



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y
SISTEMAS DE SALUD**

TEMA:

**ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS A NIVEL DE
HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, PERTENECIENTES A LA RED
PÚBLICA DE SALUD EN LA PROVINCIA DEL AZUAY. CRÍTICA PARA EL CAMBIO. 2017-
2018.**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ HUMBERTO SOLA

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. JAVIER CÁRDENAS

ALUMNA:

MARÍA ALEXANDRA GARCÍA PACHECO

2017 – 2018

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Rosa María por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Wilson por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Al Dr. José Sola, mi Director de Tesis, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Javier Cárdenas, mi Tutor metodológico, por su constante y paciente seguimiento y asistencia, compartiendo su tiempo de manera generosa durante el desarrollo del presente trabajo.

A las siguientes instituciones que contribuyeron con el aporte de información de manera desinteresada: Coordinación zonal de salud 6, Hospital Vicente Corral Moscoso, Hospital José Félix Valdivieso, Hospital Básico de Paute, Centro de salud tipo C Nabón.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

1.- RESUMEN EJECUTIVO	4
2.- PRESENTACION.....	5
3.- ANALISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA).....	7
4.- MARCO CONCEPTUAL (MODELO) DE REFERENCIA.....	8
4.1. Marco legal:	8
4.2. Emergencias y Urgencias - Definiciones:	11
4.3.- Situación de las emergencias en el Ecuador:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.4. Triage – Sistema de categorización de pacientes:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.5.- Organización de los servicios de emergencias.....	15
5.- CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA	19
6.- HIPOTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES.....	22
6.1.- HIPÓTESIS:.....	22
6.2.- ESTRATEGIAS ELEGIBLES:.....	22
6.2.1.-Alternativas de cambio:	22
6.2.2.- Criterios de selección:.....	22
7.- PROPOSITO Y OBJETIVOS.....	24
GENERAL:	24
ESPECIFICOS:.....	24
8.- INSTRUCCIONES OPERATIVAS:.....	1
9.- METODOLOGIA:.....	1
10.- RESULTADOS Y DISCUSION.....	4
10.1 RESULTADOS:.....	4
10.2.- DISCUSIÓN:	10
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	12
11.1.- CONCLUSIONES:.....	12
11.2.- RECOMENDACIONES:.....	14
12. BIBLIOGRAFIA.....	16
13. ANEXO DE GRAFICOS, INSTRUMENTOS Y OTROS.....	18
13.1.- TABLAS ANEXAS DE LA METODOLOGÍA.....	18
13.2.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
13.3.- TABLAS DE RESULTADOS.....	27
13.4.- EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:	31

1.- RESUMEN EJECUTIVO

Los servicios de emergencias de hospitales y centros de salud tipo C del Azuay, son las puertas de entrada de todas las emergencias y urgencias médicas, en donde los motivos de consulta en la mayoría de pacientes son por problemas de salud que se deben ser atendidos en consulta externa y sólo el 7% corresponden a situaciones de peligro inminente de la vida. El objetivo del estudio analizar la atención en los servicios de emergencias y urgencias médicas de establecimientos de primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública, pertenecientes a la Red Pública de Salud en la provincia del Azuay, y proponer un cambio, se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, con un diseño metodológico basado en la Investigación-Acción con una muestra a conveniencia conformada por personal administrativo y operativo involucrados en el funcionamiento de estos servicios. Luego de la revisión bibliográfica, de las instrucciones operativas, de la investigación de campo y del análisis de los resultados se puede manifestar que los servicios de emergencia en la provincia del Azuay están saturados, la mayoría de atenciones en las salas de emergencia son prioridad 3-4-5 según Manchester, sólo el 5,7% son prioridad 1 y 2, la aplicación de los protocolos y guías de práctica clínica es escasa, la mayoría del personal esta estresado pero satisfecho en su lugar de trabajo. Por lo que se concluye que, la saturación de los servicios de emergencia en Azuay, son un problema de salud pública que tiene que resolverse con la ejecución de políticas públicas que involucren a unidades de primer y segundo nivel de atención, por lo que se ha elaborado una propuesta de cambio con un sistema de categorización de pacientes, la misma que podría ser implementada en un futuro, además de educación a la población.



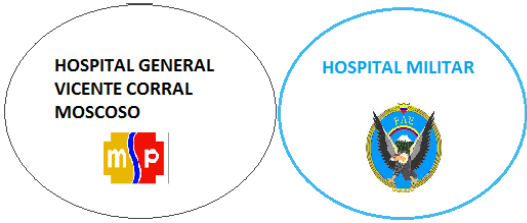

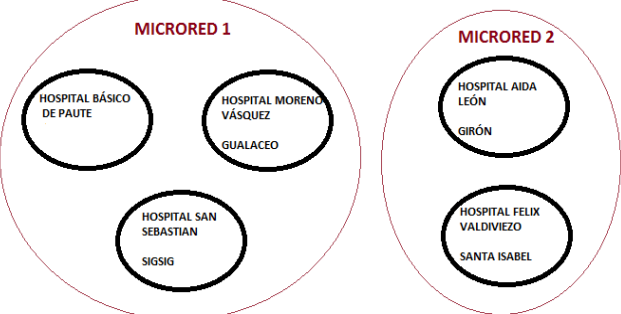

Palabras clave: servicios de emergencia y urgencias, hospitales, organización de servicios.

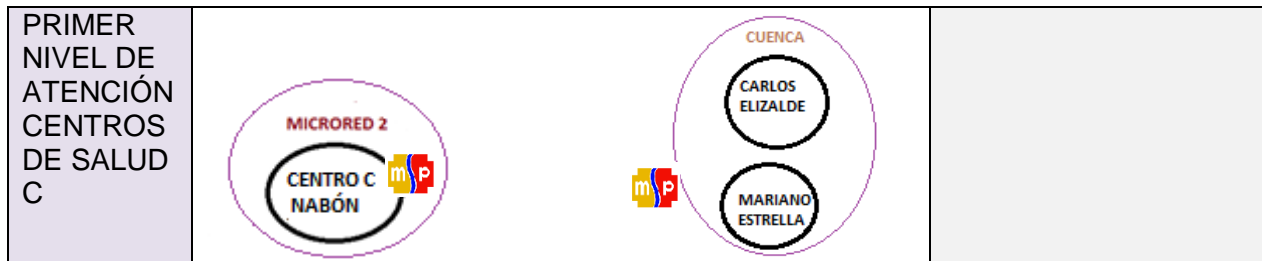
2.- PRESENTACIÓN

La provincia del Azuay está situada al sur del Ecuador, cuenta con un territorio que ocupa una extensión de 8.639 km², limitando al norte con Cañar, al sur con Loja, al occidente con Guayas, al suroccidente con El Oro, al este con Morona Santiago y al sureste con Zamora Chinchipe; constituida por 15 cantones, de las cuales se derivan 27 parroquias urbanas y 60 parroquias rurales, tiene una población de 712.127 habitantes, según el último censo realizado en el año 2010 con los siguientes grupos de edad: menores de 4 años el 9.7%, de 5 a 9 años 10.1%, 10 a 19 años 21.1%, la población con más de la mitad de los habitantes es la de 20 a 64 años con el 51.2%, y los mayores de 65 años son el 7.9%; con un analfabetismo de 6.7%, comparada con la cifra nacional de 8,1 y con un 20.9% de pobreza menor a la del porcentaje nacional de 22,9% (INEC, 2015).

En cuanto a los servicios de salud, la provincia forma parte de la Coordinación de Salud Zonal 6, junto con la provincia del Cañar y Morona Santiago, conformada por establecimientos de la Red Pública y complementaria, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla N°1
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROVINCIA DEL AZUAY, 2017

TIPOLOGÍA	RED PÚBLICA	RED COMPLEMENTARIA
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES		
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN - HOSPITALES GENERALES		
HOSPITALES BÁSICOS		



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Respecto de los establecimientos de salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP) como son Hospitales básicos, Centros de Salud Tipo C y el Hospital General, tienen la siguiente cartera de servicios: consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico, emergencias y centro obstétrico de acuerdo a su tipología y en el caso de los hospitales además cuentan con hospitalización y centro quirúrgico. Las especialidades que tienen los Hospitales Básicos son medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología; los Centros tipo C ginecología y pediatría y el Hospital general cuenta con todas las especialidades y subespecialidades –adicional a las mencionadas- como: otorrinolaringología, oftalmología, urología, nefrología, alergología, dermatología, traumatología, neumología, cardiología neurología, gastroenterología y coloproctología. (Ministerio de Salud Pública, 2013) A continuación se detalla información de los establecimientos que atienden emergencias.

Tabla N°2
TIPOLOGÍA, NÚMERO DE CAMAS Y HORARIO, POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD, AZUAY, 2017

NOMBRE	TIPO	# CAMAS	HORARIO
Vicente Corral Moscoso	General	290	Emergencia: 24 horas (especialistas) Consulta externa: 7:00 a 16:00
José Félix Valdiviezo	Básico	15	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Aida León	Básico	15	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
San Sebastián	Básico	18	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Paute	Básico	30	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 7:30 a 16:00
Moreno Vásquez	Básico	25	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Nabón	Centro C		Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Ponce Enríquez	Centro C		Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017
Elaborado por: Ma. Alexandra García

En cuanto a la demanda de pacientes a estos establecimientos, en la provincia del Azuay, se produjo un aumento de la demanda; si comparamos las atenciones del año 2006 con las del 2016, según datos de estadística de uno de estos Hospitales Básicos, la misma se ha multiplicado 7 veces. Al respecto, el año 2006 había un promedio de 8 atenciones al día y en el

2016 el promedio ascendió a 55 pacientes al día, sin que se multiplicara de la misma forma los recursos humanos que atienden esta demanda; siendo en el 2006 alrededor de 100 personal de salud y en el 2016, 120 (Burbano P. 2014).

La atención de emergencias y urgencias médicas en la provincia del Azuay se ve limitada, al existir sólo dos Hospitales de la Red Pública que cuentan con recursos humanos y materiales las 24 horas del día 365 días al año, para resolver las mismas. Los Hospitales Básicos cuentan con la misma cartera de servicios, sin tener especialistas y quirófano las 24 horas del día; estos 5 Hospitales Básicos, 1 Hospital General y 2 Centros de Salud Tipo C, son las puertas de entrada de todas las emergencias y urgencias médicas de toda la provincia, en donde los motivos de consulta en el servicio de emergencia, no siempre son urgencias y emergencias médicas¹ (más del 94% de pacientes atendidos en estos servicios, son por problemas de salud que se deben atender en consulta externa). Varios son los efectos que provoca esta situación: complicaciones de pacientes, fallecimientos en las salas de emergencia, quejas y mala percepción de los usuarios, de las diferentes instituciones de salud de la provincia del Azuay.

Respecto de las atenciones de emergencia, del primer semestre del 2017 en el Centro de Salud C Nabón y los Hospitales Básicos Paute y José Félix Valdivieso del total de las emergencias atendidas sólo entre el 6 - 7% del total son Prioridad 1 – 2 según Manchester².

El común denominador en estos 3 establecimientos de salud de la provincia del Azuay, es que menos del 7% de pacientes que acuden al servicio de emergencia, corresponden a situaciones de peligro inminente de la vida del paciente catalogadas como prioridades 1 y 2 según Manchester; sin duda, esta situación se replica en todos los Hospitales Básicos y centros C que atienden emergencias de la provincia.

De todas las atenciones prioridad 1 y 2 hasta el 96 % se resolvió en unidades de la Red Pública, para el resto de casos se requirió el apoyo de la Red complementaria para solucionarlas. Contrastando datos a nivel mundial, en España en el año 2010, el 52,5% de los ingresos hospitalarios fueron no urgentes, este porcentaje alcanza el 69% en los hospitales generales, es decir que el problema que ocurre en el Ecuador, se replica en España. La tasa de frecuencia de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de los Estados Unidos, en España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%. Más del 80% de los pacientes acuden a estos servicios por iniciativa propia, sin ser referidos desde otras unidades de salud. Los motivos que expresa el usuario para demandar asistencia a las salas de emergencia como primera opción, se identifica la confianza en la unidad y la expectativa que tienen los usuarios de obtener una atención rápida (Ministerio de Sanidad y Política social de España, 2010).

3.- ANALISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

La escasa disponibilidad de recursos humanos capacitados, una infraestructura y equipamiento de más de 30 años en los establecimientos investigados, la deficiente aplicación de protocolos y guías de práctica clínica en los servicios de emergencias y urgencias en unidades de segundo y primer nivel, la falta de organización en los servicios y una inadecuada relación médico paciente; afectan la complementariedad de los establecimientos de la red pública integral, para la atención de emergencias, expresándose en una limitada capacidad resolutoria de los Hospitales y Centros de primer nivel, retraso en la atención de pacientes cuyos

¹ Basada principalmente en modelos de sistemas de salud centrados en la atención hospitalaria.

² El Triage de Manchester es un sistema de categorización de pacientes que convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática o de presentación, que se diferencia en colores, dentro de un sistema de algoritmos clínicos.

problemas de salud deberían ser atendidos como prioridad uno; quejas y mala percepción por parte de los usuarios de las diferentes instituciones de salud de la provincia del Azuay. Tal es así que las causas más frecuentemente implicadas en la saturación son:

- Personal sanitario insuficiente, revisando los datos en el año 2015 el Ecuador registraba la cifra de 18,04 médicos por cada 10.000 habitantes, sin embargo, la OMS establece como mínimo 23 en países en desarrollo.
- Falta de camas para el ingreso en el hospital, las cifras del 2014 en el país hay 1,6 camas por 1.000 habitantes, siendo lo mínimo establecido 2 por 1.000.
- La migración de la población hacia zonas urbanas y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos.
- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología,
- La obligatoriedad de atender al paciente con patología urgente o no en los establecimientos de salud, pues el artículo 12 de la Ley de derechos y amparo del paciente establece que “Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause. la Constitución de la República del Ecuador establece que la salud es un derecho”. (Congreso Nacional, 2006)
- Factores estacionales, como cambios bruscos de temperatura, bajas temperaturas en invierno.

Esta saturación dificulta una correcta atención sanitaria al paciente, sobre todo, cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental para tener un mejor pronóstico como son los casos de síndromes coronarios agudo, ictus isquémico agudo, traumatismos graves, aumento así de la morbi-mortalidad y la estancia media hospitalaria; además reduce la satisfacción del usuario y eleva el porcentaje de pacientes que abandonan los servicios sin ser atendido. (Ministerio de Sanidad y Política social, 2010)

4.- MARCO CONCEPTUAL (MODELO) DE REFERENCIA

4.1. MARCO LEGAL

En cuanto al marco legal, se describen de acuerdo a políticas, guías y protocolos, así:

4.1.1 Políticas

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 en su artículo 32, señala: “La salud es un derecho que garantiza el Estado” a partir del cual se “garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

La provisión de los servicios se la lleva a cabo mediante la articulación de los prestadores públicos y privados, a través de la organización de la RPIS, para proveer a los usuarios prestadores de salud con oportunidad, calidad y calidez. El literal 3, del artículo 32 de la Constitución indica, fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. Por

otra parte, el literal 5 de este mismo artículo señala: brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución: personas adultas mayores niñas, niños y adolescentes quienes contarán con atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Para el año 2012 se firmó el primer Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, para integrar la Red Pública Integral de Salud, (mismo que fué actualizado en el año 2015), en el cual se implementó el tarifario de prestaciones para e Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2015).

El art. 365 del documento mencionado señala que, por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud, negarán la atención de emergencia, dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Al respecto: Los prestadores de servicios de salud brindarán atención a los pacientes de instituciones de la RPIS, que concurran por emergencia. Las unidades responsables de los pacientes que acudan por emergencia a una unidad de salud diferente a la de su propia red, enviarán la autorización correspondiente que garantice la aceptación de pago de las atenciones; para tal fin los prestadores deberán informar del ingreso de los pacientes atendidos por emergencia en un plazo máximo de 3 días laborables, para que sean registradas y autorizadas debidamente” (RPIS/MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, MIES-PPS , 2012).

En el país se cuenta con el Modelo de Atención Integral de Salud [MAIS] (MSP,2012) en cuyos lineamientos operativos se establecen los “procedimientos para el manejo integral de la atención de emergencias en la estructuración de la Red Pública Integral de Salud”, en el que resalta realizar un sistema de organización de la demanda que acude a los servicios de emergencia a través del triaje, siendo el binomio enfermera – médico, o enfermera – paramédico, el personal indicado para realizar esta actividad. Cada establecimiento de la Red Pública que cuente con servicio de emergencia de 24 horas, debe especializarse en las prioridades de triaje que les corresponde, según la siguiente tabla:

Tabla N°3
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE EMERGENCIAS, SEGUN NIVEL DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Establecimientos de salud hasta centros de salud tipo A y B: • Primeros auxilios • Urgencias 5 • Referencia 1, 2, 3 y 4	Establecimientos de salud Ambulatorios con emergencia 24 h: • Atención de Emergencias tipo 3 y referencia del resto al tercer nivel.	Establecimientos de salud hospitalarios: • Atención de Emergencias tipo 3, 2 y tipo I • La prioridad 3 debe ser por acceso geográfico, referir emergencias 4 y 5 a nivel a correspondiente
Establecimientos de salud tipo C: • Atención de emergencias tipo 4 y 5, y referencia de las otras	Establecimientos de salud hospitalarios básicos con servicio de emergencia: • Atención de Emergencias tipo 4 y 5 y referencia de las otras Establecimientos de salud hospitalarios con servicio de emergencia: • Atención de Emergencias tipo 3, 2 y referencia de las tipo I	

FUENTE: LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL MAIS

“Los establecimientos de salud de Primer Nivel que cuentan con Servicios de Emergencia, que 24 horas del día, 365 días del año, de acuerdo a su complejidad y demanda contarán con:

- Un Servicio de Emergencia con un área de triaje, que permita la atención según prioridad y de acuerdo a la misma refieran a los pacientes de prioridad 1, 2 y 3.

- Los Servicios de Emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- El Servicio de Emergencia deberá contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes y Farmacia las 24 horas según su capacidad resolutive.
- Cada Servicio de Emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería.
- El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador o de Vigilancia).

Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, en los que los servicios de emergencia funcionan 24 horas/ 7 días a la semana, deberán organizar el servicio de la siguiente manera:

- El Jefe de Guardia a partir de 5 pm de la tarde y feriados, será la autoridad máxima del hospital, en la modalidad de turnos, que se organizarán, de acuerdo a las características propias de cada hospital.
- Los hospitales con servicios de emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos deberán estructurar el Servicio de Áreas Críticas.
- Los servicios de emergencias no podrán rechazar a ningún paciente, se clasificará, según el Sistema de Triage Manchester, se estabilizará y se lo trasladará, ya sea a la hospitalización del mismo hospital, si hay disponibilidad de camas, según su capacidad resolutive, o se lo derivará a otro hospital, a través del equipo de gestión de red zonal.
- Los Servicios de emergencia de los establecimientos deben tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- Todo Servicio de Emergencia deberá contar con un área (box) de triaje, que permita la atención según prioridad (según sistema de Triage Manchester)
- El Servicio de Emergencia debe contar con área de urgencias, de emergencias, de críticos y observación según su capacidad resolutive.
- La estancia en los boxes de Urgencias/Emergencias, debe ser de máximo 4 horas.
- Salas de observación, donde el paciente permanecerá máximo 12 horas, con un máximo de menos de 23 horas.
- El servicio de emergencia debe contar con apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante las 24 HORAS, según su capacidad resolutive.
- Cada servicio de emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, Equipos y lencería de acuerdo a su capacidad resolutive normada.
- El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador y/o de vigilancia)
- Cuando un paciente ingresa al Servicio de Emergencias, a través de Atención Pre hospitalaria (SIS- ECU 911- Transporte primario), se debe firmar la recepción del paciente en el formulario HCU- F002. (Ministerio de Salud Pública, 2014)”

4.1.2 Guías:

Se usan las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, estas guías de práctica clínica actualmente publicadas son:

- Guía de prevención y control de la transmisión – MATERNO INFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA, Y DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS/AS CON VIH/SIDA
- Alimentación y nutrición de la madre
- GPC Anemia en el embarazo
- GPC Cuidados paliativos completa

- GPC Diabetes en el embarazo
- GPC Hiperplasia suprarrenal congénita
- GPC Infección vaginal obstétrica
- GPC Hemorragia postparto
- Guía para el ciudadano – Cuidados paliativos
- Guía para el ciudadano de infección en vías urinarias en el embarazo
- Guía de supervisión – Salud de adolescentes
- Guía de práctica clínica – Diagnóstico y tratamiento del paciente con osteogénesis imperfecta
- GPC Lupus Eritematoso Sistémico
- GPC Infección de vías urinarias en el embarazo
- GPC y Manual de Procedimientos – Fibrosis quística
- GPC Trastornos hipertensivos del embarazo
- GPC Transfusión de sangre y sus componentes
- GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto
- GPC Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con Enfermedad de Gaucher tipo 1
- GPC Tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con galactosemia
- GPC Diagnóstico y tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria
- GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente
- Guía de atención integral para ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA
- GPC Hemorragia post parto
- Guía de Supervisión – Salud de adolescentes
- Guía de Práctica Clínica – Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
- Guía de Práctica Clínica – Recién nacido prematuro
- Guía de Práctica Clínica – Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato
- Guía de Práctica Clínica – Atención del aborto terapéutico
- Guía de Práctica Clínica – Sepsis Neonatal

4.1.3 Protocolos

En lo que respecta a la atención de emergencias, el Ministerio de Salud Pública, acuerda aprobar y autorizar la publicación de los “Protocolos de Atención Pre hospitalaria para Emergencias Médicas”, con el Acuerdo Ministerial 00000673, en el que se señala que no se cuenta con un sistema integrado de emergencias que conecte todos los subsistemas, por lo que resulta vital la normatización, reglamentación y protocolización de un sistema de atención de emergencias a todos sus niveles. Estos protocolos fueron diseñados para el manejo adecuado de pacientes que se encuentran fuera de las áreas asistenciales de salud (centros de salud, hospitales generales y hospitales de especialidad) (Ministerio de Salud Pública, 2011).

4.2. Emergencias y Urgencias:

Partimos de las definiciones de emergencias y urgencias es así que, para la OMS una urgencia es un problema de salud cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en 6 horas como máximo, para evitar complicaciones mayores; y las emergencias: “aquella situación en la que el individuo entra en desequilibrio homeostático por enfrentar obstáculos que se anteponen a sus objetivos de vida, alteraciones anormales en el organismo humano, que resultan en drástico trastorno de la salud o en súbita amenaza a la vida, exigiendo medidas terapéuticas inmediatas”. (Lago L. & Martins J. & Schneider D. 2010)

En cuanto a los tipos de urgencias se pueden clasificar por prioridades:

- De primera prioridad, son eventos que ponen en peligro mediato e inmediato la vida del paciente; excepto aquella que representa una amenaza inmediata a la vida de la persona, y que en este caso se denomina emergencia.
- Urgencia de segunda prioridad son problemas de salud que, ponen en peligro, en tiempo mediato la vida del paciente;
- Urgencia menor o de tercera prioridad son problemas de salud que, no ponen en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediato, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones.
- Las no urgencias son problemas de salud crónicos, sin crisis de agudización que requieren atención médica no encasillada en las definiciones anteriores; en los cuales la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, por lo que pudiera esperar de 24-48 horas para recibir atención (Gómez J. 2013).

Según Damas M. se debe diferenciar una urgencia real de una urgencia médica sentida. Por urgencia real se entiende, todo problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o una función y que requiere de atención inmediata; mientras que la urgencia médica sentida es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. También se la puede denominar urgencia objetiva y subjetiva: urgencia objetiva, necesidad de actuación inmediata y real valorada por un médico, y urgencia subjetiva, en la que la inmediatez es requerida por el propio paciente y/o sus familiares. Se puede dividir a las emergencias médicas de acuerdo al aparato afectado, de la siguiente forma:

- Anafilaxia.
- Urgencias cardiovasculares.
- Urgencias neurológicas.
- Urgencias digestivas.
- Urgencias respiratorias.
- Urgencias endocrinológicas /metabólicas.
- Urgencias ORL.
- Urgencias oftalmológicas.
- Urgencias renales y urológicas.
- Infecciones.
- Cuadros psiquiátricos.
- Agentes externos medioambientales.
- Accidentes traumatológicos.
- Intoxicaciones (Damas, M. 2010).

El triaje de urgencias o clasificación de pacientes, constituye un pilar fundamental de la asistencia en los servicios donde se ha implantado. El funcionamiento de este sistema de triaje estructurado, necesita de la existencia de un equipo de profesionales que pueda identificar las necesidades de los pacientes, decidir las prioridades y realizar las primeras medidas de atención y asistencia sanitaria. Ha de ser un equipo de profesionales cualificados y formados en la aplicación de un modelo de triaje normalizado, válido, útil y reproducible, con suficiente grado de evidencia científica como para garantizar su aplicabilidad y seguridad.

El triaje es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de establecer un diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados los primeros, a mantenerse en los servicios las 24 horas del día.

Este sistema, como centro de la organización de la asistencia en el servicio, mejora el pronóstico general de los pacientes, nos indica cuándo se trata un paciente y que es lo que él

necesita, tiene la capacidad para predecir el destino y las necesidades de recursos de los pacientes.

Las principales funciones del triaje son:

- “1.- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación;
- 2.- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente;
- 3.- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital;
- 4.- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias;
- 5.- Dar información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas preliminares;
- 6.- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable;
- 7.- Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio;
- 8.- Dar información que ayude a definir la complejidad del servicio. (Gómez J. 2013).”

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifiesta que los sistemas de salud basados en la APS se caracterizan por una serie de valores, principios y elementos fundamentales que la definen; la organización y gestión óptima es uno de ellos, que apunta al desarrollo de la capacidad de los establecimientos, para dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos con los recursos disponibles. La implementación de un sistema de categorización de pacientes, se ha convertido en un componente fundamental de los servicios de emergencia a nivel mundial (Gómez, 2011).

La categorización es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado y debe tener las siguientes características:

- Personalizada: individuo a individuo.
- Dinámica: mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados.
- Permanente: reevaluando permanentemente a cada víctima.
- Adaptada: al contexto en donde se desarrolla.
- Socialmente aceptable: mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia. (C. Alvarez Leiva, 2001).

En Estados Unidos en los años 60, se inició un sistema clásico de categorización en 3 niveles (emergente, urgente y no urgente), que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías; estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente respecto a su utilidad, validez y reproducibilidad como para ser considerados entandares del triaje estructurado. A la par en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich⁴¹. La NTS, en 1993, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización (J. Gómez Jimenez, 2013).

- Nivel 1- Resucitación.
- Nivel 2-Emergencia
- Nivel 3-Urgente,
- Nivel 4- Semi urgente
- Nivel 5- No urgente².

Tras la implantación del modelo australiano, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas adaptados a sus territorios.

Actualmente existen cinco modelos de triaje estructurado, incluyendo el australiano: la Escala Canadiense de triaje y gravedad para los servicios de urgencias (CTAS) en 1995. El Sistema de triaje de Manchester (MTS) en 1996; el Índice de gravedad de urgencias (ESI) desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente. El Modelo andorrano de triaje (Model Andorra de Triatge: MAT) desarrollado por la Comisión de triaje del Servicio de urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio Andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000, y que utiliza la CTAS como referente (Gómez , 2013).

La NTS y la CTAS no están basadas en algoritmos clínicos; el MTS convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática o de presentación, que diferencia en colores, dentro de un sistema de algoritmos clínicos. El ESI, es una escala basada en un algoritmo simple e introduce el concepto de consumo de recursos como criterio de clasificación. El MAT nace de una adaptación conceptual de la CTAS, convirtiendo una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela en una escala basada en categorías sintomáticas o de presentación, con algoritmos clínicos en un formato electrónico; este es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías. (Gómez 2011).

En Europa en la década pasada, se hicieron varias publicaciones que confirman la reproducibilidad de la NTS, de la CTAS y del ESI; pero estos trabajos se han realizado sobre escenarios, no sobre pacientes atendidos en los servicios de urgencias; por lo que es dudosa la fiabilidad de estos tipos de triaje. Un aspecto importante que introducen los sistemas de triaje estructurado es su capacidad de relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales en los servicios de urgencias donde se aplican.

El sistema CTAS puede ser implementado en países diferentes al Canadá; también se ha encontrado una relación significativa entre las categorías de priorización y el consumo de recursos en transporte sanitario, la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y la utilización de recursos diagnósticos (Gómez, 2013).

Como se observa, en los párrafos anteriores existen varios sistemas de triaje; sin embargo, el Ministerio de Salud Pública a través del Acuerdo Ministerial 0005169 en el año 2014, señala: “por la difusión amplia, la facilidad y versatilidad en su uso, se ha tomado como referente el Sistema de Triaje Manchester MTS modificado, que también fue tomado como base para el Manual de Triaje Iberoamericano” (Ministerio de Salud, 2014). “El requisito fundamental para implantar un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, es contar con el claro convencimiento en la misma, de la necesidad de la implantación, sus ventajas y la oportunidad de mejora que ello conlleva” (Gómez. 2011).

En la mayoría de países, los servicios de urgencias se adecuaron para conformar redes o sistemas capaces de dar solución de forma efectiva, adecuada y oportuna, con el fin de resolver estos problemas de salud (Ministerio de Salud Pública, 2015). Además, se realizaron reformas en salud, sobre el uso apropiado de los departamentos de urgencias, de los pacientes que requieren admisión hospitalaria, que son una cantidad importante del total de usuarios de la emergencia.

Una investigación en Brasil concluye que, en los servicios de emergencia, “la segunda mayor causa de la demanda fueron las enfermedades del aparato respiratorio, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo, retratando la pobreza y las condiciones de salud de la población como factor agravante para esas enfermedades”. La misma concluyó que esta demanda podría ser acogida por las unidades de primer nivel del lugar de residencia del usuario, lo que apunta a la necesidad de educación de pacientes sobre la utilización de los diferentes servicios de salud. Esta facilidad en el acceso a la medicalización y resolución de los pequeños problemas de salud, en estas unidades de emergencias, hace que los usuarios acudan de manera reiterativa sin necesidad de atención de urgencia y emergencia. En este sentido, se deben articular las unidades que tienen servicios de emergencias y las de primer

nivel de atención para buscar estrategias que permitan la inversión de ese flujo, para que la puerta de entrada deba ser en las unidades de primer nivel cerca de las viviendas de los usuarios y solamente la demanda referenciada sea atendida respetando la jerarquía de la complejidad de los casos en las unidades de emergencias (Novelli, G. & Neves, M. & Muglia, I. & Carvalho, M. 2011).

4.2.1.- La situación de emergencia en el Ecuador:

Se tiene registro que en 1998 se creó el Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas (CIREM) con su cese de funciones en el 2002, frente a esta situación, en la ciudad de Guayaquil la Alcaldía junto con empresas privadas crearon un centro de respuesta a emergencias, la Corporación para la Seguridad Ciudadana de Guayaquil (CSCG), funcionando desde el año 2006 hasta la actualidad. En la ciudad de Quito a finales de los años 90 se crea la Dirección de Emergencias 9-1-1 para realizar estas mismas funciones (Burbano P. 2014).

En el año 2011, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, implementó el Servicio Integrado de Seguridad ECU-911 como herramienta tecnológica integradora de los servicios de emergencia que conforman el Sistema Nacional de Salud, funcionando hasta la actualidad como un sistema de recepción y despacho de auxilio inmediato y efectivo (Celi M. & Saldaña A. & Rodríguez J. 2013).

Los lineamientos operativos del MAIS en el año 2014 señalan que día a día, los servicios de emergencias de los Centros de Salud y Hospitales, tienen una gran afluencia de pacientes con distintas necesidades de atención en salud. “Por esto, es indispensable que exista un sistema de ordenamiento, que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización clínica y no solamente por orden de llegada, para lo cual se usa el triaje”. Sin embargo, no en todos los hospitales y centros de salud se está cumpliendo.

Revisando estadísticas del Ecuador, no existen cifras sobre atenciones de emergencias según prioridad ni por provincia, ni por tipo de establecimiento de salud que atiende emergencias.

4.3.- Organización de los servicios de emergencias.

Usando la perspectiva de Mintzberg, las organizaciones están constituidas para captar y regentar sistemas de flujos y para establecer interrelaciones entre las partes. Mintzberg plantea un modelo de cinco segmentos en cada organización, cada uno con una función definida, estas son:

- El núcleo operativo: brinda el servicio al usuario (atención de consulta, toma de muestra de laboratorio, etc.)
- Servicios de apoyo administrativo: apoyan al núcleo operativo desde el enfoque administrativo (gestión de recursos, secretaría general, manejo financiero, archivo, limpieza, seguridad etc.)
- Tecnoestructura: Estandariza las operaciones del núcleo operativo, apoya técnicamente al mando intermedio y/o la cumbre estratégica. (elaboración de protocolos, formulación de normas de calidad, etc.)
- Línea media: Supervisa, controla, coordina y direcciona dependiendo de los grados de descentralización vertical y horizontal de la toma de decisiones (jefes de departamentos etc.)
- Cumbre estratégica: Determina las políticas, relaciones con otras instituciones, grandes líneas estratégicas.

Estas 5 partes constan de manera explícita o no, en cada organización.

Desde un concepto de la gestión empresarial, hace referencia a ordenar el trabajo de un equipo multidisciplinario con roles definidos, con una forma de relacionarse entre sí y una estructura planteada para obtener un objetivo.

En un servicio de emergencia, aparecen varias situaciones que intervienen en la organización del servicio:

- Heterogeneidad de los involucrados en el servicio, pues allí laboran profesionales asignados al propio servicio, de otros servicios, médicos en formación y personal no asistencial.
- El paciente se auto refiere, en la mayoría de casos es quien decide cuándo y dónde consultar.
- En cuanto a los médicos, existen diferentes condiciones laborales y también la formación especializada es diferente de un profesional a otro.
- El personal de enfermería tiene turnos distintos que de los otros profesionales y la formación específica también varía.
- Existen profesionales de otros servicios que acuden a emergencias como consultores, así que defienden intereses de sus propios servicios y generan problemas organizativos.
- La falta de experticia y formación de médicos internos y residentes.
- El personal administrativo tiene un papel clave, aunque no siempre hay plena conciencia de ello, tanto por parte de sus responsables como de las autoridades.

La mayoría de los sistemas de salud tienen en los servicios de emergencias una accesibilidad libre las 24 horas del día durante todo el año, motivo por el cual hay una excesiva demanda. Sobre los mecanismos de control de la demanda no hay acuerdo sobre la pertinencia y su eficacia a corto y medio plazo y hay pocas experiencias publicadas con impacto beneficioso, Así si se considera la organización, sin duda este servicio es el más complejo de un hospital, ya que debe estar preparado para dar respuesta a problemas de salud muy diversos, médicos y quirúrgicos, graves y menos graves, propios de superespecialidades o generales y los picos de afluencia, a los incrementos de demanda estacionales a emergencias colectivas, a situaciones de catástrofes, etc. Por ello necesitan disponer de espacios apropiados, con circuitos bien definidos, con un buen nivel de coordinación entre todos los servicios y áreas del hospital como quirófanos, laboratorios, y diagnóstico por imagen.

El presente, plantea el efecto de una reordenación de los espacios asistenciales con una estructura clásica, con espacios y profesionales distribuidos según las diferentes especialidades. Para mejorar los servicios que se prestan tanto en la calidad como en efectividad es necesaria la reordenación de las diferentes áreas de acuerdo a los niveles de triaje, una organización en la que se da protagonismo al personal propio del servicio y menos a otros especialistas, y donde la atención y los espacios asistenciales se establecen de acuerdo a la gravedad de los pacientes, clasificados según el Sistema Español de Triaje.

Cada servicio de emergencias, debe prever el número de áreas de atención para cada nivel de gravedad y el número de profesionales asignados a cada una, para conseguir mantenerse dentro de los estándares de calidad que marca el propio Sistema de Triaje. Los sistemas de priorización de pacientes son una herramienta de gestión para los responsables de las emergencias, tanto en su gestión diaria como en la programación de sus necesidades futuras, aunque se sabe que es una tarea difícil, pero se podría concluir que la estructura física y la distribución de los profesionales por áreas de atención dejaran de ser un problema para los responsables de la organización y pasaran a ser una solución para los problemas asistenciales (Pastor A. 2013).

Existe una propuesta en el 2017, sobre un denominado modelo fisiológico de urgencias, el que se basa en los siguientes principios:

- Enfoque sistémico: Ver las emergencias no como partes, sino como un todo en conjunto pacientes, atención primaria de salud, urgencias fuera de las instituciones hospitalarias, apoyo diagnóstico, médicos especializados, hospital; todos estos tienen incidencia directa en los sistemas de emergencias.

- Adaptación a la demanda: Los servicios de emergencias deben estar adaptados al flujo de usuarios que acuden al servicio y a la complejidad y gravedad de la demanda; no solo la actual sino también la prevista, para evitar asimetrías entre cargas de trabajo y personal y, así, dar una atención justo a tiempo y reducir las demoras. A pesar de la complejidad propia de la demanda de urgencias, la adaptación es posible, pues existen investigaciones que señalan que las variaciones en la afluencia de pacientes son previsibles y reproducibles; en tiempo y en sus perfiles clínicos.
- Identificar y eliminar desperdicios: Basado en los principios desarrollados en los años 50 por la fábrica de Toyota; este método se basa en dos puntos: la mejora de los procesos a través de la eliminación de todo aquello que no aporta valor agregado, y el compromiso de los trabajadores. En esta filosofía hay que mirar fundamentalmente a la organización interna.
- Tecnologías de la información y comunicación: Que permitan tener a disposición de la historia clínica digital y de sistemas de información que faciliten la gestión clínica diaria (Herrera M. 2017).

A continuación, se muestra un estudio sobre modelos de atención, para el servicio de emergencia. En la actualidad, los modelos organizativos de los servicios de emergencias son dos, el multiespecialista en países que no tienen la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, y el modelo tipo emergency room, presente en aquellos países con esta especialidad.

4.3.1 Tipos de modelos de organización de servicios de emergencias:

Modelo multiespecialista los pacientes son atendidos en un inicio por un especialista, quien decide según su motivo de consulta. En la mayoría de hospitales de Europa utilizan este modelo, una de sus características importantes es su dependencia hospitalaria, permitiendo la continuidad en la asistencia médica.

Modelo tipo emergency room, los emergenciólogos asisten y estabilizan inicialmente a todos los pacientes sin importar el motivo de consulta. Este modelo esta basado en servicios de seguridad y rescate, el acceso al sistema es único a través del 911, para cualquier tipo de emergencia. Los profesionales realizan su labor ajustándose a una estricta protocolización.

Modelo de tipo intermedio, donde predomina el nivel de urgencia a la especialidad. Este modelo intermedio ha demostrado mayor eficiencia sobre el de tipo multiespecialista, y debería ser la antesala a la evolución al modelo tipo emergency room; usando un sistema de triaje estructurado logramos que un paciente de un mismo nivel de urgencia espera lo mismo con independencia de la especialidad. En el modelo tipo multiespecialista, la demora estaría dada por la demora que exista en una especialidad concreta. Otra ventaja del modelo de por niveles de urgencia es que permite una mejor asignación de recursos estructurales y humanos, la asignación del triaje es objetiva y reproducible, con este se atienden más pacientes, el tiempo de espera es menor, lo que disminuye las altas solicitadas o fugas del servicio, por lo tanto, menos reclamos. Además, ingresaría un número menor de pacientes, lo que hablaría a favor de la resolutivez del modelo. El modelo por niveles de urgencia puede ser un paso intermedio a tener en cuenta en el futuro (Sánchez M. & Asenjo M. & Gómez E. & Zabalegui A. & Brugada J., 2013).

Según Mintzberg existen 5 tipos de diseños organizacionales, con las siguientes características:

Tabla N° 4

Parámetros de diseño organizacional (Mintzberg)

PARÁMETROS DE DISEÑO	ESTRUCTURA FUNCIONAL	BUROCRACIA MECÁNICA	BUROCRACIA PROFESIONAL	ESTRUCTURA DIVISIONAL	ADHOCRACIA
----------------------	----------------------	---------------------	------------------------	-----------------------	------------

ESPECIALIZACIÓN DEL PUESTO	Poca especialización	Mucha especialización horizontal y vertical	Mucha especialización horizontal	Mucha especialización horizontal y vertical entre divisiones y gerencias	Mucha especialización horizontal
ENTRENAMIENTO Y ADOCTRINAMIENTO	Poco entrenamiento y adoctrinamiento	Poco entrenamiento y adoctrinamiento	Mucho entrenamiento y adoctrinamiento	Poco entrenamiento y adoctrinamiento de los gerentes divisionales	Mucho entrenamiento
FORMALIZACIÓN DE CONDUCTAS	Poca formalización orgánica	Mucha formalización burocrática	Poca formalización burocrática	Mucha formalización dentro de las divisiones burocrática	Poca formalización orgánica
ESTILOS DE TRABAJO EN EQUIPO	Usualmente funcional	Usualmente funcional	Funcional y de mercado	Mercado	Funcional y de mercado
TAMAÑO DE LA UNIDAD	Amplio	Amplio en la base y pequeño en la punta	Amplio en la base y pequeño en la punta	Amplio en lo alto	Pequeño
SISTEMAS DE PLANEACIÓN Y CONTROL	Poca planeación de las acciones	Planeación de acciones	Poca planeación y control	Mucho control	Limitada planeación de las acciones
MECANISMOS DE ENLACE	Pocos mecanismos de enlace	Pocos mecanismos de enlace	mecanismos de enlace en la administración	Pocos mecanismos de enlace	Muchos mecanismos de enlace
DESCENTRALIZACIÓN	Centralización	Limitada descentralización horizontal	Descentralización vertical y horizontal	Limitada descentralización horizontal	Descentralización efectiva

Fuente: Mintzberg Henry. The structuring of organizations

De lo observado en los Hospitales estudiados de la Red Pública de salud de la provincia del Azuay, persiste el modelo organizativo de la Estructura funcional, que se caracteriza por ser centralizado, tener poco personal de staff de apoyo, actividades giran alrededor de los Directores, con poca o nula planificación en las actividades que realizan, vulnerable y restrictiva.

En la provincia del Azuay las unidades que atienden emergencias pertenecientes al Ministerio de Salud Pública son:

- “CENTRO DE SALUD TIPO C, que cuenta con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, consulta externa, centro de toma de muestras y laboratorio clínico, imagen, rehabilitación, atención de partos (Salas de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación -UTPR), emergencia, además de servicios de salud prestados a distancia (telemedicina).
- HOSPITAL BÁSICO, establecimiento de salud que brinda atención clínico – quirúrgica y cuenta con los servicios de: consulta externa, emergencia, hospitalización clínica, hospitalización quirúrgica, medicina transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; atención básica de quemados, rehabilitación y fisioterapia, trabajo social; cuenta con las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, anestesiología) odontología, laboratorio clínico, imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia. El hospital básico estará en la microrred distrital cuando se encuentre en el mismo espacio distrital, por su estrecha relación con el primer nivel de atención.
- HOSPITAL GENERAL, establecimiento de salud que brinda atención clínico - quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados

intermedios y emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley. “Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación), farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados. Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia” (Ministerio de Salud Pública, 2014).

5.- CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

Propuestas enfocadas en la organización de servicios de emergencia desarrolladas en el Ecuador no se encontraron; sin embargo, se tomaron como referencia alguna desarrolladas en la región, que a continuación se detallan:

Partimos que en Brasil se realizó:

- Inversión en recursos humanos, tecnología y equipamiento: contratar más personal en las horas de mayor afluencia de pacientes, invertir en infraestructura y equipamiento para ajustar a las nuevas necesidades de los usuarios (Campos J. & Gatti A. & Da Silva M. & Aparecido J. & De Freitas H. & Misue L. 2015).
- Telemedicina: La implementación de Telemedicina en las salas de emergencias, la misma que brinda comunicación audiovisual entre un centro de atención de emergencia y un departamento de emergencia lejano, para consultas de emergencia en tiempo real. Se realizó un estudio de 60.193 pacientes de los servicios de emergencias de 21 hospitales alejados, en un período de dos años y medio, con el servicio de telemedicina en los 1.512 casos. Los pacientes de los hospitales rurales con diagnósticos de problemas de salud a nivel circulatorio, traumas, problemas de salud mentales eran aptos para activar el servicio de tele-emergencia en lugar de trasladarlos a otro hospital. Se realizaron entrevistas a 85 médicos y administradores de 26 hospitales rurales que utilizaron este servicio, en los que indicaron que este patrón de utilización, facilitó las transferencias rápidas y siguió los protocolos clínicos recomendados para pacientes que necesitaban atención seria y / o urgente. El resultado de este estudio concluyó que sólo en el 3,5% de los encuentros en promedio, la activación de tele-emergencia está bien razonada y relacionada con aquellas situaciones en las que la asistencia de expertos extra es particularmente beneficiosa (Kal J. 2016).

En Chile se realizó:

- “Una de las líneas estratégicas comunes a estos documentos es la propuesta de una mayor integración de servicios, con tendencia hacia la concentración de servicios de alta complejidad dentro de una red, en unidades más grandes y mejor equipadas, en el sentido propuesto por los colegios de cirujanos del Reino Unido” (Ministerio de Sanidad y Política social, 2010).

En España se revisó varias experiencias, así:

- Implementación de sistemas de priorización de pacientes, para priorizar el orden de asistencia, definir el lugar más apropiado para su atención, predecir los resultados clínicos y las necesidades de recursos de los pacientes, que contribuyen a la gestión del Servicio de Urgencias. En la mayoría de países a

nivel mundial, se reconocen a 5 modelos de triage: Escala de Triage de Australia, Manchester Triage System, Índice de Severidad de Emergencia, Canadian Triage and Acuity Scale, y Triage System español, creado a partir del Modelo Andorrano de Triage. En Cataluña, España existe una propuesta de implementación de un modo de triaje único y se considera una intervención clave para mejorar la calidad de atención en emergencias. Esta priorización, es el sello distintivo de las salas de emergencias, es una herramienta objetiva utilizada para evaluar y mejorar el funcionamiento de los Servicios de Emergencia. (Básconez J., 2014)

- El triaje hospitalario dirigido y ejercido por enfermeras, ha evolucionado en los últimos años, sin embargo, todavía no se considera como una intervención de enfermería independiente, sino que es un recurso de apoyo para los médicos. En un estudio realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General Dr. José Molina Orosa en Lanzarote, con una muestra de 41 enfermeras con experiencia previa en el triaje hospitalario, se llevó a cabo una encuesta de opinión, que agrupa declaraciones sobre diferentes aspectos de las enfermeras de triaje, con los siguientes resultados: el 65.8% de los encuestados consideró que la capacitación en enfermería de triaje era deficiente, el 46.3% no estuvo de acuerdo en asumir esta tarea como parte de su deber; aunque el 48,7% se consideró competente para decidir el nivel de emergencia. Es concluyente que el entrenamiento recibido en el triaje hospitalario, regulado y sostenido es deficiente, que es la razón principal por la cual los profesionales tienen sus dudas para asumir una actividad que no conocen. Los sistemas de triaje no registran todo el resultado del trabajo de enfermería y la metodología de enfermería no parece ser muy indicativa para esta tarea (San J. 2014).
- Una revisión realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, sugiere que existe una necesidad imperante en la integración de los servicios de emergencia con las unidades de primer nivel que no atienden emergencias.
- Un estudio llevado a cabo en España en nueve hospitales de siete comunidades autónomas, evaluó el cumplimiento de estándares para acreditación, en la que se obtuvo que, los servicios de urgencia disponían de una dotación tecnológica adecuada, definían las prestaciones ofertadas, realizaban una evaluación inicial de las necesidades asistenciales, pero sin asignación de niveles de riesgo y disponían de protocolos de actuación. En este se planteó como propuesta de mejora la adecuación de los servicios a la demanda asistencial, la garantía de la confidencialidad en la información a pacientes, el desarrollo de normas reguladoras de su organización y funcionamiento, el desarrollo de programas de calidad específicos y la supervisión permanente en el cumplimiento de estos estándares de un comité, creado para este fin.
- Existen unos indicadores que permitirán medir la eficiencia en los servicios de emergencia, y se detallan a continuación:
 - “El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico; divide a este índice en aquellos que se pierden sin ser clasificados y aquellos que, si se clasifican, pero se van antes de ser visitados.
 - Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación.
 - Tiempo que dura la clasificación.
 - Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de *traje* y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como

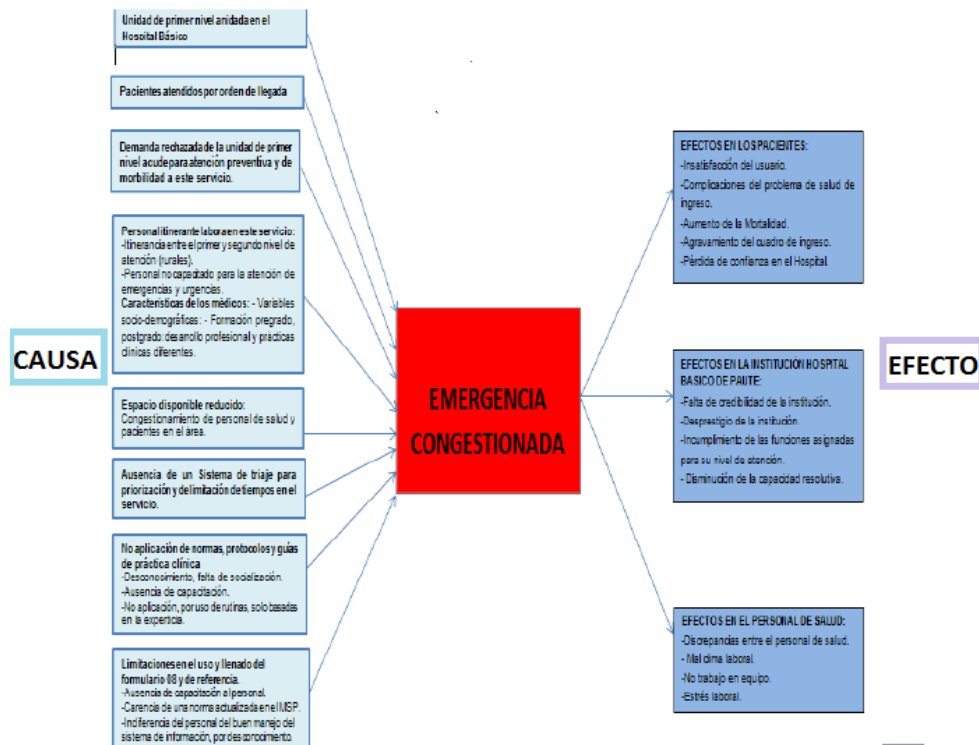
el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente (J. Gómez Jimenez, 2013).

En Estados Unidos:

- El informe de la Healthcare Commission, concluyó con recomendaciones como: necesidad de supervisión de la actividad en el servicio de emergencia por un especialista competente, registro correcto de toda la información proporcionada por los pacientes en los formularios correspondientes, disponibilidad de TAC las veinticuatro horas del día; además sugiere que las unidades de primer nivel de atención dispongan de un plan para la prestación de un sistema integrado de urgencias y emergencias para el conjunto del área, para no saturar a los hospitales.
- A pesar de todas estas opciones, aún no se ha visto como alternativa la admisión directa al hospital, en lugar de comenzar en las salas de emergencia. Este enfoque de admisión, debe investigarse sobre los riesgos y beneficios potenciales de la admisión directa al hospital y sobre la seguridad y efectividad. Se sugiere que las investigaciones no se centren en las transiciones de hospital a hogar, como históricamente se lo ha realizado; sino más bien se investigue la mejora de la calidad y las transiciones al hospital (Leyenaar T, 2016).

Con un esquema causa – efecto, modelizo el problema en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1
ESQUEMA CAUSA – EFECTO, PROBLEMA DE EMERGENCIA



Una forma de modelizar este problema, es con el esquema de causa efecto, en donde se señala los efectos en pacientes, en la institución y en el personal de salud. Para el mismo se tomó uno de los Hospitales Básicos como base.

6.- HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

6.1.- HIPÓTESIS:

Proponer un cambio que implementará un sistema de priorización de pacientes que incluya: capacitación, monitoreo, educación en protocolos y guías de práctica clínica a ser aplicados, una adecuada infraestructura y equipamiento, organización en los servicios y una adecuada relación médico paciente; en los servicios de atención de emergencias y urgencias médicas de los hospitales: General Vicente Moscoso, Básicos de Paute, José Félix Valdivieso (Santa Isabel) y del Centro Tipo C Nabón del Ministerio de Salud Pública de la provincia del Azuay, gmejorará la capacidad resolutive y fortalecerá la Red de servicios de emergencias con esto disminuirá las complicaciones de los problemas de salud, como los casos de fallecimientos de usuarios de la red.

6.2.- ESTRATEGIAS ELEGIBLES:

6.2.1.-Alternativas de cambio: Estas alternativas fueron obtenidas de la referencia bibliográfica revisada:

- Proveer de más recursos humanos, tecnología y equipamiento las horas que más afluencia de pacientes existe.
- Implementar un sistema de priorización de pacientes.
- Integración de las unidades de primer nivel con el segundo nivel.

6.2.2.- Criterios de selección: Debido a la factibilidad y cercanía con el personal que labora en el Hospital de Paute, esta selección se la realizó con el personal de esta institución. Mantuvimos una reunión, el miércoles 20 de diciembre del 2017, en el salón auditorio del Hospital, en la que participó la Líder de Especialidades clínico-quirúrgicas, Líder de Cuidados de enfermería, Jefe de Residentes, Jefe de la Emergencia, Jefe del SIS ECU, Dirección del Hospital, y mediante una lluvia de ideas escogimos los criterios de mayor puntuación, frente a las alternativas de cambio que la investigadora presento luego de la revisión bibliográfica correspondiente:

- Viabilidad. SI=1, NO=0.
- Consistencia. SI=1, NO=0.

Tabla N° 5

CRITERIOS DE VIABILIDAD PARA LA SELECCIÓN DE LA ALTERNATIVA DE CAMBIO

A. VIABILIDAD	ESTRATEGIAS		
CRITERIOS	Provisionar de más recursos humanos, tecnología y equipamiento las horas que más afluencia de pacientes existe.	Implementar un Sistema de priorización de pacientes.	Integración de las unidades de primer nivel con el segundo nivel..
TÉCNICO	0	1	1
ECONÓMICO	0	1	1
SOCIAL	1	1	0
POLÍTICO	1	1	1
TOTAL	2	4	3

Fuente: Sistema de categorización de pacientes.

Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N° 6

CRITERIOS DE CONSISTENCIA PARA LA SELECCIÓN DE LA ALTERNATIVA DE CAMBIO

B. CONSISTENCIA	ESTRATEGIAS		
CRITERIOS	Provisionar de más recursos humanos, tecnología y equipamiento las horas que más afluencia de pacientes existe.	Implementar un Sistema de priorización de pacientes.	Integración de las unidades de primer nivel con el segundo nivel.
COMPROMISO	0	1	1
ADAPTACIÓN	1	1	1
CAPACITACIÓN	1	1	1
COMUNICACIÓN	1	1	0
TOTAL	3	4	3

Fuente: Sistema de categorización de pacientes.

Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°7

VIABILIDAD Y CONSISTENCIA PARA LA SELECCIÓN DE LA ALTERNATIVA DE CAMBIO

CRITERIOS	ESTRATEGIAS		
A. VIABILIDAD B. CONSISTENCIA	Provisionar de más recursos humanos, tecnología y equipamiento las horas que más afluencia de pacientes existe.	Implementar un Sistema de priorización de pacientes.	Integración de las unidades de primer nivel con el segundo nivel.
TOTAL	5	8	6

Fuente: Sistema de categorización de pacientes.

Elaborado por: Ma. Alexandra García

ESTRATEGIA ESCOGIDA: Si bien las estrategias dos y tres tienen altos puntajes en las reuniones con los participantes, sin embargo, en una experiencia previa por haber encontrado muchas barreras de factibilidad para implementarlas, se decidió escoger la segunda, se trata de, implementar un sistema de priorización de pacientes; cabe mencionar que esta estrategia forma parte de los Lineamientos operativos del MAIS desde el 2014 y debe implementarse en todos los servicios de emergencia del país. Un valor agregado a la misma, es que como los líderes de los servicios escogieron esta opción con los criterios anteriormente señalados, estarán empoderados en la implementación de la misma y son los que directamente participarán incentivando al personal a su cargo en el desarrollo de esta estrategia.

7.- PROPOSITO Y OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar la atención en los servicios de emergencias y urgencias médicas de establecimientos de primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública, pertenecientes a la Red pública de salud en la provincia del Azuay, y proponer un cambio.

ESPECIFICOS:

- Describir el proceso de atención de emergencias y urgencias de los hospitales: General Vicente Moscoso, Básicos de Paute, José Félix Valdivieso y del Centro Tipo C Nabón.
- Caracterizar el servicio de emergencia de los establecimientos de salud desde el servicio y la demanda.
- Diseñar una propuesta de cambio de servicios de emergencia.

8.- INSTRUCCIONES OPERATIVAS:

Tabla N°8

INSTRUCCIONES OPERATIVAS PARA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN, AZUAY, 2017

1. Recolección de la información								
Actividad	Quién?	En dónde?	Cuándo?	Con quién?	Cómo?	Para qué?	Obstáculos	Facilita
1.1 Elaboración de las instrumentos	Investigador	-	Abril del 2017	Director de tesis	Revisión bibliográfica	Para recolectar información	-	Apoyo del Director y tutor metodológico de tesis
				Tutor metodológico	Elaboración matriz			
1.2 Revisión de instrumentos	Director de tesis	Pontificia Universidad católica del Ecuador	Julio del 2017	-	Lectura y análisis	Previo a pilotaje de instrumentos	-	Apoyo del Director y tutor metodológico de tesis
	Tutor metodológico							
1.3 Pilotaje de instrumentos	Investigador	Servicio de emergencia del Hospital Básico de Paute	Finales del mes de julio 2017	Líder de emergencia	Aplicación del diario de observación	Probar instrumentos	-	Apoyo del Director y tutor metodológico de tesis
				Usuarios internos y externos	Aplicación de entrevistas			
1.4 Validación de instrumentos	Maestrante en salud pública de la Pontificia universidad católica de Chile.	Oficina de las expertas	Primera semana de agosto 2017	-	Revisión bibliográfica y de los instrumentos	Previo a la puesta en marcha de los instrumentos	-	Apoyo de las colaboradoras en la validación
	Líder de un servicio				Señalaron que estaba de acuerdo a los objetivos de la investigación			

1.5 Ejecución de entrevistas a actores clave	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el estudio	Agosto, septiembre del 2017	Directores de hospitales, líderes de servicio	Visitó la institución, coordinando previamente con los Directores la fecha y hora; y se procedió a realizar las entrevistas	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	La distancia entre una unidad y otra de investigación	Apoyo del Directores distritales y de hospitales
1.6 Ejecución de entrevistas a usuarios internos y externos	Investigador	-	Agosto, diciembre del 2017	Familiares de pacientes	Visitó la institución, coordinando previamente con los Directores la fecha y hora; y se procedió a realizar las entrevistas	Obtener información de las características de la atención	La distancia entre una unidad y otra de investigación. Poca colaboración de usuarios internos de Hospital General	Apoyo de los familiares y usuarios internos
				Médicos y enfermeras del servicio				
1.7 Revisión de horarios	Investigador	En oficinas de talento humano de las cuatro unidades	Segunda semana de noviembre 2017	Personal de Talento humano	Revisión de horarios de un semestre de médicos, enfermeras, Rayos X, laboratorio y farmacia	Obtener información de las características de la atención	Poca colaboración del persona, debido a la excesiva carga de trabajo	Apoyo de directores de hospitales
1.8. Revisión de informes de docencia	Investigador	En Dirección del Hospital y del Centro C	Segunda semana de noviembre 2017	Directores de hospitales, líderes de servicio	Revisión de informes de capacitaciones, cronogramas, firmas de respaldo, temas	Para verificar la capacitación del personal del servicio	-	Apoyo de directores de hospitales

1.9 Realizó una observación directa	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el estudio	Primera semana de septiembre 2017	Personal que laboró en el servicio el día de la visita	Permanencia en los servicios de emergencia, observando procesos de atención y buscando cuellos de botella	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	-	Apoyo de directores de hospitales
1.10 Revisión de las 08	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el estudio	Primera semana de noviembre 2017	Líder del servicio	Revisó los formulario 08 del primer semestre del 2017	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	-	Apoyo de directores de hospitales
1.11 Revisión de informes de traslados del SIS ECU	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el estudio	Segunda semana de noviembre 2017	Médico del SIS ECU	Revisó los informes del primer semestre del 2017	Obtener información de las características de la atención	-	Apoyo de directores de hospitales
1.12 Revisión de kardex de farmacia	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el estudio	Segunda semana de noviembre 2017	Líder del servicio	Revisó los formulario 08 del primer semestre del 2017	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	-	Apoyo de directores de hospitales
1.13 Revisión de datos estadísticos	Investigador	En los 4 servicios de los Hospitales en que se realizó el	Segunda semana de noviembre 2017	Líder del servicio	Revisó informes del sistema común de información del primer semestre del	Obtener información de las características de la atención y de los	-	Apoyo de directores de hospitales

		estudio			2017	proceso		
2.- Sistematización y de la información								
2.1 Ordenamiento de los datos	Investigador	-	Primera quincena de diciembre	-	Ordenamiento por características de atención y por el proceso.	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	-	-
					Matriz de excel			
2.2 Análisis y Sistematización de los datos	Investigador	-	Segunda quincena de diciembre	-	Sistematizó en dos grupos: por características de atención y por el proceso.	Obtener información de las características de la atención y de los procesos	-	-
2.4 Interpretación de los resultados	Investigador	-	Primera semana de enero	-	En dos grupos: por características de atención y por el proceso.	Comparar con los estándares y revisión de procesos	-	-
3.- Elaboración de la propuesta								
3.1 Revisión bibliográfica de acuerdo a resultados	Investigador	-	Primera semana de enero	-	En dos grupos: por características de atención y por el proceso	Comparar con los estándares y revisión de procesos	-	-
3. 2. Construcción de propuesta	Investigador	-	Primera semana de enero	-	Con actividades específicas	Comparar propuestas con	-	-



TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

2018

						intervenciones de otros países		
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	--	--

Elaborado por: Ma. Alexandra García

9.- METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, con enfoque cualitativo, con un diseño metodológico basado en la Investigación-Acción. Se decidió usar la investigación acción, por ser un proceso sistémico, participativo, en el que todos los involucrados trabajan para mejorar sus propias prácticas. (Debrouwere I. & Pesse K., 2006) Como en este estudio se realizó un análisis y se elaboró una propuesta de cambio, la misma podría ser implementada en un estudio posterior por otro estudiante de la maestría o por la misma institución.

Las unidades de análisis fueron los servicios de emergencias de los hospitales: General Vicente Corral Moscoso; Básicos: Paute y José Félix Valdivieso y del Centro tipo C Nabón. El universo corresponde a funcionarios administrativos y operativos que están involucrados en el funcionamiento de estos servicios, además de usuarios. Se excluyó tanto a personal de salud como a usuarios que no participaron de y/o utilizaron los servicios de emergencias. Se utilizaron códigos para mantener la confidencialidad de los entrevistados, que se señalan en la tabla 12 de anexos.

El diseño muestral es intencionado³ en el caso de los funcionarios de los establecimientos de salud, y en el caso de los usuarios es acumulativo⁴.

Las técnicas y los instrumentos en este estudio para la recolección de datos fueron:

- **Revisión documental:** Se revisaron los informes estadísticos, INEC, distributivo del personal, de los servicios de emergencias, de los siguientes establecimientos del Ministerio de Salud Pública de la provincia del Azuay: Hospital General Vicente Corral Moscoso Hospitales Básicos de Paute y José Félix Valdivieso y Centro Tipo C Nabón, en los cuales se verificó:
 - Atributos sociodemográficos.
 - Datos salud enfermedad: morbilidad, mortalidad,
 - Recursos humanos.
 - Gestión de medicamentos e insumos, equipamiento, asistencia médica complementaria, apoyo técnico, diagnóstico.
 - Criterios de calidad: gestión sistémica, eficiencia hospitalaria, calidad de la atención y redes de atención, en las salas de urgencias, para determinar el número de pacientes atendidos, los tiempos de espera, según la prioridad de atención.
 - Tipos de emergencias y urgencias.

El instrumento utilizado fue una matriz de recolección de datos, llenada con datos de fuentes secundarias como: kardex, informes y listados de farmacia; partes diarios de estadística; reportes de actividades y partes diarios de laboratorio e imagenología; informes de actividades, informes mensuales y anuales de emergencia, informes de comités de redes.

- **Observación directa:** Se elaboró el instrumento, al no existir en la bibliografía un instrumento parecido; el mismo que fue validado antes de su aplicación por expertos y pares quienes dieron su criterio favorable, luego de ello se aplicó. Se realizó un cronograma de visitas los días viernes del mes de agosto desde las 18:00 hasta las

³ En este caso, las unidades de muestreo no se eligen con criterios de representatividad estadística, sino de representatividad del discurso. Es decir, se busca aquellas unidades de muestreo que puedan responder a las preguntas de la investigación y que permitan conocer, descubrir e interpretar el fenómeno estudiado. Vásquez, M; Ferreira, R; Mogollón, A; Fernández, M; Delgado, E; Vargas, I. 2006. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Universidad Autónoma de Barcelona. España

⁴ Se refiere hasta llegar a tener la información suficiente, es decir alcanzar la saturación de la información. Ibid

23:00 (día y horario de mayor afluencia), los establecimientos de salud: Hospital Básico de Paute y Hospital José Félix Valdivieso (Santa Isabel), el Centro Tipo C Nabón se visitó un día domingo del mes de septiembre, pues luego de las entrevistas con el Director distrital y el Director del centro de salud manifestaron que era el día de más afluencia de pacientes; al Hospital Vicente Corral Moscoso se acudió un día miércoles del mes de diciembre; como instrumento se usó un diario de observación directa en el que se registró: circulación de los usuarios internos y externos en los servicios de emergencia, el uso de protocolos y guías de práctica clínica, presencia de profesionales y organización de los servicios de emergencia. En uno de los hospitales se evidenció una sobreactuación y exagerada preocupación mientras se realizaba la observación directa, debido a que el investigador trabaja en esa institución.

- **Entrevista con una guía semiestructurada:** Se elaboró el instrumento, al no existir en la bibliografía un instrumento parecido; el mismo que fue validado antes de su aplicación por expertos quienes dieron su criterio favorable, luego de ello se aplicó. Se realizaron entrevistas a los actores claves, con una codificación que se detalla en la tabla N°13 de anexos. Se lo hizo mediante una guía de entrevista semi-estructurada, la misma que se analizó con el instrumento del análisis del discurso; además se realizaron entrevistas a usuarios externos del servicio de emergencia. En el Hospital Vicente Corral Moscoso, no se realizó esta entrevista al Gerente, pues el delegó para esta actividad al líder del servicio.

Con respecto a la validez externa y reproductibilidad del estudio, al tratarse de un estudio de investigación-acción en la provincia del Azuay, no podría reproducirse en su totalidad, pues influencia en el mismo el contexto en el cual se desarrolla y la participación de los actores. Pero la estructura del estudio, si podría reproducirse adaptándose al contexto de cada población y cabe indicar que la parte medular de este estudio es proponer un cambio.

Los datos cuantitativos fueron recolectados utilizando como instrumento una matriz de Excel, los mismos que luego fueron analizados; para los datos cualitativos como las entrevistas de los actores clave y de los usuarios internos y externos se usó el análisis del discurso.

Al respecto del análisis del discurso, según Sayago 2014 *es una técnica de análisis potente y preciso, que forma parte de estrategias cualitativas, para estudiar el discurso de cada "unidad de análisis", que estudia los textos mediante los cuales este discurso se realiza.* Siendo la crónica el texto mediante el cual se concreta el discurso, en la crónica se examina cada clase textual que típicamente expresa un relato, definido como un texto (oral y/o escrito), más todos los aspectos relevantes en la instancia de su producción, quien lo dijo, donde lo dijo. Este concepto puede ser expresado mediante la fórmula $\text{Discurso} = \text{Texto} + \text{contexto}$ (usuario interno de cada Hospital) (usuario externo).

Se analizaron los discursos expresados para reconocer en las crónicas expuestas por los actores cada hospital, centrando las características de la demanda y de la oferta.

En cada crónica se pudieron reconocer diferentes variaciones entre los discursos de cada unidad de análisis e incluso variaciones dentro del discurso de un mismo hospital. Así, pudimos darnos cuenta que en la mayoría de los hospitales investigados profundizan en las características de la demanda (centrado en la caracterización de la población que acude a emergencias) y oferta (organización de los servicios para responder a esta problemática).

El análisis comenzó con un proceso de codificación consistente en el etiquetamiento y la desagregación de pasajes textuales de acuerdo con la categoría buscada. El etiquetamiento o rotulación es la identificación de un pasaje como realización de una categoría determinada. La desagregación es la extracción de estos pasajes. Un mismo fragmento puede ser incluido en más de una categoría y que la búsqueda puede ser tanto vertical como transversal. La búsqueda vertical trata de reconocer todas las categorías propuestas que están presentes en cada unidad de análisis. La búsqueda transversal privilegia el reconocimiento de una misma categoría en las diferentes unidades de análisis. Así, se ha seleccionado para el análisis las

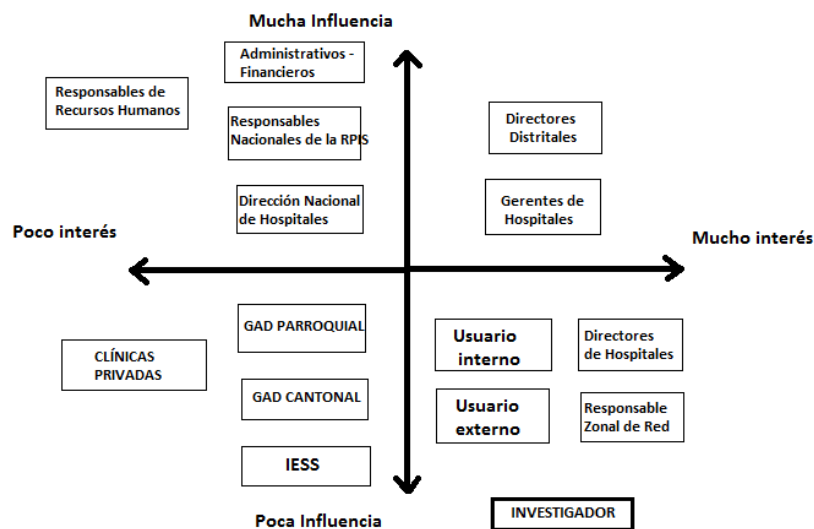
características de la demanda y de la oferta. Por lo que se realizó este análisis a las entrevistas a usuarios externos e internos y a las entrevistas a profundidad y a los actores clave. (Sayago, S. 2014).

Las categorías que se usaron para describir los resultados, fueron:

- Proceso de atención de emergencias y urgencias.
- Caracterización del servicio y procesos de atención de emergencias de los hospitales: General Vicente Moscoso, Básicos de Paute, José Félix Valdivieso y del Centro Tipo C Nabón, a continuación, se presenta el resultado.

Gráfico N°2

MAPEO DE ACTORES, AZUAY 2017



Elaborado por: Ma. Alexandra García

Los Directores de las unidades investigadas tienen mucha influencia y mucho interés, pero su decisión es a nivel local, pues ellos refieren, que cuando las solicitudes son enviadas a nivel nacional, según este mapeo la Dirección Nacional de Hospitales y los Responsables Nacionales de la RPIS al tener poco interés no dan paso a las mismas. En el caso de los responsables de recursos humanos y administrativos financieros distritales, ellos también tienen influencia, pero poco interés al estar un tanto desvinculados de la parte operativa de las unidades de salud. Por tratarse de un estudio a nivel local, y en base a las competencias de cada establecimiento de salud y la desconcentración, no se requiere aprobación de la instancia máxima. Los usuarios tanto internos como externos desempeñan un papel importante en este estudio, pues participaron activamente aportando conocimientos y experiencias de los servicios de emergencia. Es importante señalar que se cuidó la confidencialidad a través del consentimiento informado.

La responsable de la investigación está actualmente a cargo de la Dirección de un Hospital Básico de la provincia del Azuay, los problemas que se presenciaron a diario han sido la razón de ser para realizar esta investigación; en la misma que están incluidos los directores de los Hospitales en estudio, líderes de servicio y demás profesionales que laboran en cada uno de los servicios de emergencia.

10.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

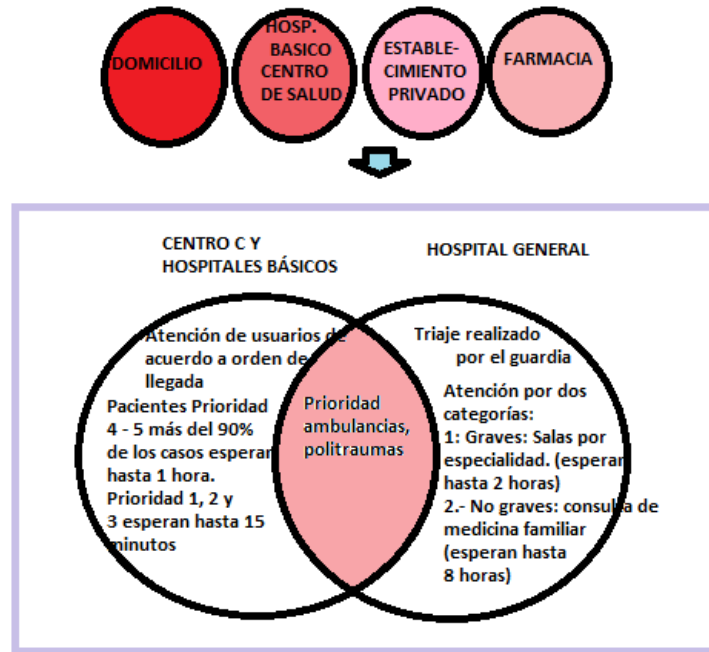
10.1 RESULTADOS:

Para el efecto de presentar los resultados, como se menciona en la metodología, se utilizó dos categorías que guardan relación con los objetivos:

- Proceso de atención de emergencias y urgencias.

Gráfico N°3

PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, AZUAY, 2017.



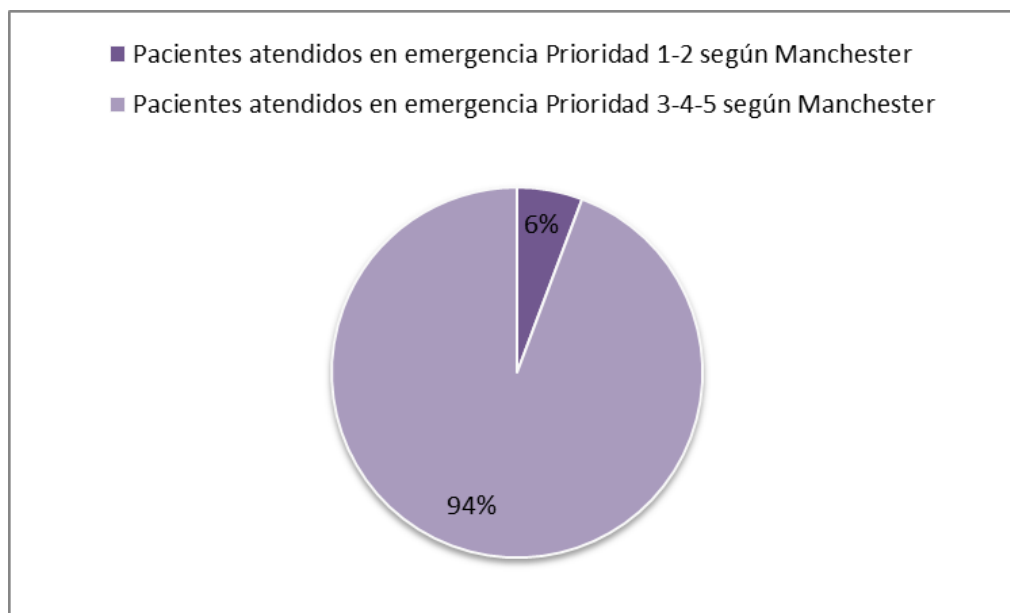
Fuente: Guía de observación
Elaborado por: Ma. Alexandra García

- Cerca del 8% de pacientes que llegan al servicio de emergencia de Hospitales básicos y el centro C vienen referidos desde unidades de primer nivel u otros hospitales de la micro red, lo que implica que la gran mayoría de paciente se auto refieren al servicio de emergencia.
- En cuanto a la atención de los casos prioridad 1 y 2 según Manchester, los actores clave de los Hospitales básicos y el centro C refieren que el Hospital General de referencias de la provincia y las Microredes instauradas (Cuenca del Jubones y Cuenca del Río Paute) solventan más del 95% de los casos; el otro 5% es resuelto en la red complementaria, pero con mayor demora, hasta de 8 horas sobre todo en la noche.
- El Hospital General por su capacidad resolutive en el año 2017 ha requerido activar solo en el 2% de los casos la Red complementaria para estudios diagnósticos como resonancia magnética con la que no cuentan o por falta de camas de UCI pediátrico y de adulto.
- El principal problema expresado es que entre el hospital general y los hospitales básicos y unidades de primer nivel no existe complementariedad, en la ciudad de Cuenca no existen Centros de primer nivel que puedan atender emergencias y partos sin complicaciones, por lo que esto satura el Hospital general y en ocasiones pacientes graves de hospitales básicos no se los puede recibir al no contar con la disponibilidad de

camas, de igual manera para las contrareferencias desde el hospital general a los hospitales básicos.

Gráfico N°4

PACIENTES ATENDIDOS POR PRIORIDAD DE ATENCIÓN, HOSPITALES BÁSICOS Y CENTROS C, AZUAY 2017



Fuente: Revisión documental SIS ECU

Elaborado por: Ma. Alexandra García

La mayoría de atenciones en las salas de emergencia de Hospitales Básicos y Centros C son prioridad 3-4-5 según Manchester, según los perfiles de morbilidad, son enfermedades respiratorias altas, gastrointestinales e infección de vías urinarias.

De estos 5,7%, en la siguiente tabla se muestran como fueron o no resueltos.

TABLA N°9

URGENCIAS SEGÚN RESOLUTIVIDAD, HOSPITALES BÁSICOS Y CENTROS C, AZUAY 2017

URGENCIAS SEGÚN RESOLUTIVIDAD, HOSPITALES BÁSICOS Y CENTROS C, AZUAY 2017	N°	%
Resueltos en la Red Pública	1320	3,97
Resueltos en la Red Complementaria	492	1,48
Esperando respuesta de la Red:	84	0,25
• Solicitaron el alta o Fallecieron		
TOTAL DE URGENCIAS PRIORIDAD 1 Y 2	1896	5,7

Fuente: Revisión documental activaciones de red e informes de emergencia.

Elaborado por: Ma. Alexandra García

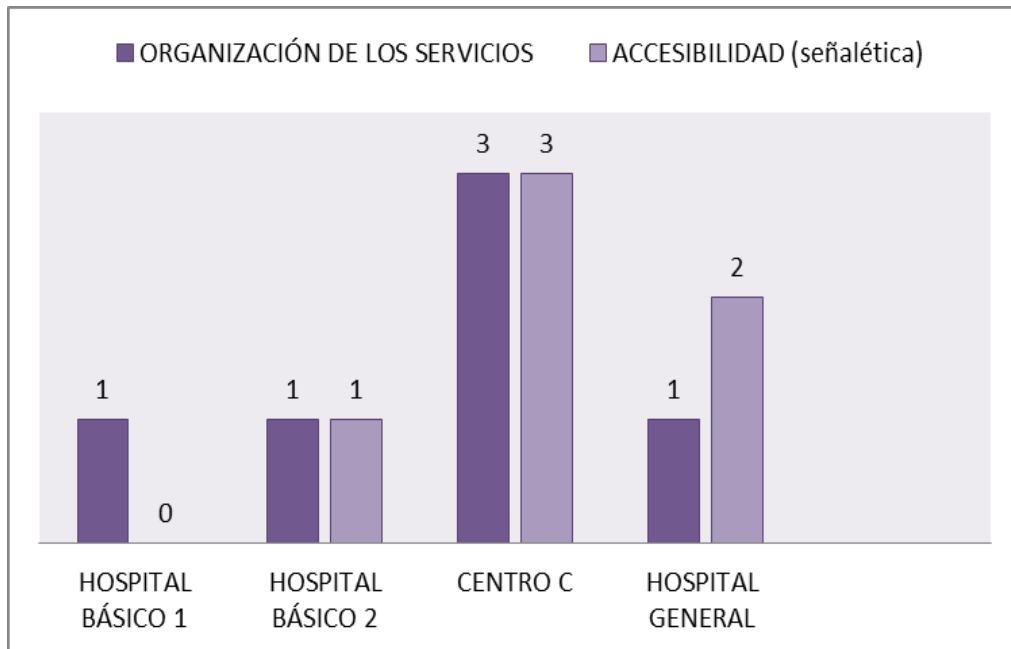
- Caracterización del servicio, y en cuanto a los procesos de atención de emergencias de los hospitales: General Vicente Moscoso, Básicos de Paute, José Félix Valdivieso y del Centro Tipo C Nabón, a continuación, se presenta el resultado.

En cuanto a la caracterización del servicio de emergencia de los establecimientos de salud, desde el servicio y la demanda, y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

DESDE EL SERVICIO:

Se analiza los siguientes componentes; organización, infraestructura, recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos:

Gráfico N°5
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, AZUAY, 2017.



FUENTE: Diario de observación
Elaborado por: Ma. Alexandra García

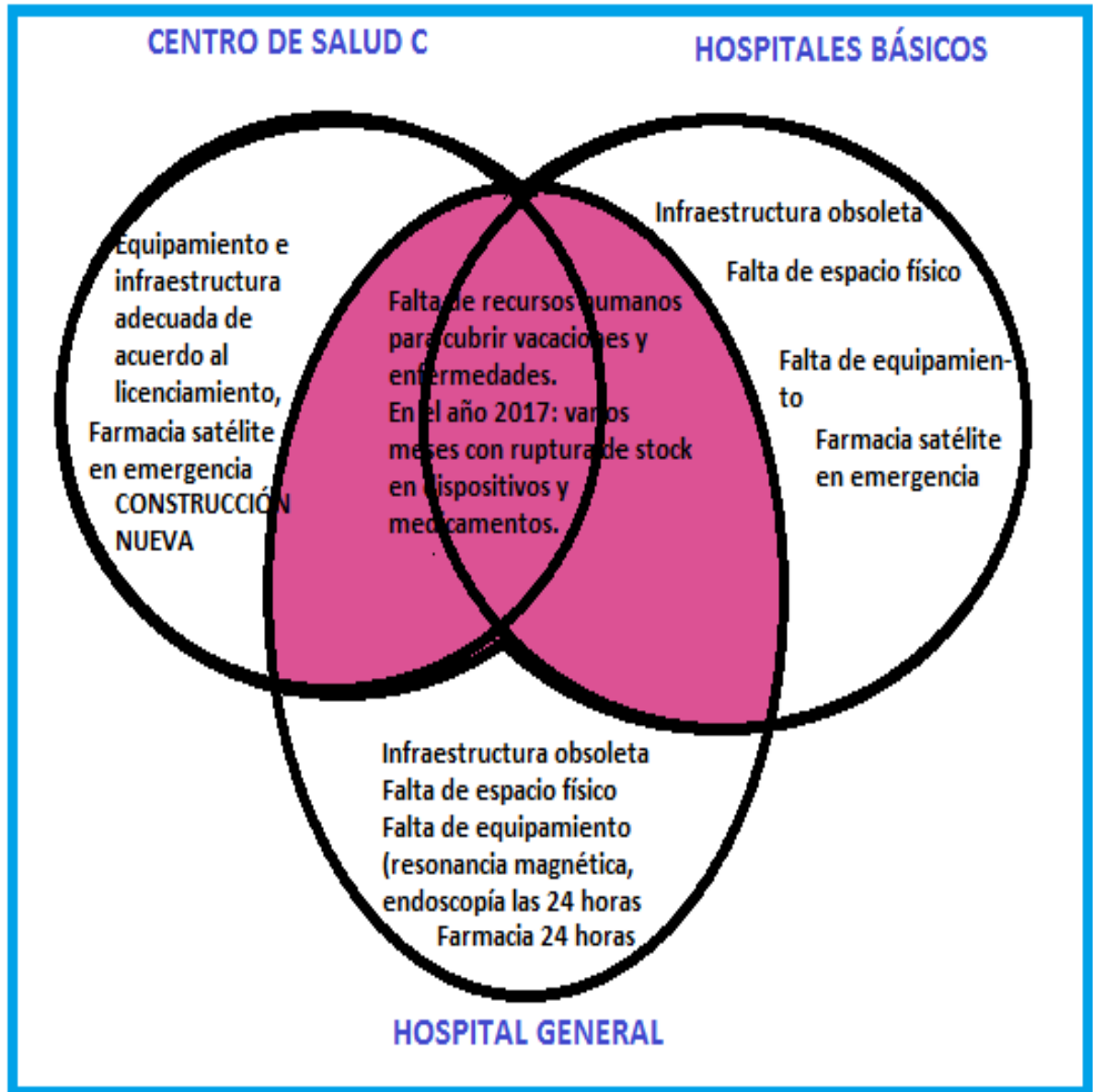
El centro C es el único que cumple con la señalética y una organización de servicios adecuada, pues es una construcción nueva y adaptada a las necesidades de la población

Una similitud encontrada en los 4 servicios de emergencia objetos de este estudio fue, que se aplican parcialmente los protocolos y Guías de práctica clínica emitidas por el Ministerio de Salud Pública obteniendo un puntaje de 2/3, información que se la obtuvo revisando los diagnósticos y tratamientos en los formularios de recolección de la información que se usan en los servicios de emergencia (08). Además, se evidenció que las atenciones de las maternas cumplen en mayor porcentaje con protocolos y Guías de práctica clínica, para algoritmos diagnósticos y de tratamiento. Todo esto a pesar de los esfuerzos expresados por parte de los actores clave de las 4 instituciones en realizar auditorías con periodicidad que van desde mensual hasta trimestral y capacitaciones con pre y pos test en los Hospitales Básicos y Centro C.

A continuación, se muestra mediante gráfico las semejanzas y diferencias en cuanto a infraestructura y equipamiento de Hospitales Básicos, Centros de salud C y Hospital general:

Gráfico N°6

RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO, INFRAESTRUCTURA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS, POR ESTABLECIMIENTO, AZUAY, 2017



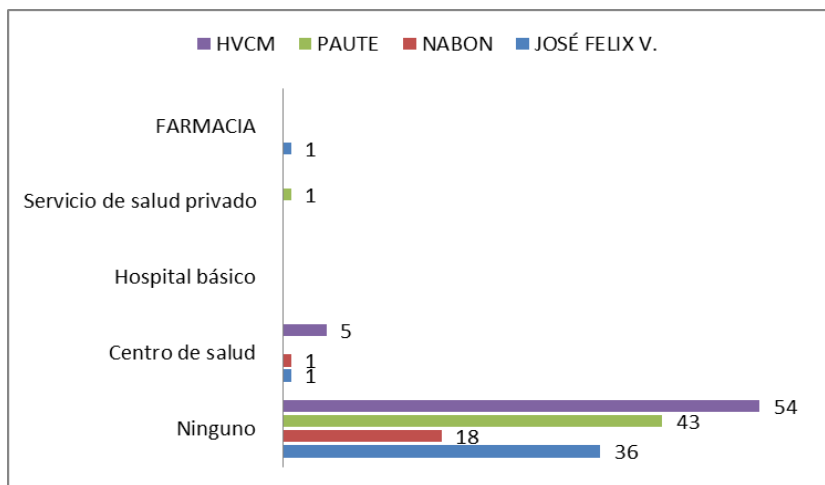
FUENTE: Diario y guía de observación, listados del personal, entrevistas.
Elaborado por: Ma. Alexandra García

DESDE LA DEMANDA:

Los resultados obtenidos en los diarios de observación de las 4 entidades en estudio arrojaron una relación médico paciente “pobre” con un puntaje de 1/3 en las 4 entidades. El médico de los servicios de emergencia brinda pobremente la información al paciente sobre su estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos. Esta información se la debe relacionar con la saturación de los servicios y la falta de recursos humanos en estos, lo que hace que los médicos se centren en una anamnesis, examen físico, análisis del caso y prescripción de tratamiento y no tengan tiempo para mantener informado al paciente y a sus familiares.

GRÁFICO N° 7

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA, AZUAY 2017



FUENTE: Entrevistas a usuarios externos
Elaborado por: Ma. Alexandra García

En cuanto a si pasaron o no por algún establecimiento, previo a acudir al servicio de emergencia: más del 94% de usuarios a los que se les entrevistó, no pasaron por ningún establecimiento de salud antes de llegar al servicio de emergencia, seguido del 4% que previamente a un centro de salud asistió, con menos del 1% fueron los casos de pacientes que pasaron anterior a su atención por servicios de salud privados y farmacias.

Tabla N°10

TIEMPO DE ESPERA, SEGÚN MANCHESTER A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

	HOSPITAL B. 1	CENTRO C	HOSPITAL B. 2	HOSPITAL GENERAL
INMEDIATA	8	6	7	1
10 – 15 MINUTOS	23	9	28	3
16 – 60 MINUTOS	7	4	9	2
61 - 120 MINUTOS				6
121 - 240 MINUTOS				8
MÁS DE 240 MINUTOS				39

Fuente: Encuestas a usuarios externos

Elaborado por: Ma. Alexandra García

Revisando los tiempos de espera, se va a analizar de manera separada por un lado los hospitales básicos y el centro de salud C y por otro el hospital general, porque los datos no son

similares. En los hospitales básicos y el centro tipo C que atiende emergencias más de la mitad de los usuarios esperaron de 10 a 15 minutos para recibir la atención requerida, seguidos de 1/5 de los mismos que fueron atendidos de manera inmediata y cerca del 19% esperaron hasta 1 hora. En el hospital general analizado se observa que la mayoría de pacientes esperan más de 240 minutos para recibir atención, menos del 8% esperaron de 61 a 240 minutos, en porcentajes minoritarios se encuentran los que esperaron hasta 60 minutos.

Tabla N°11

PROBLEMA DE SALUD QUE LE TRAJÓ PRIORIDAD SEGÚN MANCHESTER, AL SERVICIO DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

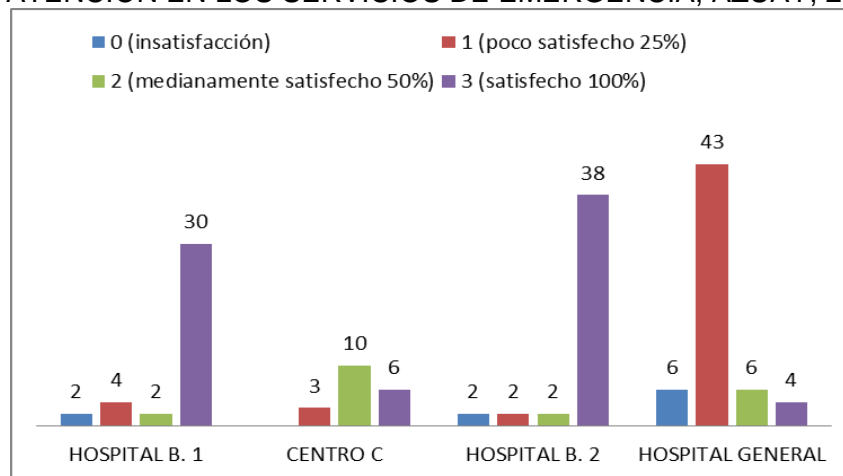
	HOSPITAL B. 1	CENTRO C	HOSPITAL B. 2	HOSPITAL GENERAL
PRIORIDAD 1				1
PRIORIDAD 2				2
PRIORIDAD 3			1	5
PRIORIDAD 4	2	1	2	25
PRIORIDAD 5	36	18	41	26
	38	19	44	59

Fuente: Encuestas a usuarios externos
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Analizando los casos que acuden a los servicios de emergencia, encontramos lo siguiente: En los hospitales básicos y el centro tipo C que atiende emergencias más del 94% de pacientes fueron prioridad 5 según Manchester, el 5% fueron prioridad 4 y solo 1 con prioridad 3. En el hospital general analizado se observa el 88% de pacientes que acudieron para recibir atención fueron prioridad 4 – 5, el 5% de usuarios fueron prioridad 3 y menos del 3% fueron prioridad 1 – 2.

GRÁFICO N° 8

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO, SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA, DURANTE SU ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017



Fuente: Encuestas a usuarios externos
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Se encontró que en los hospitales básicos el 83% de los usuarios están satisfechos con la atención recibida, en el centro tipo C que atiende emergencias el 32%, en el hospital general sólo un 7%.

GRÁFICO N° 9

ANÁLISIS DE DISCURSOS DE ENTREVISTAS A USUARIOS INTERNOS A FAVOR Y EN CONTRA, SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

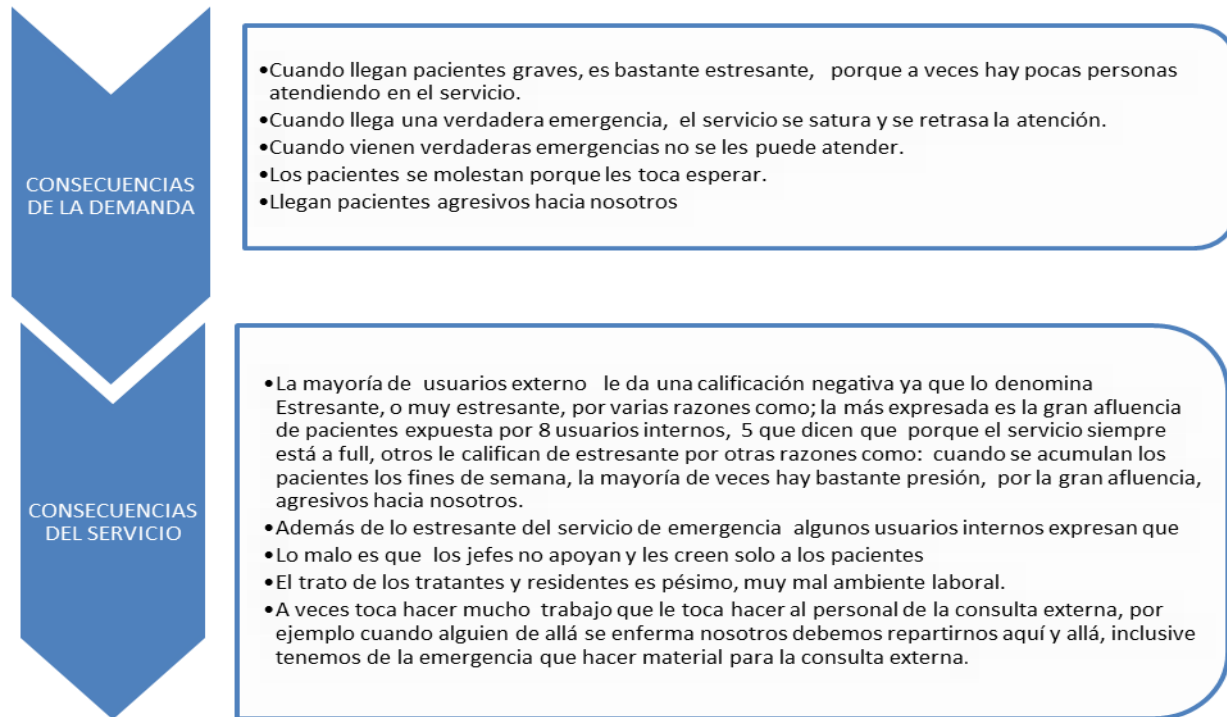


Fuente: Entrevistas a usuarios internos

Elaborado por: Ma. Alexandra García

GRÁFICO N° 10

ANÁLISIS DE DISCURSOS DE ENTREVISTAS A USUARIOS INTERNOS, CONSECUENCIAS DE LA DEMANDA Y DEL SERVICIO, SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017



Fuente: Entrevistas a usuarios internos
Elaborado por: Ma. Alexandra García

10.2.- DISCUSIÓN:

10.2.1. Proceso de atención.

En el Ecuador las principales causas de morbilidad son enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo al igual de los países de Latinoamérica según la bibliografía revisada; retratando la pobreza y las condiciones de salud de la población como factor agravante para esas enfermedades”. La demanda antes señalada debe ser acogida por las unidades de primer nivel del lugar de residencia del usuario, lo que apunta a la necesidad de educación de pacientes sobre la utilización de los diferentes servicios de salud. Esta facilidad en el acceso a la medicalización y resolución de los pequeños problemas de salud, en estas unidades de emergencias, hace que los usuarios acudan de manera reiterativa sin necesidad de atención de urgencia y emergencia.

En este sentido, se deben articular las unidades que tienen servicios de emergencias y las de primer nivel de atención para buscar estrategias que permitan la inversión de ese flujo, para que la puerta de entrada deba ser en las unidades de primer nivel cerca de las viviendas

de los usuarios y solamente la demanda referenciada sea atendida respetando la jerarquía de la complejidad de los casos en las unidades de emergencias.

10.2.2. Características del servicio

Como se revisó en el marco teórico de referencia, la saturación de los servicios de emergencia ocurre en todos los países, independientemente de su nivel económico o de la cultura, algunas de las causas más frecuentemente implicadas en la saturación son la exigencia de atender al paciente con patología urgente o no en los establecimientos de salud; la accesibilidad de transporte público a los centros cantonales en donde generalmente se encuentran ubicados los hospitales; desde las unidades de primer nivel hay una alta derivación de pacientes ancianos y con pluripatología; en el Ecuador existe 18,04 médicos por cada 10.000 habitantes según cifras del 2015, 5 médicos por debajo de lo que indica la OMS como óptimo; la falta de camas para el ingreso en el hospital, 4 por 1000 habitantes por debajo de lo estipulado por organismos internacionales.

Esta saturación dificulta una correcta atención sanitaria al paciente, sobre todo, cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental para tener un mejor pronóstico como son los casos de síndromes coronarios agudo, ictus isquémico agudo, traumatismos graves, aumento así de la morbi-mortalidad y la estancia media hospitalaria; además reduce la satisfacción del usuario y eleva el porcentaje de pacientes que abandonan los servicios sin ser atendido.

Según el Ministerio de Salud Pública en la mayoría de países, los servicios de urgencias se adecuaron para conformar redes o sistemas capaces de dar solución de forma efectiva, adecuada y oportuna, con el fin de resolver estos problemas de salud. Además, se realizaron reformas en salud, sobre el uso apropiado de los departamentos de urgencias, de los pacientes que requieren admisión hospitalaria, que son una cantidad importante del total de usuarios de la emergencia, al igual que en Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En este trabajo también es importante señalar que los tomadores de decisiones no se perciben como actores libres y racionales al momento de usar las evidencias en la formulación de las políticas y programas, o en el desarrollo de actividades, sino como un agente estimulado por nuevas oportunidades o limitado por su propio marco de interpretación y por presiones políticas, económicas, morales o jurisprudenciales. Las verdades generalmente se construyen en el marco de racionalidades políticas, sociales y económicas impregnadas por posturas valorativas y teóricas que se generalizan como consecuencia de las relaciones de poder entre distintos actores, en cuyas visiones se enmarcan y a cuyos intereses sirven, ello no significa que el conocimiento no sea un elemento de la toma de decisiones, sino que no es el único.

Los investigadores, en la medida en que comprenden que los actores sociales no son sujetos pasivos de las racionalidades dominantes, pueden y deben actuar construyendo las condiciones desde las cuales los sujetos proyectan sus propias verdades.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1.- CONCLUSIONES:

11.1.1.- Caracterización de los servicios de atención de emergencias:

- La gran mayoría de usuarios que acuden a los servicios de emergencia de las unidades del Ministerio de Salud Pública en la provincia del Azuay se autorefieren.
- La mayoría de atenciones corresponden son prioridad 3-4-5 según Manchester, según los perfiles de morbilidad son enfermedades respiratorias altas, gastrointestinales e infección de vías urinarias.
- Sólo el 5,7% son prioridad 1 y 2, de estos más de la mitad se atendieron en Hospitales de la Red Pública de salud, cerca de un 20% fueron asistidos por unidades de la red

complementaria y un mínimo porcentaje solicitaron el alta o fallecieron en espera de un espacio por la red complementaria. Lo que coincide con las versiones de los entrevistados, quienes refieren que el principal apoyo que tienen para pacientes graves es el hospital general de la provincia.

- Revisando los tiempos de espera, se observa que en los hospitales básicos y el centro tipo C que atiende emergencias más de la mitad de los usuarios esperaron de 10 a 15 minutos para recibir la atención requerida, seguidos de 1/5 de los mismos que fueron atendidos de manera inmediata y cerca del 19% esperaron hasta 1 hora.
- En el hospital general analizado Hospital Vicente Corral Moscoso se observa que cerca del 90% de pacientes esperan más de 240 minutos para recibir atención, menos del 8% esperaron de 61 a 240 minutos, en porcentajes minoritarios se encuentran los que esperaron hasta 60 minutos.

11.1.2.- Proceso de atención en los servicios de emergencia:

- El centro C es el único que cumple con la señalética y una organización de servicios adecuada, pues es una construcción nueva y adaptada a las necesidades de la población.
- Con respecto a la aplicación de los protocolos y Guías de práctica clínica las 4 instituciones aplican de manera parcial, información que se la obtuvo revisando los diagnósticos y tratamientos en los formularios 08, exceptuando las atenciones de las maternas cumplen en mayor porcentaje con protocolos y Guías de práctica clínica, para algoritmos diagnósticos y de tratamiento. Todo esto a pesar de los esfuerzos expresados por parte de los actores clave de las 4 instituciones en realizar auditorías con periodicidad que van desde mensual hasta trimestral y capacitaciones con pre y pos test en los Hospitales Básicos y Centro C.
- La relación médico paciente es “pobre” con un puntaje de 1/3 en las 4 entidades. El médico de los servicios de emergencia brinda poca información al paciente sobre su estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos. Este hecho está relacionado con la saturación de los servicios y la falta de recursos humanos, lo que hace que los médicos se centren en una anamnesis, examen físico, análisis del caso y prescripción de tratamiento y no tengan tiempo para mantener informado al paciente y a sus familiares.
- Analizando la demanda mediante las entrevistas a los usuarios internos, se comprobó que existe un acuerdo en que los pacientes que acuden a los servicios de emergencia, no son verdaderas emergencias, además perciben falta de recursos humanos, medicamentos, insumos, equipamiento e infraestructura. A pesar de que manifiestan que es estresante, y que hay falta de organización en los servicios; la mayoría del personal manifiesta estar satisfecho en este lugar de trabajo, porque hay mucho movimiento y porque no es aburrido.

11.1.3.- Información de orden ideológico-político: A continuación se muestra la apreciación del investigador, relacionada al contexto:

- La interacción entre investigadores, tomadores de decisiones y demás actores en este proyecto no ha estado influida sólo por relaciones racionales, ni por las posturas valorativas y emocionales del micro espacio que se constituye entre unos y otros; sino también por factores contextuales más amplios, por los debates políticos, éticos y jurisprudenciales en el curso del conflicto interno que causa el desplazamiento y que han determinado la forma y el contenido de las políticas públicas formuladas para dar respuesta a sus consecuencias.
- En el sector salud el proceso de toma de decisiones está influido por las valoraciones e intereses de los distintos actores, por las posiciones de los investigadores y

tomadores de decisiones frente a los paradigmas del conocimiento, por el contexto, las relaciones de poder y saber en que todos se han visto inmersos.

- La interacción de los actores ha tenido un contexto que ha influido, tanto en el proceso, como en el uso de los hallazgos de investigación, que ha estado mediado por las emociones, demandas, limitaciones normativas, valoraciones, reflexiones, aprendizajes, diálogos y presiones entre distintos y múltiples actores, quienes han puesto o no en la agenda de los que toman decisiones los problemas de la población, de la política pública de atención integral a los desplazados, de las políticas de salud y del sistema de atención en salud, o las posibilidades de su solución.
- La puesta en marcha de un proceso de cambio en los servicios de emergencia, no se entiende como un evento final y distinto de la investigación, es un proceso que puede ocurrir en distintas fases, con nexos en distintos niveles (sistémico, programático, organizacional, instrumental) y en distintas etapas de la investigación y no es exclusivo de los tomadores de decisiones sino también del propio desarrollo de la investigación.

Finalmente, de lo expuesto se concluye que la saturación de los servicios de emergencia en la provincia del Azuay, es un problema de salud pública que tiene que resolverse con la ejecución de políticas públicas que involucren a unidades de primer y segundo nivel de atención. La investigadora considera este trabajo enriquecedor para su formación profesional en vista de que tuvo la oportunidad de evidenciar directamente la situación de los servicios de emergencia de las unidades de salud investigadas en la provincia del Azuay.

11.2.- RECOMENDACIONES:

11.2.1.- Caracterización de los servicios de atención de emergencias:

- Como en este estudio se realizó un análisis y se elaboró una propuesta de cambio, la misma podría ser implementada en un estudio posterior por otro estudiante de la maestría o por la misma institución.
- Educación a la población sobre hacer buen uso de los servicios de emergencia, y entender que la atención en estos servicios no puede ser por orden de llegada sino con una escala de priorización de pacientes.
- Un trabajo de los distritos de salud en mejorar la accesibilidad de las unidades de primer nivel en los ámbitos: temporal (horarios de atención ajustados a las necesidades de la población), espacial (cerca de los centros poblados y en las comunidades de difícil acceso los equipos de salud acudan a los domicilios de los pacientes), financiera (sin que los pacientes entren en gastos catastróficos para mejorar su salud).

11.2.2.- Proceso de atención en los servicios de emergencia:

- Crear un sistema de supervisión de la aplicación de la normativa, categorización de pacientes, según lo que establece el Ministerio de Salud Pública, el Triage de Manchester, el mismo que se propone con los siguientes pilares:
 - Triage estructurado e informatizado.
 - Modelizar las consultas, distribuir las consultas por niveles de prioridad con sus circuitos asistenciales propios; establecer tiempos de consulta predeterminados por paciente y prioridad, normalizar el tiempo de reconsulta, unificar tiempos de la reconsulta del enfermo ya atendido en espera de resultados, de evolución o de respuesta al tratamiento.

- Distribución del personal, con adaptación a la afluencia de pacientes.
- Estandarizar procesos asistenciales y procedimientos clínicos y administrativos.
- Delimitar tiempos máximos de observación y capacidad máxima de pacientes para casos de saturación: 24 horas para camas y 8 horas para sillas.
- Sincronizar los tiempos no asistenciales: Horas de descanso, de comidas, etc.
- A través de la Coordinación zonal y las Direcciones distritales se haga el seguimiento de la implementación y funcionamiento de este triaje.
- Desde el nivel nacional se dé la relevancia al problema y se asignen los recursos necesarios para solventar el déficit de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos.
- La obligatoriedad en la implementación del triaje en todos los servicios de emergencia de la Red pública del país, debe ser una prioridad en la gestión de líderes de servicios de emergencia, mejorar la infraestructura, gestionar recursos humanos y materiales óptimos de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive, establecer programas de formación permanentes para el personal que trabaja en el servicio.

12. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. (2006). *Disminuyendo la distancia entre investigación y política*. Río de Janeiro: Brazil.
- Alvarez Leiva, J. M. (2001). *El Triage: Generalidades*. Sevilla: España.
- Aka, M. (2014). *El surgimiento de la medicina de emergencia en los años sesenta pavimentando una nueva entrada a la casa de la medicina*. Virginia: Estados Unidos.
- B. M. Z. (2014). *Aplicación de diferentes sistemas de triaje*. Barcelona: España.
- Burbano, P. & Carrasco, J. (2014). *Los servicios de emergencias médicas en el ecuador: Una tarea pendiente*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Campos de Oliveira, J. L. & Gatti, A. P. & Da Silva Barreto, M. & Aparecido Bellucci, J. J. & De Freitas Góes, H. L. & Misue Matsuda, L. (2015). *User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit*. Brazil: Cascavel.
- Castro Gonzalez, E. (2013). *Validez del sistema de Triage Manchester en la predicción del volumen de transportes e ingresos en un servicio de urgencias de un hospital comarcal*. España.
- Congreso Nacional del Ecuador (2006). *Ley de derechos y amparo del paciente*. Ecuador.
- Damas, M. & García, E. & Fernández, J. M. 2010 *Urgencias Médicas*. España
- Debrouwerw, I. & Pesse, K. (2006). *Lineamientos para una metodología de enseñanza – aprendizaje sobre investigación en sistemas de salud*. Instituto de Salud Pública Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador
- Gómez, J. R. (2011). *Manual para la implementación de un Siistema de Triage. para los cuartos de Urgencias*. Washington, EEUU: OPS.
- Gómez Jimenez, J. (2013). *Clasificación de pacientes en el servicio de urgencias y emergencias. Revisión Triage Estructurado*. Andorra; España.
- Hernández, A., & Vega, R. (2006). *Más allá de la diseminación: lecciones de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones en un proyecto de investigación en Bogotá, Colombia*. Río de Janeiro: Brazil.
- Herrera, M. (2017) *Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño*. Sevilla: España.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Censo, Población y Demografía*. Quito, Ecuador.
- Lago, L. & Martins, J. & Schneider, D. (2010). *Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar*. Brasil
- Leyenaar, T. L. & PK, L. (2016). *Direct admission to the hospital: An alternative approach to hospitalization*. Estados Unidos.
- Mero, M. & Saldaña, G. & Rodríguez, J. (2013). *Situación actual del Sistema de Servicios de Emergencias Médicas de la ciudad de Guayaquil*. Revista MedPre. Guayaquil – Ecuador.
- Ministerio de Sanidad y Política social. (2014). *Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. España.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública y Complementaria de Salud*. Quito: MSP.

- Ministerio, de, Salud, Pública. (2014). *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Lineamientos para la organización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en zonas y distritos*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas*. Quito: MSP.
- M.M. & Kal, J. M. (2016). *Uso de tele-emergencia: ¿En qué situaciones clínicas se activa la tele-emergencia?*. Estados Unidos.
- Novelli, G. & Neves, M. & Muglia, I. & Carvalho, M. (2011). *Perfil de la población atendida en una Unidad de emergencia de referencia*. Revista Latino – Am. Enfermagem. Brasil.
- Pastor, A. (2013). *Las dificultades de organizar un servicio de urgencias Hospitalario*. Revista Emergencias. España.
- Pereda, J. & Diaz, I. & Pereda, R. (2001). *Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba.
- Pereda, J. & Diaz, I. & Pereda, R. & Sosa A. (2001). *"Filtro sanitario" en las urgencias médicas. Un problema a reajustar*. Revista Cubana Médica. Cuba.
- Rovere, M. (2001). *Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional*.
- RPIS/MSP & IESS & ISSFA & ISSPOL & MIES-PPS . (2012). *Instructivo para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de servicios de salud*. Quito: MSP.
- Sayago, Sebastián (2014). *El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales*.
- SJ, C. F. (2014). *Triage del departamento de emergencia: intervención de enfermería independiente*. Barcelona, España.
- Vidal, P. *Gestión de recursos humanos en Triage de servicios de emergencia hospitalaria*. Uruguay: Rivera.

13. ANEXO DE GRAFICOS, INSTRUMENTOS Y OTROS

13.1.- TABLAS ANEXAS DE LA METODOLOGÍA

TABLA N°12

CODIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN, AZUAY, 2017

Número	Tipo	Institución	Código
1	Médicos generales	Hospital de Paute	MG1HP
2	Enfermeras	Hospital de Paute	E2HP
3	Líder de emergencia	Hospital de Paute	LE3 HP
4	Directora	Hospital de Paute	D4 HP
5	Usuario externo	Hospital de Paute	UE5 HP
1	Médicos generales	Hospital José Félix Valdivieso	MG1HJFV
2	Enfermeras	Hospital José Félix Valdivieso	E2HJFV
3	Líder de emergencia	Hospital José Félix Valdivieso	LE3 HJFV
4	Directora	Hospital José Félix Valdivieso	D4 HJFV
5	Usuario externo	Hospital José Félix Valdivieso	UE5 HJFV
1	Médicos generales	Hospital Vicente Corral Moscoso	MG1HVCM
2	Enfermeras	Hospital Vicente Corral Moscoso	E2HVCM
3	Líder de emergencia	Hospital Vicente Corral Moscoso	LE3 HVCM
4	Directora	Hospital Vicente Corral Moscoso	D4 HVCM
5	Usuario externo	Hospital Vicente Corral Moscoso	UE5 HVCM
1	Médicos generales	Centro C Nabón	MG1CCN
2	Enfermeras	Centro C Nabón	E2 CCN
3	Líder de emergencia	Centro C Nabón	LE3 CCN
4	Directora	Centro C Nabón	D4 CCN
5	Usuario externo	Centro C Nabón	UE5 CCN

Fuente: La autora

Elaborado por: Ma. Alexandra García

TABLA N°13

CODIFICACIÓN DE LOS ACTORES CLAVE EN LA INVESTIGACIÓN, AZUAY, 2017

Número	Tipo	Institución	Código
2	Enfermera	Hospital de Paute	E2HP
3	Líder de emergencia	Hospital de Paute	LE3 HP
4	Directora	Hospital de Paute	D4 HP
2	Enfermera	Hospital José Félix Valdivieso	E2HJFV
3	Líder de emergencia	Hospital José Félix Valdivieso	LE3 HJFV
4	Director	Hospital José Félix Valdivieso	D4 HJFV
2	Enfermera	Hospital Vicente Corral Moscoso	E2HVCM
3	Líder de emergencia	Hospital Vicente Corral Moscoso	LE3 HVCM
2	Enfermera	Centro C Nabón	E2 CCN
3	Líder de emergencia	Centro C Nabón	LE3 CCN
4	Director	Centro C Nabón	D4 CCN

Fuente: La autora

Elaborado por: Ma. Alexandra García

13.2.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tabla N°14

Diario de observación directa a los servicios de emergencia de los establecimientos del MSP, de la provincia del Azuay 2017

PARÁMETROS		ESCALAS			
CALIDAD DE SERVICIOS ACCESIBILIDAD Señalética	NO EXISTEN FLUJOS CLAROS= 0 (falta de señalización, confusión en el usuario)	EXISTEN PARCIALMENTE FLUJOS ADECUADOS= 1 (señalización parcial, confusa para los usuarios)	EXISTEN FLUJOS ADECUADOS ADAPTADOS A LA REALIDAD=2 (señalización adaptadas a la realidad, que entienden los usuarios)	EXISTEN FLUJOS ÓPTIMOS =3 (señalización precisa, que entienden los usuarios)	
APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y GPC	NO SE APLICAN PROTOCOLOS Y GPC= 0 (los profesionales no aplican las GPC, revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, no coinciden con las GPC del MSP) A través de una entrevista	SE APLICAN POCO PROTOCOLOS Y GPC= 1 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, no coinciden con las GPC del MSP) A través de una entrevista.	SE APLICAN REGULARMENTE PROTOCOLOS Y GPC= 2 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, cumplen parcialmente con las GPC del MSP)	SE APLICAN SIEMPRE PROTOCOLOS Y GPC =3 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, coinciden con las GPC del MSP)	
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (INFORMACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASPECTOS ÉTICOS) Dirigida a familiares	NO MENCIONA=0 (el médico no brinda información al paciente sobre el estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	POBRE=1 (médico brinda pobremente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	REGULAR=2 (médico brinda parcialmente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	MUCHO=3 (médico brinda toda la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS En base al licenciamiento.	MALO=0 (servicio desorganizado menos del 10%, en base al licenciamiento)	POBRE=1 (servicio pobremente 25% de su totalidad, en base al licenciamiento)	REGULAR=2 (servicio parcialmente 50% de su totalidad, en base al licenciamiento)	MUCHO=3 (servicio organizado en su totalidad, en base al licenciamiento)	

Fuente: La autora

Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°15
GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

<p>Para personal administrativo: ¿Cómo ustedes verifican el uso de protocolos y guías de práctica clínica en el servicio de emergencia?</p> <p>¿De qué forma evalúan al personal de salud sobre conocimientos para la atención de emergencias?</p>
<p>Para personal operativo:</p> <p>¿Considera que existe complementariedad en la RED, para atender a los usuarios de los servicios de emergencia?</p> <p>¿Considera que la asignación de recursos para el servicio de emergencia es el adecuado?</p>

Fuente: La autora
 Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°16
GUÍA DE ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO

GUÍA DE ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO	GUÍA DE ENTREVISTA AL USUARIO EXTERNO
¿Cómo miran las emergencias?	¿Por qué servicios paso, antes de acudir al servicio de emergencia?
¿Usted cómo se siente en este trabajo?	¿Cuál fue el tiempo de respuesta de su emergencia?
	¿Qué tipo de problema de salud le trajo al servicio de emergencia?
	¿La información recibida por parte del personal de salud, fue satisfactoria?

Fuente: La autora
 Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°17
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

GUÍA DE OBSERVACIÓN- Azuay, Abril del 2017

Tema	Característica	Dimensión	Estructura del Indicador	Expresión del Indicador / Información a recolectar	Fuente	Técnica	Información recolectada
Características socioeconómicas y culturales de la población	Atributos demográficos	Población total	Número de habitantes en el área geográfica	Población de responsabilidad de la unidad de salud	INEC	Consulta documental (matriz de recolección)	
		Distribución geográfica	Número de habitantes por barrio, comunidad o sector / Número total de habitantes del área x 100 (%)	Ubicación de los grupos poblacionales	INEC Información local de la unidad	Consulta documental (matriz de recolección)	
		Sectorización por grupos poblacionales	Número de menores de 5 años / número de habitantes del sector	Caracterización de los grupos meta por sector	Información local de la unidad	Consulta documental (matriz de recolección)	
Perfil epidemiológico	Morbilidad	Morbilidad general del área de	Diez principales causas de Morbilidad	Prevalencia de enfermedades	MSP	Consulta documental (matriz de	

co del medio		emergencia	general			recolección	
		Egresos hospitalarios	Principales causas de egresos hospitalarios		INEC	Consulta documental (matriz de recolección)	
		Morbilidad general del área de emergencia	Diez principales causas de Morbilidad general		INEC	Consulta documental (matriz de recolección)	
	Mortalidad	Mortalidad general	Diez principales causas de mortalidad general	Las causas de muerte más comunes	MSP - INEC	Consulta documental (matriz de recolección)	
Gestión de Recursos	Recursos Humanos	Gestión	Cantidad de recursos humanos según profesión, por turno, en el área de emergencia	N° de recursos humanos según profesión por turno	Departament o RRHH ó directivos,	Entrevista, lista de chequeo, revisión de documentos	
			Capacitación de RRHH en el servicio de emergencia.	N° de personal que ha recibido capacitación en el último año. Tipo de capacitación	Dpto, RRHH, directivos, planes	Entrevistas, revisión documental	
	Gestión de	Farmacia del	Existencia de	Existencia de	Farmacia,	Observación	

	Medicamentos e insumos	área de emergencia.	una farmacia. Horarios de atención de la farmacia	farmacia (si ó no) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8, 12 o 24 horas 	informes	, entrevistas	
		Disponibilidad de Medicinas en el área de emergencia	Rupturas de stock	Nº de rupturas de stocks (cuando un medicamento llega a cero y no puede ser repuesto inmediatamente Tiempo de desabastecimiento o en las rupturas de stock	Farmacia, kardex, informes, listados	Revisión documental	
	Equipamiento	Disponibilidad de equipamiento	Equipamiento según Médico-Funcional	Nº de equipos de acuerdo al Médico funcional.			
Funciones del Nivel de Referencia (hospital)	Asistencia médica complementaria		Promedio de pacientes autoreferidos y referidos desde el primer nivel, por día en la emergencia. Promedio de pacientes atendidos en el servicio de emergencia por	Nº de referencias atendidas en el hospital, Nº de atenciones de pacientes autoreferidos en el hospital Nº de pacientes que no obtienen turno de atención en CE diariamente.	Partes diarios, estadística	Revisión documental, entrevista	

			día. Promedio de pacientes atendidos en el servicio de emergencia por turno (mañana, tarde y velada) Promedio de pacientes atendidos que se refirieron a unidades de mayor complejidad	Total de turnos entregados diariamente			
	Apoyo Técnico Diagnóstico		Tipo de diagnóstico complementario s disponibles en el CS Producción de cada servicio de diagnóstico complementario. Promedio de pacientes prioridad 1 y 2 que llegan al servicio de emergencia	Lista detallada de exámenes complementarios y sus pruebas (Rx, laboratorio – pruebas, imagenología ecografía, TAC, etc.) N° de apoyo dx.	Laboratorio, imagenología , reportes de actividades, partes diarios	Revisión documental	
	Emergencia		Tipo de emergencias Índice consulta externa /emergencia Tasa de hospitalización desde el área de emergencia.	Listado y N° de problemas de salud atendidos en emergencia N° total de atenciones de emergencia N° de atenciones de emergencia	Informe de actividades emergencia	Revisión documental	

				que fueron enviadas a hospitalización			
	Información para gestión sistémica		Porcentaje de contrarreferencia Porcentaje de referencias inversas	N° de pacientes referidos y atendidos N° de pacientes contrarreferidos N° de referencias inversas	Estadística	Revisión documental	
Funcionamiento Hospitalario	Eficiencia Hospitalaria		Porcentaje de Ocupación	N° de camas asignadas N° de camas disponibles el último año N° de egresos hospitalarios	Informes mensuales y anuales	Revisión documental	
	Calidad de la Atención		Índice de Atenciones en el área de emergencia	Población del área de influencia N° de pacientes atendidos en el área de emergencia.	Informes mensuales y anuales, estadísticas demográficas	Revisión documental	
		Efectividad / Eficiencia	Porcentaje de contrarreferencias	N° de pacientes referidos atendidos en el hospital. N° de pacientes contra-referidos a su CS de origen	Estadística	Revisión documental	
	Redes de atención.		Porcentaje de pacientes referidos a unidades de la red pública	Número de pacientes referidos a unidades de mayor complejidad, de la	SIS ECU	Revisión documental	

				red pública. Número de pacientes referidos a unidades de mayor complejidad, de la red complementaria			
			Promedios de tiempo de espera	Tiempo de espera para referir a un paciente prioridad 1 a una unidad de la Red Pública. Tiempo de espera para referir a un paciente prioridad 1 a una unidad de la Red Complementaria.	Comité de redes.	Revisión documental	

Fuente: La autora
Elaborado por: Ma. Alexandra García

13.3.- TABLAS DE RESULTADOS

Tabla N°18

CARTERA DE SERVICIOS, POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP, AZUAY, 2017

NOMBRE	TIPO	# CAMAS	SERVICIOS QUE BRINDA	EQUIPAMIENTO/UNIDADES	# QUIRÓFANOS OPERATIVOS	HORARIO
Vicente Corral Moscoso	General	290	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico Imagenología Neonatología Cuidados intensivos Diálisis Banco de leche Banco de sangre Anatomía Patológica	Rayos X Ecosonógrafo Tomografía	8	Emergencia: 24 horas (especialistas) Consulta externa: 7:00 a 16:00
José Félix Valdiviezo	Básico	15	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico	Rayos X Ecosonógrafo	1	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Aida León	Básico	15	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico	Rayos X Ecosonógrafo	1	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
San Sebastián	Básico	18	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico	Rayos X Ecosonógrafo	1	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Paute	Básico	30	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico	Rayos X Ecosonógrafo	2	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 7:30 a 16:00
Moreno Vásquez	Básico	25	Consulta externa Hospitalización Emergencia Centro quirúrgico y obstétrico Laboratorio clínico	Rayos X Ecosonógrafo	1	Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00

Nabón	Centro C		Consulta externa Emergencia Maternidad	Rayos X Ecosonógrafo		Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00
Ponce Enríquez	Centro C		Consulta externa Emergencia Maternidad	Rayos X Ecosonógrafo		Emergencia: 24 horas (médicos generales) Consulta externa: 8:00 a 17:00

Fuente: La autora
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N° 19
RESULTADOS DEL DIARIO DE OBSERVACIÓN, AZUAY, 2017

PARÁMETROS	ESCALAS			
	HOSPITAL B. 1	HOSPITAL B. 2	CENTROS C	HOSPITAL GENERAL
CALIDAD DE SERVICIOS ACCESIBILIDAD Señalética	NO EXISTEN FLUJOS CLAROS= 0 (falta de señalización, confusión en el usuario)	EXISTEN PARCIALMENTE FLUJOS ADECUADOS= 1 (señalización parcial, confusa para los usuarios)	EXISTEN FLUJOS ÓPTIMOS =3 (señalización precisa, que entienden los usuarios)	EXISTEN FLUJOS ADECUADOS ADAPTADOS A LA REALIDAD=2 (señalización adaptadas a la realidad, que entienden los usuarios)
APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y GPC	SE APLICAN REGULARMENTE PROTOCOLOS Y GPC= 2 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, cumplen parcialmente con las GPC del MSP)	SE APLICAN REGULARMENTE PROTOCOLOS Y GPC= 2 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, cumplen parcialmente con las GPC del MSP)	SE APLICAN REGULARMENTE PROTOCOLOS Y GPC= 2 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, cumplen parcialmente con las GPC del MSP)	SE APLICAN REGULARMENTE PROTOCOLOS Y GPC= 2 (revisando los diagnósticos y tratamientos en las 08, cumplen parcialmente con las GPC del MSP)
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (INFORMACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASPECTOS ÉTICOS) Dirigida a familiares	POBRE=1 (médico brinda pobremente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	POBRE=1 (médico brinda pobremente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	POBRE=1 (médico brinda pobremente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)	POBRE=1 (médico brinda pobremente la información al paciente estado de salud, consentimiento informado y aspectos éticos)
ORGANIZACIÓN	POBRE=1	POBRE=1	MUCHO=3	POBRE=1

CIÓN DE LOS SERVICIOS En base al licenciamiento.	(servicio pobremente 25% de su totalidad, en base al licenciamiento)	(servicio pobremente 25% de su totalidad, en base al licenciamiento)	(servicio organizado en su totalidad, en base al licenciamiento)	(servicio pobremente 25% de su totalidad, en base al licenciamiento)

Fuente: Diario de observación.
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°20

ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR EL QUE PASO ANTES DE LLEGAR AL SERVICIO DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

	HOSPITAL B. 1	CENTRO C	HOSPITAL B. 2	HOSPITAL GENERAL	TOTAL
Ninguno	36	18	43	54	151
Centro de salud	1	1		5	7
Hospital básico					
Servicio de salud privado			1		1
FARMACIA	1				1
TOTAL	38	19	44	59	160

Fuente: Encuestas a usuarios externos
Elaborado por: Ma. Alexandra García

Tabla N°21

ENTREVISTA HA ACTORES CLAVES, SERVICIOS DE EMERGENCIA, AZUAY, 2017

	HOSPITAL B. 1	CENTRO C	HOSPITAL B. 2	HOSPITAL GENERAL
¿CÓMO USTEDES VERIFICAN EL USO DE PROTOCOLOS Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA?	Muestreo de las 08, revisión diaria	Auditoría de las 08 mensualmente en un 100%.	Auditorías cada semestre de las 08 del servicio.	Auditoría trimestral de pacientes SPAT, maternas.
¿CONSIDERA QUE EXISTE COMPLEMENTARIEDAD EN LA RED, PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA?	En un 90% tenemos respuesta satisfactoria en caso de los pacientes graves.	Considero que se ha cumplido en alrededor del 60%, por la distancia de la ciudad de Cuenca ha habido casos sobre todo de maternas, que antes de receptor a la paciente, se envía la ambulancia desde Nabón para la ciudad de Cuenca.	En un 90% de los casos la pública es más rápida. La complementaria ha mejorado desde la implementación del SIREM.	Por la capacidad resolutoria de nuestra activamos en menos del 1 de los casos la Red Pública o complementaria, el problema es con las unidades de primer nivel y los hospitales básicos no existe complementariedad

<p>DE QUÉ FORMA EVALUAN AL PERSONAL DE SALUD SOBRE CONOCIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS?</p>	<p>Análisis de los casos clínicos. Se realiza mensualmente evaluaciones a todo el personal operativo con pretest y postest</p>	<p>Capacitaciones mensuales, con sus pre y postest</p>	<p>Auditorías de las 08 Pre y postest en capacitaciones mensuales</p>	<p>Auditorías trimestrales</p>
<p>¿CONSIDERA QUE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA ES EL ADECUADO?</p>	<p>Falta de recursos: Recursos humanos en un 50%, Medicamentos e insumos 40%, Equipamiento 80%.</p>	<p>Falta de recursos Recursos humanos: choferes se tiene solo el 50%, médicos hace falta 1 en cada guardia, enfermeras muchas veces cubren la consulta externa, preparación de pacientes, farmacia y estadística. No hay personal de lavandería por lo que de nuestros recursos propios mandamos a lavar los campos, batas y mandiles del personal y de pacientes. Insumos y medicamentos: Mandan a comprar algunas cosas y otras los directivos solicitaron dinero para la comprar de estos y abastecer a la institución</p>	<p>Falta de recursos. Cuentan con: Recursos humanos: 70% médicos y 90% enfermeras. Infraestructura: 20% Equipamiento:70% Desabastecidos 80% insumos y 30% medicamentos.</p>	<p>Falta de recursos. Cuentan con: Infraestructura obsoleta. Falta de equipamiento (endoscopía 24horas – resonancia magnética) Falta de recursos humanos cuentan con un 40% de los necesario.</p>

Fuente: Encuestas a personal operativo y administrativo.

Elaborado por: Ma. Alexandra García

13.4.- EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:

DIARIO DE CAMPO

N°	Observaciones	Fecha	Hora	Temperatura	Humedad	Observaciones
1	Monte de la Cruz & Park	07/06	18:00	25.5°		Observación de la zona
2	Monte de la Cruz & Park	07/06	19:00			Observación de la zona
3	Monte de la Cruz & Park	07/06	20:00			Observación de la zona
4	Monte de la Cruz & Park		20:00			Observación de la zona
5	Monte de la Cruz & Park	07/06	21:00			Observación de la zona

DIARIO DE CAMPO

N°	Observaciones	Fecha	Hora	Temperatura	Humedad	Observaciones
1	Monte de la Cruz & Park	07/06	18:00			Observación de la zona
2	Monte de la Cruz & Park	07/06	19:00			Observación de la zona
3	Monte de la Cruz & Park	07/06	20:00			Observación de la zona

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación: *Análisis de la atención de emergencias y urgencias médicas a nivel de hospitales del ministerio de salud pública, perteneciente a la red pública de salud en la provincia del Azuay. Crítica para el cambio 2017. Se que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.*

He leído la información proporcionada o me ha sido leído. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: [Firma]
 Firma del Participante: [Firma]
 Fecha: 21/01/2018
 Domicilio: _____

Si es analfabeto:
 Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, una persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____ Y Huella dactilar del participante
 Firma del testigo: _____
 Fecha: _____
 Domicilio: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____
 Firma del investigador: _____
 Fecha: _____
 Domicilio: _____

He sido proporcionado al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (inicial del investigador/auxiliar).

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

en la investigación en cualquier momento.

A Quién Contactar:
 Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haber iniciado el estudio. [María Alejandra García P. 0995407072]
 Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el [El Comité de evaluación ética de Pontificia Universidad Católica del Ecuador]

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación: *Análisis de la atención de emergencias, urgencias médicas a nivel de hospitales del ministerio de salud pública, perteneciente a la red pública de salud en la provincia del Azuay. Crítica para el cambio 2017. Se que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.*

He leído la información proporcionada o me ha sido leído. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: [Firma]
 Firma del Participante: [Firma]
 Fecha: 21/01/2018
 Domicilio: _____

Si es analfabeto:
 Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, una persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____ Y Huella dactilar del participante
 Firma del testigo: _____
 Fecha: _____
 Domicilio: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador]

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Ha sido invitado a participar en la investigación: *Análisis de la atención de emergencias, urgencias médicas a nivel de hospitales del ministerio de salud pública, pertenecientes a la red pública de salud en la provincia del Azuay. Crítica para el cambio 2017. Se puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.*

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera en cualquier ámbito.

Nombre del Participante: [Firma]
Firma del Participante: [Firma]
Fecha: 11/03/2017
Día/mes/año:

Si es analfabeto:
Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debería voluntariamente para el participante y no debería tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confieso que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____ Y Huella dactilar del participante
Firma del testigo: _____
Fecha: _____
Día/mes/año: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.
Confieso que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____
Firma del investigador: _____
Fecha: _____
Día/mes/año: _____

He sido proporcionado al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado. (Iniciales del investigador/auxiliar): _____

CENTRO C NABÓN



HOSPITAL JOSÉ FELIX VALDIVIESO



HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE



