

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

Colegio de Posgrados

Proyecto para mejorar la calidad de atención en el servicio de  
Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad  
de Tena, en el período junio - diciembre 2019

**Jennifer Elizabeth Lozano Caicedo**

**Fabián Patricio Criollo Ortega**

Ramiro Echeverría, MD.

Director del Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del  
Título **Especialista en Gerencia de Salud**

**Quito, 29 de abril del 2019**

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ****Colegio de Posgrados****HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Proyecto para mejorar la calidad de atención en el servicio de  
Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra de la  
ciudad de Tena, en el período junio - diciembre 2019**

Jennifer Elizabeth Lozano Caicedo

Fabián Patricio Criollo Ortega

Firmas

Ramiro Echeverría, MD.

Director de Trabajo de Titulación

---

Ramiro Echeverría, MD.

Director del Programa de  
Especialización en Gerencia de Salud

---

Jaime Ocampo, Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

---

Hugo Burgos, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

---

**Quito, 29 de abril 2019**

**© Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombre:

Jennifer Elizabeth Lozano Caicedo

---

Código de estudiante:

00205342

---

C. I.:

1719205815

---

Lugar, Fecha

Quito, 29 de abril de 2019

---

### © Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombre:

Fabián Patricio Criollo Ortega

---

Código de estudiante:

00205307

---

C. I.:

1103316897

---

Lugar, Fecha

Quito, 29 de abril de 2019

---

## DEDICATORIA

A nuestras familias, que fueron nuestra principal fortaleza por su inmensa comprensión y constante apoyo en el transcurso de nuestros estudios.

Jennifer y Fabián

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por habernos dado la oportunidad de crecer como personas.

A la Universidad San Francisco de Quito, y a todos sus docentes que nos impartieron con empatía sus conocimientos en cada una de sus clases. En especial a nuestro docente y tutor de tesis Dr. Ramiro Echeverría, por su acertada asesoría y guía durante la elaboración de este proyecto.

Al Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, por la confianza depositada al permitirnos acceder a la información y realizar el presente trabajo.

## RESUMEN

El presente trabajo se proyecta al desarrollo de una propuesta, que busca mejorar los indicadores de calidad en el servicio de Emergencia, del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena, provincia del Napo.

Los servicios de emergencias, a nivel mundial presentan una gran demanda de pacientes en busca de soluciones oportunas y efectivas. Es por eso que uno de los principales retos de los modelos de atención en urgencias es aplicar, analizar y perfeccionar progresivamente los principales indicadores de calidad como: tiempos de espera, tratamientos acordes con los síntomas y riesgos del paciente; valoración eficaz; definición temprana de las patologías y una baja mortalidad. Así mismo es fundamental que la calidad en la atención se complemente con aseguramiento de capacidad resolutive, infraestructura y seguridad de la sala.

Los indicadores de calidad tienen un impacto directo en el desarrollo de las actividades diarias realizadas en el servicio de emergencia, debido a esto existen estudios, sobre cambios en los modelos de atención en urgencias que buscan disminuir la sobre demanda e indirectamente los tiempos de espera, mejorar la calidad en la atención, reducir los tiempos de definición de conductas, tasas de re-consulta y mejorar los índices de mortalidad.

Además, se debe considerar que hasta ahora la actividad asistencial realizada en los servicios de urgencias no ha sido adecuadamente valorada, impidiendo establecer mecanismos y herramientas de gestión de dicha actividad.

**Palabras clave:** servicio de emergencia, indicadores de calidad, triaje.

## ABSTRACT

The present work is projected to the development of a proposal that seeks to improve the quality indicators in the Emergency service, of the José María Velasco Ibarra Hospital in the city of Tena, province of Napo.

Emergency services, worldwide have a high demand for patients in search of timely and effective solutions. That is why one of the main challenges of the emergency care models is to apply, analyze and progressively improve the main quality indicators such as waiting times, treatments according to the patient's symptoms and risks; effective valuation; early definition of pathologies and low mortality. Likewise, it is essential that the quality of care be complemented with assurance of resolute capacity, infrastructure and security of the room.

The quality indicators have a direct impact on the development of the daily activities performed in the emergency service, due to this there are studies, on changes in the emergency care models that seek to reduce the on demand and indirectly the waiting times, improve the quality of care, reduce the time to define behaviors, re-consult rates and improve mortality rates.

**Keywords:** emergency service, quality indicators, triage.



## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>TABLA DE CONTENIDOS</b> .....	9
<b>1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	13
1.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	13
ÁMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO.....	19
ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS .....	20
JUSTIFICACIÓN.....	21
1.2.- DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA .....	21
MAGNITUD DEL PROBLEMA: .....	27
MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS .....	33
ÁRBOL DEL PROBLEMA .....	34
ÁRBOL DE OBJETIVOS .....	35
1.3.- ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	36
SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS.....	36
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD .....	37
<b>2.- OBJETIVOS</b> .....	38
2.1.- OBJETIVO GENERAL .....	38
2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	38
<b>3.- MATRIZ MARCO LÓGICO</b> .....	39
<b>4.- ESTRATEGIAS GENERALES</b> .....	41
<b>5.- PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA</b> .....	42
5.1 PLAN DE ACTIVIDADES: .....	42
5.2 CRONOGRAMA (6 meses):.....	44
<b>6.- ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO</b> .....	45
<b>7.- MONITOREO Y EVALUACIÓN</b> .....	46
<b>8.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO</b> .....	50
8.1. PRESUPUESTO .....	50
8.2 FINANCIAMIENTO .....	51
<b>9.- BIBLIOGRAFÍA</b> .....	52
<b>10. ANEXOS</b> .....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Traslado.....</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 2 Migración de servicios.....</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 3 Apertura de áreas e incremento de capacidad resolutive .....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 4 Cartera de Servicios HGJMVI.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabla 5 Actores involucrados.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 6 Triage de Manchester.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 7 Comparación de atenciones en emergencia desde el 2010 al 2018.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 8 Pacientes atendidos, julio a diciembre 2018 .....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 9 Pacientes atendidos, enero a marzo 2019.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 10 Matriz de priorización de problemas HGJMVI.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 11 Matriz Marco Lógico.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 12 Organización de la gestión del proyecto.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 13 Presupuesto del proyecto.....</i>	<i>50</i>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1 Mapa de División Político Administrativo de la Provincia de Napo</i>	<u>13</u>
<i>Ilustración 2 Hospital General José María Velasco Ibarra</i>	<u>14</u>
<i>Ilustración 3 Fachada del Servicio de Emergencia, HGJMVI</i>	<u>18</u>
<i>Ilustración 4 Promedio mensual de atenciones, julio a diciembre 2018</i>	<u>30</u>
<i>Ilustración 5 Promedio mensual de atenciones, enero - marzo 2019</i>	<u>31</u>

## ÍNDICE DE ANEXOS

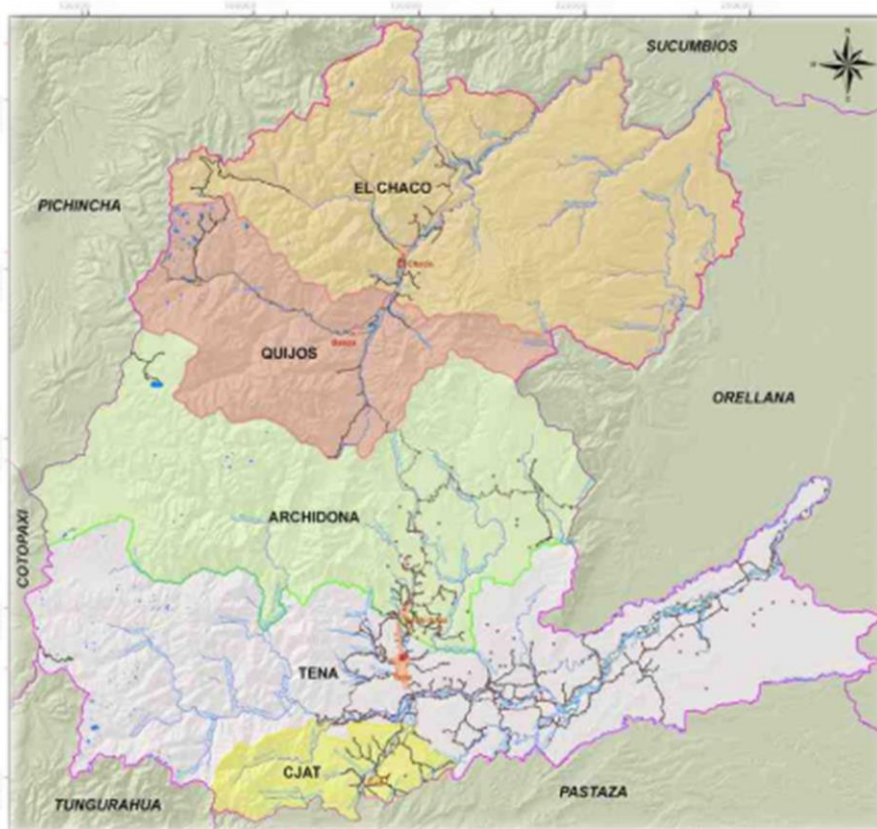
Anexo 1.- Listado de Centros de Salud y Hospitales geo referenciados.....	54
Anexo 2.- Tabla. Comparación de pacientes atendidos en los meses de enero a diciembre 2018 de acuerdo a prioridad de Manchester.....	55
Anexo 3.- Tabla. Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, diciembre 2018.....	56
Anexo 4.- Tabla. Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, marzo 2019.....	57
Anexo 5.- Flujograma de atención en Emergencia.....	58

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Tena, ciudad capital de la Provincia de Napo ubicada en la región oriental de la Cordillera de los Andes, a una altura de 521 metros sobre el nivel del mar y tiene un clima cálido húmedo, su temperatura oscila entre los 21 – 35°C, conformada por cinco cantones, su población es de 60.880 habitantes según el censo 2010 (INEC, Resultados del Censo 2010, Fascículo Provincial Napo, 2010), de acuerdo a la división política de salud, en la ciudad del Tena se encuentra la Dirección Zonal 2, la cual cubre las provincias de Napo, Orellana y Pichincha rural (Sangolquí, Cayambe, Machachi). En la Zona 2 se encuentran 2 hospitales generales, el Hospital General José María Velasco Ibarra (HGJMVI) y el Hospital Francisco de Orellana, (Anexo 1. Listado de Centros de Salud y Hospitales geo referenciados).

#### ***Ilustración 1 Mapa de División Político Administrativo de la Provincia de Napo***



**Fuente:** Provincia de Napo  
**Elaborado por:** GAD Provincial de Napo

El Hospital General José María Velasco Ibarra (HGJMVI) es un Hospital General de Segundo Nivel y el único hospital público dentro de la provincia de Napo, fue inaugurado en 1955, se encuentra en repotenciación desde el año 2011, tiempo desde el cual permanece en contingencia y ha brindado atención permanente a la población.

***Ilustración 2 Hospital General José María Velasco Ibarra***



**Fuente:** Hospital General José María Velasco Ibarra.

A partir del 01 de mayo del 2017 se reforma el plan de contingencia reduciendo la capacidad hospitalaria de 84 camas censables a 41, sin contar con unidad de cuidados intermedios neonatales y de adultos.

Dentro del proceso de repotenciación que el Hospital General José María Velasco Ibarra, se realizó en tres fases, las mismas que se detallan por la fecha de apertura de las áreas repotenciadas:

Servicios repotenciados y en funcionamiento:

**Fase 1:** realizada el 3 de mayo de 2018

**Tabla 1 Traslado**

<b>Traslado</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Ubicación</b>
Hospitalización clínica, Pediatría, Traumatología, Cirugía General.	Bloque hospitalario segundo y tercer piso.

**Fuente:** Hospital GJMVI

**Elaborado por:** Los autores

**Fase 2:** realizada el 20 de noviembre de 2018.

**Tabla 2 Migración de servicios**

<b>Servicios HGJMVI</b>	
<b>Denominación</b>	<b>Detalle</b>
<b>Área de admisiones</b>	1 puesto admisiones, 2 puestos para turnos, 2 puestos para agendamiento general
<b>Área de gestión de pacientes</b>	1 puesto
<b>Trabajo Social</b>	1 puesto
<b>Habilitación de las siguientes especialidades</b>	Cardiología, Medicina Interna, Geriatría Pediatría, Cirugía General, Traumatología, Psicología, Cirugía Vasculuar, Urología, Fisiatría, Nutrición y dietética
<b>Procedimientos de cardiología</b>	electrocardiograma (1)
<b>Farmacia</b>	dispensación consulta externa

**Fuente:** Hospital GJMVI

**Elaborado por:** Los autores

**Fase 3:** realizado el 1 de diciembre 2018.

**Tabla 3 Apertura de áreas e incremento de capacidad resolutive**

<b>Incremento de capacidad resolutive HGJMVI</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Ubicación</b>
<b>Incremento de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 camas en Pediatría,</li> <li>• 8 camas Medicina Interna,</li> <li>• 4 camas de Cirugía y Traumatología.</li> </ul>	Bloque hospitalario, segundo y tercer piso.
<b>Habilitación de 3 consultorios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatría,</li> <li>• Otorrinolaringología,</li> <li>• Gastroenterología.</li> </ul>	Consulta externa
<b>Implementación:</b>	
<b>Centro obstétrico</b>	Con un quirófano para: Ginecología y Obstetricia 3 puestos de recuperación, 1 sala de legrados, 1 sala de partos con dos puestos
<b>Centro quirúrgico</b>	Con un quirófano para: Cirugía General de 24 horas, 1 quirófano de 8 horas para procedimientos menores 6 puestos de recuperación
<b>UCI</b>	3 puestos para intensivos, 3 puestos para intermedios
<b>Farmacia</b>	dispensación dosis unitaria 24 horas

**Fuente:** Hospital GJMVI

**Elaborado por:** Los autores

Cuenta con un área de construcción hospitalaria de 15.207,38m<sup>2</sup>. Es un hospital de referencia de la Zona 2, en la región oriental, recibe pacientes de la provincia de Napo, sirviendo a una población total proyectada al 2018 de 128.252 habitantes de manera



directa (INEC, Cifras por provincias, 2019) y de otras provincias 155.453 habitantes de manera indirecta, que nos da un total de 283.705 de población del área de influencia. Adicionalmente, es prestador de servicios a los subsistemas IESS, ISSPOL, ISSFA. Con el Hospital 100% operativo se contará con 101 camas censables, al momento se cuenta con 89 camas censables.

Dentro de su cartera de servicios cuenta con una amplia variedad de especialidades en el área clínica y quirúrgica, las cuales han ido aumentando en el proceso de repotenciación. Los servicios que ofrece son:

**Tabla 4 Cartera de Servicios HGJMVI**

	<b>ESPECIALIDADES</b>
<b>HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARIA VELASCO IBARRA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sala de Emergencia de 24 horas,</li> <li>➤ Cardiología,</li> <li>➤ Cirugía General,</li> <li>➤ Cirugía Vasculuar,</li> <li>➤ Dermatología,</li> <li>➤ Urología,</li> <li>➤ Traumatología,</li> <li>➤ Gineco – Obstetricia,</li> <li>➤ Medicina Interna,</li> <li>➤ Oftalmología,</li> <li>➤ Otorrinolaringología,</li> <li>➤ Pediatría,</li> <li>➤ Psicología,</li> <li>➤ Psiquiatría,</li> <li>➤ Gastroenterología,</li> <li>➤ Geriátría,</li> <li>➤ Neonatología,</li> <li>➤ Nutrición,</li> <li>➤ Fisiatría,</li> <li>➤ Audiometría,</li> <li>➤ Terapia Intensiva e intermedia,</li> <li>➤ Servicios de Apoyo Diagnóstico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laboratorio clínico,</li> <li>○ Servicio de Medicina Transfusional,</li> <li>○ Imagenología,</li> </ul> </li> <li>➤ Rehabilitación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapia Física,</li> <li>○ Lenguaje,</li> <li>○ Ocupacional.</li> </ul> </li> </ul>

**Fuente:** Hospital GJMVI

**Elaborado por:** Los autores

La sala de Emergencia funciona las 24 horas del día, de manera ininterrumpida, con personal médico (3 especialistas, 21 médicos residentes 4 por cada turno y uno que cubrirá vacaciones, aparte se cuenta con un médico residente para triaje de Ginecología y Pediatría), enfermería (1 enfermera en triaje, 7 enfermeras distribuidas en las diferentes áreas de emergencia), camilleros (2 por cada turno) y personal administrativo (1 personal de estadística) que se articulan de manera coordinada a fin de asegurar la atención de todos los pacientes que requieran el servicio.

***Ilustración 3 Fachada del Servicio de Emergencia, HGJMVI***



**Fuente:** Fachada servicio de Emergencia HGJMVI.

La puerta de entrada a este sistema es de dos maneras, la primera por referencia de primer nivel o segundo nivel básico, desde los diferentes centros de salud de la provincia o de los hospitales de la zona a los cuales sirve de referencia. La segunda forma de ingreso es por demanda espontánea o auto referencia de los pacientes hacia el Hospital.

Se ha cuantificado alrededor de 90 pacientes por día, que acuden solicitando atención a la sala de emergencia, distribuidos hacia emergencia obstétrica, emergencia pediátrica y emergencia general. Esta demanda de pacientes, produce una sobre

carga laboral del profesional de la salud, lo cual ocasiona el aumento de la probabilidad de error en la calidad de atención al usuario externo, así como al usuario interno.

La aparición de fenómenos sociales como el envejecimiento demográfico, el aumento de la dependencia, la cronicidad de determinadas enfermedades y el aumento de la demanda de calidad por parte de los usuarios, junto con la limitación de los recursos y la gran variabilidad de la práctica clínica profesional, obligan a todos los implicados a decidir con precisión qué intervenciones sanitarias producen los mejores resultados en la población.

Existen varias definiciones para la calidad de los servicios de salud, por lo que no existe un concepto único. En el proceso de calidad, cada actor tiene una idea distinta y cada uno de ellos da mayor relevancia a los conceptos que más valora de acuerdo a su visión respecto a la calidad de los servicios de Salud.

## ÁMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

Con la implementación del presente proyecto se procurará que los beneficiarios en el ámbito de la salud pública sean las poblaciones de Tena, Orellana y sus alrededores, quienes acuden a esta casa de salud para el periodo de julio a diciembre 2019, por una atención en el servicio de Emergencia con patologías de prioridad III, IV y V será de una población estimada de 13.955 pacientes, en referencia a la población atendida en el primer trimestre del 2019.

Entre los beneficiarios del proyecto para mejorar la calidad de la atención del servicio de Emergencia en el Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena se puede mencionar los siguientes:

### *Beneficiarios directos:*

- Usuarios externos del área de influencia, afiliados del IESS, ISSFA y ESPOL que acuden al servicio de Emergencia del Hospital
- Profesionales de la salud que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital.

*Beneficiarios indirectos:*

- Dirección médica y administrativa del Hospital
- Servidores del área administrativa y atención al usuario
- Personal de farmacia
- Personal de los servicios de laboratorio, imagen

## ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

*El equipo del proyecto estará conformado por:*

- Gerencia administrativa del Hospital
- Dirección médica del Hospital
- Profesionales de la salud del servicio de Emergencias del Hospital
- Departamento de atención al usuario
- Personal de los servicios de Laboratorio, Imagen y Farmacia

Lo que permitirá garantizar que el desarrollo y ejecución se dé con los resultados planteados para la intervención. Se analizó los actores en función de los pacientes atendidos durante el 2018 y 2019 de acuerdo a la prioridad. (Anexo 3.- Tabla. Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, diciembre 2018; Anexo 4.- Tabla. Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, marzo 2019):

**Tabla 5 Actores involucrados**

<b>Grupo (Actores)</b>	<b>Intereses</b>	<b>Poder de influencia</b>	<b>Balance</b>
Población pediátrica	+	4	4
Población ginecológica	+	5	5
Población en general	+	3	3
Subsistemas de Salud	-	3	-3
Gobierno Local	-	2	-2
Trabajadores de Salud	-	3	-3
Ministerio de Salud	+	3	3
<b>Total</b>			<b>+ 7</b>

**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

## JUSTIFICACIÓN

El propósito del presente trabajo a realizar es plantear e implementar un proyecto para el mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena, para la comunidad y profesionales que laboran en dicha área, para lo cual es fundamental conocer los diferentes factores externos e internos que intervienen en la atención del paciente de emergencia.

Los factores que se logren identificar será lo que permitirá plantear estrategias para el mejoramiento de la calidad en la atención del servicio de Emergencia, teniendo en cuenta que lo que no se conoce y lo que no se mide no se puede administrar, cuantificar, ni evaluar.

Con la elaboración del presente proyecto se pretende contribuir a la institución hospitalaria con información que será de utilidad para la implementación de planes, con el fin de mejorar la calidad de la atención en el área del servicio de Emergencia del Hospital, por lo expuesto, se considera importante abordar el tema planteado.

### 1.2.- DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria, por un lado, los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios, lo que les confiere alto significado social; por otro lado, la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen, los convierte en los centros más costosos del sistema de salud. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Se puede mencionar algunos indicadores que se aplican sobre la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios cómo, por ejemplo: la tasa de mortalidad, reingresos, infecciones, entre otros, que varían de acuerdo con la atención que se brinde, pero, sobre todo, dependen de la gravedad de los pacientes que han servido como unidades de análisis en la atención.

Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: *"el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención"*. (Donabedian, 1980)

Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

**Calidad absoluta:** es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

**Calidad individualizada:** desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

**Calidad social:** desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Servicio Andaluz de Salud, 2016, pág. 64)

Por su parte la Organización Mundial de Salud (OMS) define: *"la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"*. (Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013)

Para Kerguelén menciona que, los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad, definiendo los objetivos generales como de su planificación y

estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas, y de controlar los resultados con vistas a su permanente mejora, así como deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado por la OMS, sobre el derecho de cada ser humano para lograr “el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”, principio que debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal y ética del Estado y de las organizaciones de salud. (Kerguelén, 2008)

La medición de la calidad de un servicio de salud es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo. En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre clientes (pacientes), gestores y financistas son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad. (Rodríguez et al., 2010)

En los sistemas públicos y gratuitos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia. La falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará a la larga en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales. (Heras, Marimon, & Casadesús, 2009)

Por otro lado, la medición de conceptos abstractos como calidad y eficiencia de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros. (López & Alonso, 2011)

La calidad es una noción abstracta, concepto basado en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable. La necesidad de medirla es obvia, aunque es siempre un desafío. Una buena parte de este desafío se debe a que los indicadores de calidad deben separar las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. (Vargas González D. A., 2004)

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, a más de la posibilidad

del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida.

Como bien lo define David Silva de manera muy general, un indicador es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”. (Silva Matiz, 2009), y éste es precisamente el caso que nos ocupa, pues necesitamos números para medir el concepto abstracto de calidad.

Para Vargas, Valecillos y Hernández, el desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo de Medicina, unido al de otras disciplinas como la Administración de Salud, Estadística y Epidemiología. Un buen indicador deberá cumplir al menos con cuatro características básicas, las mismas que la detalla a continuación: (Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013)

- **Validez:** debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció.
- **Confiabilidad:** debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- **Comprensibilidad:** debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- **Sencillez:** debe ser sencillo de administrar, aplicar y explicar.

Para el desarrollo y utilización de buenos indicadores se deberá sustentarse sobre buenos sistemas de información, es decir, se debe tener en cuenta, la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes.

Los indicadores brindan de forma rápida, fácil y concisa información valiosa acerca de cómo se está desempeñando el hospital y permiten realizar análisis, comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar.

El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para los administradores de hospitales, autoridades sanitarias y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del Sector de la Salud.

Uno de los problemas prácticos más importantes que surgen en el uso de indicadores hospitalarios, es por la necesidad de hacer uso de varios de ellos, a la vez para tener



una idea global de la calidad y la eficiencia con que se están ofreciendo los servicios en una unidad o departamento.

Sólo el uso del sentido común, la experiencia y la pericia administrativa lograrán el balance adecuado de toda la información que pueden brindar los indicadores y la visión global que a menudo es necesaria. No obstante, un esfuerzo por disminuir el número de cifras que deben manejarse en estas evaluaciones globales sobre la base de indicadores.

En la medición del impacto del uso de los indicadores se evalúa los resultados positivos y negativos, a fin de evidenciar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos en un periodo de tiempo establecido, con la finalidad de valorar a la institución, considerando los factores que intervienen en la formación, mejoramiento profesional, humano y desarrollo social.

Al analizar el servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra, debido a la reacción que genera la exigencia del cumplimiento de estos indicadores por parte del personal que labora en esta casa de salud, es un reto en el cual nos vemos inmersos quienes realizamos el presente trabajo.

El Ministerio de Salud Pública consideró que no existe una política de seguridad hacia el paciente, por lo que en el año 2013 a 2015 contrata los servicios de la empresa Canadiense Qmentum Internacional para la implementación de estándares internacionales de calidad y prácticas organizacionales requeridas que garantizan la seguridad del paciente, de los cuales varios hospitales del país entraron en proceso de acreditación, entre ellos el Hospital General José María Velasco Ibarra que fue acreditado en marzo del 2016.

Este proceso de acreditación, en el último año, ha sido efectivamente adoptado por el Ministerio de Salud Pública, actualmente ya no se encuentra vigente, sin embargo, se instó a los diferentes hospitales incluidos en este proceso, a mantener los objetivos y procesos ya adquiridos durante el periodo mencionado.

Actualmente no se cuenta con un proceso de acreditación hospitalario, sin embargo, se emite un manual de seguridad del paciente, en el cual se basa las normas de atención al público en general.

Vítolo menciona que las guardias de emergencia están enfocadas en una rápida categorización, estabilización y tratamiento inicial. Cuando existe déficit de camas pacientes que necesitan ingreso a hospitalización pueden llegar a quedar encargados en el servicio de emergencia lo que disminuye la capacidad del servicio para brindar atención a nuevos pacientes, además que la falta de personal puede demorar la administración de terapias a estos pacientes o a su vez a pacientes emergentes disminuyendo la calidad en la atención a consecuencia de la saturación. (Vítolo, 2014)

Otro aspecto importante que se debe considerar para mejorar la calidad del servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra, es respecto al triaje que es asociado a la clasificación o priorización de la atención urgente de los pacientes. (Soler, Gómez Muñoz, & Bragulat, 2010)

Para Bullard y otros autores señalan que cuando el triaje es realizado por personal de enfermería y paramédicos es más eficiente que si lo realizara únicamente el personal de enfermería, sobre todo, cuando se trata de casos de alta urgencia o complejidad (Bullard, Unger, Spence, & Grafstein, 2008).

De acuerdo al manual de implementación del triaje de la Organización Panamericana de la Salud, establece que deben existir tiempos mínimos y máximos de espera, lo que permite aportar con soluciones que mejoran el bienestar en las salas de espera, también garantiza los derechos del ciudadano al ser un sistema totalmente orientado al paciente. Garantiza una recepción e información dignas, en un ambiente íntimo y confidencial, mejorando las competencias relacionales de los profesionales con los pacientes y sus familias; así como las interprofesionales. (OPS, 2010)

**Tabla 6 Triage de Manchester**

GRADO	TIPO DE URGENCIA	COLOR	DESCRIPCIÓN
<b>NIVEL I</b>	RESUCITACIÓN	ROJO	Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
<b>NIVEL II</b>	EMERGENCIA	NARANJA	Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
<b>NIVEL III</b>	URGENCIA	AMARILLO	Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
<b>NIVEL IV</b>	MENOS URGENTE	VERDE	Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
<b>NIVEL V</b>	NO URGENTE	AZUL	Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

**Fuente:** OPS

**Elaborado por:** Los autores

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA:

Entre los factores que influyen en la saturación de los servicios de emergencia están el aumento progresivo de la población, la dificultad para acceder a citas por consulta externa, la deficiente capacidad resolutive y gestión de pacientes en primer nivel, conlleva a que grandes porcentajes de usuarios atendidos en los servicios de emergencia no cumplan con criterios de urgencia y/o emergencia, saturando las agendas del personal de salud y limitando potencialmente la atención oportuna y de calidad a las verdaderas emergencias. Según estudio realizado por Vítolo, en el 2014 reporta que más del 50% de las admisiones con un mayor flujo de pacientes durante las tardes y primeras horas de la noche. (Vítolo, 2014)

El constante aumento de las prestaciones en los servicios de urgencias ha creado la necesidad de introducir un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios hacia estos sistemas de Emergencia, priorizando eficazmente según el nivel de gravedad que estos presenten y no por orden por el que ingresan al servicio.

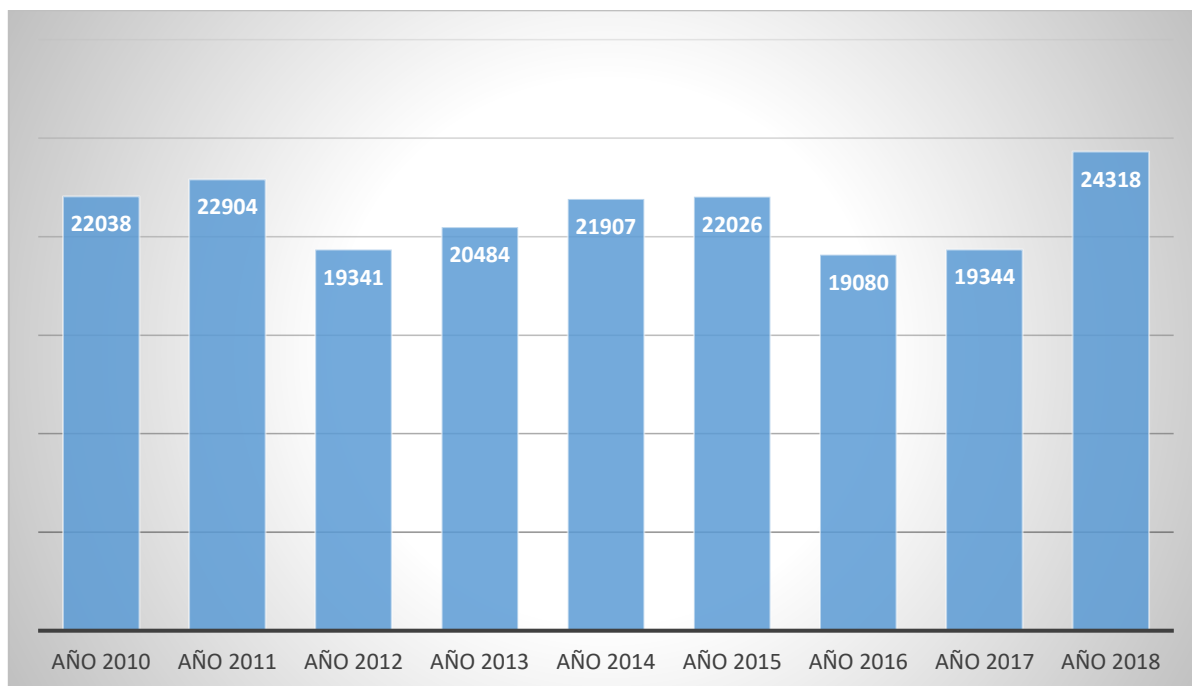
En tanto, el primer contacto que los pacientes tengan con el personal sanitario en los servicios de urgencias se define como recepción, acogida y clasificación de los

pacientes, que se realiza bajo el sistema de triaje, para conseguir una priorización y orden eficaces de la atención sanitaria.

La clasificación de los pacientes permite que las atenciones se ejecuten en un tiempo más corto, de forma ágil y efectiva, y sobre todo priorizando la atención del usuario. Los pacientes con necesidad inmediata de atención son calificados como de mayor prioridad, y son asistidos de forma inmediata por personal médico especializado y personal de enfermería en área de reanimación o área de críticos y el resto son re evaluados frecuentemente, hasta poder ser atendidos por el equipo médico disponible.

Es importante conocer el histórico de las atenciones de emergencia que se han venido realizando en el HGJMVI, para poder establecer si ha existido un incremento significativo en la demanda de atenciones en este servicio, durante los últimos 8 años.

**Tabla 7 Comparación de atenciones en emergencia desde el 2010 al 2018.**



**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

**Análisis:** en la tabla N°1 se puede observar que desde el año 2010 hasta el año 2017, el promedio de atenciones por año es de alrededor de 20.887 pacientes con un

incremento llamativo en el 2018 el cual es el punto máximo con un incremento de 16%.

De los resultados obtenidos en los últimos 9 meses de julio del 2018 a marzo del 2019, se ha podido evidenciar que la aplicación de los indicadores de calidad por los profesionales de la Salud en el servicio de emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, se encuentran alrededor del 40% de cumplimiento (Gestión de calidad, HGJMVIT 2018-2019), lo que refleja un desconocimiento de esta herramienta gerencial para mejorar los resultados de la calidad en la atención del servicio.

A continuación, pacientes atendidos de acuerdo con su prioridad según protocolo de Manchester desde julio a diciembre del 2018, (Anexo 2.- Tabla. Comparación de pacientes atendidos en el 2018 de acuerdo a prioridad de Manchester).

**Tabla 8 Pacientes atendidos, julio a diciembre 2018**

<b>PRIORIDAD</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>SIN DATO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>jul-18</b>	4	95	977	640	156	23	<b>1895</b>
<b>ago-18</b>	12	90	935	655	100	12	<b>1804</b>
<b>sep-18</b>	9	64	909	668	158	15	<b>1823</b>
<b>oct-18</b>	10	59	1070	765	154	40	<b>2098</b>
<b>nov-18</b>	13	49	929	828	136	81	<b>2036</b>
<b>dic-18</b>	14	62	1086	992	147	61	<b>2362</b>
<b>Sumatoria de periodo</b>	<b>62</b>	<b>419</b>	<b>5906</b>	<b>4548</b>	<b>851</b>	<b>232</b>	<b>12018</b>
<b>Promedio de periodo</b>	<b>10</b>	<b>70</b>	<b>984</b>	<b>758</b>	<b>142</b>	<b>39</b>	<b>2003</b>

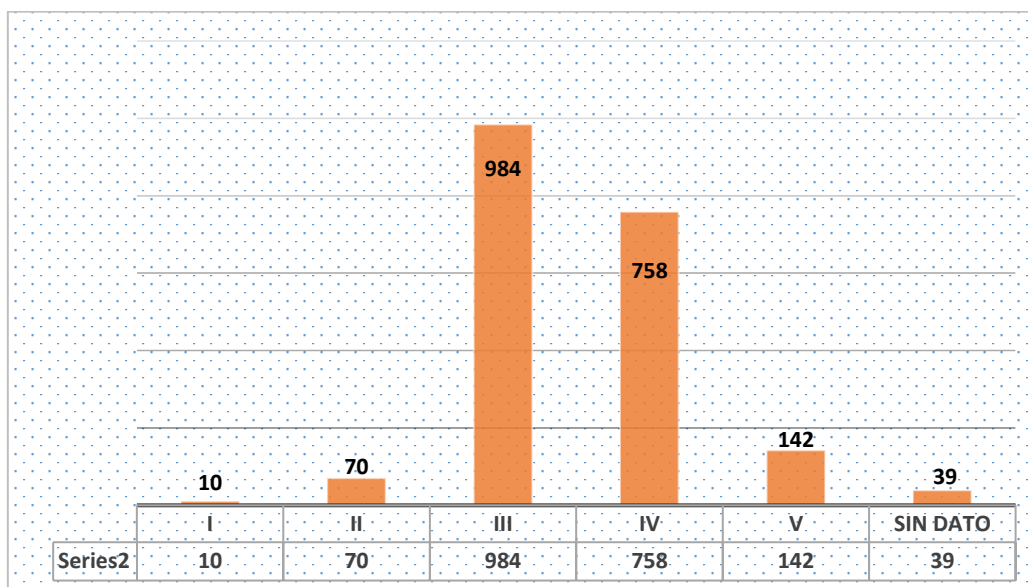
**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

**Análisis:** De los resultados presentados en la tabla 7 se puede observar el promedio de atenciones mensuales en el periodo de julio a diciembre 2018, enfatizando que el mayor número promedio de atenciones que realizó el Hospital corresponden al Nivel III y luego continúa con el Nivel IV de complejidad, otro aspecto que se debe recalcar,

son las atenciones que se realizan y no existen datos, según los documentos estadísticos que reposan en el Hospital General José María Velasco Ibarra.

**Ilustración 4 Promedio mensual de atenciones, julio a diciembre 2018**



**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

Pacientes atendidos de acuerdo con su prioridad según protocolo de Manchester desde enero a marzo del 2019.

**Tabla 9 Pacientes atendidos, enero a marzo 2019**

PRIORIDAD	I	II	III	IV	V	SIN DATO	TOTAL
ene-19	12	73	966	918	432	86	2487
feb-19	16	75	993	606	380	46	2116
mar-19	18	70	1073	846	310	51	2368
<b>Sumatoria de periodo</b>	<b>46</b>	<b>218</b>	<b>3032</b>	<b>2370</b>	<b>1122</b>	<b>183</b>	<b>6971</b>
<b>Promedio de periodo</b>	<b>15</b>	<b>73</b>	<b>1011</b>	<b>790</b>	<b>374</b>	<b>61</b>	<b>2324</b>

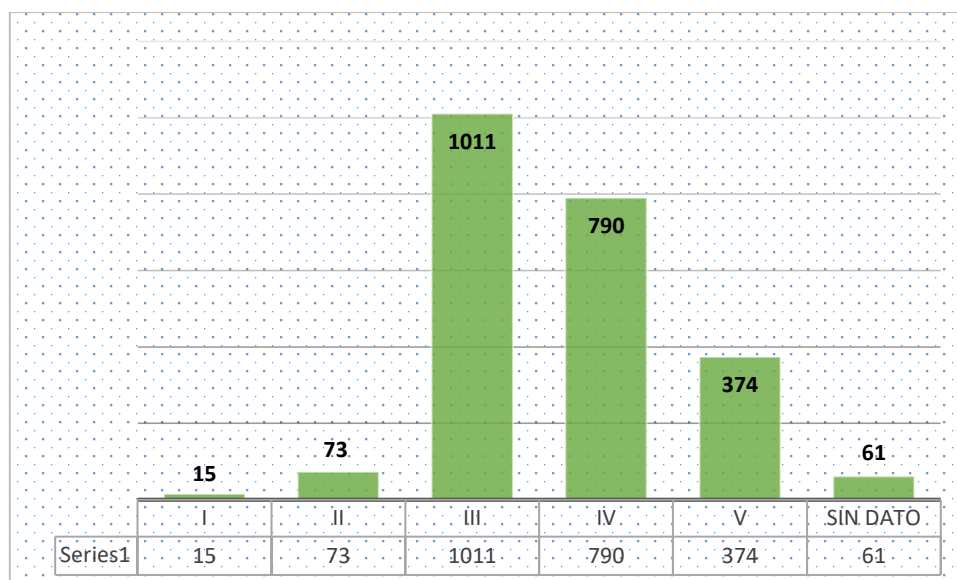
**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

**Análisis:** De los resultados presentados en la tabla 8 se puede observar el promedio de atenciones mensuales en el periodo de enero a marzo 2019, en comparación con el segundo semestre del 2018, se puede evidenciar que existe un aumento promedio

de atenciones en el servicio de Emergencia en todos los niveles de triaje, con la atenuante que en este periodo las atenciones catalogadas como Nivel V, son más del doble que el periodo anterior analizado, según los documentos estadísticos que reposan en el Hospital General José María Velasco Ibarra.

**Ilustración 5 Promedio mensual de atenciones, enero - marzo 2019**



**Fuente:** Estadística HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores

Dentro de las causas que podrían llevar a una deficiente calidad de la atención en el servicio de emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra podemos hablar del tiempo prolongado de espera, mala organización del triaje, personal de salud mal capacitado, deficiente monitoreo de indicadores de calidad y recursos tecnológicos e insumos insuficientes.

Estas causas podrían ser debido al insuficiente personal de salud, posiblemente por un bajo presupuesto y referencias injustificadas desde el primer nivel de atención, generando que el servicio se vea lleno de pacientes con patologías no emergentes, saturando el servicio de emergencia, provocando insatisfacción del personal de salud y de los usuarios, dando lugar a pacientes que se retiran sin atención, pero desafortunadamente no todos los que se retiran tienen un problema leve.

En un estudio realizado por Vítolo sobre los pacientes que se retiraron antes de ser atendidos reportó que el 46% eran pacientes que necesitaban una atención médica urgente, requiriendo ser hospitalizados un 11%, por lo tanto, esto aumenta las

complicaciones en la salud, y un posible incremento de la morbimortalidad de la población. (Vítolo, 2014)

Los factores que intervienen en la saturación del servicio de emergencia pueden ser consultas no urgentes, pacientes polis frecuentadores, aumento de la demanda estacional, eficiencia o capacidad de respuesta del servicio de urgencias, en relación a la dotación de personal, profesionalización, estudios diagnósticos, insumos e infraestructura. (Vítolo, 2014)



## MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

**Tabla 10 Matriz de priorización de problemas HGJMVI**

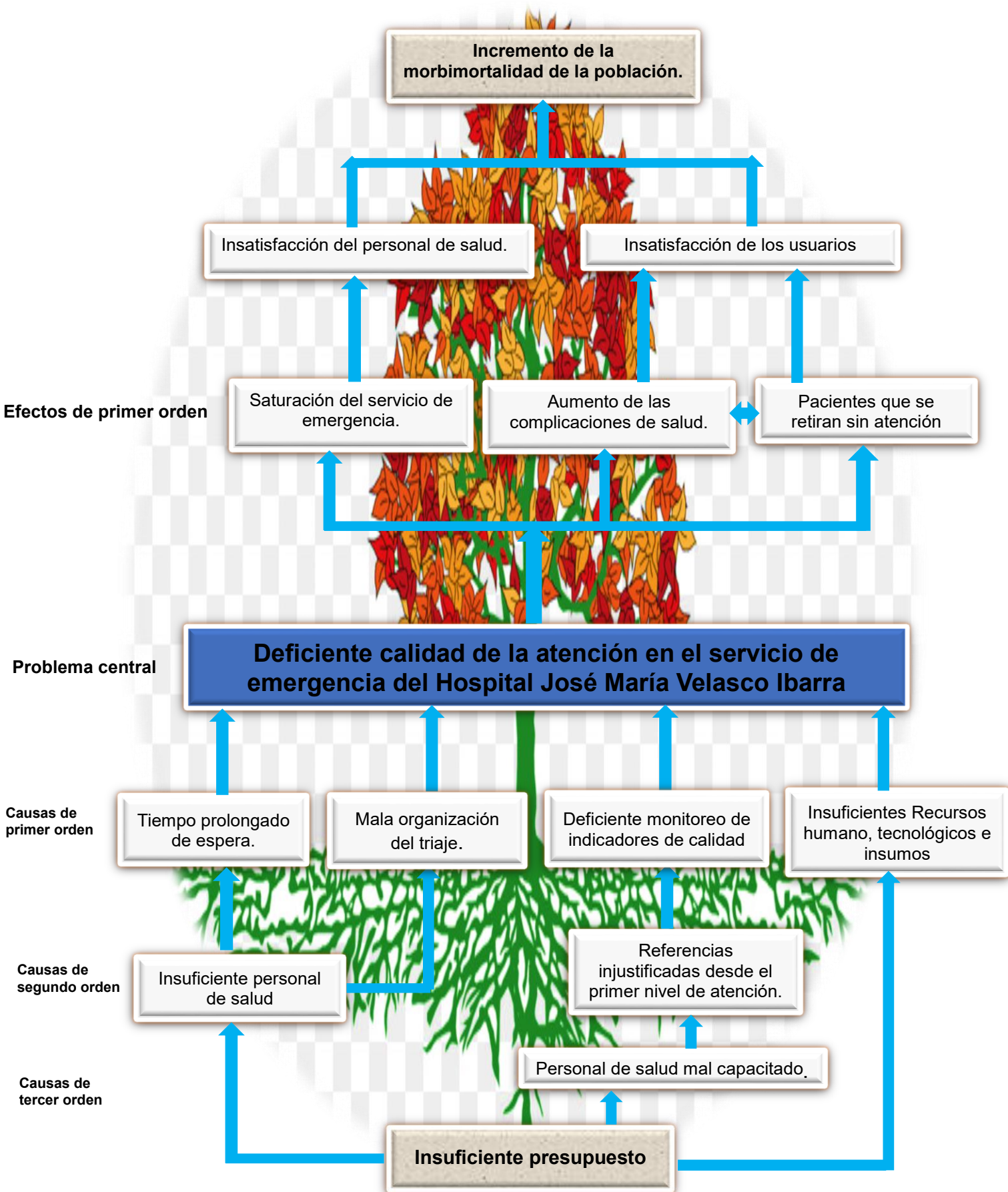
PROBLEMA	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	URGENCIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Tiempo prolongado de espera.	alta	alta	media	alta	media	13
Mala organización del triaje	alta	alta	alta	alta	media	14
Personal de salud mal capacitado	alto	alta	alta	media	baja	12
Deficiente monitoreo de indicadores de calidad	alto	alta	alta	alta	alta	15
Recursos tecnológicos, e insumos insuficientes.	alta	alta	baja	alta	baja	11
Referencias injustificadas desde el primer nivel de atención.	alta	alta	baja	alta	baja	11
limitado personal de salud	media	alta	media	media	baja	10

**Fuente:** HGJMVI.

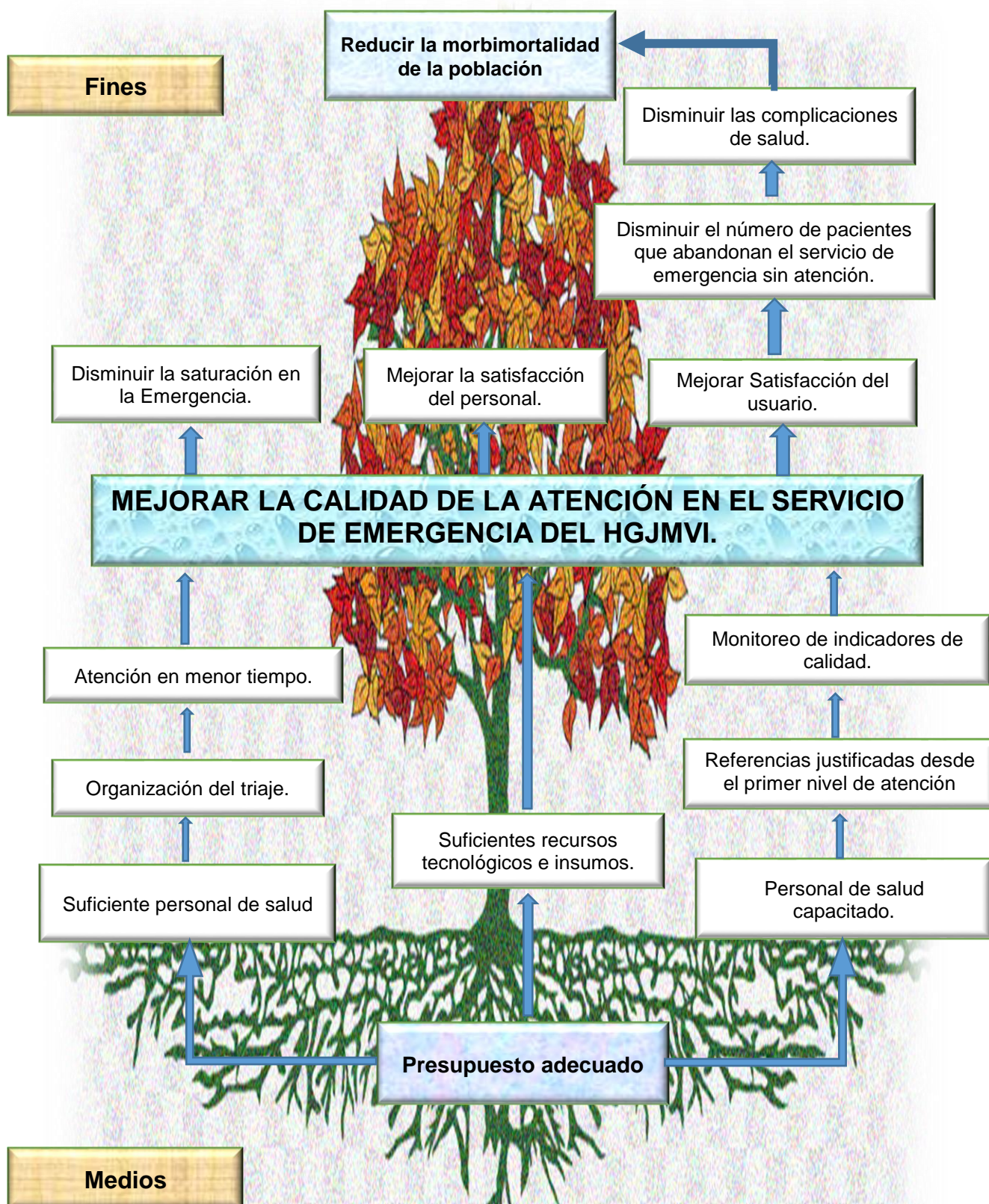
**Elaborado por:** Los autores

**Valoración:** Alta = 3 Media = 2 Baja = 1

# ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS





### 1.3.- ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

La finalidad de este proyecto es ser aplicado en el Hospital General José María Velasco Ibarra, para mejorar la calidad de la atención en el servicio de Emergencia, y proponer alternativas de soluciones viables, las mismas que podrían ser consideradas ya que fueron realizadas en base al estudio de la casa de salud.

### SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS

**Tabla 6 SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS**

Alternativas de solución	Cuenta con apoyo de actores relevantes	Viabilidad financiera	Efecto a corto plazo	Costo/Beneficio	Sostenibilidad	Efecto a largo plazo	Viabilidad financiera	Total
Atención en menor tiempo.	3	4	4	4	3	3	3	24
Organización del triaje.	5	4	5	4	3	3	4	26
Suficiente personal de salud	5	3	2	5	2	3	3	23
Suficientes recursos humanos, tecnológicos e insumos.	4	3	4	5	4	3	2	25
Presupuesto adecuado.	3	3	4	3	4	4	3	24
Monitoreo de indicadores de calidad.	4	5	5	5	4	4	4	26
Referencias justificadas desde el primer nivel de atención	3	3	5	5	5	3	3	27
Personal de salud capacitado.	4	2	4	5	3	3	2	23

Fuente: HGJMVI.

Elaborado por: Los autores

#### Valoración:

- Aplicable = 5
- Alta aplicabilidad = 4
- Media aplicabilidad = 3
- Baja aplicabilidad = 2
- No aplicable = 1

## ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

Para mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra, se considerará las tres alternativas de solución que tienen el mayor puntaje, para lograr el impacto deseado en el problema.

<b>ITEM</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN</b>	<b>PUNTAJE TOTAL</b>
1	Referencias justificadas desde el primer nivel de atención	27
2	Organización del triaje	26
3	Monitoreo de indicadores de calidad.	26
4	Suficientes recursos humanos, tecnológicos e insumos.	25

**Referencias justificadas desde el primer nivel de atención.** - Los centros de atención de primer nivel, deben estar altamente capacitados para que puedan identificar correctamente los criterios para referencia de un paciente al servicio de urgencia y emergencia para un centro de mayor complejidad.

**Organización del triaje.**- Al ser uno de los avances más significativos de la medicina en cuanto a la gestión de la organización, su método está compuesto de cinco niveles que permite priorizar la urgencia/emergencia del paciente, por consiguiente, está orientado para mejorar la calidad en la atención en el servicio de emergencia.

**Monitoreo de indicadores de calidad.**- La aplicación de los diferentes indicadores de calidad que se manejan en el servicio de Emergencia permiten tener un control e identificar los nudos críticos, para la elaboración de estrategias de solución.

**Suficientes recursos humanos, tecnológicos e insumos.**- Uno de los recursos más importante e indispensable es el ser humano, al contar con profesionales de salud altamente capacitado que puede realizar las diferentes tareas encomendadas según su perfil, mientras que los recursos tecnológicos e insumos permite la ejecución de estas tareas en beneficio de la salud.

## 2.- OBJETIVOS

### 2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad de la atención en el servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena.

### 2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Disminuir el tiempo de espera en el área de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena.
- b) Organizar el triaje en el área de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena.
- c) Potenciar el sistema de monitoreo de los indicadores de calidad en el servicio de Emergencia del del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena.
- d) Mejorar la dotación de recursos humanos, tecnológicos e insumos en el servicio de Emergencia del del Hospital General José María Velasco Ibarra del Tena.

### 3.- MATRIZ MARCO LÓGICO

**Tabla 11 Matriz Marco Lógico**

	<b>LÓGICA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS/FUENTE DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Contribuir a la reducción de los indicadores de morbilidad en el servicio de Emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Índice de satisfacción de la atención al usuario en Emergencia.</li> <li>Tasa de Mortalidad en Emergencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos que reposan en el servicio de Emergencia del HGJMVI.</li> <li>Encuestas de satisfacción a los usuarios del servicio de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo de Jefes para mejorar la calidad de la atención.</li> <li>Interés para reducir la morbilidad.</li> <li>Predisposición a mejorar la calidad de la atención.</li> </ul>
<b>PROPÓSITO</b>	Mejorar la Calidad de la atención del servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de llegada/registro del triaje.</li> <li>Tiempo de duración en el triaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos que reposan en el servicio de Emergencia del HGJMVI.</li> <li>Encuestas a los usuarios del servicio de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio de actitud del personal para que acepte, conozca y aplique las normas de calidad.</li> </ul>
<b>COMPONENTES</b>	C1.- Tiempo de espera disminuido en el área de Emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de espera para la valoración del médico.</li> <li>Encuestas de atención al usuario externo.</li> <li>Tiempo de duración del triaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos del servicio de emergencia.</li> <li>Encuestas de atención al usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcta aplicación de las normas de Clasificación del triaje de Manchester.</li> </ul>
	C2.- Triaje mejor organizado en el área de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de aplicación del triaje de Manchester.</li> <li>Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas y base datos del servicios de emergencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio en la aplicación de la clasificación del triaje de Manchester.</li> </ul>
	C3. Monitorización de los indicadores de calidad potenciados en el servicio de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de estancia en emergencia</li> <li>Relación entre el nivel de urgencia/emergencia y el tiempo de estancia en emergencia</li> <li>Encuestas de satisfacción de la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos del servicio de emergencia</li> <li>Informe mensual del triaje de Manchester</li> <li>Encuesta de satisfacción del servicio al cliente-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcta aplicación de los indicadores de calidad en el servicio de Emergencia</li> </ul>
	C4.- Recursos Humanos, Tecnológicos e insumos mejor distribuidos en el servicio de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Emergencia organizada.</li> <li>Número de personal disponible</li> <li>Porcentaje de equipos e insumos mejor distribuidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos del servicio de emergencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratación de recurso humano</li> <li>Adquisición de equipamiento tecnológicos e insujos.</li> </ul>

<b>ACTIVIDADES</b>	<p>PARA EL COMPONENTE 1: Tiempo de espera disminuido en el área de Emergencia</p>	<p><b>A1.</b> Socialización a la población sobre el triaje de Manchester</p> <p><b>A2.</b> Capacitación del personal de salud del área de triaje</p> <p><b>A3.</b> Simplificación de los formularios de Emergencia</p> <p><b>A4.</b> Elaboración de folletos informativos sobre el triaje de Manchester.</p> <p><b>A5.</b> Fortalecimiento de los flujos de comunicación de doble vía, que sean efectivos entre los diferentes niveles de atención, a través de campañas publicitarias por radio y televisión local.</p>
	<p>PARA EL COMPONENTE 2: Triaje mejor organizado en el área de emergencia</p>	<p><b>A1.</b> Distribución del personal de salud de acuerdo a la afluencia de pacientes.</p> <p><b>A2.</b> Entrenamiento constante para mejora de destrezas del personal de salud, a través de talleres, conferencias, cursos y seminarios</p>
	<p>PARA EL COMPONENTE 3: Monitorización de los indicadores de calidad potenciados en el servicio de emergencia.</p>	<p><b>A1.</b> Implementación de una lista de chequeo para la revisión y análisis de la evaluación de los indicadores de calidad, que permitirá obtener información necesaria para el seguimiento y monitoreo de la calidad en la atención del servicio de Emergencia del Hospital.</p> <p><b>A2.</b> Aplicación de los protocolos de guía práctica clínica que permitan identificar correctamente los criterios para referencia de un paciente al servicio de urgencia y emergencia para un centro de mayor complejidad.</p> <p><b>A3.</b> Socialización de los parámetros de evaluación de los indicadores al personal de salud.</p> <p><b>A4.</b> Evaluación bimensual de los indicadores de calidad en el servicio de emergencia.</p>
	<p>PARA EL COMPONENTE 4: Recursos Humanos, Tecnológicos e insumos mejor distribuidos en el servicio de emergencia</p>	<p><b>A1.</b> Selección y contratación de personal con un perfil idóneo para el cargo a cumplir</p> <p><b>A2.</b> Distribución de equipos tecnológicos de acuerdo a la necesidad de los servicios.</p> <p><b>A3.</b> Adquisición de insumos y equipos tecnológicos para el área de emergencia.</p>

**Fuente:** HGJMVI.

**Elaborado por:** Los autores



#### **4.- ESTRATEGIAS GENERALES**

Las estrategias se enfocan en mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, su principal acción está enfocada en reducir los nudos críticos que se han encontrado en el servicio de Emergencia de la casa de salud, para ello se considerará los siguientes aspectos estratégicos:

- Simplificación de los procedimientos para el llenado de los múltiples formularios médicos, mediante la digitalización de: historia clínica, receta médica, solicitud de exámenes de laboratorio, imagen e interconsultas.
- Mejora el clima laboral del personal de la Salud, del servicio de emergencia.
- Elaboración de flujos de atención por proceso, socialización y capacitación (Anexo 5. Flujograma de atención en Emergencia).
- Realización de eventos formativos para el personal de salud del servicio de emergencia, con el propósito de mejorar destrezas y disminuir los tiempos de respuesta, orientados a la mejora continua de la calidad.
- Realización de auditorías aleatorias de correcto llenado de historia clínica, técnica de lavado de manos, identificación correcta del paciente.
- La organización del triaje en el servicio de Emergencia enfocado en generar satisfacción en los usuarios.
- Monitorización de los indicadores de calidad periódicamente, con la finalidad de identificar puntos débiles en la atención que se brinda en el servicio de Emergencia del Hospital.

## 5.- PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

### 5.1 PLAN DE ACTIVIDADES:

Para el cumplimiento y ejecución de las actividades propuestas en el presente proyecto se requiere de un plan de actividades, las mismas que se ejecutarán de acuerdo a cada uno de sus componentes:

#### **Componente 1.** Tiempo de espera disminuido en el área de Emergencia.

- Socialización a la población sobre el triaje de Manchester.
- Capacitación del personal de salud del área de triaje.
- Simplificación de los formularios de Emergencia.
- Elaboración de folletos informativos sobre el triaje de Manchester.
- Fortalecimiento de los flujos de comunicación de doble vía, que sean efectivos entre los diferentes niveles de atención, a través de campañas publicitarias por radio y televisión local.

#### **Componente 2.** Triage mejor organizado en el área de Emergencia.

- Distribución del personal de salud de acuerdo a la afluencia de pacientes.
- Entrenamiento constante para mejora de destrezas del personal de salud, a través de talleres, conferencias, cursos y seminarios.

#### **Componente 3.** Monitorización de los indicadores de calidad potenciados en el servicio de Emergencia.

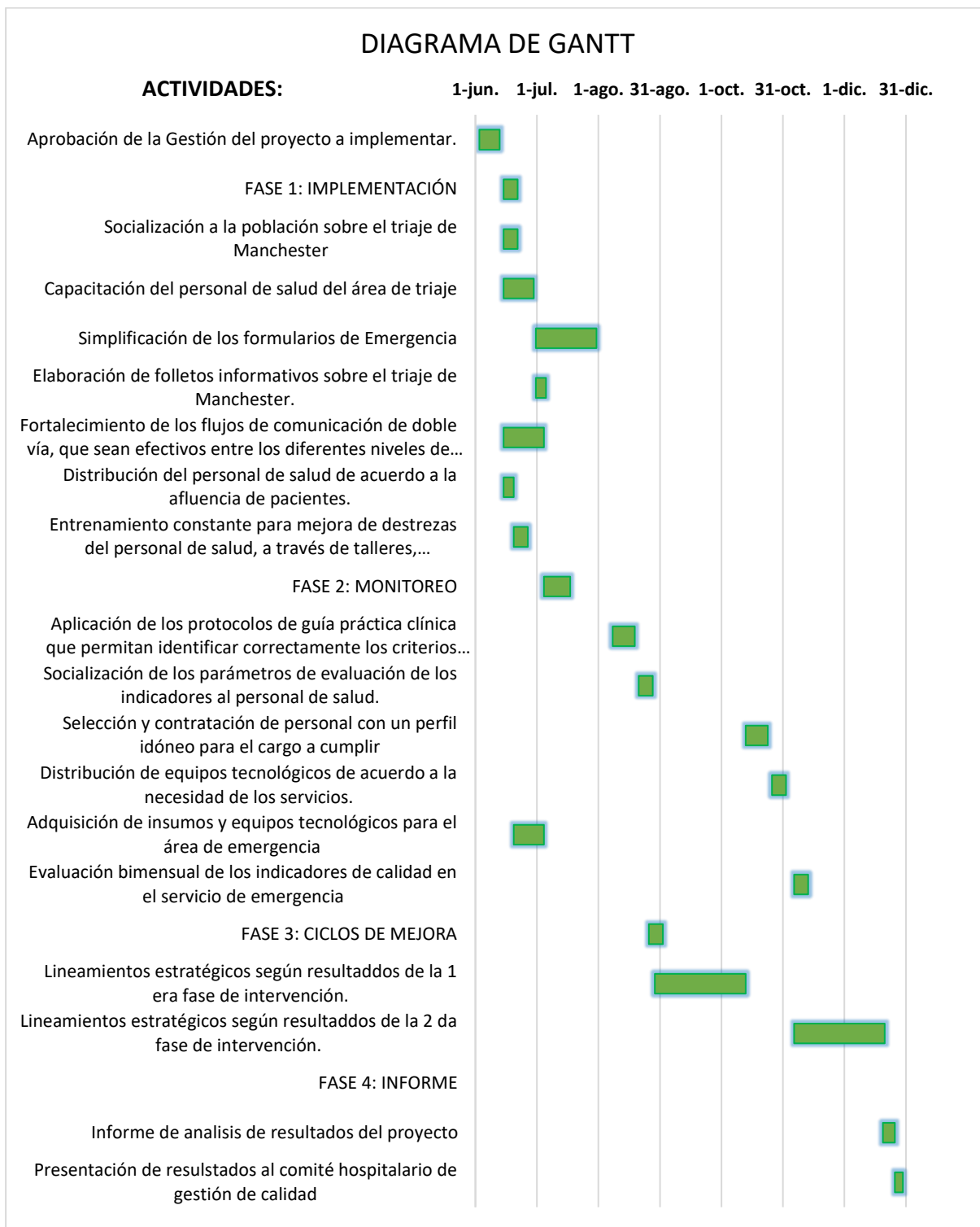
- Implementación de una lista de chequeo para la revisión y análisis de la evaluación de los indicadores de calidad, que permitirá obtener información necesaria para el seguimiento y monitoreo de la calidad en la atención del servicio de Emergencia del Hospital.
- Aplicación de los protocolos de guía práctica clínica que permitan identificar correctamente los criterios para referencia de un paciente al servicio de urgencia y emergencia para un centro de mayor complejidad.
- Socialización de los parámetros de evaluación de los indicadores al personal de salud.

- Evaluación bimensual de los indicadores de calidad en el servicio de Emergencia.

**Componente 4.** Recursos Humanos, Tecnológicos e insumos mejor distribuidos en el servicio de Emergencia.

- Selección y contratación de personal con un perfil idóneo para el cargo a cumplir.
- Distribución de equipos tecnológicos de acuerdo a la necesidad de los servicios.
- Adquisición de insumos y equipos tecnológicos para el área de Emergencia.

5.2 CRONOGRAMA (6 meses):



**Fuente:** HGJMVI.  
**Elaborado por:** Los autores

## 6.- ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

Para la organización de la gestión del proyecto de mejorar la calidad de la atención en el servicio de Emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra, se necesita principalmente del involucramiento del personal de salud, Director Médico, Gerente, Jefe de Servicio, Líder de Enfermería y sobre todo la colaboración del usuario, para que se ejecute las actividades descritas.

**Tabla 12 Organización de la gestión del proyecto**

DESIGNACIÓN DE PUESTO	ACTIVIDAD A REALIZAR	RESPONSABLES
<b>Gerente</b>	Aprobación de Gestión Supervisión de proyecto a implementar.	Gerencia.
<b>Director Médico</b>	Seguimiento del proyecto a implementar.	Dirección Médica.
<b>Líder de Servicio de emergencia</b>	Aplicación de proyecto e Indicadores de calidad.	Especialista en Emergencia y Desastres.
<b>Líder de enfermería del servicio de emergencia</b>	Aplicación de proyecto e Indicadores de calidad.	Jefe de Enfermería.
<b>Usuarios interno</b>	Correcto manejo de clasificación de Manchester, cumpliendo los tiempos y manejo adecuado de formularios.	Personal de salud (Médicos residentes, enfermería, auxiliares de enfermería, estadística, atención al usuario).
<b>Usuarios externos</b>	Educación continua al usuario externo sobre la clasificación del triaje de Manchester en salas de espera.	Pacientes / familiares

Fuente: HGJMVI.

Elaborado por: Los autores

## 7.- MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo se lo realizará de acuerdo al cronograma de actividades propuestas en el presente trabajo. Se conformará un comité interno de calidad en el servicio de Emergencia, que será el encargado de dar seguimiento a las actividades propuestas con el fin de mejorar la calidad en la atención.

### Promoción de la atención primaria

- Informar a la ciudadanía cuales son los criterios para solicitar atención en el servicio de Emergencia en el segundo nivel de atención, lo que facilitará discernir al paciente donde acudir en caso de padecer alguna enfermedad.
- Incentivar a la población de asistir a los establecimientos de primer nivel, según su lugar de residencia.

La evaluación del proyecto se la realizará en función del cumplimiento y verificación de los indicadores propuestos en el presente trabajo, los mismos que se detallan a continuación:

### Indicadores de la calidad del triaje (OPS, 2010):

- **Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico:** este índice ha sido catalogado como un indicador de calidad de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa menor o igual al 2% del total de pacientes que acuden al servicio de emergencia, adicionalmente este indicador se subdivide en:
  - **Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:** porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de emergencias después de su llegada de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice afecta directamente a la calidad del triaje.
  - **Índice de pacientes clasificados y percibidos sin ser visitados por el médico:** porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el

servicio de emergencia antes de ser visitado por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

- **Tiempo de llegada/registro – triaje:** es el tiempo desde la llegada del paciente al servicio de emergencia hasta el momento que se inicia la clasificación, la definición de este índice es el porcentaje de paciente con un tiempo menor o igual a 10 minutos, sobre el total de pacientes clasificados, es estándar debe ser mayor al 85%.
- **Tiempo de duración del triaje:** el estándar para este indicador es de menor o igual a 5 minutos en mayor de 95% de los pacientes clasificados.
- **Tiempo de espera para ser visitado:** se recomienda que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en un tiempo menor o igual a 2 horas desde su clasificación y el 100% en un tiempo menor o igual a 4 horas.

#### **Indicadores de la calidad en la atención:**

- **Grado de cumplimentación de la historia clínica:** permite identificar el grado del registro correcto y completo de la documentación clínica, generada en el establecimiento
- **Tiempo de estancia en emergencia:** se la establece por medio de la estadística básica, es decir, la mediana de tiempo expresada en minutos de acuerdo al nivel de triaje, dividido para la totalidad de pacientes visitados en emergencias.
- **Uso de recurso de diagnóstico y/o terapéuticos:** está en función del consumo de recursos de diagnóstico (analíticos y radiológicos) y terapéuticos, en función de los procedimientos realizados de los diferentes niveles de triaje.

- **Índice de ingreso en función del tipo de emergencias:** es un indicador que permite evaluar la gravedad real de los pacientes en función de la necesidad de ingreso.
- **Tasa de Mortalidad en emergencias:** permite medir indirectamente la capacidad y eficacia para resolver los casos más críticos con mayor rapidez, sea por sus medios propios o derivando a un centro de mayor complejidad, es decir, mide la cantidad de pacientes que ingresan vivos al servicio de Emergencia y fallecen en el lugar.
- **Número de atenciones médicas:** Permite conocer el número de atenciones médicas, realizadas en el servicio de Emergencia.

$$f = \text{sumatoria de atenciones}$$

- **Referencias injustificadas:** Se analizará en número de referencia injustificadas recibidas en el servicio, sobre el total de referencia recibidas en el servicio de Emergencia.

$$f = \frac{N^{\circ} \text{ de referencias injustificadas}}{\text{total referencias}}$$

#### Indicadores de relación:

- **Relación entre el nivel de urgencia/emergencia y el índice de ingreso:** se debe considerar que se sitúen dentro del rango esperado, para evitar una situación de sub triaje, o a su vez un sobre triaje, lo que afectara notablemente en los estándares de calidad del triaje.

Los índices de ingreso esperados para el adulto son:

<b>NIVEL DE TRIAJE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
I	70 -90%
II	40-70%



III	20-40%
IV	5-20%
V	0-5%

- **Relación entre el nivel de urgencia/emergencia y el tiempo de estancia en emergencia:** la tendencia es que el tiempo de estancia en emergencia sea superior para los niveles II, respecto a los niveles I, y significativamente superior a los niveles III, IV y V.
- **Relación entre nivel de urgencia/emergencia y el consumo de recursos:** se debe observar la relación entre niños y adultos, siendo mayor en los niveles I y II y decreciente a partir del nivel III.

#### Indicadores de satisfacción del usuario

- **Encuestas de satisfacción de la atención:** permite determinar el nivel de satisfacción de la atención en el usuario, se realizará por medio de un banco preguntas en las encuestas de satisfacción de usuario final.
- **Información a pacientes y familiares:** permite medir el tipo de información que recibe el paciente y sus familiares por parte del personal de salud, referente a su estado, complejidad de la enfermedad, procedimientos y técnicas a realizar, durante la atención en el servicio de Emergencia.

## 8.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

### 8.1. PRESUPUESTO

**Tabla 13 Presupuesto del proyecto**

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	VALOR
Socialización a la población sobre el triaje de Manchester	Equipo compuesto por 2 personas cada 15 días por 6 meses	\$ 1.400,00
Capacitación del personal de salud del área de triaje	Equipo compuesto por 5 personas, cada semana por 6 meses.	\$ 7.000,00
Simplificación de los formularios de emergencia	Elaboración de una aplicación informática para la dispensación de insumos y para la realización de exámenes de apoyo.	\$ 10.000,00
Elaboración de folletos informativos sobre el triaje de Manchester.	10.000 folletos que contengan información sobre el triaje de Manchester.	\$ 1.000,00
Fortalecimiento de los flujos de comunicación de doble vía, que sean efectivos entre los diferentes niveles de atención, a través de campañas publicitarias por radio y televisión local	4 spots informativos en medios de comunicación de comunicación local.	\$ 7.500,00
Distribución del personal de salud de acuerdo a la afluencia de pacientes.	Elaboración de horarios con personal de apoyo para el fortalecimiento de los turnos.	\$ 7.000,00
Entrenamiento constante para mejora de destrezas del personal de salud, a través de talleres, conferencias, cursos y seminarios	6 talleres de manejo de habilidades y destrezas. 6 conferencias sobre manejo de pacientes en emergencia en el auditorio del HGJMVI. 3 cursos de soporte vital básico y avanzado. 2 seminarios sobre temas de calidad. contratación de coffee break para cada evento a realizar.	\$ 3.400,00
Aplicación de los protocolos de guía práctica clínica que permitan identificar correctamente los criterios para referencia de un paciente al servicio de urgencia y emergencia para un centro de mayor complejidad.	Capacitación mensual sobre las guías de práctica clínica por 6 meses.	\$ 800,00
Ssocialización de los parámetros de evaluación de los indicadores al personal de salud.	2 conferencias cada 3 meses sobre los indicadores de calidad.	\$ 200,00

Selección y contratación de personal con un perfil idóneo para el cargo a cumplir	conformación de equipo multidisciplinario de 3 personas para la selección del personal que laborara en emergencia.	\$ 5.100,00
Distribución de equipos tecnológicos de acuerdo a la necesidad de los servicios.	se realizará traspaso de los ventiladores y monitores que se encuentran en UCI sin ser utilizados al servicio de emergencia.	\$ 200,00
Adquisición de insumos y equipos tecnológicos para el área de Emergencia	Se comprarán 6 fonendoscopios para el área de triaje y cuarto de reanimación. se comprarán dos tensiómetros de pedestal para el área de triaje, se comprará 6 tensiómetros digitales pediátricos.	\$ 1.030,00
Evaluación bimensual de los indicadores de calidad en el servicio de emergencia	Se imprimirá 3 juegos de formularios con los indicadores der calidad a ser evaluados .	\$ 50,00
informe de análisis de resultados del proyecto	Realización del informe impreso y entrega de memoria a los directivos.	\$ 50,00
Presentación de resultados al comité hospitalario de gestión de calidad	Socialización mediante exposición en power point a los directivos del HGJMVI, se dará un coffee break a los presentes aproximadamente 10 personas	\$ 100,00
		<b>\$ 44.830,00</b>

**Elaborado por:** Los autores

## 8.2 FINANCIAMIENTO

Para el financiamiento del proyecto de mejorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia de Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, se considerará de la asignación de los recursos que el Ministerio de Finanzas que entrega al Hospital General José María Velasco Ibarra.

## 9.- BIBLIOGRAFÍA

- Bullard, M. J., Unger, B., Spence, j., & Grafstein, E. (2008). *Revisions to the Canadian Emergency Departement Triage and Acuty Scale*. . ED ADMINISTRATION.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and aproaches to its assessment*. En: *Explorations in quality assessment and monitoring* (Vol. I). Michigan: Ann Ambor.
- Heras, I., Marimon, F., & Casadesús, M. (2009). Impacto competitivo de las herramientas. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 7-35. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/280418/1-s2.0-S1138575809X70088/1-s2.0-S1138575809700465/main.pdf?x-amz-security-token=AgoJb3JpZ2luX2VjEA4aCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIHX4K00DNb6V961O3GtHly0ijAQs3o28L8JvSaKYsU3nAiEAgatKUSp9uhN17jjZroXEDZcnn7i4z7IUzwxW3cQKDj8q>
- INEC. (2010). *Ecuador en cifras*. Obtenido de [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec): <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>
- INEC. (01 de abril de 2019). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec): <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Kerguelén, C. A. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. Bogota, Colombia: Colección Pars. Recuperado el 09 de 03 de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- López, C., & Alonso, P. (abril - junio de 2011). Definiciones, Características y Problemas en el Empleo de indicadores en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 162-167.
- OPS, O. P. (Diciembre de 2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 13 de abril de 2019, de [www.paho.org](http://www.paho.org): [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS\\_IS\\_Manual\\_Sistema\\_Tiraje\\_CuartosUrgencias2011.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)
- Picado, X. (1997). Hacia la elaboracion de indicadores de evaluación. 1-24. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000088.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. (2016). *Enfermeras/os*. Madrid: CEP S.L.
- Silva Matiz, D. A. (2009). Teoría de indicadores de gestión y su aplicación práctica. 1-11. Obtenido de [http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2\\_29.pdf](http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2_29.pdf)
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., & Bragulat, E. (2010). *El triaje: Herramienta fundamental en Urgencias y Emergencias*. (Navar, Ed.) Recuperado el 17 de 04 de 2019, de <https://www.scielo.org/>: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
- Vargas González, D. A. (2004). Costos y calidad en salud. *Revista de enfermería*, 23\_26. Obtenido de [http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Costos\\_y\\_calidad\\_en\\_salud.pdf](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Costos_y_calidad_en_salud.pdf)
- Vargas González, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, XIX(4), 663-371. Obtenido de <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/280/28029474005/6>

- Villalbí, J., Casas, C., Bartoll, X., Artazcoz, L., Ballestín, M., Borrell, C., . . . Salamero, M. (2010). Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 378-384. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/277692/1-s2.0-S0213911110X00061/1-s2.0-S0213911110001032/main.pdf?x-amz-security-token=AgoJb3JpZ2luX2VjEBcaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCid7acAiGPFJUMZkq5TR2I1AyXObnbw2kb507XGftfvQlgZpp5U7U4z0CVykmb%2FegdEYBnFJCSwDYzkdACdAurf>
- Vítolo, F. (2014). Saturación de las guardias de emergencia, Parte I. Causas y Efectos. *Noble compañía de seguros*, 1-12. Obtenido de [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/28052014.1.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.1.pdf)

## 10. ANEXOS

**ANEXO 1.- Listado de Centros de Salud y Hospitales geo referenciados**

PUNTO DE REFERENCIA	SISTEMA	PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BENEFICIADOS	CANTÓN	DISTANCIA	TIEMPO
<b>HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA</b>	<b>MSP</b>	CS Archidona	Archidona	10km	30 min
		PS Amopakin		8km	28 min
		PS San Pablo		12 km	35 min
		PS Sardinias de Jondachi		20km	60 min
		PS Wawa Sumaco		54 km	150 min
		CS Cotundo		16 km	45 min
		CS Arosemena Tola	Arosemena	12 km	45 min
		CS Muyuna		8km	15 min
		PS Casa del Diabético		2km	5 min
		CS Talag		10 km	45 min
		CS Pano		8 km	30 min
		CS Puerto Napo		6 km	15 min
		CS Shandia	Tola	12 km	60 min
		PS Atahualpa		8 km	20 min
		PS Puni Bocana		30 km	60 min
		PS Misahualli		20 km	45 min
		PS Gareno		95 km	240 min
		CS Nucanchi Yacta	Tena	60 km	180 min
		CS Puerto Rico		120 km	270 min
		CS Chonta Punta		85 km	180 min
		CS Mondana		100 km	240 min
		CS Ahuano		30 km	60 min
		CS Paushiyacu		2 km	5 min
	CS Urbano Tena		3 km	15 min	
	CS Satelital		2 km	10 min	
	CS Rehabilitación		10 km	30 min	
			Hospital básico de Baeza	Baeza	90 km
		Centro de Salud de Loreto	Loreto	145km	150 min
		Hospital Francisco de Orellana	Orellana	190 km	180 min
	<b>IESS</b>	Unidad ambulatoria IESS Tena	Tena	500mt	05 min

**Fuente:** Hospital General José María Velasco Ibarra Tena, 2018

**Elaboración:** Planificación Hospital General José María Velasco Ibarra Tena

**ANEXO 2.- Comparación de pacientes atendidos en los meses de enero a diciembre 2018 de acuerdo a prioridad de Manchester**

<b>MES</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>SIN DATO</b>	<b>TOTAL</b>
<i>ENERO</i>	7	95	802	1103	183	28	2218
<i>FEBRERO</i>	9	93	690	1064	226	28	2110
<i>MARZO</i>	13	74	773	1042	324	18	2244
<i>ABRIL</i>	1	71	784	918	264	56	2094
<i>MAYO</i>	3	75	835	864	235	31	2043
<i>JUNIO</i>	11	75	944	693	207	0	1930
<i>JULIO</i>	4	95	977	640	156	23	1895
<i>AGOSTO</i>	12	90	935	655	100	12	1804
<i>SEPTIEMBRE</i>	<b>9</b>	<b>64</b>	<b>909</b>	<b>668</b>	<b>158</b>	<b>15</b>	<b>1823</b>
<i>OCTUBRE</i>	10	59	1070	765	154	40	2098
<i>NOVIEMBRE</i>	13	49	929	828	136	81	2036
<i>DICIEMBRE</i>	14	62	1086	992	147	61	2362
<b>TOTAL</b>	106	902	10734	10232	2290	393	24657

Fuente: base de datos Emergencia, diciembre 2018

Realizado: Md José Rea, Especialista en Emergencias y Desastres.

**ANEXO 3.- Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, diciembre 2018**

PRIORIDADES	I		II		III		IV		V		SIN DATO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
IESS	2	0	5	9	110	176	138	150	15	18	7	9	277	362
MSP	3	7	0	28	261	501	342	339	59	52	18	25	683	952
SPPAT	1	0	3	2	8	5	2	0	0	0	0	0	14	7
ISSFA	0	0	15	0	1	8	5	3	0	0	0	0	21	11
ISSPOL	0	0	0	0	8	2	7	1	3	0	1	0	19	3
IESS - SPPAT	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
ISSFA - SPPAT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IESS - ISSFA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
IESS - ISSPOL	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ISSPOL - SPPAT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIN DATO	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>390</b>	<b>696</b>	<b>494</b>	<b>497</b>	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>1017</b>	<b>1344</b>

Fuente: base de datos Emergencia, diciembre 2018

Realizado: Md José Rea, Especialista en Emergencias y Desastres.



**ANEXO 4.- Atenciones de pacientes por prioridad de acuerdo con cobertura, marzo 2019**

PRIORIDADES	I		II		III		IV		V		SIN DATO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
IESS	0	2	6	6	101	151	112	137	45	38	3	5	267	339
MSP	8	6	20	29	241	530	278	291	93	120	14	22	654	998
SPPAT	0	0	3	0	9	4	1	0	0	0	1	0	14	4
ISSFA	0	0	1	0	2	9	2	4	3	0	0	1	8	14
ISSPOL	0	0	1	1	3	2	6	2	5	3	0	0	15	8
IESS - SPPAT	0	0	0	0	6	1	2	0	0	0	0	1	8	2
ISSFA - SPPAT	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IESS - ISSFA	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	1	1	5	4
SIN DATO	1	1	1	1	5	7	2	4	0	3	1	1	10	17
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>368</b>	<b>706</b>	<b>406</b>	<b>439</b>	<b>146</b>	<b>164</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>982</b>	<b>1386</b>

Fuente: base de datos Emergencia, marzo 2019

Realizado: Md José Rea, Especialista en Emergencias y Desastres.

### ANEXO 5.- FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

