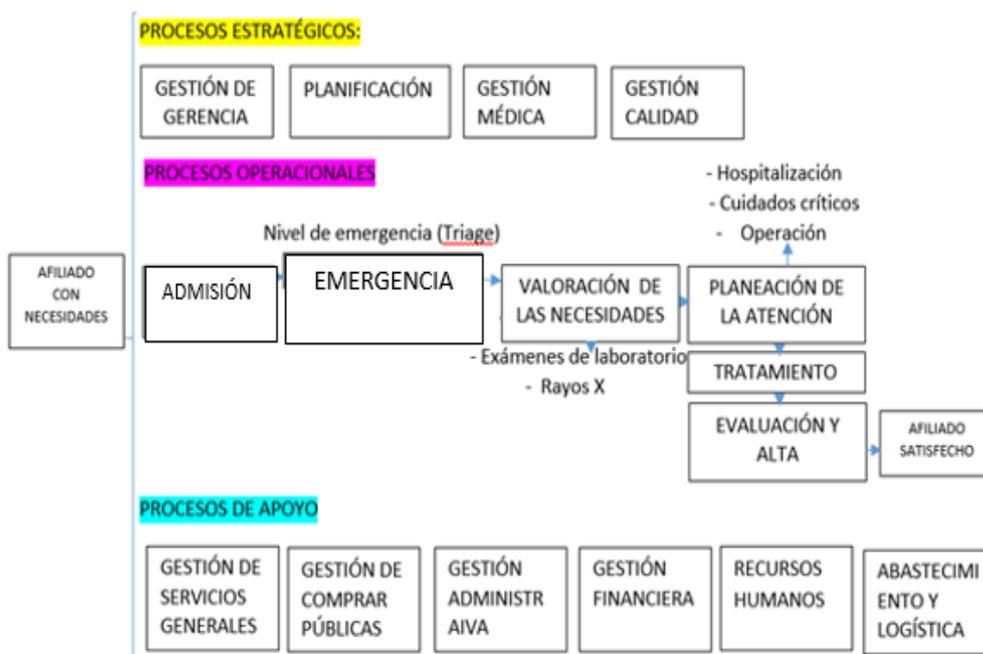
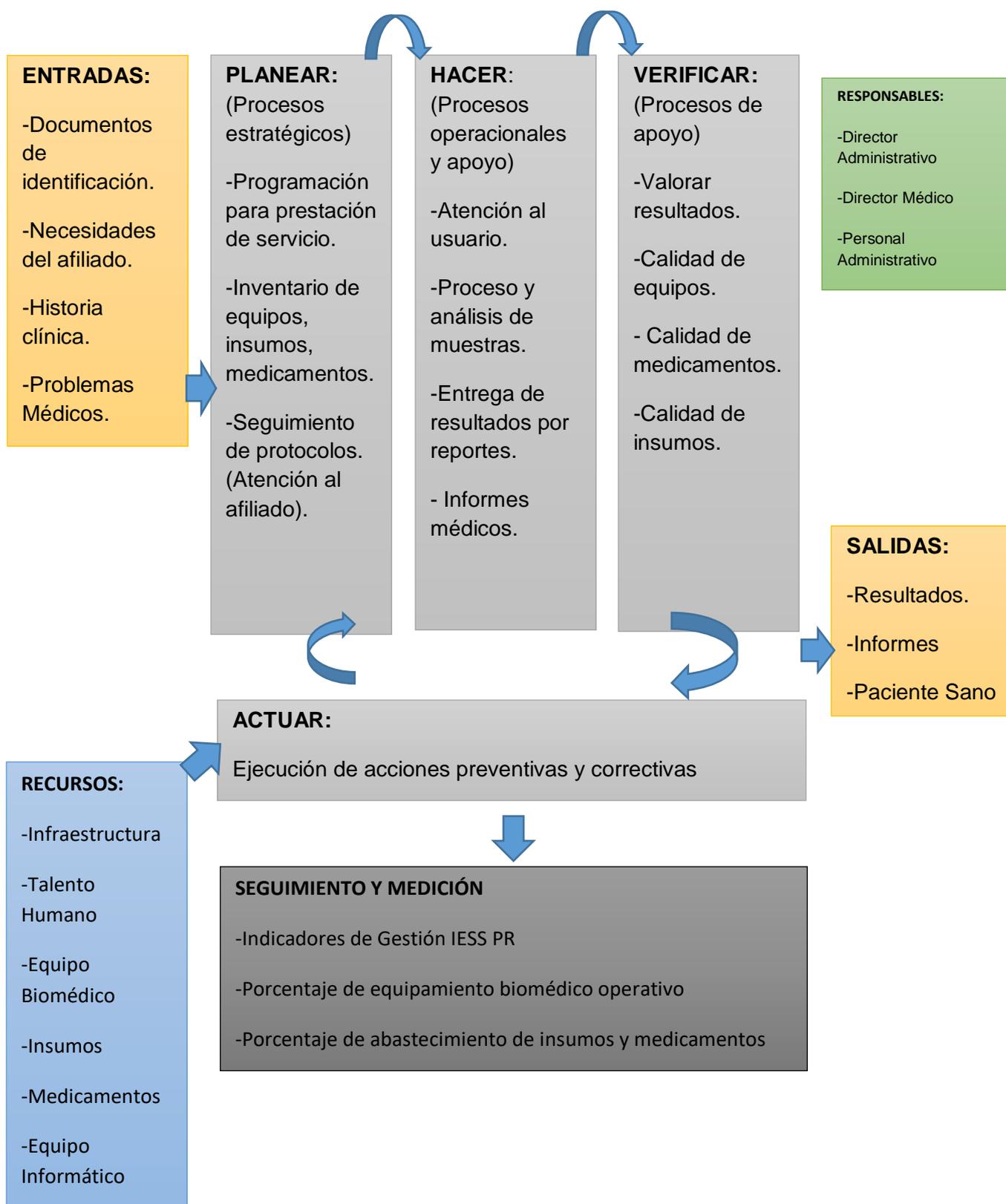


Figura 4. Proceso de atención en Emergencia

Elaborado por: Belén Quintero

Fuente: Belén Quintero

3.8.1. Interrelación de los procesos (entradas, salidas, recursos, responsable, medición, etc.).



3.9. Datos estadísticos de pacientes atendidos en el área de emergencia en el año 2016

Tabla 3. Total de pacientes atendidos en emergencia año 2016

Mes	Cantidad de pacientes atendidos en emergencia- año 2016
Enero	12102
Febrero	11586
Marzo	11723
Abril	10514
Mayo	10294
Junio	10728
Julio	9308
Agosto	9041
Septiembre	8793
Octubre	9713
Noviembre	9788
Diciembre	9795
Total general	123385

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

En la tabla anterior se muestra el total de pacientes atendidos en el área de emergencia durante el año 2016, mismos que fueron 123385 pacientes, los cuales fueron atendidos en las diferentes área de emergencia/urgencia, siendo en su mayoría atenciones de emergencia general y urgencias pediátricas. En la misma tabla se detalla que el mes de mayores atenciones fue el mes enero con 12102 atenciones. Cabe mencionar que a partir del mes de junio las atenciones se empezaron a registrar en el sistema AS400, los meses anteriores se registraron el sistema X-HIS.

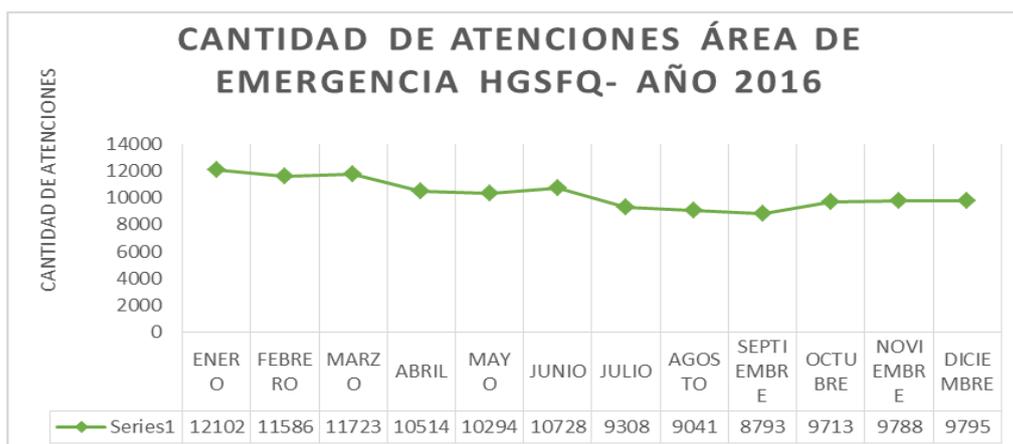


Figura 5. Cantidad de atenciones área de emergencia HSFQ- año 2016

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el figura las mayores atenciones se registraron en el mes de enero de 2016 y van en su mayor parte disminuyendo con el paso de los meses, con ligeras variaciones.

3.10. Grupo etario

Tabla 4. Grupo etario

Edades	Cuenta de grupo etario
De 1 a 11 meses	5062
De 1 a 14 años	37469
De 15 a 40 años	48794
De 41 a 60 años	18174
De 61 y mas	13596
Menor de 1 mes	108
Menor de un mes	182
Total general	123385

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero



Figura 6. Grupo etario

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en la tabla y figura superior el principal grupo etario es entre los 15 y 40 años, en el año 2018 se atendieron 48794 pacientes entre estos rangos de edades

3.11. Dato de sexo de pacientes

Tabla 5. Pacientes atendidos-sexo

Sexo	Cantidad de pacientes
Femenino	70077
Masculino	53308
Total general	123385

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el cuadro anterior más de la mitad de los pacientes atendidos en el año 2016 son mujeres, con un total de 70077 mujeres atendidas comprendidas en todos los rangos de edades.

3.12. Principales diagnósticos año 2016

Tabla 6. Principales atenciones en el área de emergencia por diagnóstico

Diagnóstico	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8287	6,7 %
Rinofaringitis aguda	6546	5,3 %
Dolor abdominal y pélvico	6395	5,2 %
Faringitis aguda	5891	4,8 %
Amigdalitis aguda	5823	4,7 %
Supervisión de embarazo normal	3709	3,0 %
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3586	2,9 %
Supervisión de embarazo de alto riesgo	3371	2,7 %
Cefalea	1690	1,4 %
Dolor abdominal localizado en parte superior	1518	1,2 %
Nausea y vomito	1239	1,0 %
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1119	0,9 %
Neumonía organismo no especificado	1063	0,9 %

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

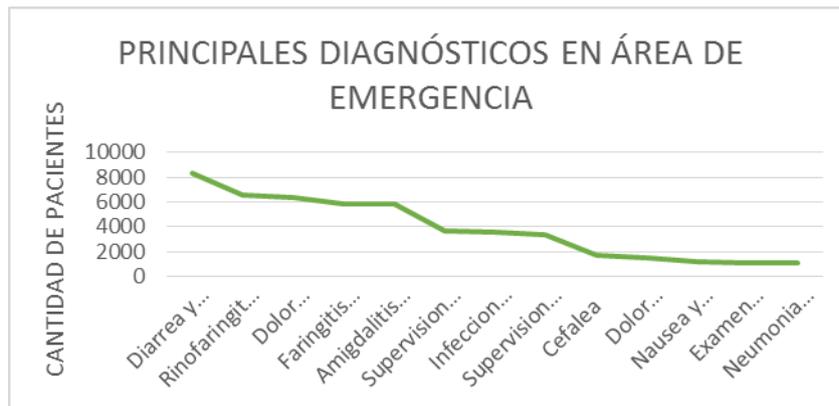


Figura 7. Principales diagnósticos en área de emergencia

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

En la tabla anterior, se detallan los diagnósticos más comunes del área de emergencia en el año 2016, entre ellos: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinofaringitis aguda, dolor abdominal y pélvico, faringitis, entre otros.

3.13. Determinación del tiempo total de estadía en el área de emergencia:

Tabla 7. Tiempo total de estadía en emergencia

Horas estadía	Total
0:01-1:00	11987
1:01-2:00	10385
2:01-3:00	8622
3:01-4:00	8181
4:01-5:00	7410
5:01-6:00	5782
6:01-7:00	3938
7:01-8:00	2551
8:01-9:00	1846
9:01-10:00	1317
10:01-11:00	956
11:01-12:00	649
12:01-13:00	568
13:01-14:00	481
14:01-15:00	391
15:01-16:00	270
16:01-17:00	308
17:01-18:00	264

18:01-19:00	247
19:01-20:00	212
20:01-21:00	230
21:01-22:00	213
22:01-23:00	177
23:01-00:00	181
Total	67166

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

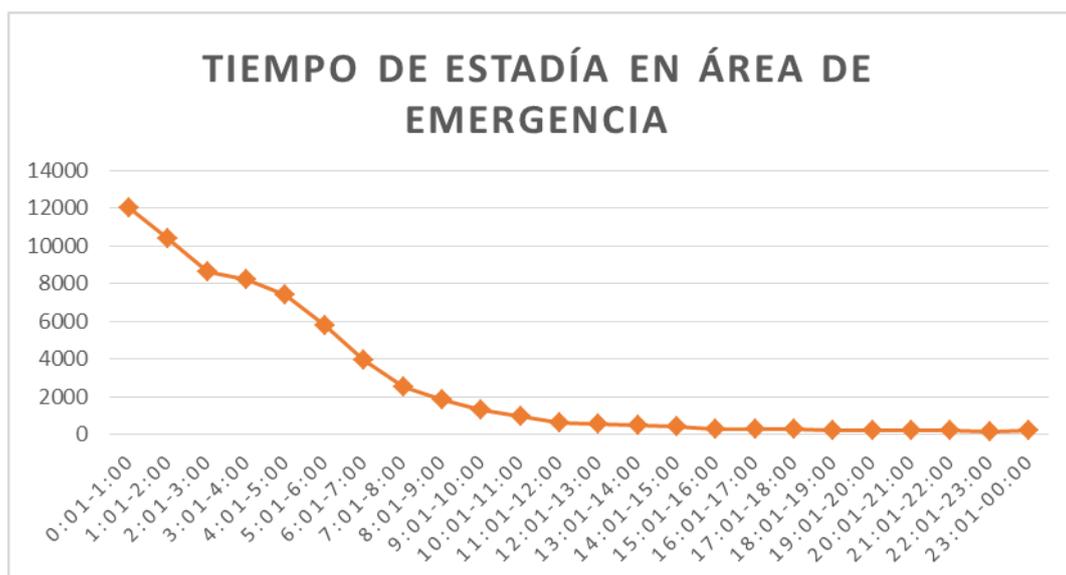


Figura 8. Tiempo de estadía en área de emergencia

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Para determinar el tiempo de estadía, se tomó información de los últimos 7 meses del año 2016, en base a ello se puede verificar que el mayor porcentaje de estadía se registra entre 1 y 2 horas de atención, desde que el paciente se califica como afiliado o no.

3.14. Horas pico en emergencia

Tabla 8. Horas pico en emergencia

Hora de ingreso	Total de pacientes
0:01-1:00	776
1:01-2:00	2149
2:01-3:00	1872

3:01-4:00	1813
4:01-5:00	1875
5:01-6:00	2263
6:01-7:00	4260
7:01-8:00	6631
8:01-9:00	8716
9:01-10:00	8848
10:01-11:00	8812
11:01-12:00	8551
12:01-13:00	6849
13:01-14:00	5754
14:01-15:00	6306
15:01-16:00	6396
16:01-17:00	6100
17:01-18:00	6028
18:01-19:00	5754
19:01-20:00	4485
20:01-21:00	4773
21:01-22:00	4130
22:01-23:00	2973
23:01-00:00	1587
Blanco	5684
Total	123385

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero



Figura 9. Horas pico en emergencia

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el figura y tabla anterior, las principales horas pico, es decir las horas en que acuden a ser atendidos en su mayoría los pacientes al área de emergencia son entre las 08:00 y 12:00 del día. Son en estas horas donde se necesita más personal.

3.15. Disponibilidad de los recursos:

Según menciona el plan anual terminado del año 2016, la disponibilidad de recursos en cuanto a medicamentos, insumos, reactivos y equipamiento se vio reflejada de la siguiente manera:

3.15.1. Disponibilidad de recursos año 2016

Tabla 9. Disponibilidad de Recursos año 2016

2016	Meta	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	1	0,9333	0,9667	0,9767	0,97	0,9633	0,9767	0,7233	0,7933	0,7933	0,72	0,7433	0,7533	0,8594
	100%	93,33 %	96,67 %	97,67 %	97%	96,33 %	97,67%	72,33 %	79,33 %	79,33 %	72%	74,34 %	75,33 %	85,94%
Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	1	0,9939	1,0000	1,0000	0,9326	0,9827	1,0815	0,9900	0,9465	0,8832	0,9973	0,9780	0,9441	0,9775
	100%	99,39 %	100%	100%	93,26 %	98,27 %	108,15 %	99%	94,65 %	88,32 %	99,73 %	97,80 %	94,41 %	97,75%
Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	0,85	0,8980	0,8745	0,8588	0,6280	0,6087	0,8502	0,8502	0,9135	0,9464	1,0000	0,9429	0,9464	0,8590
	100%	105,64	102,88	101,04	73,88	71,61	100,02	100,02	107,47	111,34	117,65	110,93	111,34	101,15 %
Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	1,0000							0,4775	0,4975	0,7650	0,7625	0,7325	0,7250	0,6600
	100%							47,75 %	49,75 %	76,50 %	76,25 %	73,25 %	72,50 %	66,00%
Porcentaje de equipamiento médico operativo	1	0,9824	0,9824	0,9824	0,9806	0,9806	0,9859	0,9874	0,9874	0,9916	0,9944	0,9944	0,9944	0,9870
	100,00 %	98,24 %	98,24 %	98,24 %	98,06 %	98,06 %	98,59%	98,74 %	98,74 %	99,16 %	99,44 %	99,44 %	99,44 %	98,70%

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el cuadro anterior en el año 2016, la mayor brecha se vió reflejada en el porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo con 85,94% y en el porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo con un 66%.

3.15.2. Disponibilidad de recursos año 2017

Tabla 10. Disponibilidad de recursos año 2017

2017	Meta	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	1	0,7867	0,7667	0,7667	0,7267	0,7	0,67	0,76	0,7667	0,8667	0,8837	0,903	0,9208	0,7931
	100%	78,67%	76,67%	76,67%	72,67%	70,00%	67,00%	76,00%	76,67%	86,67%	88,37%	90,30%	92,08%	79,31%
Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	1	0,8574	0,9247	0,9540	0,9187	1,0905	0,8866	0,8443	0,8426	0,8398	0,8722	0,8410	0,8256	0,8915
	100%	85,74%	92,47%	95,40%	91,87%	109,05%	88,66%	84,43%	84,26%	83,98%	87,22%	84,10%	82,56%	89,15%
Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	0,85	0,7857	0,8705	0,9018	0,8482	0,7746	0,7867	0,7768	0,9018	0,8929	0,7946	0,9196	0,9821	0,8527
	100%	92,44	102,41	106,09	99,79	91,13	92,55	91,39	106,09	105,05	93,48	108,19	115,54	100,35%
Porcentaje promedio de dispositivos	1,0000	0,7543	0,9314	0,9274	0,9006	0,8368	0,8418	0,9173	0,9107	0,9075	0,9100	0,9350	0,9875	0,8967
	100%	75,43%	93,14%	92,74%	90,06%	83,68%	84,18%	91,73%	91,07%	90,75%	91,00%	93,50%	98,75%	89,67%

médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo															
Porcentaje de equipamiento médico operativo	1	0,9940	0,9940	0,9958	0,9902	0,9902	0,9902	0,9902	0,9902	0,9906	0,9906	0,9967	0,9957	0,9967	0,9929
	100,00 %	99,40%	99,40%	99,58 %	99,02%	99,02%	99,02 %	99,02 %	99,06 %	99,06%	99,67%	99,67%	99,57 %	99,67%	99,29%

Fuente: Matriz Emergencias 2017 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el cuadro anterior en el año 2017, la mayor brecha se vió reflejada en el porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo con 79,31%, porcentaje de exámenes entregados oportunamente con 89,15% y en el porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo con un 89,67%.

En cuanto a disponibilidad del personal, se menciona a continuación:

3.16. Personal área de emergencia

El personal que labora se encontraba distribuido de la siguiente manera:

- 6 enfermeras/ros en el día
- 6 enfermeras/ros en la noche
- 13 auxiliares de enfermería en el día
- 12 auxiliares de enfermería en la noche
- 1 médico tratante de emergencia
- 1 médico tratante de pediatría
- 3 médicos generales en el día

- 3 médicos generales en la noche
- 3 médicos posgradistas de pediatría en el día
- 2 médicos posgradistas de pediatría en la noche
- 11 paramédicos

Se puede determinar que la distribución anterior es adecuada, pues hay más personal en las horas pico que como se detalló anteriormente es entre la 8:00 y 12:00 am, es decir en horas de la mañana.

3.17. Situación actual del área de emergencia (Visita al área de emergencia)

Con fecha 01 de diciembre se realiza una visita al área de emergencia, con el fin de conocer las áreas, el espacio físico, el personal que labora en el área y las necesidades de la misma.

Se pudo constatar que en cuanto a infraestructura el área se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Tabla 11. Detalle área de emergencia

FECHA 1/12/2017	ÁREA DE EMERGENCIA HOSPITAL SAN FRANCISCO		
CONSULTORIOS DE ATENCIÓN			
N#	Consultorios	Observaciones	
1	Pediatría	Consultorio de observación	
2	C. General	Consultorio de observación	
3	C. General	Consultorio de observación	
4	C. General	Consultorio de observación	
5	Pediatría	Consultorio de observación	
6	Pediatría	Consultorio de observación	
	Esta área dispone de un baño		
N#	Aislamiento	N# camillas	Observaciones
1	Aislamiento	1	
2	Aislamiento	2	
N#	Suturas	N# camillas	Observaciones

1	Suturas	1	
2	Suturas	2	
Cubículos			
N#	Emergencias	N# camillas	Observaciones
1	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
2	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
3	Crítico (1)	1	Cubículo adulto
4	Crítico (2)	2	Cubículo adulto
5	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
6	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
7	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
8	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
9	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
10	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
11	Cubículo de emergencia	1	Cubículo adulto
12	Cubículo de emergencia		Cubículo adulto
	Esta área dispone de un baño		
N#	Pediatría	N# camillas	Observaciones
1	Cubículo de emergencia	1	Cubículo pediatría
2	Cubículo de emergencia	1	Cubículo pediatría
3	Cubículo de emergencia	1	Cubículo pediatría
4	Cubículo de emergencia	1	Cubículo pediatría
5	Cubículo de emergencia	1	Cubículo pediatría

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Cabe señalar que el área de atención de emergencias ginecológicas, es en el área de gineco-obstetricia, por los que los pacientes son atendidos directamente en esta área.

En la visita realizada se observó que en el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo;

Además el espacio físico del área de emergencia se encuentra al límite, por lo según mencionan los coordinadores no es posible aumentar la plantilla de profesionales de salud en la misma.

3.18. Imágenes área de emergencia



Figura 10. Área de emergencia

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

3.19. Diagrama del proceso de emergencia

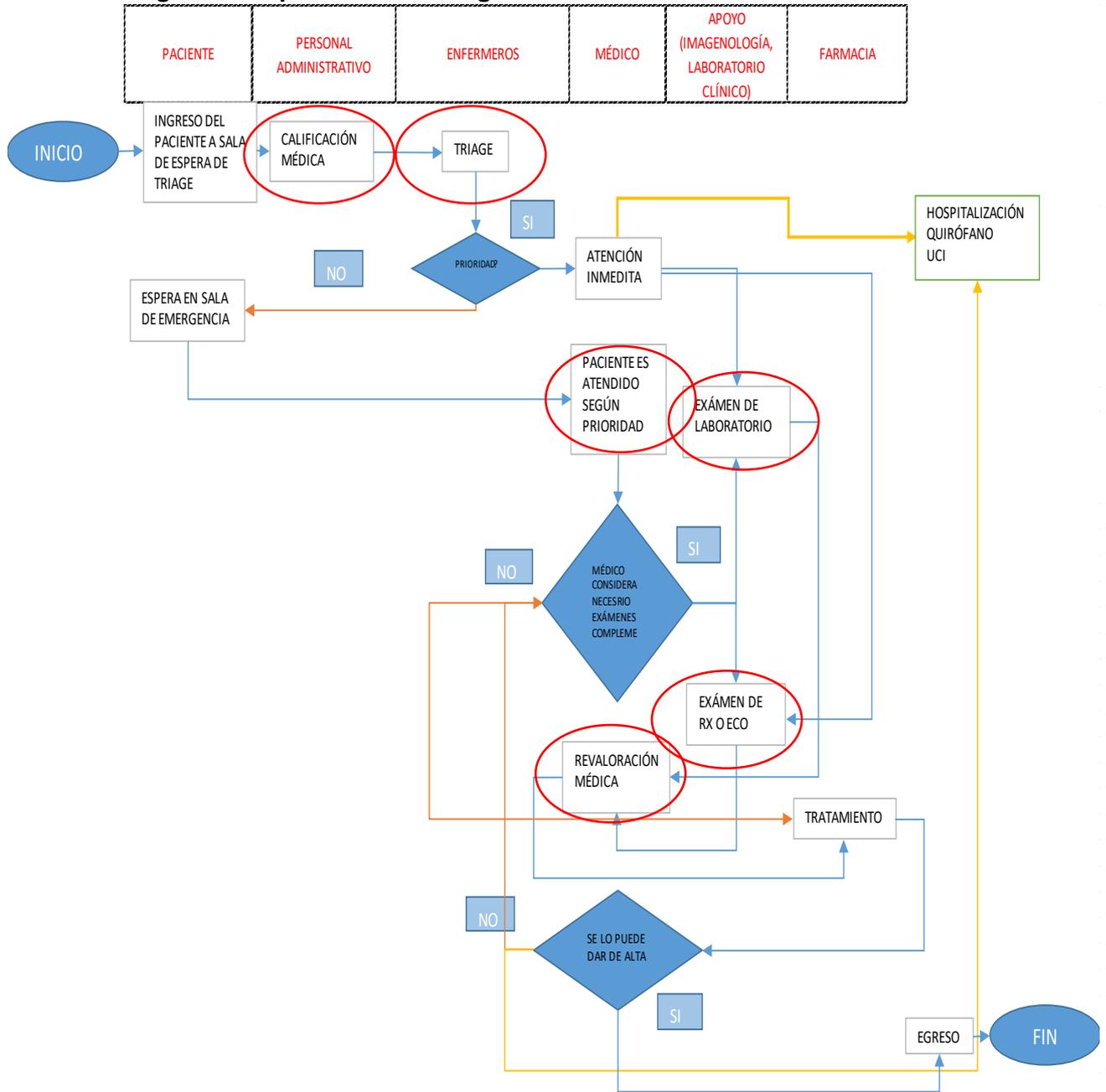


Figura 11. Diagrama del proceso de emergencia

Fuente: Matriz Emergencias 2016 HSFQ

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 12. Momentos críticos de verdad

Momentos críticos de verdad	Observaciones importantes
Calificación médica	
Triage	Desconocimiento de la demora de tiempo en los afiliados (triage)
Atención médica: prioritaria o dependiendo de triage	Falta de personal
Servicios de apoyo: Rayos x, laboratorio, farmacia	Filas en horas pico

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

En este punto se determinó que la accesibilidad al servicio de emergencia, como se menciona en el figura anterior comienza con la calificación de atención médica, sin embargo pacientes de emergencias nivel 1 son atendidos así no tengan afiliación al IESS. Como observaciones importantes se encontró: el desconocimiento de la demora en los tiempos de los afiliados (triage), falta de personal y filas en horas pico en emergencia y área de apoyo.

3.20. Personal involucrado en la calidad del proceso de emergencia:

Del proceso mencionado anteriormente se puede definir que existe personal de salud que se encuentra directamente involucrado con el área de emergencia, como se señala a continuación:

- Personal médico: médicos generales, médicos emergenciólogos, médicos pediatras
- Personal de enfermería: Lic. En enfermería, auxiliares de enfermería
- Personal de atención al paciente: personal de admisión y calificación médica
- Personal de farmacia: auxiliares de farmacia, bioquímicos
- Personal de laboratorio: médicos patólogos, Lic. en laboratorio clínico, auxiliares de laboratorio
- Personal de área de imagenología: médicos Imagenólogos, auxiliares de imagenología
- Personal administrativo: secretarías

Una vez definidas las personas involucradas en la calidad de atención del área de emergencia, se puede determinar que quienes mayor importancia tienen para mantener los

niveles óptimos de calidad en el área es el personal de salud, que labora directamente en la misma, pues son quienes brindan la atención primaria al paciente, es decir:

- Médicos emergenciólogos, generales y pediatras del área de emergencia,
- Licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería.

3.21. Revisión de protocolos:

Además se solicitó los protocolos con los que cuenta el área, los mismos se mencionan a continuación:

- Protocolo de toma de muestras de sangre
- Protocolo sonda nasogástrica
- Protocolo de aseo de cavidades del paciente
- Protocolo de valoración Glasgow
- Protocolo de triage
- Protocolo de traslado al paciente con escala
- Protocolo de traslado de paciente a Hospitalización
- Protocolo de recepción de paciente crítico
- Protocolo para estudios tomográficos
- Protocolo para estudios imagenológicos
- Protocolo de aseo
- Prácticas bombas de infusión

Cada uno de los protocolos con los que cuenta el área, tiene información necesaria, como: definiciones, objetivos, responsables, procedimientos, y entre otros temas que facilitan al personal el seguimiento de los mismos, con la revisión de protocolos se pudo verificar que se maneja adecuadamente la calificación de derecho, toma de signos vitales, evaluación médica en emergencia, entrega de exámenes médicos (de ser el caso), diagnóstico y tratamiento a seguir.

3.22. Determinación de la calidad actual del proceso del área de emergencia:

Una vez realizada la visita en el área de emergencia, se pudo determinar que si bien el área maneja protocolos estandarizados y cuenta con infraestructura limpia y personal capacitado, existen ciertas observaciones que estarían provocando inconvenientes en la calidad del proceso del área de emergencia, como son:

- **De los 11 paramédicos 4 trabajan con el ecu 911 sin embargo son pagados con fondos del Hospital, mismos que no brindan aporte al Hospital.**
- **En el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo; se debería contar con un mínimo de 5 enfermeras para que los 2 cubículos de triage estén habilitados los 365 días al año.**
- **El espacio físico del área de emergencia se encuentra al límite, por lo que no es posible aumentar la plantilla de profesionales de salud en la misma.**
- **El desconocimiento de la demora en los tiempos de los afiliados (triage),**
- **falta de personal**
- **Filas en horas pico en emergencia y área de apoyo.**

3.23. Análisis de la eficacia del servicio

Como se mencionó en la metodología se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

- *Porcentaje de pertinencia de codificación cie 10:* acrónimo de la **clasificación internacional de enfermedades, 10ª versión** correspondiente a la versión en castellano determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad
- *Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el triage Manchester:* se refiere a los profesionales que conocen y están capacitados en el triage Manchester, triage en el que se basa el Hospital es decir, el conocimiento de los enfermeros o enfermeras sobre que signos vitales son necesarios tomar en cuenta y que indica en ellos el nivel de triage del paciente.
- *Porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas:* porcentaje de pacientes que reingresan al servicio de emergencia en menos de 24 horas, debido a que no se curó la dolencia por la que acudieron anteriormente.
- *Tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911:* tiempo promedio en el que las ambulancias adscritas al 911 acuden a una emergencia.

- Además la eficacia se midió con los pacientes realizados triage en el año 2017 y conjuntamente se analizó el tiempo de espera del paciente para la atención médica del año 2017. Estos dos aspectos fueron comparados, con el fin de determinar si existe una brecha entre el tiempo de espera y el tiempo en que según triage debía ser atendido.
- Finalmente se analizó la eficacia del servicio comparando la disponibilidad del año 2016 y 2017.

Estos resultados se obtuvieron aplicando la fórmula de eficacia:

$$\text{Eficacia} = (\text{resultado alcanzado} * 100) / \text{resultado previsto.}$$

3.24. Análisis de eficacia año 2016

Indicador	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Porcentaje general
0,95	1	1	1	1	1	1	0,8182	1	1	0,8698	0,9565	0,913	0,963125
Porcentaje de pertinencia de codificación cie 10	105,263%	105,263%	105,263%	105,263%	105,263%	105,263%	86,126%	105,263%	105,263%	91,558%	100,684%	96,105%	101,382%
1				1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el triage Manchester				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
0,05	0,0338	0,0269	0,0333	0,0261	0,032	0	0,0112	0,0061	0,0233	0,0272	0,0295	0,0302	
Porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas	67,6%	53,8%	66,6%	52,2%	64%	0%	22,4%	12,2%	46,6%	54,4%	59%	60,4%	46,6%
30	83,746	117,458	30	30	75,143	82,3265	36,0435	26,5714	26,6	20,3824	32	50,625	51
Tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911	279,15%	391,53%	100,00%	100,00%	250,48%	274,42%	120,15%	88,57%	88,67%	67,9%	106,67%	168,75%	169,69%

Fuente: Plan anual terminado, 2016

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en la tabla anterior, casi todos los resultados de eficacia del servicio en el año 2016 superan el índice considerado, a excepción del tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911, en el que el porcentaje es 169,69%, lo que analizando profundamente nos permite llegar a la conclusión de que se está superando el tiempo de respuesta en un 69,9% siendo el estándar de 30 minutos, y el promedio general de respuesta del año 2016 de 51 minutos.

3.25. Análisis de eficacia año 2017:

Indicador	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Porcentaje general
1	1	0,9118	0,9706	1	1	1	0,9706	1	1	1	1	1	0,98775
Porcentaje de pertinencia de codificación n° 10	100	91,18	97,06	100	100	100	97,06	100	100	100	100	100	98,775
1	1	0,9595	0,9595	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el triage Manchester	100	95,95	95,95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
0,02	0,0252	0,0298	0,0233	0,0303	0,033	0,0382	0,0539	0,0042	0,0033	0,0034	0,0016	0,0352	0,02345
Porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas	126	149	116,5	151,5	165	191	269,5	21	16,5	17	8	176	117,25
15	15,2632	17,381	16,9286	16,1905	18,033	15	69,5	15	15	15	0,7778	41,36	21,2862
Tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911	101,7546667	115,873	112,857	107,937	120,22	100	463,333	100	100	100	5,1853333	275,73333	141,908

Fuente: Plan anual terminado, 2016

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en la tabla anterior, casi todos los resultados de eficacia del servicio en el año 2017 superan el índice considerado o se encuentran superiores al 95%, a excepción del tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911, en el que el porcentaje es 141,908%, lo que analizando profundamente nos permite llegar a la conclusión de que se

está superando el tiempo de respuesta en un 41,908% siendo el estándar de 15 minutos, y el promedio general de respuesta del año 2017 de 21 minuto y además el porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas en el que el porcentaje es 117,25%, lo que analizando nos permite concluir que se está superando el estándar de 0,02 siendo el promedio general de reingreso del año 2017 de 0,02345

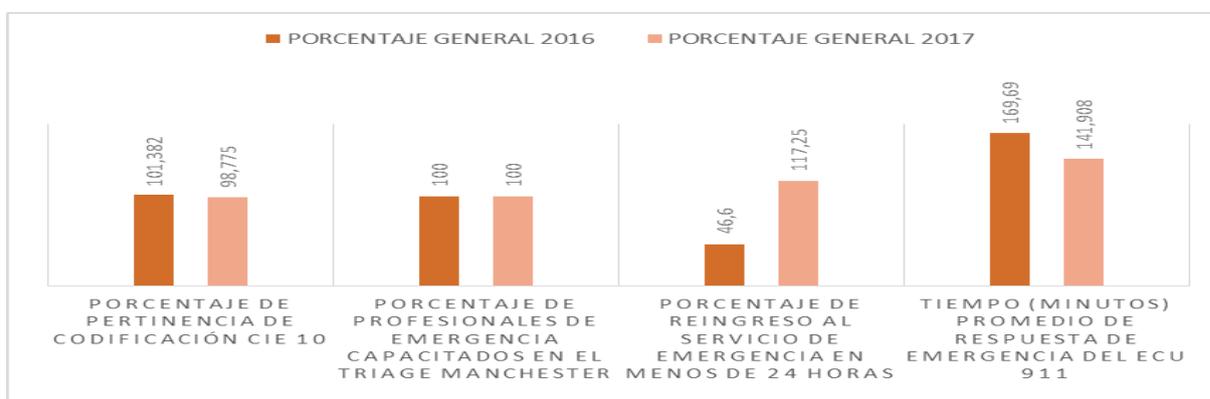
3.26. Comparación de la eficacia del servicio en los años 2016 y 2017

Tabla 15. Eficacia 2016-2017

Indicador	Porcentaje general 2016	Porcentaje general 2017
Porcentaje de pertinencia de codificación cie 10	101,382%	98,775%
Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el triage Manchester	100%	100%
Porcentaje de reingreso al servicio de emergencia en menos de 24 horas	46,6%	117,25%
Tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911	169,69%	141,908%

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero



Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Figura 12. Porcentaje de eficacia 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

Comparando los años 2016 y 2017, se puede observar que en el 2016 fue más eficaz el área en la pertinencia de codificación cie 10, este tipo de codificación se refiere al diagnóstico de las atenciones, otro de los puntos en que fue más eficaz el servicio en el año 2016 es en el porcentaje de reingreso de los pacientes al servicio de emergencia en menos de 24 horas, mientras menor sea este porcentaje con es el caso del mencionado año 46,6% quiere decir que el proceso es más efectivo pues los casos se diagnosticaron y atendieron más adecuada y eficazmente.

En cuanto al tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911 el tiempo promedio fue más alto en el 2016 alrededor de 51 minutos, siendo 30 el estándar, mientras que en el año 2017 el estándar baja a 15 minutos, y el tiempo promedio por ende baja a 21 minutos, siendo este año más eficaz el servicio en este aspecto.

Todos estos índices mencionados anteriormente son parte de la eficacia del servicio, pues de ellos depende la atención adecuada del área.

Se puede concluir que se debería mejorar sobretodo en el reingreso de paciente al servicio de emergencia en menos de 24 horas.

3.27. Pacientes atendidos según triage en el año 2017

Nivel de triage	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total	Porcentaje
1	85	82	89	59	90	70	73	63	79	86	56	87	919	0,81%
2	603	460	488	456	448	403	438	448	524	656	571	647	6142	5,39%
3	6965	5577	6426	5868	6643	6082	6815	6845	7014	7612	7722	8684	82253	72,23%
4	1061	913	883	909	2231	2387	1701	1346	1337	1625	1788	2043	18224	16,00%
5	635	543	657	592	755	700	447	440	507	388	298	372	6334	5,56%
Total													113872	100%

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

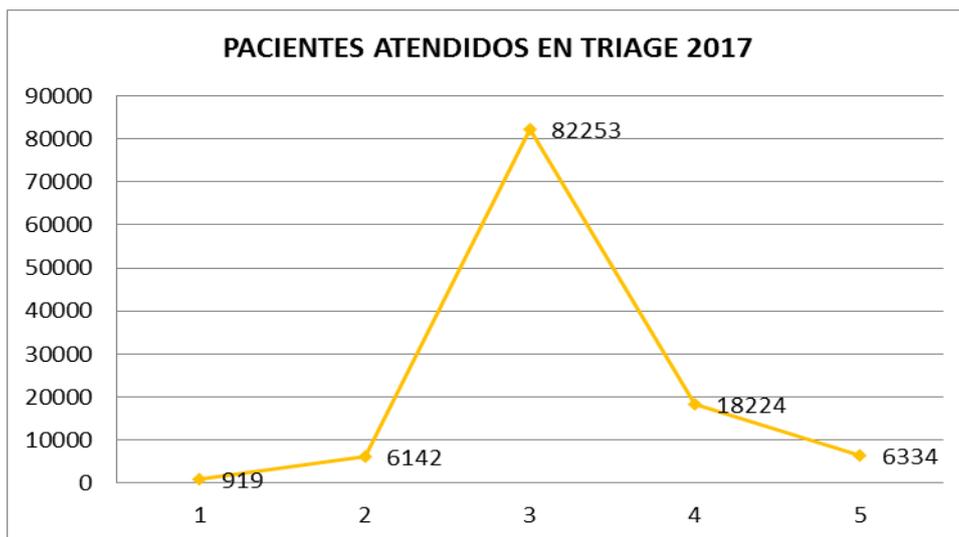


Figura 13. Pacientes atendidos en triage 2017

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

Como se observa en el cuadro anterior el 20,56% son pacientes que acuden al área de emergencia con triage 4 y 5, **estos pacientes podrían ser atendidos en unidades de menor complejidad, y descongestionarían de cierta manera el área de emergencia del HSFQ.** Por otro lado el 78,43% de los pacientes deberían ser atendidos dentro de la primera hora según los tiempos determinados hasta el triage Nivel III.

No se pudo recabar la información del año 2016, debido a que el sistema antiguo X-HIS, no almacenaba la información de atenciones por triage.

3.28. Análisis de tiempo de espera para atención médica del año 2017

Tabla 17. Tiempo de espera año 2017

Horas	Porcentaje
0:00 a 1:00	60,62
1:01 a 2:00	19,80
2:01 a 3:00	7,90
3:01 a 4:00	4,42
4:01 a 5:00	4,29
5:01 a 22:30	2,95
Total	100

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

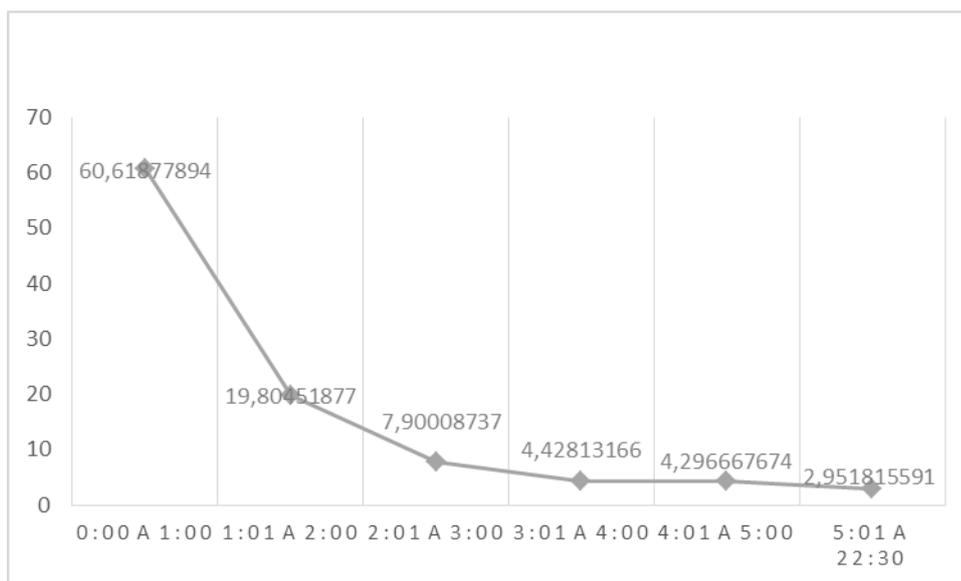


Figura 14. Tiempo de espera año 2017

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

Con la información entregada por parte del Hospital, se puede determinar que del total de pacientes atendidos en el año 2017, el 60,62% son atendidos durante la primera hora de estadía del paciente.

Tabla 18. Comparación de pacientes de triage vs. El tiempo de espera para la atención médica en emergencia

Nivel de triage	Total	Porcentaje	v s	Tiempo de espera para atención médica	Porcentaje
1 (atención inmediata)	919	0,81%			0:00 a 1:00
2 (atención 10' 15')	6142	5,39%		1:01 a 2:00	19,80%
3 (atención 1 hora)	82253	72,23%		2:01 a 3:00	7,90%
4 (atención 2 horas)	18224	16,00%		3:01 a 4:00	4,42%
5 (atención 4 horas)	6334	5,56%		4:01 a 5:00	4,29%
				5:01 a 22:30	2,95%

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

Haciendo un análisis se puede determinar que en el año 2017, el 78,43% de los pacientes debían ser atendidos máximo en 1 hora según evaluación de triage, es decir pertenecen al % del nivel de triage 1, 2 y 3, lo que comparando con el tiempo de espera de los pacientes desde que se realiza la calificación médica, hasta que es atendido por el médico, hay

aproximadamente un 17,83% de pacientes que no son atendidos en la hora estipulada, ya que según el análisis solo el 60,6 % son atendidos dentro de la primera hora de espera del paciente,.

Es decir **aproximadamente un 17,83% de los pacientes de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora, no se están atendiendo en este rango de tiempo.**

No se pudo determinar la tendencia en el año 2016, debido a que la unidad cambio de sistema a mediados del año y el sistema no permitía documentar triages y tiempos.

3.29. Comparación de disponibilidad de recursos entre el año 2016 y 2017.

Tabla 19. Disponibilidad de recursos 2016-2017

Datos	2016	2017
Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	85,94%	79,31%
Porcentaje de exámenes entregados oportunamente	97,75%	89,15%
Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	101,15%	100,35%
Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	66,00%	89,67%
Porcentaje de equipamiento médico operativo	98,70%	99,29%
Total	89,91%	91,55%

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

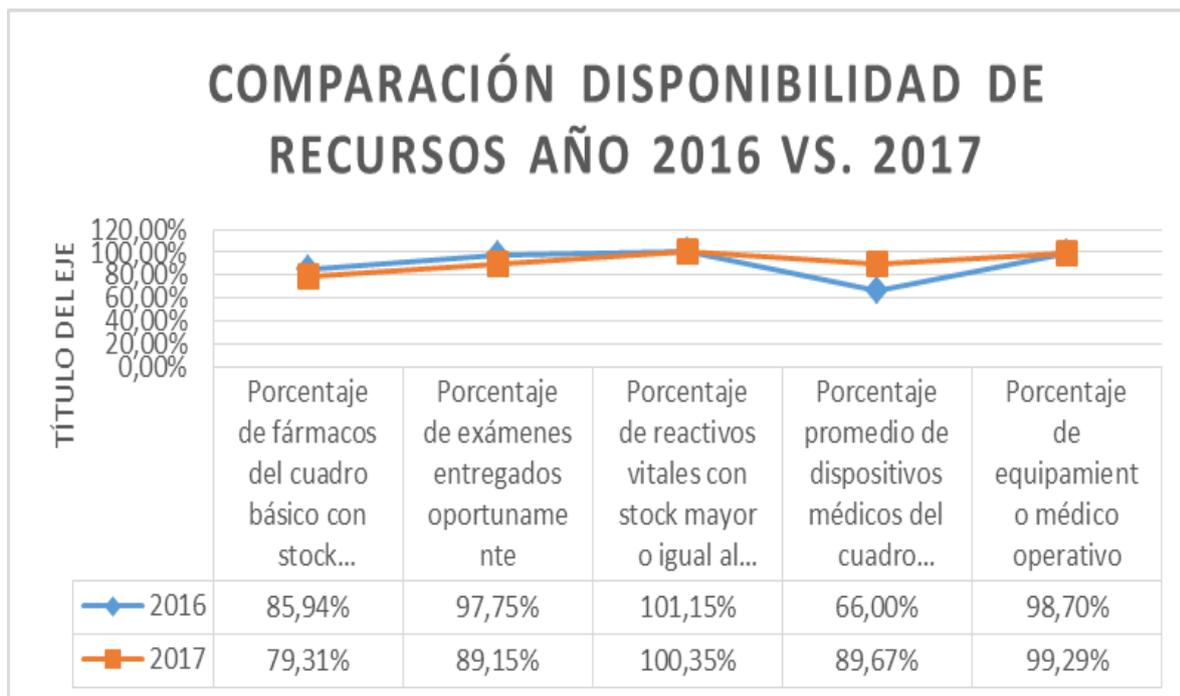


Figura 15. Comparación disponibilidad de recursos año 2016 vs. 2017

Fuente: Plan anual terminado 2016-2017

Elaborado por: Belén Quintero

En el figura anterior se detallan, los principales recursos disponibles de la unidad, en donde el porcentaje de fármacos, el porcentaje de exámenes entregados oportunamente y el porcentaje de reactivos vitales fue mayor en el año 2016 comparado con el 2017, y el menor porcentaje en el 2016, se refleja en el porcentaje promedio de dispositivos médicos, sin embargo a manera general el mayor porcentaje es en el año 2017, con un 91,55%.

A manera general y como se mencionó anteriormente, los porcentajes que fueron menores en los años 2016 y 2017 fueron el de porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo y el porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo, esto nos permite obtener la siguientes observaciones: **inconvenientes en la calidad del área de emergencia por desabastecimiento de medicamentos (entrega de medicación incompleta) y desabastecimiento de insumos (falta de insumos).**

En cuanto a disponibilidad del personal, el área contaba con la plantilla suficiente para el espacio físico disponible del área de emergencia.

3.30. Inconvenientes que podrían causar insatisfacción al afiliado según la eficacia del servicio:

Con el análisis de eficacia realizado anteriormente se puede definir que el nivel de calidad y por ende la satisfacción al paciente se ve afectada por las siguientes observaciones encontradas:

- **Se debería mejorar sobretodo en el reingreso de paciente al servicio de emergencia en menos de 24 horas**
- **Aproximadamente un 17,83% de los pacientes de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora, no se están atendiendo en este rango.**
- **Inconvenientes en la calidad del área de emergencia por desabastecimiento de medicamentos (entrega de medicación incompleta) y desabastecimiento de insumos (falta de insumos).**

3.31. Análisis de las entrevistas realizadas al personal

Se verificaron los puntos críticos, con entrevistas (anexo i) a los encargados de cada área:

- Entrevista a jefe emergencia médico
- Entrevista a jefe de emergencia enfermería
- Entrevista a jefe de laboratorio clínico
- Entrevista a jefe del área de imagen y
- Entrevista a jefe de farmacia.

Se realizaron encuestras, los días 21 y 22 de febrero, a los jefes y/o representantes de las diferentes áreas mencionadas anteriormente, mismos que tienen vinculación con el área de emergencia de la siguiente manera:

- Dr. Gustavo Guerrero- coordinador encargado de emergencia del HSFQ
- Lic. Kathy Cadena- coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ
- Bqf. Andrea Díaz- coordinadora de farmacia del HSFQ
- Dra. Verónica Toca- laboratorio clínico del HSFQ
- Dra. Lorena Novoz- coordinadora del área de imagenología HSFQ

Cabe señalar que no se realizó entrevista al servicio de patología clínica, debido sus análisis son durante o post operatorios.

3.31.1. Análisis pregunta 1

¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

Tabla 20. Pregunta 1

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 1	Observaciones adicionales
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	Encargado cuando el jefe del servicio se ausenta	
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	Un mes y medio	
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	Siete años	
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	No cuenta por el momento con encargado del servicio, 3 doctoras hacen las funciones de la encargada	Se están definiendo el encargado, debido a que la coordinadora del servicio está con permiso de maternidad
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	Un mes	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Del cuadro anterior se puede determinar que solo una persona lleva encargada varios años (7), dos llevan a penas mes y mes y medio, y una de ella solo es encargada cuando el coordinador del área se ausenta. **Se puede concluir que existe personal de coordinación que lleva poco tiempo en el cargo antes mencionado.**

3.31.2. Análisis pregunta 2

¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área? De su respuesta ser positiva, indicar: ¿Cuáles y cuántos son y si estos se encuentran documentados?

Tabla 21. Pregunta 2

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 2		Observaciones adicionales
		Si	No	
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		No menciona cuántos, detalla: protocolos preestablecidos, infecciones vías urinarias, dolor abdominal, paciente traumatizado, síndrome coronario agudo, infecciones respiratorias agudas y graves, faringo-amigdalitis, neumonía adquirida en la comunidad, entre otros.
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	X		Si los conoce, entre los que se incluye protocolos de imagenología y laboratorio, también cuenta con protocolos: para afiliados, para seguro campesino, madres, hijos menores de 18 años
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	X		Son 3 protocolos: gestión de medicamentos, entrega de medicamentos de emergencia y

				consulta externa y control de coches de paro de emergencia.
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	X		Son aproximadamente 30, el más importante es: toma de muestras, y se menciona en cada protocolo que los pacientes de emergencia tienen prioridad.
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	X		Tiene 5 políticas organizacionales, 8 procedimientos o protocolos entre ellos: pacientes aislados, estudios especiales, mamografía, RX, tomografía, en cada uno de ellos se indica la atención prioritaria al paciente de emergencia.

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

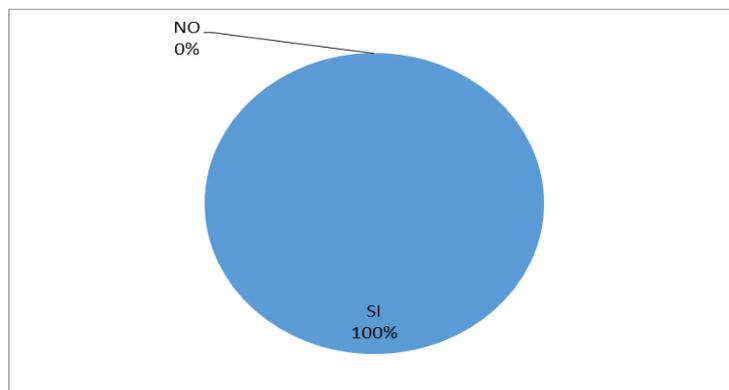


Figura 16. Personal con conocimiento de protocolos

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Observaciones: como se observa en el figura anterior, el 100% personal encuestado menciona conocer los protocolos.

3.31.3. Análisis pregunta 3

En su servicio: ¿Se brinda atención al paciente según su prioridad? De su respuesta ser afirmativa, explique porque

Tabla 22. Atención según prioridad

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 3		Observaciones adicionales
		Si	No	
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		Para la prioridad de tiempos de atención, el área se basa en el triage Manchester.
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	X		Porque se tiene establecido el protocolo de triage Manchester, que se realiza por prioridad de atención.
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ		X	No se cuenta con ventanilla de emergencia, los medicamentos para emergencia se envían por cápsula, no se tiene contacto con el paciente.
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ		X	No se toman muestras en emergencia, esa es responsabilidad del servicio, los análisis si se realizan con prioridad para emergencia, el tiempo de respuesta es 2 horas.
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	X		A los pacientes de emergencia y Hospitalización, los estudios se los realiza primero e inmediatamente,

				el tiempo de respuesta es 2 horas
--	--	--	--	--------------------------------------

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

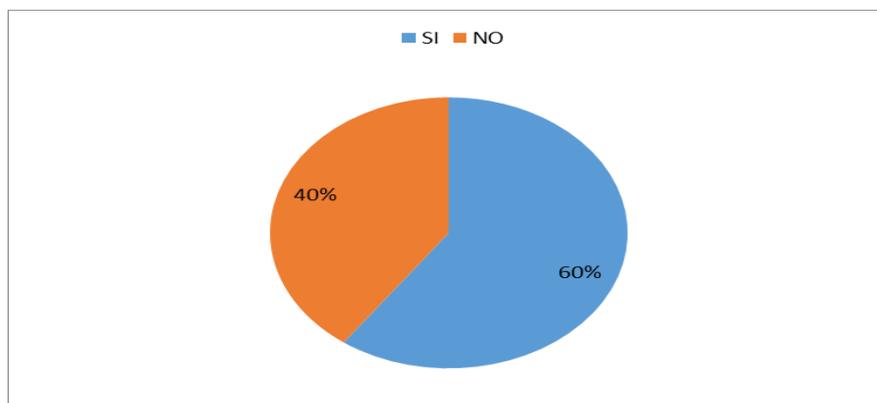


Figura 17. Se brinda atención a los pacientes según prioridad

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Observación: de las 5 encuestas realizadas, 3 respondieron que sí (60%) y 2 (40%) respondieron que no se atiende al paciente según su prioridad, debido a que son áreas que no tienen contacto directo con el paciente.

3.31.4. Análisis pregunta 4

¿Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción toma con ellos

Tabla 23. Pregunta 4

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 4		Observaciones adicionales
		Si	No	

Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		Se da la atención a todos, depende de la disponibilidad al momento de atención
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	X		Si se los atiende debido a que la normativa menciona que todo paciente debe ser atendido, se les explica a los pacientes con triage 4 y5 que se va a demorar la atención.
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	X		
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ		X	Los pacientes se atienden directamente en emergencia, los análisis si tienen prioridad
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	X		

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

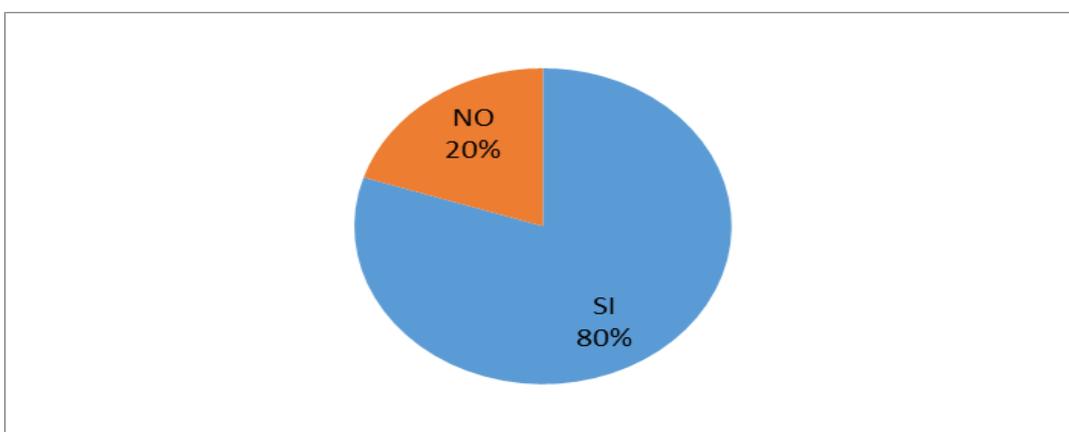


Figura 18. Todos los pacientes son atendidos en el servicio

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Del cuadro anterior se puede concluir que solo en el servicio de laboratorio (20%) no se atienden los pacientes de emergencia, debido que no son quienes toman las muestras, pues estas son tomadas por personal del servicio de emergencia en la misma área, son los análisis los que tienen prioridad.

3.31.5. Análisis pregunta 5

¿Actualmente el área cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención? Si su respuesta es negativa, ¿Que insumos o medicamentos hacen falta?

Tabla 24. Pregunta 5

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 5		Observaciones adicionales
		Si	No	
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		El área se encuentra abastecida
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	X		El área se encuentra abastecida.
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	X		El área se encuentra abastecida.
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	X		El área se encuentra abastecida.
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	X		El área se encuentra abastecida.

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

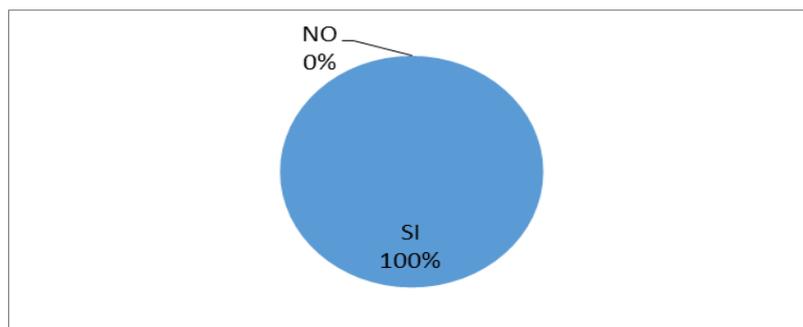


Figura 19. Abastecimiento de medicamentos y/o insumos

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Observación: De la figura anterior se determina que el 100% de las áreas encuestadas mencionan contar con los medicamentos e insumos necesarios para atender al paciente de emergencia.

3.31.6. Análisis pregunta 6

¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

Tabla 25. Pregunta 6

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 6	Observaciones adicionales
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	Demanda excesiva de pacientes. Poca disponibilidad de camas en el Hospital.	
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	Saturación de pacientes por falta de espacio físico y de personal médico y de enfermería.	
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	Médicos no prescriben medicamentos adecuadamente y según normativa. Los pacientes no cuentan	

		algunas veces con documentos completos.	
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	Se presenta problemas en la entrega de resultados, debido a que los camilleros no bajan a tiempo las muestras para ser procesadas, el tiempo de respuesta es de 2 horas.	
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	En lo pedidos o solicitud de estudios o exámenes no consta la información completa.	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

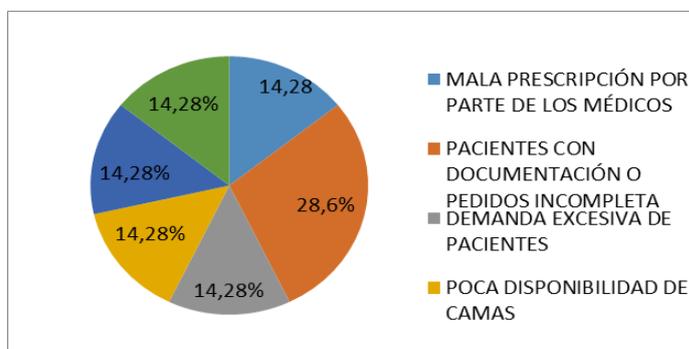


Figura 20. Principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

En un 28,6% coinciden los profesionales que la atención se suele retrasar por que los pacientes llegan a su área con la documentación incompleta.

3.31.7. Análisis pregunta 7

¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar por qué

Tabla 26. Pregunta 7

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 7		Observaciones adicionales
		Si	No	
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		Se realizan capacitaciones continuas.
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ	X		El personal se encuentra capacitado
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	X		Hay capacitaciones permanentes.
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	X		Se mantienen capacitaciones constantes.
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ	X		Se mantienen capacitaciones permanentes.

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

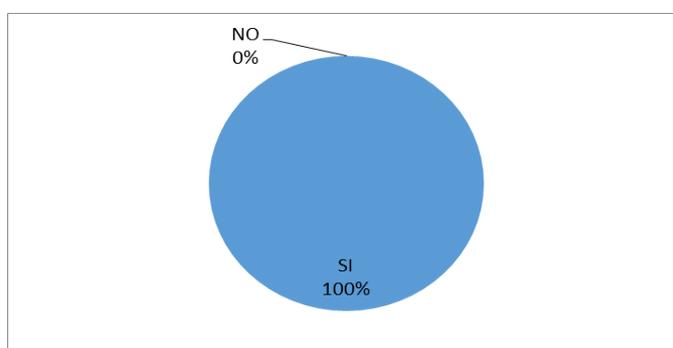


Figura 21. Capacitación de personal

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

El 100% del personal se encuentra capacitado

3.31.8. Análisis pregunta 8

¿El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar ¿Cuáles son estos problemas?

Tabla 27. Pregunta 8

Nombre del encuestado	Cargo	Respuesta pregunta 8		Observaciones adicionales
		Si	No	
Dr. Gustavo Guerrero	Coordinador encargado de emergencia del HSFQ	X		Alta demanda de pacientes para el espacio físico con el que cuenta el Hospital
Lic. Kathy Cadena	Coordinadora de enfermería del área de emergencia del HSFQ		X	El área no tiene mayores problemas
Bqf. Andrea Díaz	Coordinadora de farmacia del HSFQ	X		Sería adecuado que los médicos prescriban la medicación correctamente, ideal sería colocar farmacia satélite en emergencia.
Dra. Verónica Toca	Laboratorio clínico del HSFQ	X		Espacio físico de laboratorio clínico y microbiología reducido.
Dra. Lorena Novoz	Coordinadora del área de imagenología HSFQ		X	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

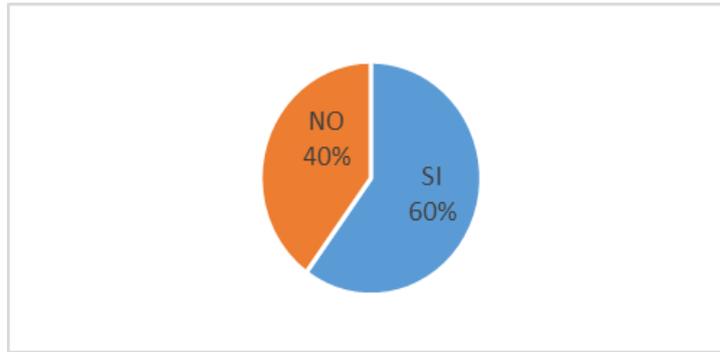


Figura 22. Problemas en el área encuestada

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Observaciones: en la figura anterior se observa que el 40% no ha encontrado problemas en el área, mientras que el 60% restante considera que si hay problemas, mismos que son: alta de manda de pacientes, prescripción inadecuada de medicamentos, espacio físico reducido

De las preguntas antes analizadas, se encontraron las siguientes observaciones generales:

- **Personal de coordinación lleva poco tiempo en el cargo mencionado.**
- **Demanda excesiva de pacientes.**
- **Saturación de pacientes por falta de personal y espacio físico en emergencia.**
- **Reducido espacio de área de laboratorio y microbiología.**
- **Retrasos en entrega de resultados, debido a que las muestras se retrasan en llegar al servicio de laboratorio para realizar los análisis.**
- **En los pedidos o solicitudes de exámenes no consta información completa, para entrega de medicación.**
- **Médicos no prescriben correctamente los medicamentos.**

3.32. Determinación de la calidad del proceso del área de emergencia:

Con el análisis realizado anteriormente podemos determinar que el nivel de calidad del área de emergencia se vio influenciado por:

Tabla 28. Determinación de la calidad del proceso de emergencia

Actividad	Resultado del análisis	Observaciones	Nivel de insatisfacción (definido por visitas, observación, experiencias y quejas)
Proceso de atención	Momentos de verdad del proceso de atención al afiliado en el área de emergencia son: la calificación médica, triage, atención médica y la atención que se realiza en los servicios de apoyo: farmacia, imagenología, laboratorio clínico. Se verificó cada uno de los servicios, donde se pudo ver que los mismos son humanizados y accesibles. Se verificó la competencia de los profesionales de salud	En este punto la calidad se vio afectada por áreas saturadas, los retrasos en entrega de exámenes o medicación y demoras en la atención, conclusiones a las que se llegó observando cada uno de los procesos de atención al afiliado en emergencia.	Medio
Caracterización de los pacientes	123385 pacientes atendidos en el año 2016, el grupo etario entre 15 y 40 años, mujeres atendidas (70077) en comparación a los hombres (53308).	Pacientes reportados en matrices que maneja el área de planificación del Hospital.	No se puede determinar
Principales diagnósticos	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinoфарingitis aguda, amigdalitis aguda, supervisión de embarazo, entre otros.	Fueron los principales diagnósticos reportados en el año 2016 siendo diarrea y gastroenteritis de presunto el de mayor porcentaje (7,6%).	No se puede determinar
Tiempo total de estadía y horas pico de	El tiempo de estadía varía entre 1 y 2, y las	Comparado con los pacientes realizados triage	Medio

emergencia	horas pico son entre las 8 y 12 horas del día.	en el año 2017, aproximadamente un 17,83% de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora, no se están atendiendo en este rango.	
Disponibilidad de medicamentos e insumos	<p>Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo el menor porcentaje fue en el año 2017 con 79,31%.</p> <p>En el año 2016 hubo menos disponibilidad de insumos con un 66%.</p> <p>Aquí se evaluó la disponibilidad de los recursos</p>	Basado en los porcentajes menores obtenidos en el año 2016 y 2017, a manera visual y de verificación de visitas realizadas el tema de desabastecimiento es un punto importante que disminuye la calidad de atención del área de emergencia.	Medio
Eficacia del servicio	<p>La menor eficacia se observó en el tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911, ya que superaron el tiempo promedio estipulado en más del 69 y 41% en los años 2016 y 2017 respectivamente. Aquí se evaluó la eficacia del servicio</p>	El tiempo de respuesta es alto comparado con el índice propuesto por el Hospital, si bien bajo en comparación con el año 2016, es algo que se debe mejorar.	Alto
Otras observaciones	Desconocimiento de la demora de tiempo en los afiliados (triage)	De las visitas realizadas se ha observado que algunos de los afiliados no conocen la utilidad del triage y la priorización del mismo.	Medio

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

En el cuadro anterior se puede observar que ciertos procesos estarían causando ***insatisfacción en el paciente***, como en el proceso de atención en el cual la calidad se vio afectada por áreas saturadas, retrasos en entrega de exámenes o medicación y demoras en la atención, conclusiones a las que se llegó observando cada uno de los procesos de atención al afiliado, el tiempo de estadía es otro de los aspectos que estaría afectando la calidad de atención ya que aproximadamente un 17,83% de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora, no se están atendiendo en este rango. Además, la disponibilidad de medicamentos e insumos se ha visto afectada en los años 2016 y 2017, causando cierto desabastecimiento en los mismos, algunos afiliados no conocen la utilidad del triage, y las priorizaciones del mismo; finalmente otro de los aspectos que ha afectado la calidad ha sido el tiempo promedio de respuesta de emergencia del ecu 911.

CAPITULO 4. ANÁLISIS DE CAUSAS, RIESGOS Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

4.1. Análisis de causas

4.1.1. Problema fundamental:

La calidad de atención del proceso en el área de emergencia se ha visto afectada

4.1.2. Causas Nivel I:

- *Personal*
- *Afiliados*
- *Entorno*
- *Materiales*
- *Métodos*
- *Proceso de atención*

4.1.3. Listado de causas secundarias (Nivel II)

- Personal de coordinación lleva poco tiempo en el cargo mencionado.
- Demanda excesiva de pacientes.
- Saturación de pacientes
- Falta de personal y espacio físico en emergencia.
- Reducido espacio de área de laboratorio y microbiología.
- Retrasos en entrega de resultados, debido a que las muestras se retrasan en llegar al servicio de laboratorio para realizar los análisis.
- En los pedidos o solicitudes de exámenes no consta información completa, para entrega de medicación.
- Médicos no prescriben correctamente los medicamentos.

- De los 11 paramédicos del área de emergencia 4 trabajan con el ecu 911 sin embargo son pagados con fondos del Hospital, mismos que no brindan aporte al Hospital.
- En el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo.
- El espacio físico del área de emergencia se encuentra al límite, por lo que no es posible aumentar la plantilla de profesionales de salud en la misma.
- Desconocimiento de la demora de tiempo en los afiliados (triage)
- Falta de personal
- Filas en horas pico
- Desabastecimiento de medicamentos/ entrega de medicación incompleta
- Desabastecimiento de insumos/falta de insumos
- Aproximadamente un 17,83% de los pacientes de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora, no se están atendiendo en este rango.
- Se debería mejorar sobretodo en el reingreso de paciente al servicio de emergencia en menos de 24 horas.

4.2. Categorización de causas secundarias (Nivel II)

4.2.1. Personal:

- Personal de coordinación lleva poco tiempo en el cargo mencionado.
- Falta de personal
- Médicos no prescriben correctamente los medicamentos.
- De los 11 paramédicos del área de emergencia 4 trabajan con el ecu 911 sin embargo son pagados con fondos del Hospital, mismos que no brindan aporte al Hospital.

4.2.2. Afiliados:

- Demanda excesiva de pacientes.

- Saturación de pacientes
- Desconocimiento de la demora de tiempo en los afiliados (triage)

4.2.3. Entorno:

- Reducido espacio de área de laboratorio y microbiología.
- Espacio físico de emergencia
- El espacio físico del área de emergencia se encuentra al límite, por lo que no es posible aumentar la plantilla de profesionales de salud en la misma.

4.2.4. Materiales:

- Desabastecimiento de medicamentos
- Desabastecimiento de insumos

4.2.5. Métodos

- Retrasos en entrega de resultados, debido a que las muestras se retrasan en llegar al servicio de laboratorio para realizar los análisis.
- En los pedidos o solicitudes de exámenes no consta información completa, para entrega de medicación.
- En el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo.
- Filas en horas pico

4.2.6. Proceso de atención:

- Retrasos en toma de triage
- Tiempo promedio de atención en emergencia mayor a 30 minutos (año 2016).
- Retrasos en entrega de informes de exámenes.
- Entrega de medicación incompleta.
- Falta de insumos.

Una vez analizados los puntos anteriores, se recopilieron las principales observaciones encontradas, lo que nos permitió clasificarlas para la posterior elaboración de un diagrama de Ishikawa.

4.2.7. Detalle de categorización de causas

Tabla 29. Principales observaciones encontradas personal

NIVEL 1	PERSONAL			
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Personal de coordinación lleva poco tiempo en el cargo mencionado.	Falta de personal	Médicos no prescriben correctamente los medicamentos	De los 11 paramédicos del área de emergencia 4 trabajan con el ECU 911 sin embargo son pagados con fondos del Hospital, mismos pero no aportan al mismo
NIVEL 3. (CAUSAS TERCARIAS)	Alta rotación del personal	Falta de presupuesto para la contratación	Desconocimiento del proceso para entrega de medicación por par del médico tratante	Requerimiento específico del 911
NIVEL 3. (CAUSAS TERCARIAS)	Cambios programados de personal		Médicos nuevos que no conocen el proceso mencionado	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 30. Principales observaciones encontradas afiliados/as

NIVEL 1	AFILIADOS	
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Demanda excesiva o saturación de pacientes.	Desconocimiento de la demora de tiempo de atención en los afiliados (Triage)
NIVEL 3.	Falta de	Falta de capacitación o colocación de sitios de información

(CAUSAS TERCIARIAS)	conocimiento de nivel de atención por parte de los afiliados	para capacitar al personal sobre el triage.
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Espacio físico insuficiente que no permite atender a más pacientes.	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 31. Principales observaciones encontradas entorno

NIVEL 1	ENTORNO	
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Reducido espacio de área de laboratorio y microbiología.	Falta de espacio físico en emergencia
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	No hay disponibilidad de ampliar el área física	No hay disponibilidad de ampliar espacio físico
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Falta de presupuesto	Espera construcción de nuevo bloque

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 32. Principales observaciones encontradas materiales

NIVEL 1	MATERIALES	
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Desabastecimiento de medicamentos	Desabastecimiento de insumos
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Proveedores no entregan la medicación a tiempo	Áreas no realizan el requerimiento a tiempo

NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Falta de presupuesto	Procesos en comprar públicas desiertos, o presenta inconvenientes en SERCOP.
---	----------------------	--

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 33. Principales observaciones encontradas métodos

NIVEL 1	MÉTODOS			
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Retrasos en entrega de resultados, debido a que las muestras se retardan en llegar al servicio de laboratorio para realizar los análisis.	En los pedidos o solicitudes de exámenes no consta información completa, para entrega de medicación.	En el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo.	Filas en horas pico
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Personal encargado en emergencia espera tener una cantidad de muestras representativa para dejarlas en laboratorio	Desconocimiento de los médicos	Falta de personal	Deficiencia en el proceso de atención en las diferentes áreas. Falta de personal en admisión
NIVEL 4 (CAUSAS CUATERNARIAS)	Desconocimiento del tiempo de respuesta por parte del personal que entrega las muestras.	Falta de capacitación	Aumento en el tiempo de toma de triage	

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Tabla 34. Principales observaciones encontradas proceso de atención

NIVEL 1	SATISFACCIÓN AL AFILIADO				
NIVEL 2. (CAUSAS SECUNDARIAS)	Retrasos en toma de triage	Tiempo promedio de atención en emergencia mayor a 30 minutos (año 2016).	Retrasos en entrega de informes de exámenes.	Entrega de medicación incompleta.	Falta de insumos
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)	Espacio físico insuficiente para colocar otros triages	Falta de profesionales para atención en área de emergencia	Encargados no entregan las muestras a tiempo a las áreas de apoyo para su análisis	Aumento en el Consumo Promedio mensual de medicamentos	Aumento en la demanda de insumos
NIVEL 3. (CAUSAS TERCIARIAS)		Pacientes no tiene conocimientos de los niveles de triage y unidades de atención primaria		Inadecuada planificación	Inadecuada planificación

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

4.3. Diagrama de Ishikawa

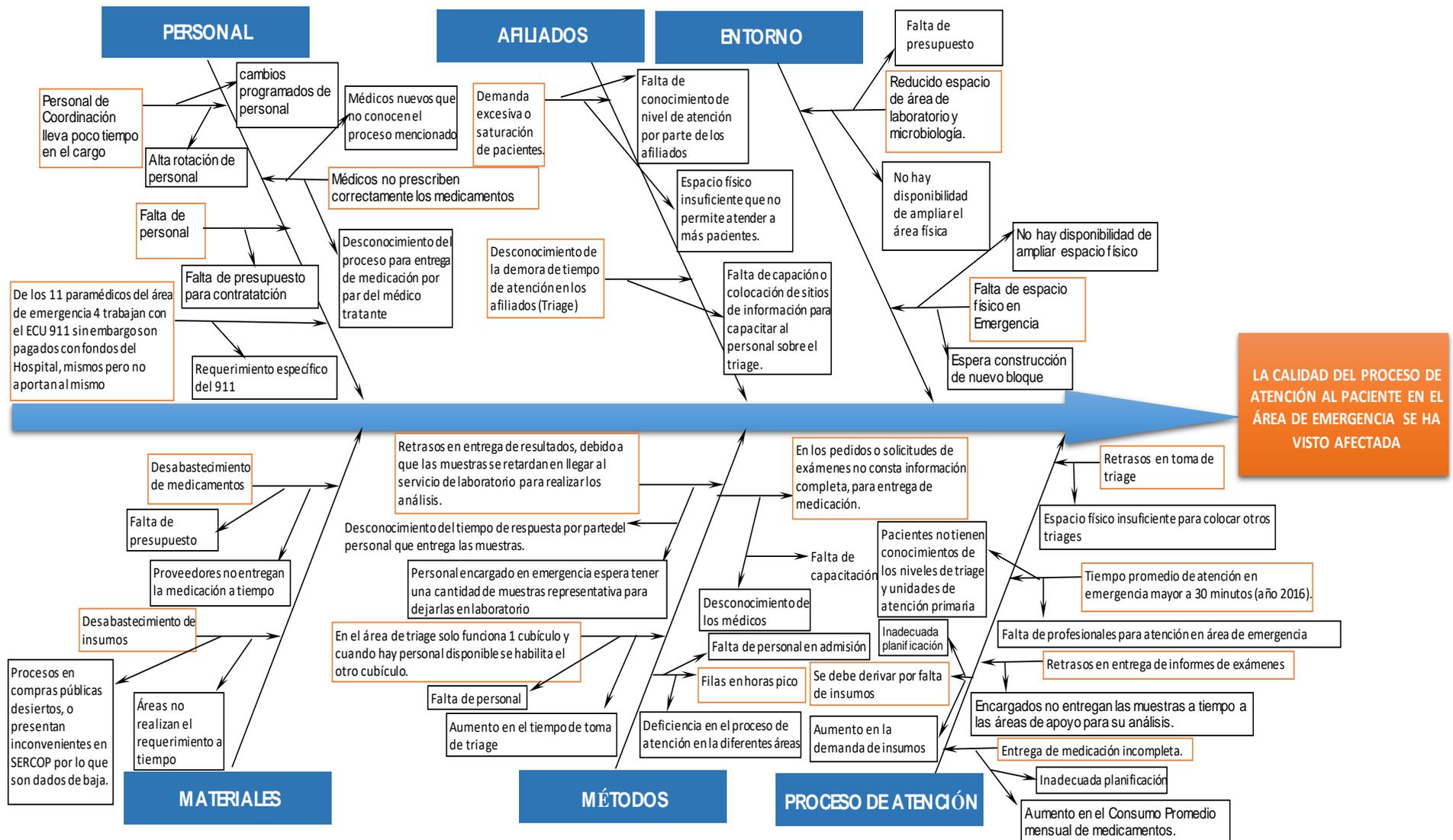


Figura 23. Diagrama de Ishikawa

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

4.4. Identificación de riesgos:

Para realizar la matriz de identificación de riesgos, se tomó como objeto la toma de decisiones basada en una priorización de los resultados obtenidos en el análisis de riesgo determinando cuales riesgos necesitan tratamiento y su prioridad para intervención.

4.4.1. Determinación del Impacto

Tabla 35. Determinación del impacto

Nivel de deficiencia	Valor	Significado
Muy Alto (MA)	3	Se detectan riesgos que generan consecuencias significativas y las acciones preventivas o correctivas son nulas o no existen.
Alto (A)	2	Se generan riesgos con consecuencias importantes, o la compañía cuenta con medidas preventivas o correctivas con una eficacia baja.
Medio (M)	1	Se detectan riesgos con consecuencias poco significativas o de bajo impacto para la organización o las medidas preventivas tomadas su eficacia es moderada.
Bajo (B)	No se asigna valor	No se detectan consecuencias. El riesgo está controlado.

Fuente: ICONTEC, ISO 9001:2015

Elaborado por: Tamayo C., 2016

4.4.2. Significado de los diferentes niveles de probabilidad

Tabla 36. Niveles de probabilidad

Nivel de probabilidad	Significado	Valor
Muy Alto (MA)	Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia	3
Alto (A)	La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral.	2
Medio (M)	Es posible que suceda el daño alguna vez.	1
Bajo (B)	No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.	No se asigna valor

Fuente: ICONTEC, ISO 9001:2015

Elaborado por: Tamayo C., 2016

4.4.3. Nivel de riesgo

Tabla 37. Nivel de riesgo

Nivel de riesgo	Intervalos	Significado
I	9-7	
II	7-5	
III	5-3	
IV	3-1	

Fuente: GTC 45 Última versión, ICONTEC

Elaborado por: Tamayo C., 2016

4.4.4. Aceptabilidad del Riesgo

Tabla 38. Aceptabilidad del riesgo

Nivel de riesgo	Significado
I	No aceptable
II	No aceptable o aceptable con control específico
III	Aceptable
IV	Aceptable

Fuente: GTC 45 Última versión, ICONTEC.

Elaborado por: Tamayo C., 2016

4.4.5. Matriz de identificación de riesgos

Tabla 39. Matriz de identificación de riesgos

PROCESO	FUENTE DE RIESGO	CAUSAS	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		CONTROLES EXISTENTES		EVALUACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES
			CONSECUENCIAS	DÓNDE	SI/NO	CONTROLES EXISTENTES	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO (Se hace referencia a la aceptabilidad y a las acciones que se requerirían asociadas no al nivel de riesgo)		
PERSONAL	Personal de coordinación lleva poco tiempo en el cargo mencionado.	Alta rotación del personal, Cambios programados de personal	Desconocimiento de los problemas generales del área, cambios en actividades planificadas anteriormente	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio, farmacia		X	2	3	III	ACEPTABLE	Contratar personal para área de coordinación que tenga experiencia y conocimiento del área y que este personal sea de baja rotación.	% de Coordinadores de áreas de apoyo y emergencia que han permanecido al menos un año en el cargo
	Falta de personal	Falta de presupuesto para la contratación	Reducción en atención de afiliados, Aumento tiempo de espera de afiliados para recibir atención	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio, farmacia	X		3	2	III	ACEPTABLE	Contratar al menos un 2% más de personal según necesidades del área por año	% de profesionales contratados en el año

	Médicos no prescriben correctamente los medicamentos	Desconocimiento del proceso para entrega de medicación por par del médico tratante, Médicos nuevos que no conocen el proceso mencionado	Retrasos en el tiempo de respuesta máximo, Retrasos en la entrega de resultados	Área de emergencia y farmacia	X		2	2	III	ACEPTABLE	Capacitar a los médicos sobre cómo llenar y prescribir la receta de medicación	% de médicos capacitados en el año
	De los 11 paramédicos del área de emergencia 4 trabajan con el ECU 911 sin embargo son pagados con fondos del Hospital, pero no aportan al mismo	Requerimiento específico del 911	No se puede implementar servicio proyecto de servicio de radio emergencia, por falta de personal	Emergencia	X		2	2	III	ACEPTABLE	Llevar conversaciones con 911 para asignar menos personal a su requerimiento	Implementación del proyecto de radio emergencia
AFILIADOS	Demanda excesiva o saturación de pacientes.	Falta de conocimiento de nivel de atención por parte de los afiliados, Espacio físico insuficiente que no permite atender a más pacientes.	Aglomeración de pacientes, retrasos en pacientes que si deben ser atendidos en un Hospital Nivel II de complejidad	Emergencia		X	3	3	VI	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su tiempo y prioridad, brindando charlas continuas, ingreso de paciente a sala de espera solo con 1 familiar	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia, % de sillas disponibles en sala de espera de emergencia

	Desconocimiento de la demora de tiempo de atención en los afiliados (Triage)	Falta de capacitación o colocación de sitios de información para capacitar al personal sobre el triage.	Atención en emergencia a pacientes que no ameritan ser atendidos en el Hospital	Emergencia	X		3	3	II	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su prioridad, brindando charlas continuas	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia
ENTORNO	Reducido espacio de área de laboratorio y microbiología.	No hay disponibilidad de ampliar el área física, Falta de presupuesto	No se puede contratar más personal por espacio reducido, No se puede implementar más equipamiento	Laboratorio clínico		X	1	3	IV	ACEPTABLE	Promover con las altas autoridades la necesidad de la construcción de la nueva torre	% de incremento de tamaño del áreas
	Falta de espacio físico en emergencia	No hay disponibilidad de ampliar espacio físico, Espera construcción de nuevo bloque	No se puede contratar más personal por espacio reducido, No se puede implementar más sitios de atención al usuario en emergencia	Emergencia		X	1	3	IV	ACEPTABLE	Promover con las altas autoridades la necesidad de la construcción de la nueva torre	% de incremento de tamaño del áreas

MATERIALES	Desabastecimiento de medicamentos	Proveedores no entregan la medicación a tiempo, falta de presupuesto	No se entrega medicación completa a los afiliados, Quejas de afiliados, retrasos en entrega de medicación (activación de teléfono rojo), Paciente debe comprar medicación	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio, farmacia		X	3	3	II	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Solicitar un presupuesto un poco mayor al que debería ser, debido a que este siempre es disminuido por las autoridades, Comprar un % mayor a medicamentos que los que se solicitan, Llegar a acuerdos con los proveedores para que entreguen la medicación en los tiempos establecidos.	% de abastecimiento de medicamentos mensual
	Desabastecimiento de insumos	Áreas no realizan el requerimiento a tiempo, Procesos en compras públicas desiertos, o presentan inconvenientes en SERCOP por lo que son dados de baja.	No se pueden atender ciertos pacientes por falta de insumos, retrasos en atención a afiliados, paciente debe comprar insumos	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio		X	3	3	II	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Capacitar al personal de compras públicas sobre la correcta elaboración de procesos para evitar que estos sean desiertos, Capacitar a todo el personal de la Unidad sobre cómo	% de abastecimiento de insumos mensual

											realizar los requerimientos y tiempos establecidos para el mismo.	
MÉTODOS	Retrasos en entrega de resultados, debido a que las muestras se retardan en llegar al servicio de laboratorio para realizar los análisis.	Personal encargado en emergencia espera tener una cantidad de muestras representativa para dejarlas en laboratorio, Desconocimiento del tiempo de respuesta por parte del personal que entrega las muestras.	El paciente se demora más en recibir los resultados de los exámenes, el áreas de laboratorio se satura de exámenes a realizar	Laboratorio clínico	X	3	2	III	ACEPTABLE	Capacitar al personal que lleva las muestras sobre los tiempos de atención y de espera del usuario	% de personal relacionado al tema capacitado al año	
	En los pedidos o solicitudes de exámenes no consta información completa, para entrega de medicación.	Desconocimiento de los médicos, Falta de capacitación	Paciente o licenciado debe regresar donde el médico, para que este llene los datos correctamente, o emita una nueva orden, Pérdida de tiempo para el paciente.	Laboratorio clínico, Imagenología	X	2	2	III	ACEPTABLE	Capacitar a los médicos para llenado de solicitudes e información completa	% de profesionales capacitados en relación al tema en el año	

	En el área de triage solo funciona 1 cubículo y cuando hay personal disponible se habilita el otro cubículo.	Falta de personal, Aumento en el tiempo de toma de triage	Retrasos en toma de triage a los afiliados, quejas de afiliados a ser atendidos	Emergencia	X		2	2	III	ACEPTABLE	Habilitar los 2 triages en horas pico	% de triages realizados en horas pico
	Filas en horas pico	Deficiencia en el proceso de atención en la diferentes áreas, Falta de personal en admisión	Áreas saturadas de pacientes, quejas por demoras en tiempo de atención	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio	X		2	3	III	ACEPTABLE	Colocar turneros y más sitios con sillas de espera para los afiliados.	% de pacientes satisfechos, en encuesta realizada en una muestra
PROCESO DE ATENCIÓN	Retrasos en toma de triage	Espacio físico insuficiente para colocar otros triages	Quejas de afiliados por demora de tiempo, no se cumple con el tiempo de triage	Emergencia			3	2	III	ACEPTABLE	Habilitar los 2 triages en horas pico	% de triages realizados en horas pico
	Tiempo promedio de atención en emergencia mayor a 30 minutos (año 2016).	Falta de profesionales para atención en área de emergencia, Pacientes no tiene conocimientos de los niveles de triage y unidades de atención primaria	Desconocimientos de procesos por parte de afiliados, quejas por demora en atención	Emergencia			3	2	III	ACEPTABLE	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su tiempo y prioridad, brindando charlas continuas, ingreso de paciente a sala de espera solo con 1 familiar	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia, % de sillas disponibles en sala de espera de emergencia
	Retrasos en entrega de informes de exámenes.	Encargados no entregan las muestras a tiempo a las áreas de apoyo para su análisis	Desconocimientos de procesos por parte de afiliados, quejas por demora en atención	Área de emergencia, y las de apoyo: Imagenología, laboratorio				2	3	III	ACEPTABLE	Capacitar al personal que lleva las muestras sobre los tiempos de atención y

											de espera del usuario	
	Entrega de medicación incompleta.	Aumento en el Consumo Promedio mensual de medicamentos, Inadecuada planificación	Quejas por falta de entrega de medicamentos	Farmacia			3	3	II	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Planificar un stock de seguridad de al menos 4 meses más	% de abastecimiento de insumos mensual
	Falta de insumos	Aumento en la demanda de insumos, Inadecuada planificación	Quejas por no atención, o por compra de ciertos insumos	Farmacia			3	3	II	NO ACEPTABLE, O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Planificar un stock de seguridad de al menos 4 meses más	% de abastecimiento de medicamentos mensual

ANÁLISIS DE LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS DE CALIDAD

PRINCIPALES FUENTES DE RIESGO	Demanda excesiva o saturación de pacientes, Desconocimiento de la demora de tiempo de atención en los afiliados (Triage), desabastecimiento de medicamentos e insumos
CAUSAS QUE MAS SE REPITEN	Desconocimientos de ciertos procesos del personal y afiliados
CONSECUENCIAS QUE MAS SE REPITEN	Retrasos en atención de pacientes y tiempo de respuesta máximo de las áreas, saturación de pacientes
LOS OBJETIVOS MAYORMENTE AFECTADOS	Los objetivos más afectados son: atención adecuada a pacientes y a tiempo
LOS PROCESOS GENERADORES DE RIESGOS MAS SIGNIFICATIVOS	Los procesos con riesgos más significativos son materiales y afiliados
PROCESOS CON MAYORES OPORTUNIDADES	Los procesos con mayores oportunidades son personal y métodos

CONCLUSIÓN GENERAL

A manera General se puede mencionar que principalmente las fuentes de riesgos suceden por desconocimiento de personal y/o de los afiliados, y retrasos en los tiempos de atención a los afiliados, por lo que se puede elaborar un plan de mejora continua, para la elaboración del mismo nos deberíamos enfocar especialmente en estos inconvenientes.

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

Con lo revisado anteriormente, se puede concluir que se aprueba la Hipótesis alternativa, que se mencionada en el presente documento: En el proceso de atención al paciente en el área de Emergencia del HSFQ durante el año 2016 se puede establecer un plan de Mejora Continua.

4.5. Propuesta de un plan de mejora continua para la calidad del proceso del área de emergencia del Hospital General San Francisco de Quito

Tabla 40. Propuesta de Plan de Mejora

CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES
PERSONAL, OBJETIVO: CONTAR CON PERSONAL ALTAMENTE CAPACITADO Y SUFICIENTE PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL	% de Coordinadores de áreas de apoyo y emergencia que han permanecido al menos un año en el cargo	Medir el porcentaje mensualmente, y luego obtener un resultado anual	Mantener a los coordinadores de emergencia y área de apoyo al menos un año en el cargo	Contratar personal para área de coordinación que tenga experiencia y conocimiento del área y que este personal sea de baja rotación.	ANUAL	Personal de Coordinación	Emergencia, farmacia, laboratorio clínico, imagenología

ÁREA DE EMERGENCIA	% de profesionales contratados en el año	El porcentaje debe ser medido mensual, en las áreas de apoyo y verificarlo a manera anual	Aumentar al menos en un 2% los profesionales contratados en el área	Contratar al menos un 2% más de personal según necesidades del área por año	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Talento Humano
	% de médicos capacitados en el año	Las capacitaciones deben ser mensuales, de ello se debe obtener cuantos profesionales están capacitados	Capacitar al menos al 95% de los médicos de todas las especialidades del Hospital	Capacitar a los médicos sobre cómo llenar y prescribir la receta de medicación	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Talento humano, área de calidad
	% de Implementación del proyecto de radio emergencia	Medir a manera mensual el avance del proyecto, y sacar un resultado anual	Tener un avance de al menos el 60% al finalizar el año 2018	Llevar conversaciones con 911 para asignar menos personal a su requerimiento	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Talento humano, área de emergencia
IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto sería mejorar la calidad de los profesionales que tienen contacto con los afiliados de emergencia, e implementar servicios profesionales que favorezcan y mejoren la calidad de atención en el servicio de emergencia.							
CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES
AFILIADOS, OBJETIVO: CONOCIMIENTO DE AFILIADOS SOBRE LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DELAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMORAS EN TIEMPO DE TRIAGE	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia, % de sillas disponibles en sala de espera de emergencia	Realizar capacitaciones mensuales, y luego obtener un % anual de capacitaciones.	Capacitar al menos una vez a la semana a los afiliados que acudan a las horas pico al servicio de emergencia	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su tiempo y prioridad, brindando charlas continuas, ingreso de paciente a sala de espera solo con 1 familiar	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, licenciadas y auxiliares de enfermería

	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia	Realizar capacitaciones mensuales, y luego obtener un % anual de capacitaciones.	Capacitar al menos al 30% de los afiliados atendidos al año	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su tiempo y prioridad, brindando charlas continuas	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, licenciadas y auxiliares de enfermería
--	--	--	---	--	-------	-------------------------------	---

IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto va orientado a capacitar a los afiliados sobre el nivel de triage y el uso de los espacios de emergencia

CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES
ENTORNO: CONTAR CON UN ESPACIO FÍSICO ADECUADO	% de incremento de tamaño del área de laboratorio	Medir mensualmente el avance de obra cuando la torre se empiece a construir	Comenzar la construcción de la nueva torre al menos para el año 2019	Promover con las altas autoridades la necesidad de la construcción de la nueva torre	EL TIEMPO QUE DEFINA EL HOSPITAL	Financieros	Dirección administrativa del Hospital
	% de incremento de tamaño del área de emergencia	Medir mensualmente el avance de obra cuando la torre se empiece a construir	Comenzar la construcción de la nueva torre al menos para el año 2019	Promover con las altas autoridades la necesidad de la construcción de la nueva torre	EL TIEMPO QUE DEFINA EL HOSPITAL	Financieros	Dirección administrativa del Hospital

IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto sería la construcción de un área de emergencia y laboratorio con mayor espacio físico y mayor capacidad de atención, en la nueva torre.

CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES
-----------	-----------	-----------------	-------------------------------	-------------------------------	-------	----------	--------------

MATERIALES: DISPONER DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL AL AFILIADO	% de abastecimiento de medicamentos mensual	Medir el porcentaje de abastecimiento mensual, y determinarlo después en forma anual	Tener al menos el 95% de abastecimiento de medicamentos durante los 6 últimos meses del año	Solicitar un presupuesto un poco mayor al que debería ser, debido a que este siempre es disminuido por las autoridades, Comprar un % mayor a medicamentos que los que se solicitan, Llegar a acuerdos con los proveedores para que entreguen la medicación en los tiempos establecidos.	MENSUAL	Financieros	Farmacia, Compras públicas
	% de abastecimiento de insumos mensual	Medir el porcentaje de abastecimiento mensual, y determinarlo después en forma anual	Tener al menos el 95% de abastecimiento de insumos durante los 6 últimos meses del año	Capacitar al personal de compras públicas sobre la correcta elaboración de procesos para evitar que estos sean desiertos, Capacitar a todo el personal de la Unidad sobre cómo realizar los requerimientos y tiempos establecidos para el mismo.	MENSUAL	Financieros	Coordinación de insumos áreas de apoyo, compras públicas
IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto estaría enfocado hacia mantener como mínimo un 95% de abastecimiento tanto de insumos, como de medicamentos.							
CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES

MÉTODOS: CONTAR CON PERSONAL CAPACITADOS Y MÉTODOS ESTANDARIZADOS	% de personal relacionado al tema capacitado al año	Realizar capacitación cada 6 meses de los tiempos de respuesta de las área de apoyo de emergencia	100% del personal relacionado al tema capacitado	Capacitar al personal que lleva las muestras sobre los tiempos de atención y de espera del usuario	SEMESTRAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, coordinadores de áreas de apoyo
	% de profesionales capacitados en relación al tema en el año	Realizar capacitación cada 6 meses de los tiempos de respuesta de las área de apoyo de emergencia	100% del personal relacionado al tema capacitado	Capacitar a los médicos para llenado de solicitudes e información completa	SEMESTRAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, coordinadores de áreas de apoyo
	% de triages realizados en horas pico	Habilitación de dos triages en horas pico	disminuir el tiempo de toma de triage un 1%	Habilitar los 2 triages en horas pico	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Auxiliares de enfermería
	% de pacientes satisfechos, en encuesta realizada en una muestra	Realizar encuestas en al menos el 40% de los afiliados que acuden al área de emergencia en un año	Tener menos filas, pacientes más satisfechos	Colocar turneros y más sitios con sillas de espera para los afiliados.	ANUAL	Recursos financieros	Área de Calidad
IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto estaría enfocado en disminuir el tiempo de demora en ciertos procesos relacionados a la atención en emergencia y en disminuir las filas ocasionadas sobre todo en horas pico							
CATEGORÍA	INDICADOR	RECOMENDACIONES	METAS Y RESULTADOS PROPUESTOS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	PLAZO	RECURSOS	RESPONSABLES
PROCESO DE ATENCIÓN: SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS	% de triages realizados en horas pico	Habilitación de dos triages en horas pico	disminuir el tiempo de toma de triage un 1%	Habilitar los 2 triages en horas pico	EL TIEMPO QUE DEFINA EL HOSPITAL	Recursos humanos, financieros	Auxiliares de enfermería

AFILIADOS	% de afiliados capacitados en el año en área de emergencia, % de sillas disponibles en sala de espera de emergencia	Realizar capacitaciones mensuales, y luego obtener un % anual de capacitaciones.	Capacitar al menos una vez a la semana a los afiliados que acuden a las horas pico al servicio de emergencia	Capacitar a los afiliados que acuden al área de emergencia, sobre los niveles de triage y su tiempo y prioridad, brindando charlas continuas, ingreso de paciente a sala de espera solo con 1 familiar	ANUAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, licenciadas y auxiliares de enfermería
	% de personal relacionado al tema capacitado al año	Realizar capacitación cada 6 meses de los tiempos de respuesta de las área de apoyo de emergencia	100% del personal relacionado al tema capacitado	Capacitar al personal que lleva las muestras sobre los tiempos de atención y de espera del usuario	SEMESTRAL	Recursos humanos, financieros	Área de calidad, coordinadores de áreas de apoyo
	% de abastecimiento de insumos mensual	Medir el porcentaje de abastecimiento mensual, y determinarlo después en forma anual	Tener al menos el 95% de abastecimiento de medicamentos durante los 6 últimos meses del año	Planificar un stock de seguridad de al menos 4 meses más	MENSUAL	Financieros	Farmacia, Compras públicas
	% de abastecimiento de medicamentos mensual	Medir el porcentaje de abastecimiento mensual, y determinarlo después en forma anual	Tener al menos el 95% de abastecimiento de insumos durante los 6 últimos meses del año	Planificar un stock de seguridad de al menos 4 meses más	MENSUAL	Financieros	Coordinación de insumos áreas de apoyo, compras públicas
IMPACTO: Con las metas y acciones propuestas, el impacto estaría enfocado a reducir las principales causas que ocasionan inconvenientes en la calidad del proceso de emergencia, lo que promovería la satisfacción del paciente.							

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

4.6. Presupuesto referencial a la implementación del Plan de Mejora

Tabla 41. Presupuesto referencial							
Objetivo del Plan de Mejora: Mejorar la calidad del proceso del área de emergencia de Hospital San Francisco de Quito							
ACTIVIDAD/ ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO ANUAL	COSTO TOTAL REFERENCIAL	OBSERVACIONES
Mantener a los coordinadores de emergencia y área de apoyo al menos 3 años en el cargo	COORDINADOR DE LABORATORIO CLÍNICO (3 AÑOS)	UNIDAD	1.00	\$ 2,775.00	\$ 33,300.00	\$ 99,900.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A 3 AÑOS DE CONTINUIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD
	COORDINADOR DE FARMACIA (3 AÑOS)	UNIDAD	1.00	\$ 2,267.00	\$ 27,204.00	\$ 81,612.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A 3 AÑOS DE CONTINUIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD
	COORDINADOR DE IMAGENOLOGÍA (3 AÑOS)	UNIDAD	1.00	\$ 2,775.00	\$ 33,300.00	\$ 99,900.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A 3 AÑOS DE CONTINUIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD
	LIC. COORDINADOR DE EMERGENCIA (3 AÑOS)	UNIDAD	1.00	\$ 1,900.00	\$ 22,800.00	\$ 68,400.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A 3 AÑOS DE CONTINUIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD
	MÉDICO COORDINADOR DE EMERGENCIA (3 AÑOS)	UNIDAD	3.00	\$ 2,775.00	\$ 33,300.00	\$ 299,700.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A 3 AÑOS DE CONTINUIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD
Aumentar al menos en un 2% los profesionales contratados en el área	CONTRATACIÓN DE 3 PERSONAS AUXILIARES DE FARMACIA	UNIDAD	3.00	\$ 817.00	\$ 9,804.00	\$ 29,412.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A UN AÑO DE TRABAJO
	CONTRATACIÓN DE 3 ESFEROS PARA EMERGENCIA	UNIDAD	3.00	\$ 1,412.00	\$ 16,944.00	\$ 50,832.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A UN AÑO DE TRABAJO

	CONTRATACIÓN DE 3 LICENCIADOS EN LABORATORIO	UNIDAD	9.00	\$ 1,676.00	\$ 20,112.00	\$ 181,008.00	EL COSTO TOTAL SE ENCUENTRA EN BASE A UN AÑO DE TRABAJO
Capacitar al menos al 95% de los médicos de todas las especialidades del Hospital	ESFEROS	UNIDAD	100.00	\$ 0.25		\$ 25.00	
	MATERIAL DIDÁCTICO	UNIDAD	100.00	\$ 0.15		\$ 15.00	
	INFOCUS	UNIDAD	1.00	\$ 200.00		\$ 200.00	
	PERSONAL DEL HOSPITAL QUE CAPACITA	UNIDAD	2.00	\$ -	\$ -	\$ -	
Tener un avance de al menos el 60% al finalizar el año 2018	6 REUNIONES DE TRABAJO	UNIDAD	6.00	\$ -	\$ -	\$ -	
Capacitar al menos una vez a la semana a los afiliados que acudan a las horas pico al servicio de emergencia (Capacitar al menos al 30% de los afiliados atendidos al año)	CAPACITADORES	UNIDAD	2.00	\$ 25.00	\$ 1,300.00	\$ 2,600.00	
	MATERIAL DIDÁCTICO	UNIDAD	4000.00	\$ 0.15	\$ -	\$ 600.00	
Comenzar la construcción de la nueva torre al menos para el año 2019	CONVERSACIONES PARA CONTRUCCIÓN DE NUEVA TORRE CON PERSONAL DE INFRAESTRUCTURA	UNIDAD	6.00	\$ -	\$ -	\$ -	SE CUENTA CON LOS PLANOS, SIN EMBARGO TODAVÍA SE ESTÁ APROBANDO POR PLATA CENTRAL, POR LO QUE AÚN NO SE CUENTA CON UN VALOR REFERENCIAL
Tener al menos el 95% de abastecimiento de medicamentos durante los 6 últimos meses del año	COMPRA DE MEDICAMENTOS	UNIDAD	LA QUE ABASTEZCA POR MEDICAMENTOS PARA EL USO DEL PRESUPUESTO TOTAL ASIGNADO	DEPENDE DE CADA MEDICAMENTO	PRESUPUESTO TOTAL ASIGNADO	\$ 7,125,000.00	
Capacitación sobre procesos de compra	CURSO BÁSICO DE COMPRAS PÚBLICAS (CAPACITADORES)	UNIDAD	25.00	\$ 148.00	\$ -	\$ 3,700.00	

sobre todo insumos	MATERIAL DIDÁCTICO	UNIDAD	100.00	\$ 1.00	\$ -	\$ 100.00	
100% del personal relacionado al tema capacitado	CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE LLEVA LAS MUESTRAS DE LABORATORIO	UNIDAD	4.00	\$ -	\$ -	\$ -	
	MATERIAL DIDÁCTICO	UNIDAD	4.00	\$ 0.30	\$ -	\$ 1.20	
disminuir el tiempo de toma de triage un 1%	CONTRATAR UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA HABILITAR LOS 2 TRIAGES	UNIDAD	1.00	\$ 817.00	\$ 9,804.00	\$ 9,804.00	
Tener menos filas, pacientes más satisfechos	COMPRA DE TURNEROS	UNIDAD	3.00	\$ 5,617.00		\$ 16,851.00	
	COMPRA DE SILLAS	UNIDAD	20.00	\$ 140.00		\$ 2,800.00	
Tener al menos el 95% de abastecimiento de insumos durante los 6 últimos meses del año	COMPRA DE INSUMOS	UNIDAD	LA QUE ABASTEZCA POR MEDICAMENTOS PARA EL USO DEL PRESUPUESTO TOTAL ASIGNADO	DEPENDE DE CADA INSUMO Y LA CANTIDAD A COMPRAR	PRESUPUESTO TOTAL ASIGNADO	\$ 5,985,000.00	

VALOR TOTAL REFERENCIAL	\$ 14,057,460.20	CABE SEÑALAR QUE \$13'110.000 ES EL PRESUPUESTO REFERENCIAL PARA EL ABASTECIMIENTO DE AL MENOS EL 95% DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS, ESTE VALOR SE APRUEBA Y ENTREGA A LA UNIDAD POR PARTE DE DIRECCIÓN FINANCIERA DEL IESS.
--------------------------------	------------------	---

Fuente: Belén Quintero

Elaborado por: Belén Quintero

CAPITULO 5: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1.1. Resultados

Se pudieron obtener los siguientes resultados:

- Se pudo determinar que los momentos de verdad del proceso de atención al afiliado en el área de emergencia son: la calificación médica, triage, atención médica y la atención que se realiza en los servicios de apoyo: farmacia, imagenología, laboratorio clínico. Los mayores inconvenientes se observaron en la saturación de las áreas, los retrasos en entrega de exámenes o medicación y demoras en la atención.
- Los pacientes atendidos durante el año 2016 fueron: 123385, el mes donde se registraron más atenciones fue en el mes de enero de 2016 con 10728.
- El grupo etario esta entre los 15 y 40 años, siendo en mayor cantidad las mujeres (70077) atendidas en comparación a los hombres (53308).
- Los principales diagnósticos determinados en el año 2016 son: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda, supervisión de embarazo, entre otros.
- El tiempo de estadía varía entre una y dos horas, y las horas pico son entre las 8 y 12 horas del día.
- Se pudo determinar que en el año 2016 hubo menos disponibilidad de insumos con un 66%, mientras que en el año 2017 los recursos donde hubo menos disponibilidad fue en medicamentos con un 79,31%.
- En cuanto a la eficacia del servicio, se pudo determinar que en el año 2016 y 2017 la menor eficacia se observó en el tiempo (minutos) promedio de respuesta de emergencia del ecu 911, ya que superaron el tiempo promedio estipulado en más del 69 y 41% respectivamente.
- Aproximadamente un 17,83% de los pacientes que deberían ser atendidos dentro de una hora según triage realizado, no se están atendiendo en este rango tiempo.

5.1.2. Discusión

En base a los señalado anteriormente se puede determinar que las principales causas que afectan a la calidad del proceso de emergencia son: demanda excesiva de pacientes, demora en el tiempo de espera en la toma de triage, desconocimiento de procesos y tiempos de atención, desabastecimiento de medicamentos e insumos, estos inconvenientes han causado retrasos en la atención de los afiliados. Por lo

mencionado anteriormente se aprueba la hipótesis alternativa planteada debido a que si es posible elaborar un plan de mejora continua para el área de emergencia del Hospital General San Francisco de Quito, mismo que busca disminuir o eliminar las principales causas que afectan a la calidad del área.

CONCLUSIONES

- Se pudo analizar la calidad en la atención al paciente en el área de emergencia del HSFQ, desde la validación de datos, hasta la atención médica y el alta, en donde se pudieron determinar los momentos de verdad y las personas relacionadas al área y su importancia.
- Se identificaron los principales problemas para la atención al afiliado en el área de emergencia del HSFQ.
- Se analizaron las causas y riesgos que generan la mayor parte de inconvenientes con los afiliados en el área de emergencia.
- Se aprobó la hipótesis nula, por lo que se elaboró un plan de mejora de la calidad del servicio de emergencia del HSFQ.
- Se realizó una caracterización de los pacientes atendidos en el área de emergencia durante el año 2016.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital General San Francisco de Quito analizar la viabilidad de implementar el mencionado plan de mejora con el fin de obtener mejoras en la calidad del proceso de emergencia.
- Se recomienda realizar análisis de los tiempos de espera con un muestreo de pacientes, para validar la información obtenida.
- Se recomienda realizar estudios anuales de la calidad del proceso de atención del área de emergencia, con el fin de determinar los cambios necesarios o las mejoras realizadas.
- Se recomienda implementar nuevos indicadores que permitan medir de manera más directa la calidad del área de emergencia.
- Se recomienda realizar encuestas a los afiliados con el fin de medir su percepción sobre la calidad de esta área.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de evaluación de la Calidad ANECA. (2015). Plan de mejoras, Herramienta de trabajo. Recuperado: febrero 2018 de: http://www.uantof.cl/public/docs/universidad/direccion_docente/15_elaboracion_plan_de_mejoras.pdf.
- Armas R. (2016). Texto-Guía- Metodología de la Investigación, Maestría en Gestión de Calidad. Loja: Ediloja.
- Armijos M. (2009). Lineamientos metodológicos para la construcción de indicadores den desempeño, CEPAL; Recuperado: Febrero 2018 de: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/35060/indicadoresdesempenoar_mijom.pdf.
- Boudreaux L. (2004), Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. (pp. 13-26).
- Céspedes Y., Cortés A., Madrigal M. (2013). Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. Recuperado: Enero 2018 de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409429201100020002&lng=es.
- CONEVAL. (2014). Manual para el diseño y construcción de indicadores. Recuperado: febrero 2018 de: <https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL PARA EL DISENO Y CONTRUCCION DE INDICADORES.pdf>.
- Diario EL COMERCIO. (2011). Quito cuenta con nuevo Hospital del IESS. Recuperado: Enero 2018 de: <http://www.elcomercio.com/tag/Hospital-san-francisco-de-Quito>.
- Díaz L., Torruco U., Martínez M. y Varela M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico, (pp. 162-167). Vol 2.
- Diccionario de Ciencias de la Educación. (1983). Vol. 1 (pp. 208). . México: Santillana

- Forrellat M. (2014). Instituto de Hematología e Inmunología. Apartado, Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible, Recuperado: Enero 2018 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>.
- González E. (2008). Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubijuqui desde la perspectiva del cliente; San José, Costa Rica. Recuperado: enero 2018 de: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Gonzalez_Mendez_Elizabeth_T_S_SA.pdf.
- Hospital San Francisco de Quito. (2016). Plan Anual terminado HSFQ año 2016.
- Hospital San Francisco de Quito. (2017). Plan Anual terminado HSFQ año 2017.
- Hulka B., Zyzanski S. y Cassel J., Thompson S. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* (pp: 429-435).
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2012). Organigrama del Hospital General San Francisco de Quito. Recuperado: Diciembre 2017 de: <https://www.iess.gob.ec/>.
- Martínez M. (1998). La investigación cualitativa etnográfica en educación (Pp 65-68). México: Trillas.
- Mejía Y., Cabrera N., Rodríguez M., y Toledo A., (2013). Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública* Recuperado: enero 2018 de: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu16413.htm.
- Moyón M. (2014). Plan Médico Funcional, Hospital San Francisco de Quito. Recuperado: Enero 2018 de: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HSFQ.pdf>.
- Personal de Enfermería HGSFQ. (2016). Protocolo de Triage en el servicio de Emergencia del HSFQ.

- Roghmann K, Hengst A y Zastowny T. (1979). Satisfaction with medical care (pp 461-467).
- Romero D. (2010). Diagrama de Ishikawa, El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos Recuperado: Febrero 2018 de: <http://www.redalyc.org/pdf/270/27018888005.pdf>.
- Salazar, S. (Dir), Reinoso T. y Gabriela J., 2016, Creación e implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad en el Hospital San Francisco de Quito, USFQ, Quito, Recuperado: Enero 2018, obtenido de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5396>
- Tamayo C. (2016). Procedimiento para abordar riesgos y oportunidades en el SGC de la empresa MEDICALFLY SAS. Recuperado: Febrero 2018 de: <https://repositorio.escuelaing.edu.co/bitstream/001/539/9/Anexo%209-Procedimiento%20Riesgos%20y%20oportunidades.docx>.
- Universidad Autónoma de México (2015). Informática Médica. Qué es calidad. Recuperado: Enero 2018 de: <http://www.facmed.unam.mx/emc/computo/infomedic/presentac/modulos/ftp/documentos/calidad.pdf>.
- Ware J., Hays R. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters (pp: 393-402.).
- Wolf M., Putnam S., James S., Stiles W. (1978). The medical interview satisfaction scale (pp 391-401).

ANEXOS

ANEXO 1: Encuestas realizadas al personal

ENCUESTA VERÓNICA TOCA

ENCUESTA

FECHA: 21-02-2018 (Laboratorio Clínico)

RESPONSABLE DEL SERVICIO: No hay responsable asignado por el momento
se extienden 3 días de Patología Clínica

v 1. ¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

2. ¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área?, de su respuesta ser positiva, indicar cuales y cuantos son y si estos se encuentran documentados

Si, son aproximadamente 30, más importantes toma de muestras, en el área de procesamiento en los procedimientos se menciona la prioridad con los pacientes de emergencia.

3. ¿En su servicio se brinda la atención a los pacientes según prioridad? De su respuesta ser afirmativa explique ¿por qué?

No se toman muestras de emergencia, esa es responsabilidad del servicio

4. Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción se toma con ellos?

No, se atienden directamente en emergencia

5. ¿Actualmente en el área se cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención? Si su respuesta es negativa, ¿Qué insumos o medicamentos hacen falta?

Si, se encuentra abastecida.

6. ¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

En entrega de resultados los camilleros no bajan a tiempo las muestras para ser procesadas, el tiempo de respuesta es de 2 horas.

7. ¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar el por qué

Si, se mantienen capacitaciones constantes.

8. El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar cuáles son estos problemas.

Espacio físico de laboratorio clínico y microbiología reducido.

Nombre del encuestado:

Yisela Escobar



ENCUESTA ANDREA DÍAZ

ENCUESTA

FECHA: 21-02-2018

RESPONSABLE DEL SERVICIO: Andrea Diaz (Farmacia)

1. ¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

Van a ser 7 años

2. ¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área?, de su respuesta ser positiva, indicar cuales y cuantos son y si estos se encuentran documentados

Si, Gestión de medicamentos, entrega de medicamentos de emergencia y consulta externa y control de lotes de paro de emergencias

3. ¿En su servicio se brinda la atención a los pacientes según prioridad? De su respuesta ser afirmativa explique ¿por qué?

No, no se cuenta con ventanilla de emergencia

4. Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción se toma con ellos?

Si-

5. ¿Actualmente en el área se cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención?, Si su respuesta es negativa, ¿Qué insumos o medicamentos hacen falta?

Si, se encuentran abastecido

6. ¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

Medicos no prescriben medicamentos correcto
Pacientes no tienen documentos completos

7. ¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar el por qué

Si, hay capacitaciones permanentes

8. El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar cuáles son estos problemas.

Que los médicos prescriban correctamente,
idea tener labo de farmacia satélite.

Nombre del encuestado:

Andrea Diaz
Andrea Diaz

ENCUESTA KATHY CADENA

ENCUESTA

FECHA: 20-02-2018

RESPONSABLE DEL SERVICIO: Kathy Cadena (Emergencia)

1. ¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

Un mes y medio

2. ¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área?, de su respuesta ser positiva, indicar cuales y cuantos son y si estos se encuentran documentados

Si los conoce. Protocolo para afiliados, seguro (campesinos, madres, hijos menores de 18 años y nueva resolución), todo paciente debe ser atendido dentro de la red pública de ser, y protocolo para exámenes de imagen y laboratorio

3. ¿En su servicio se brinda la atención a los pacientes según prioridad? De su respuesta ser afirmativa explique ¿por qué?

Si, porque tenemos establecido el protocolo de triaje manchíster, que se realiza por prioridad de atención

4. Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción se toma con ellos?

Si se los atiende debido a la normativa que menciona que todo paciente debe ser atendido, se les explica a los pacientes con triaje A y J que se va a disminuir la atención.

5. ¿Actualmente en el área se cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención? Si su respuesta es negativa, ¿Qué insumos o medicamentos hacen falta?

Si, el área se encuentra abastecida, se
falta de equipamiento hace falta cambio de
cambios, y cambio de tornos de oxígeno.

6. ¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

Saturación de pacientes por falta espacio físico y
de personal médico y de enfermería

7. ¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar el por qué

Si, se encuentran capacitados

8. El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar cuáles son estos problemas.

No, el área no tiene mayores problemas.


Nombre del encuestado:
Jathy Cordero

ENCUESTA GUSTAVO GUERRERO

ENCUESTA

FECHA: 20-02-2018

RESPONSABLE DEL SERVICIO: Gustavo Guerrero (Emergencia)

1. ¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

Encargado cuando jefe del servicio de
auxilio.

2. ¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área?, de su respuesta ser positiva, indicar cuales y cuantos son y si estos se encuentran documentados

Si los conoce, protocolos preestablecidos
Infección vías urinarias, dolor abdominal,
pequeño traumatizado, síndrome coronario
agudo, infecciones respiratorias agudas
graves, faringo amigdalitis, neumonía
adquirida en la comunidad, entre otros

3. ¿En su servicio se brinda la atención a los pacientes según prioridad? De su respuesta ser afirmativa explique ¿por qué?

Si, debido a que se basa en triaje
mánchester.

4. Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción se toma con ellos?

Si se da atención a todos, depende de
disponibilidad.

5. ¿Actualmente en el área se cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención? Si su respuesta es negativa, ¿Qué insumos o medicamentos hacen falta?

Si, el área se encuentra abastecida igual con equipo médico

6. ¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

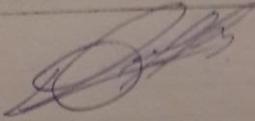
Demanda excesiva de pacientes, debido a que pacientes acuden a este hospital.
Disponibilidad de camas de hospital.

7. ¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar el por qué

Si, se realizan capacitaciones continuas

8. El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar cuáles son estos problemas.

Alta demanda de afiliados, para el espacio físico con el que cuenta el hospital.

Nombre del encuestado:  Gustavo Guerrero

ENCUESTA LORENA NOVOZ

ENCUESTA

FECHA: 21-02-2018

RESPONSABLE DEL SERVICIO: (Imagénología).

1. ¿Cuánto tiempo lleva de responsable del servicio?

1 mes

2. ¿Conoce los protocolos de atención al afiliado en su área?, de su respuesta ser positiva, indicar cuales y cuantos son y si estos se encuentran documentados

Si, 5 (por) (Póliticas organizacionales) y 8 (protocolos) Procedimientos, partes, asistidos, estudios especiales, mamografías, Rx, tomografía, en cada uno de ellos se indica la atención prioritaria al paciente de emergencia?

3. ¿En su servicio se brinda la atención a los pacientes según prioridad? De su respuesta ser afirmativa explique ¿por qué?

Si, a los pacientes de emergencia y hospitalización los estudios se los realiza primero e inmediato el tiempo de respuesta es 2 horas.

4. Todos los pacientes son atendidos en su servicio? Si su respuesta es negativa, que opción se toma con ellos?

Si.

5. ¿Actualmente en el área se cuenta con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención? Si su respuesta es negativa, ¿Qué insumos o medicamentos hacen falta?

Si, se encuentran abastecidos.

6. ¿Cuáles son las principales inconsistencias o retrasos en la atención al afiliado y porque?

Pedidos o solicitud de estudios no consta la información completa.

7. ¿El personal que labora en el servicio se encuentra capacitado para brindar una atención adecuada al afiliado? Si su respuesta es negativa, identificar el por qué

Si, se mantienen capacitaciones permanentes.

8. El área tiene problemas? Si la respuesta es afirmativa identificar cuáles son estos problemas.

No.

Nombre del encuestado: Lorenz Novo2

