

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE
SALUD**

TEMA:

MODELO DE GESTIÓN DEL ÁREA DE TRIAJE Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD
DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES GUAYAQUIL ABEL GILBERT PONTÓN EN LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL

AUTOR:

Obst. Mirna Cando Albuja

ASESOR:

Ing. Pedro Andrade V, MAE.

AÑO: 2015

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Pag.
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
Resumen	7
Abstract	8
1.- INTRODUCCIÓN	9
2.-Tema de Investigación:	11
3- MARCO CONTEXTUAL.....	11
3.1. Contexto Nacional	11
3.2. Contexto Institucional	18
4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	20
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
5.1.- Problema General	21
5.2.- Problema Derivados.....	22
6.- DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	22
6.1.- Temporal	22
6.2.- Espacial	22
6.3.- Unidades de Observación	23
7.- JUSTIFICACIÓN.....	23
8.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	25
8.1.- Objetivo General.....	25
8.2.- Objetivos Específicos.....	25
9.- MARCO TEÓRICO	26
9.1.- Marco Conceptual	26
9.2. Marco Referencial	36
9.3. Postura Teórica.....	48
10.- HIPÓTESIS	49
10.1 Hipótesis General	49
10.2 Hipótesis Específicas	50

10.3. Variables.....	50
Variables Independientes.....	50
Variables Dependiente.....	50
10.4. Operacionalización de las Variables.....	51
11. Resultados obtenidos de la Investigación	52
11.1 Análisis e interpretación de datos	81
11.2 Conclusiones.....	83
12.-PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.....	85
12.1.- Alternativa Obtenida.....	85
12.3. Aspectos Básicos de la alternativa	86
12.4 RESULTADOS ESPERADOS AL APLICARSE LA ALTERNATIVA ..	95
13.- BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXO 1.....	104
Anexo 2.	106

AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

OBST. MIRNA CANDO ALBUJA

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento permanente a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO y al CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA-CEPEC, en las personas de sus autoridades académicas y administrativas, a nuestro director de Tesis Ing. Pedro Andrade Valenzuela, MAE, por su guía y preocupación durante la elaboración de esta tesis.

Un agradecimiento especial a todas las personas que nos ayudaron de una u otra manera en la elaboración de esta tesis, a los personeros del HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL ABEL GILBERT PONTÓN EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, sin quienes no se hubiera podido realizar esta investigación, por lo cual quedo eternamente agradecido..

OBST. MIRNA CANDO ALBUJA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los inconvenientes que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, en especial a mi padre que aunque ya no está con nosotros fomento en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Y a mi madre que con sus oraciones, con su presencia y su amplia sonrisa me dio la motivación para continuar.

A mi hijo Christopher que es el motor de mi vida quien con su apoyo emocional e incondicional estuvo conmigo durante el tiempo de toda esta fase.

A mi amigo Julio que me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis maestros y tutor quienes con su gran apoyo enseñanza y motivación ayudaron en la asesoría de la elaboración de esta tesis.

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

Para ellos esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

Resumen

Los servicios de emergencia hospitalaria muestran debilidades en la gestión de sus recursos humanos lo que conduce al fracaso de sus sistemas de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción en los usuarios.

Se entiende por triaje, o tamizaje de necesidades, a un sistema eficaz de ordenamiento del trabajo asistencial para racionalizar las consultas horarias y diarias en servicios de urgencia y emergencia hospitalarios y hacer un uso inteligente de los recursos.

Es necesario realizar una gestión integral de los recursos humanos en estos sistemas basada en el conocimiento de las necesidades del usuario según perfiles epidemiológicos y las del capital humano aplicando las teorías de las necesidades, expectativas y satisfacciones (macías-méndez.b & quijije-chávez.v, 2009) y principios administrativos.

Sin dudas, la atención a las urgencias y emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema. Por lo cual presentamos en este trabajo investigativo lineamientos para buscar una adecuada solución en la mejora de la atención de los usuarios en los servicios de urgencias..

Palabras claves:

Conduce al fracaso, baja calidad, insatisfacción en los usuarios, perfiles epidemiológicos, mejora de la atención

Abstract

Hospital emergency services show weaknesses in the management of human resources, which leads to failure of the containment systems consultations, generating high production costs, poor quality and dissatisfaction among users.

It means triage, or screening needs an effective system of care work order to rationalize the time and daily consultations in emergency services and hospital emergency and make intelligent use of resources.

It is necessary to conduct a comprehensive management of human resources in these knowledge-based user needs as epidemiological profiles of human capital and applying the theories of needs, expectations and satisfactions (Macias-méndez.b & quiijje-Chavez systems x, 2009) and administrative principles.

Undoubtedly, the attention to the accident and emergency hospitals is a real and serious problem. At present caul guidelines in this research work to find an appropriate solution in improving the attention of users in emergency services ..

Keywords:

Leads to failure, poor quality, user dissatisfaction, epidemiological profiles, improving care

1.- INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia hospitalaria muestran debilidades en la gestión de sus recursos humanos lo que conduce al fracaso de sus sistemas de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción en los usuarios (macías-méndez.b & quiijje-chávez.v, 2009).

Para privilegiar el valor del capital humano en estos sistemas proponemos un sistema de triaje centrado en el capital humano. El objetivo es aplicar políticas de recursos humanos que operen en sistemas de gerenciamiento de pre admisión hospitalaria para mejorar el uso y la utilización de los recursos asignados (macías-méndez.b & quiijje-chávez.v, 2009).

Se entiende por triaje, o tamizaje de necesidades, a un sistema eficaz de ordenamiento del trabajo asistencial para racionalizar las consultas horarias y diarias en servicios de urgencia y emergencia hospitalarios y hacer un uso inteligente de los recursos (macías-méndez.b & quiijje-chávez.v, 2009).

Es necesario realizar una gestión integral de los recursos humanos en estos sistemas basada en el conocimiento de las necesidades del usuario según perfiles epidemiológicos y las del capital humano aplicando las teorías de las necesidades, expectativas y satisfacciones (macías-méndez.b & quiijje-chávez.v, 2009) y principios administrativos.

Sin dudas, la atención a las urgencias y emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema. Los servicios de urgencias permanecen abierto las 24 horas con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan

objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención de salud a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas.

Los diferentes sistemas de urgencias y emergencias no se limitan a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias sino, que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales que tiene como pilar fundamental la atención de urgencia en el nivel primario, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro de salud salvo casos emergentes.

Para poder brindar la atención intensiva de manera precoz se hace necesario realizar una rápida evaluación del paciente grave con una clasificación o triaje por problemas inmediata, rápida y segura, que permita establecer un orden de prioridades de acuerdo al grado de compromiso vital que permita el comienzo precoz de la terapéutica de sostén desde el mismo momento del rescate, que se mantendrá durante el traslado hacia los centros de emergencias.

La sobrecarga es multifactorial y descansa en el grupo de personas que acuden espontáneamente a los hospitales sin constituir urgencias reales, violando los filtros sanitarios, son urgencias sentidas por ellos pero no reales y la disminución de estas son las que han permitido la optimización progresiva de los servicios de urgencias.

Una de las formas más difundidas de establecer este triaje o clasificación por prioridades según compromiso vital es aquella que lleva implícita la aplicación de un código de colores

internacionalmente establecida. Esta forma de clasificación resulta muy útil cuando nos vemos obligados a enfrentar la asistencia médica a un elevado número de enfermos o lesionados al mismo tiempo como ocurre en un desastre o fenómeno natural.

2.-Tema de Investigación:

MODELO DE GESTIÓN DEL ÁREA DE TRIAJE Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL ABEL GILBERT PONTÓN EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

3- MARCO CONTEXTUAL

3.1. Contexto Nacional

Entendemos por triaje de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratado primeros, y el resto son controlados continuamente y revaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico (DRAE, 2014).

Se trata del proceso de clasificación tanto para los que acuden a un Servicio de Urgencias, hospitalario (Prehospitalaria, 2015) o extra hospitalario.

El Triage de Emergencias, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por un equipo sanitario de atención pre hospitalaria, de acuerdo a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezca los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado. En los hospitales, generalmente es realizado por el personal de enfermería (DRAE, 2014).

El término triaje procede del francés trier (elegir, seleccionar), concepto y estrategia usada desde las guerras napoleónicas. (Newberry, L. 2007) por el barón Dominique Jean Larrey quien como cirujano del ejército napoleónico creó un sistema para clasificar la gravedad de las heridas de guerra de los soldados y luego se aplicó en varias contiendas bélicas mayores.

El objetivo era disminuir la mortalidad del ejército y optimizar los recursos finitos para que los soldados retornen al campo de batalla. Al tamizaje de los heridos se agregaron criterios logísticos de evacuación y llegada de recursos, víveres secos e insumos.

El término triaje ha pasado a ser de uso en emergencias hospitalarias y extra hospitalarias y en situación de catástrofe civil pero de manera imperfecta. Más recientemente se ha intentado aplicar en los servicios de urgencia como proceso de asistencia estructurado pero sin la debida estructura, procesos y resultados medibles por indicadores de gestión clínica López, J.(2006) considera que “ El triaje es un componente esencial en los servicios de Emergencia hospitalaria.” (Pág. 203) para el autor el triaje es un proceso coordinado por el cual los pacientes son clasificados rápidamente para distinguir entre los que requieren una atención médica inmediata y los que pueden diferirse con riesgo calculado.

Este proceso requiere la adecuada gestión del capital humano seleccionable particularmente del personal de enfermería y médicos de guardia para brindarles capacitación, conocimiento y evaluar el espiral de experiencia productiva de cada uno.

Pero también requiere la debida comunicación, información y capacitación de los recursos humanos involucrados en los procesos claves y críticos del Triage como son el personal de Admisión, Registros Médicos, Médicos de Policlínicas de apoyo y Gerentes intermedios (Jefe de Emergencia y Supervisión de Enfermería de Emergencia).

El proceso de clasificación por triaje es una necesidad por la gran demanda de consultas y por la saturación que sufren estos servicios conduciendo a una inadecuación de la relación oferta y demanda.

El triaje es un proceso coordinado de recepción, acogida y clasificación de pacientes para ofrecerles acceso a una atención médica inmediata o diferida de acuerdo con el riesgo calculado de su salud.

Seguendo a Thompson y Dains se describen tres tipos de triaje que difieren entre sí por algunas características:

- Sistema de puntuación utilizado para clasificar la gravedad del paciente.
- Nivel de calificación del personal sanitario.
- Tipo de evaluación, reevaluación y documentos de registro

Enfocando la necesidad de gestionar los recursos humanos asignables se reconocen tres tipos de triaje, tipo I o mono

dimensional ejecutado por personal administrativo, el tipo II o bidimensional practicado por personal sanitario con capacidades y habilidades para definir la urgencia o no de los casos; si los casos son de urgencia o de emergencia con o sin riesgo de vida inmediato; y tipo III o triaje tridimensional que es el tipo de triaje en el que haremos énfasis en este trabajo.

Haremos énfasis en la gestión del capital humano de un sistema de triaje tipo III para definir prioridades de atención médica basadas en las necesidades físicas, clínicas, psicológicas y evolutivas del paciente. El eje central de este sistema es el personal de enfermería capacitado en el proceso de tamizaje y clasificación.

Los hospitales que utilizan este sistema desarrollan fuertes compromisos políticos, así como protocolos, manuales de procedimientos y guías de buenas prácticas clínicas.

En la evaluación inicial se registran datos primarios sobre los síntomas del usuario que son de valor para la toma de decisiones clínicas.

La enfermera encargada del triaje registra en la historia clínica los hallazgos de la evaluación inicial y a continuación se realiza una reevaluación de acuerdo con las necesidades del paciente y la política del hospital.

En el Emergency Nurses Association (ENA) se recomienda que la recepción del paciente por personal de enfermería no insuma un tiempo mayor a 5 minutos

El objetivo es tener datos primarios de calidad para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas guiadas por un formulario de estadísticas clínicas que es de uso médico exclusivo.

Con este propósito se aplica una puntuación o clasificación que varía en función del sistema que utilice el Hospital (sistema de 2, 3, 4 y 5 niveles).

Beneficios del Triage

Beneficios del Triage Para los pacientes genera el beneficio de recibir una evaluación inicial por personal de enfermería especialmente capacitado, motivado, involucrado, comprometido, apto, con actitud competente y capacitado, así como debidamente incentivado.

Proporciona información al paciente y familia sobre su estado y el tiempo aproximado de espera. Disminuye precozmente el stress, el nivel de incertidumbre aumentando la percepción de calidad y disminuyendo en el paciente y familia la ansiedad sobre resultados.

Se realiza una reevaluación periódica de los pacientes que están en la sala de espera según el protocolo de cada servicio.

Para el servicio de urgencia es un beneficio dado que orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad mediante la aplicación de criterios de admisión y derivación optimizando el uso, utilización y consumo de recursos.

Se mantiene una buena comunicación entre el área de triaje y al ámbito de tratamiento y observación.

Ello requiere la reorganización de los recursos humanos en el área de urgencias en función de la demanda horaria de consultas.

Disminuye la congestión del servicio mejorando el flujo de pacientes dentro del mismo disminuyendo el tono de stress.

Genera información útil para la orientación de los recursos de los que deben disponer en el área de urgencias. Mejora indicadores de gestión del servicio que son reportados al Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud Pública.

Para la organización el triaje permite realizar controles de calidad, aplicar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias, en función de la gravedad y tipología de los casos

Para qué sirve el triaje

- Para identificar la gravedad de la urgencia de los usuarios (riesgo vital)
- Para determinar el tiempo máximo de espera para ser atendido en la institución (nivel de clasificación: Rojo-amarillo-verde-blanco)
- Para informar a los pacientes y sus familias
- Para disminuir la congestión del servicio

En el servicio de Urgencias solo pueden ingresar con acompañantes las siguientes personas:

- Menores de edad
- Adultos mayores de 60 años
- Personas en situación de discapacidad
- El resto de los usuarios ingresan solos, No son permitidas las visitas.

Por norma constitucional se da prioridad para la clasificación a las personas **MAYORES DE 62 AÑOS, MADRES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, y personas en SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.**

ROJO	Atención inmediata
AMARILLO	Situación de urgencia con riesgo vital (espera hasta 1 hora para su atención)
VERDE	No compromete la vida del paciente (espera hasta 6 horas para su atención)

Rojo - Prioridad I - Pacientes que presentan una situación que amenaza o pone en riesgo la vida. Ejemplos: Paciente en shock, estado epiléptico o convulsivo, paro cardíaco o respiratorio, dificultad para respirar, fracturas o golpes graves, traumas (cráneo, cadera), heridas graves, parto en curso, intento de suicidio, abuso sexual, embarazada con sangrado. Se atiende inmediatamente

Amarillo - Prioridad II - Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Ejemplos: Tos con expectoración y fiebre sin mejora después de una consulta médica, cuerpo extraño en ojo, en oído, dolor de cabeza, con síntomas asociados, signos de infección de herida quirúrgica, heridas que necesitan puntos que no involucre un órgano vital, embarazadas sin sangrado, dolor en el pecho de más de 5 días, dolor abdominal de más de 5 días. Promedio de espera para la atención 1-2 horas

Verde - Prioridad III - Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integridad del paciente. No es una

urgencia. Incluye condiciones de riesgo que ameritan atención médica prioritaria. Ejemplos: Vómito sin sangre, diarrea sin deshidratación, alergias, enfermedades crónicas, enfermedades en menores de 5 años sin complicaciones, esguince, espasmo muscular, tos seca y malestar general, trauma menor. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas

Clasificación Blanca – No urgente.

Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica. Ejemplos: resfriado común, malestar sin fiebre, cólico menstrual, flatulencia, estreñimiento, cefalea crónica sin síntomas asociados, revisión de sutura, masa en testículo, oleadas de calor, incontinencia crónica sin síntomas agudos, tos crónica sin síntomas asociados. Debe ser remitido a consulta externa. Se deben atender máximo en 72 horas (triage, 2014).

3.2. Contexto Institucional

Mediante Decreto N.- 1934 del 24 de octubre de 1969, publicado en el Registro Oficial N.- 94 del 27 del mismo mes y año, se autorizó al Ministerio de Salud Pública para que a nombre y a presentación del gobierno Nacional, proceda a celebrar con la Cía. Constructora Asociados (CONASA), un contrato de construcción con funcionamiento privado del Hospital de los barrios suburbanos de la ciudad de Guayaquil.

Las primeras gestiones para la construcción del Hospital se realizan en el último periodo Presidencial del Dr. José María Velasco Ibarra y

con ayuda de algunos Legisladores Guayaquileños entre los que se encontraba el Sr. Assad Bucaram E.

Al finalizar la década del 60 la compañía CONASA comienza la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital en el corazón mismo del suburbio porteño parroquia Febres Cordero, el 8 de octubre de 1973 se cumple su inauguración en el Gobierno del Gral. Guillermo Rodríguez Lara y Ministro de Salud Dr. Raúl Maldonado Mejía, siendo funcional desde 1976.

Su equipamiento lo hizo mediante Decreto N.- 55 del 21 de mayo de 1973, publicado en el Registro Oficial N.- 315 del 29 de mayo de 1973. Los servicios fueron abriéndose progresivamente.

La Consulta Externa empezó sus actividades en el año de 1974, Ginecología y Obstetricia y Quirófanos en 1975, Fisiatría y Medicina Interna en 1976, funcionando con capacidad total en 1978. En 1978 se abre el Laboratorio Patológico y aulas en el mezzanine.

En 1982 se realizaron modificaciones externas como la ampliación del área de Fisiatría. En 1983 la Subsecretaría de Salud del Guayas ocupa parte del terreno perteneciente al Hospital con el fin de implantar el Servicio de Órtesis y Prótesis.

En 1981 se realizaron transformaciones internas en los quirófanos creando dos más, en 1982 se construyó un nuevo edificio donde funciona la Bodega. En el año de 1985 se realiza un reequipamiento del Hospital con la firma Japonesa para el área de Imagenología, cocina, Medicina Interna, UCI.

El Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón, que ha tenido tres denominaciones por pedidos y publicados en Registros Oficiales del

Estado ecuatoriano y por decreto ejecutivo se lo denominará con los nombres de Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

El 25 de Abril del 2012 mediante acuerdo Ministerial N.- 667, suscrito por la Srta. Mgs. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, se eleva de categoría al hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” como hospital de Especialidades Nivel 3. Su estructura física es vertical con seis pisos y mezzanine, con un material constructivo predominante de hormigón armado, cuenta con un área de terreno de 26.000 metros cuadrados

4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad, la gran asistencia de pacientes en el área de emergencia del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón en la ciudad Guayaquil, provoca que se congestione y se sature los diferentes consultorios del área de emergencia.

Dentro de los problemas que se presentan encontramos varias situaciones, como es la gran demanda de pacientes, y la falta de recursos humanos, como es la del personal médico y de enfermería de turno asignado la cual no se abastece en la atención para cada paciente, provocando esto una demora en la solución de las emergencias.

La atención de situaciones banales hace que se disminuye y dificulta el tiempo de atención de una verdadera emergencia, provocando una mala utilización de los recursos materiales, insumos y equipos médicos es otro de los problemas que afectan directamente al área de emergencia, esto con la falta de espacio físico en la sala de espera y en los diferentes consultorios se

ocasiona congestión de personas y esto no permite la buena atención al usuario.

En este entorno el desarrollo de un modelo de atención, centrado en los requerimientos de salud de la población, surge como respuesta a la relación entre los recursos disponibles y la necesidad de una mayor eficiencia en el uso de estos.

Nuestra corta trayectoria de vida tiene el inconveniente de la falta de cultura institucional pero tenemos una gran ventaja de ser los protagonistas de cambios importantes en la gestión de salud.

Por lo cual no solo basta ser promotores de la atención de salud referida ni el trabajo en red, sino que pretendemos perfeccionar el modelo de gestión para que responda a las necesidades y características epidemiológicas propias de la población beneficiaria, con un nivel de flexibilidad adecuado.

Entonces; se requiere conocer si tenemos el recurso humano con las competencias requeridas, para resolver los problemas de salud de la población consultante, y las brechas existente.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1.- Problema General

¿De qué manera el modelo de gestión del área de Triage incide en la calidad de la atención de los pacientes de la emergencia del Hospital de Especialidades “Guayaquil Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil?

5.2.- Problema Derivados

- ¿Cómo proponer criterios institucionales para que el recurso humano asignado al Modelo de Triage de la Emergencia cumplan con los intereses y expectativas alineados con los objetivos del Servicio de Emergencia.
- ¿Cómo realizar un análisis de la situación que permita conocer las necesidades y prioridades para la gestión de recursos asignables al sistema de triaje?
- ¿Qué tipo de actitud mantiene el personal médico y de enfermería durante la atención de los pacientes del área de triaje en la emergencia del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón?

6.- DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

6.1.- Temporal

De marzo de 2014 hasta Diciembre 2015

6.2.- Espacial

- Institución: Ministerio de Salud Pública: Hospital de Especialidades "Guayaquil Abel Gilbert Pontón"
- Ubicación: Calle 29 y Oriente
- Teléfonos: 042597400 - 042843489 – 042844587
- Parroquia: Febres Cordero

- Cantón: Guayaquil
- Provincia: Guayas
- País: Ecuador

6.3.- Unidades de Observación

- Administradores:10
- Personal de Salud: 70
- Usuarios: 800

7.- JUSTIFICACIÓN

La sobrecarga de trabajo del capital humano del Departamento de Emergencia en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón, genera con el curso de las horas una disminución progresiva de la producción y de la calidad asistencial por lo cual es necesario re-organizarlos para hacerlos más eficientes y productivos además de brindarles el debido reconocimiento, motivación para satisfacer tanto sus necesidades internas como externas.

Se entiende el triaje como un sistema eficaz y efectivo de ordenamiento del trabajo asistencial para seleccionar el alto volumen diario de consultas en el servicios emergencia hospitalaria para satisfacer las necesidades del usuario y del capital humano del servicio y así brindar una respuesta eficaz y eficiente disminuyendo la ansiedad de pacientes, familiares (clientes externos) y la del equipo de salud (clientes internos).

Este sistema de selección y clasificación disminuye la morbimortalidad de los casos graves por su rápida identificación y permite a la organización realizar controles de calidad.

Varios trabajos destacan la virtud de esta estrategia siendo considerada académicamente de valor. Con él se mejoran los tiempos de funcionamiento del Departamento, se identifica la causa de la superpoblación y las demoras de atención en el área de emergencia, se mejora la calidad de asistencia y se permite una evaluación del proceso.

Otras experiencias muestran la necesidad de realizar una gestión integral de recursos humanos mediante la definición de necesidades del usuario basado esto en la ciencia y técnica de la gestión de recursos humanos mediante la aplicación de las teorías psico-sociales de sus necesidades , análisis de puestos , desarrollo de criterios de selección, inducción, motivación, capacitación, entrenamiento asistencial y de aprendizaje continuo luego de implantar el sistema de triaje mediante círculos de la calidad.

Todo ello como proceso dinámico basado en las experiencias de su implantación, la mejora continua gracias al avance de las evidencias científicas entorno a él.

Dado que el triaje supone una mejora en la calidad de los procesos es aplicable la instalación de un círculo de mejora continua con énfasis en la gestión de recursos humanos (clientes internos) como centro del proceso satisfacer la necesidad del cliente externo. Según lo dicho por Kaplan y Norton para satisfacer al cliente externo primero debemos satisfacer al cliente interno.

8.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

8.1.- Objetivo General

Determinar el modelo de gestión del área de Triage y su incidencia en la calidad de atención de los pacientes de emergencia del Hospital de especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

8.2.- Objetivos Específicos

- Determinar los criterios institucionales que aplica el recurso humano asignado al modelo de triaje en la atención de aquellos pacientes que presentan patologías graves frente a aquellos que presentan patologías banales.
- . Realizar un análisis de la situación que permita conocer las necesidades y prioridades para la gestión de recursos asignables al sistema de triaje.
- Identificar el tipo de actitud que mantiene el personal médico y de enfermería durante la atención de los pacientes del área de triaje en la emergencia del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.

9.- MARCO TEÓRICO

9.1.- Marco Conceptual

Calidad.- Es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativo e innovador, de alto valor agregado que superan las necesidades y expectativas del usuario y de la comunidad.

Calidad de Atención al Paciente de Salud.- La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas.

Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible.

El documento de Salud Pública en las Américas del año 2002 define como novena función esencial garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

La Resolución Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención hospitalaria, incluyendo la Seguridad del Paciente, aprobada en 2007 delinea las acciones regionales en base a seis estrategias:

- 1.- Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales.
- 2.- Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva y realicen acciones relativas a la calidad de atención y seguridad del paciente.
- 3.- Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución.

4.- Realizar un trabajo interdisciplinario.

5.- Promover la participación activa de los profesionales para la gestión de la calidad.

6.- Incorporar la participación del paciente, la familia y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del auto cuidado.

Evolución del concepto de calidad de vida.- En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro.

Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos (Velarde-Jurado.E & Avila-Figueroa.C, 2002).

Medición de Calidad de Vida.- Si se acepta como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos.

Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos.

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas (cuadros I y II, A y B). Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio.

En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.

Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas.

Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.

Cantidad y Calidad de Vida.- La combinación de sobrevivencia y calidad de vida ha sido usada en modelos matemáticos para la predicción del impacto económico de una enfermedad, desde perspectivas sociales o institucionales.

Una manera de relacionar la cantidad y calidad de vida se basa en combinarlas dentro de una medición, como los años de vida ajustados por calidad.

Sin embargo, en años recientes se ha avanzado en la obtención de más y mejores mediciones. Tanto la calidad de vida como las mediciones económicas, se han venido incorporando como un resultado adicional de los ensayos clínicos.

Ambos campos de la investigación son relativamente nuevos y necesitan encontrar soluciones para un importante número de problemas metodológicos; por ejemplo, los problemas de medición de cambios clínicos significativos a través del tiempo, y el análisis de datos truncados.

Entre las propuestas metodológicas más avanzadas se encuentra la calidad de vida, ajustada por el tiempo libre de síntomas de la enfermedad (Quality-Time Without Symptoms, Q-TWiST). Estos síntomas pueden ser producto tanto de la enfermedad como de la toxicidad de los medicamentos.

El indicador se estima a partir de una serie de estados de salud para calcular la calidad de vida. La distribución que se obtiene del análisis de sobrevivencia se combina con el tiempo promedio en cada estado (Velarde-Jurado.E & Avila-Figueroa.C, 2002).

Salud.- Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de

personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud.

Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo (Velarde-Jurado.E & Avila-Figueroa.C, 2002).

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

Salud Pública.- La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias Biológicas, Conductuales, Sanitarias y Sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud. Frenk J. (2012).indica que:

- “ **La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud de la población humana y tiene como objeto mejorar la salud ,así como el control y la erradicación de las enfermedades, es la ciencia de carácter multidisciplinario ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como ciencias biológicas ,conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud”.**
(Pág.48)

Modelo de Gestión.- Es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad.

Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública, es la forma como se organiza y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones.

Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema.

En el análisis de los sistemas de salud, de acuerdo con Tobar, se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión.

Los valores que guían el sistema y las funciones del estado en salud informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado (medwave, 2013).

Esta visión departamentalizada de las organizaciones ha sido fuente de diversos problemas y críticas debido a lo siguiente:

Se establecen objetivos por servicios clínicos, los que suelen ser incoherentes y contradictorios con los objetivos globales de la organización hospitalaria.

La proliferación de actividades por servicios que no aportan valor al usuario ni a la propia organización hospitalaria genera una injustificada burocratización de la gestión.

Hay lentitud y fallas en el intercambio de información y materiales entre los diferentes servicios (especificaciones mal definidas, actividades mal estandarizadas, actividades duplicadas, indefinición de responsabilidades, etc.). Poca potenciación y motivación de las personas, por la separación entre los que piensan y los que trabajan, y por un estilo de dirección autoritario y no participativo.

No están orientadas a la satisfacción de sus clientes.

Las estructuras organizativas más rígidas presentan menos posibilidades de responder con rapidez a los cambios.

La centralización de la autoridad impide la toma de decisiones oportuna y le imprime un ritmo lento al quehacer.

En cuanto a las organizaciones de salud, las falencias del modelo de gestión actual se evidencian con los llamados problemas de frontera, los que surgen por falta de una visión integral de los procesos: una organización departamentalizada se convierte entonces en un archipiélago donde nadie gestiona los puentes entre una isla y otra.

Es frecuente encontrar que los pacientes van de un servicio a otro, pasan de la atención especializada a la atención primaria, sin más puente que la conocida inter-consulta, inventada por la organización, consciente de su fragmentación, pero ¿quién gestiona que ese puente funcione? Como dato importante, tenemos que 20% de los recursos de las organizaciones tradicionales están dedicados a resolver los llamados problemas de fronteras, los que pueden convertirse en “tierras de nadie” o tierras en disputa.

Entonces, el modelo de gestión tradicional es: jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de visión integral de los

procesos, centrado en normas y no en objetivos, proclive a controlar procedimientos pero no a medir resultados o impactos, operante sobre mercados cautivos -ciudadanos que no pueden optar por quedarse fuera del sistema-, falta de concentración en el cliente.

La complejidad de las demandas actuales sobre las organizaciones de salud por parte de usuarios cada día más exigentes, la necesidad de readecuar su oferta sanitaria a los cambios demográficos y epidemiológicos, los altos costos de la atención médica, el impacto ocasionado por la incorporación de la tecnología médica y de información, presionan a las organizaciones de salud para adaptar su modelo de respuesta frente a estas demandas (medwave, 2013).

Modelo de Gestión por Procesos

El nuevo modelo de gestión por procesos que se hace necesario debe cumplir con lo siguiente:

Propiciar el trabajo cooperativo, la interacción de las experiencias individuales y colectivas, la movilización de los distintos saberes que entran en el objetivo de salud.

Fomentar la autonomía y la responsabilidad de los profesionales y su compromiso con la misión institucional y con los resultados en salud. Flexibilizar la planificación, con miras a beneficiar el aprendizaje institucional que se hace en el transcurso de las acciones y dar lugar a la visión de los procesos.

Las normas rígidas deben ceder lugar a directrices flexibles, basadas en el flujo constante de informaciones sobre la realidad y sobre las acciones institucionales, sus procesos y sus resultados.

Propiciar mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, ya que éstas no deben quedar sólo en las manos de los administradores.

Velar por una visión integral de los procesos, con el fin de evitar las “tierras de nadie”.

Establecer objetivos coherentes en toda la organización.

Centrar la organización en las demandas y expectativas del usuario, actitud que deben compartir todos sus miembros. De lo anterior se desprende que las organizaciones de salud, para que puedan tomar decisiones adecuadas y oportunas, deben tener estas características, las que significan un nuevo modelo de desempeño institucional que traspase el modelo tradicional de gestión y evolucione hacia lo que se ha llamado la Gestión por Procesos. Este modelo se enmarca en la Gestión Sistémica y la Administración por Contingencias.

Es necesario, entonces, que a las diferentes organizaciones de la sociedad las contemplemos como sistemas complejos, de procesos de toma de decisiones, formados a su vez por un sistema ambiental externo y un sistema interno de relaciones que son interdependientes (Román.A, 2012).

Tipos de Modelo de Gestión

Se pueden, siguiendo a Ortún (1996) distinguir tres niveles en la gestión de salud:

Un nivel de macrogestión o gestión pública que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de: primero, la regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios; segundo, la financiación de la sanidad y el

establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; tercero, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Un nivel de mesogestión o gestión institucional que involucra centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud.

Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos. Los objetivos de un sistema de salud se derivan de su misión y de los valores que persiguen.

Por esto, entre los elementos que condicionan el modelo de gestión se destacan las siguientes cuestiones:

¿El sistema es público o privado?,

¿Qué valores persigue?,

¿A quién está dirigido?

Un nivel de microgestión o gestión clínica donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones de diagnóstico y terapéutica tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

A continuación se detallan las especificidades de la mesogestión en el caso de los seguros de salud. Para ello se revisarán los tres interrogantes planteados, es decir, la problemática de la propiedad del seguro, la problemática de los valores y la problemática de los beneficiarios (Keywords, 2001).

9.2. Marco Referencial

Existe un consenso general sobre la necesidad de contar con un sistema de triaje en el Departamento de Emergencias; algunos estudios de evaluación de la calidad del triaje han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente.

Ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de triaje representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del triaje y el diagnóstico final; así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.

Definición de Triaje

Según Cook y Sinclair el triaje es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.

En el manual de Advanced Trauma LifeSupport (ATLS), el triaje se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles (Velandia-Escobar.M, 2012).

La palabra triaje se deriva del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Su uso se inició en el campo de batalla; fue el

proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento.

Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.

A partir de los años 1970 se le dio una nueva dimensión al concepto de triaje civil; el objetivo de éste era la identificación rápida y adecuada de aquellas víctimas de trauma con lesiones graves para asegurarle la atención en un centro de trauma *W Soler* (Castillo-Ortega.M, 2011)

(2010).sostiene que;

“El Triage es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos .Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, (Pág. 56) (San-Navarra.A, 2010)

muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos, el espacio inadecuado, personal médico o personal de apoyo insuficiente; ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen un uso inapropiado de la sala de urgencias.

De acuerdo con las estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15% a 50% de los pacientes que acuden a Urgencias presentan problemas menores (Velandia-Escobar.M, 2012). Esta definición contempla el triaje como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma

institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.)

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964.

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013).

Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013) Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich.

La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización (Gonzalez.E, 2008).

En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de

triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013) del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus territorios.

Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano:

- La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente.
- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996.
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 level triage: ESI) desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999.
- El Modelo andorrano (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013) de triaje (MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Sociedad Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente.

En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje.

Tipos de Triage.

Se han descrito cinco tipos de triaje:

- **Triage no profesional:** es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
- **Triage básico:** es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
- **Triage avanzado:** es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
- **Triage médico:** es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.
- **Triage en equipo:** la enfermera y el médico funcionan como un equipo.
- En nuestro medio, se utilizan las modalidades de triaje médico, el triaje no profesional y el triaje básico realizado por la enfermera profesional. Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso.

Determinación de las prioridades del Triage

La clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración, la

interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo.

Dos pacientes pueden presentar el mismo motivo de consulta desde problemas muy serios que involucran el sistema nervioso central o el sistema respiratorio, a menos serios, como problemas de las extremidades, en los cuales la urgencia con la cual deben ser tratados depende del grado de amenaza de la vida o pérdida de la extremidad; esto puede ser expresado por el tipo y grado de los síntomas que el individuo presente.

Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

- Severidad de los síntomas
- Frecuencia de los síntomas
- Problemas pre existentes
- Factores precipitantes
- Edad del paciente
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes medicamentosos

Los signos y síntomas son los indicadores de enfermedad más relevantes. Los signos vitales significativamente anormales son indicadores de amenaza de la vida: hipotermia e hipertermia; bradicardia y taquicardia; hipotensión e hipertensión, apnea y taquipnea.

En el Departamento de Urgencias de la FSFB, se diseñó un algoritmo de asignación de la prioridad de atención del paciente basada en sus signos y síntomas y el sistema comprometido (Velandia-Escobar.M, 2012).

Los signos y síntomas cardiovasculares son considerados prioridad I o II y ninguno se clasifica como prioridad III, lo que implica que no se dejan pacientes en turno en la sala de espera (Velandia-Escobar.M, 2012).

El Modelo Andorrano de Triage (MAT) y el Sistema de Triage de Manchester (STM).

Clasifica los niveles de urgencia en:

- **Nivel I (Resucitación):** Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- **Nivel II (Emergencia):** Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- **Nivel III (Urgencia):** Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- **Nivel IV (Menos urgente):** Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- **Nivel V (No urgente):** Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013).

Marco jurídico: el Mat-Set ha colaborado en la definición de la función de triaje para el colectivo de enfermería, al ser un sistema totalmente estructurado y protocolizado por la existencia del

Programa de Ayuda al Triage (PAT). También aporta un estándar de Conjunto Mínimo Básico de Datos asistenciales de la atención urgente (CMBDU).

Relación con la sociedad y los ciudadanos: el Mat-Set establece unos tiempos mínimos y máximos de espera, aportando soluciones que mejoran el confort en las esperas, 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.

Definición de un modelo integral de atención urgente: el Mat- Set en sí mismo es un modelo integral de atención urgente, que organiza estructuras y recursos, favoreciendo una atención justa y de calidad, plenamente compatible con la gestión por procesos, basados en criterios de eficiencia y efectividad, en un marco de mejora continua de la calidad y calidad total

Principios del Sistema de Triage

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son:

Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático (GARCIA-MENDEZ.N, 2014) de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).

Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.

Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, (GARCIA-MENDEZ.N, 2014) fiable, válido, útil, relevante y aplicable.

Ha de ser un sistema de triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.

Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.

Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.

Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.

Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.

Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Pasos previos a la implementación del Triage

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.

Una vez establecida la decisión de implantar el sistema de triaje estructurado, será necesario contar con una dotación presupuestaria que garantice la capacidad de asesoramiento, puesta en marcha del sistema y seguimiento de la implantación.

El proceso de asesoramiento en la implantación, incluye el análisis previo de la situación de la organización, una propuesta de implantación ajustada a las necesidades de la organización basada en la reingeniería de procesos y un liderazgo y acompañamiento en el proceso de implementación del Plan de implantación.

La puesta en marcha del sistema incluye los reajustes estructurales, de personal y tecnológicos mínimos para garantizar una implantación exitosa.

El seguimiento de la implantación incluye la disponibilidad de asesoramiento a la organización y la actualización tecnológica necesaria.

Existen una serie de factores que garantizan el éxito de la implantación de un sistema de triaje estructurado:

1. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado válido, útil, relevante y aplicable, con suficiente solidez científica como para ser utilizado tanto en niños como en adultos, independientemente del tipo de centro donde se aplique.
2. Que el sistema de triaje estructurado disponga de una escala de triaje de 5 categorías o niveles de triaje, que haya demostrado una fiabilidad lo suficientemente alta como para ser aplicada con seguridad tanto por facultativos como por enfermería, y cuya aplicación pueda ser auditable a través de un sistema informatizado.
3. La disponibilidad de un equipo de asesoramiento cualificado que coordine el proceso de implantación.
4. La adhesión de los responsables sanitarios, gestores, facultativos y enfermería a las recomendaciones propuestas.
5. La creación de un comité de triaje en los cuartos de urgencias.
6. La estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los cuartos de urgencias acorde con las recomendaciones propuestas.
7. La aplicación de un programa de formación uniforme.
8. La existencia de un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triaje.

9. La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje, según un modelo de mejora continua de la calidad.

10. La aplicación de un programa de formación continuada en triaje estructurado.

Proceso de implementación del Triage

La correcta implantación del sistema de triaje requiere de la organización una serie de requisitos básicos:

- Disponer de una mínima informatización.
- Disponer de una mínima estructuración de salas y espacios.
- Disponer de un personal cualificado, formado y cuantitativamente suficiente, que garantice el buen funcionamiento del sistema.

El proceso de implementación, una vez tomada la decisión de evaluar la implantación de un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, tiene las siguientes fases:

1. Fase de análisis: El equipo asesor inicia el proceso de análisis de situación previo, en el que se valorarán las posibilidades reales de implantación y se planteará la mejor estrategia para conseguirlo.

2. Fase de estudio: La comisión de triaje del centro, junto al equipo asesor confeccionarán el Plan de implantación, que incluirá todos los aspectos relacionados con la implantación del sistema de triaje en el centro.

La fase de estudio rendirá un proyecto de triaje adaptado a las necesidades del centro y un estudio de la dotación presupuestaria necesaria para implantar el sistema de triaje.

3. Fase de aprobación: El proyecto de triaje se presentará a la dirección competente para su aprobación.

4. Fase de adaptación: Se iniciará el proceso de adaptación estructural, profesional y tecnológica en base a las recomendaciones del sistema de triaje.

En esta fase se adaptara el área de triaje, se dotará profesional y tecnológicamente el sistema de triaje y se formará a los profesionales.

9.3. Postura Teórica

- El modelo de gestión del triaje es un marco referencial para la administración de una entidad de Salud Pública o Privada que ayuda al mejoramiento de la calidad de atención al paciente hospitalario.
- Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública que conlleva a un proceso sistemático dinamizador, permanente y de mejoramiento continuo que involucra a toda una organización, en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativos e innovadores, de alto valor agregado que superan la necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad en general.

- La comisión de triaje junto al equipo asesor confeccionarán el Plan de implantación, que incluirá todos los aspectos relacionados con la implantación del sistema de triaje adaptado a las necesidades del área de emergencia y un estudio de la dotación presupuestaria necesaria para implantar el sistema de triaje.
- Las emergencias sanitarias son originadas en los hogares bien sea por falta de aseo o se producen enfermedades de nivel de emergencia sanitaria tales como: Dengue, Paludismo etc.

Estas Emergencia Sanitaria también las producen las plagas como son: ratas, cucarachas, pulgas, piojos, moscas y zancudos; los cuales deben ser atendidos por el respectivo Ministerio de Salud Pública para erradicar los tipos de enfermedades que producen

10.- HIPÓTESIS

10.1 Hipótesis General

La aplicación del Modelo de Gestión del área de triaje, fortalece la calidad de atención de los pacientes de la emergencia del Hospital Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil.

10.2 Hipótesis Específicas

H1. Determinado los criterios institucionales que aplica el recurso humano asignado al modelo de triaje de emergencia en la atención de aquellos pacientes que presentan patologías graves frente a aquellos que presentan patologías banales, permitirá que se cumpla con los intereses y expectativas alineados con los objetivos de servicio de salud.

H2. Realizar un análisis de la situación que permita conocer las necesidades y prioridades para la gestión de recursos asignables al sistema de triaje.

H3. Identificar el tipo de actitud que mantiene el personal médico y de enfermería durante la atención de los pacientes del área de triaje en la emergencia del Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón.

10.3. Variables

Variables Independientes.

VI1. Modelo de Gestión del área de triaje.

Variables Dependiente

VD1. Calidad de atención.

10.4. Operacionalización de las Variables

La aplicación del Modelo de Gestión del área de triaje, fortalecerá la calidad de atención de los pacientes de la emergencia del Hospital Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil.

Indicadores;

- Clasificación de los pacientes
- Modelo de gestión
- Calidad de atención medica

Instrumentos;

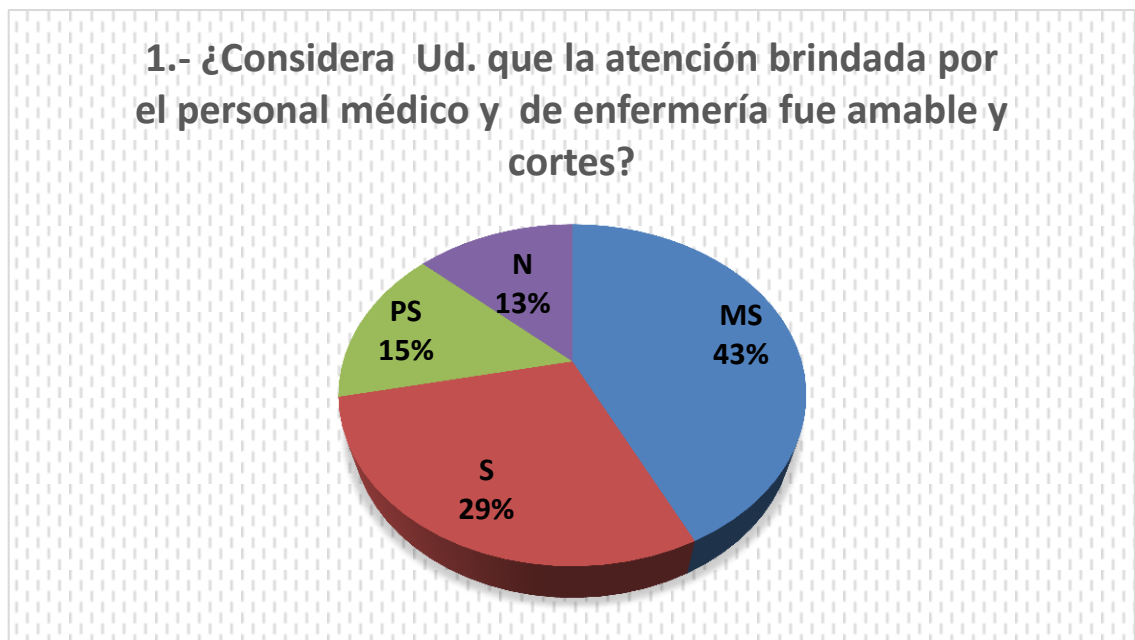
- Registros
- Estadísticas
- Encuestas
- Monitoreo

11. Resultados obtenidos de la Investigación

Encuesta general dirigida a los pacientes del área de triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

1.- ¿Considera Ud. que la atención brindada por el personal médico y de enfermería fue amable y cortes?

MS	S	PS	N	T
71	48	25	22	166
43%	29%	15%	13%	100%



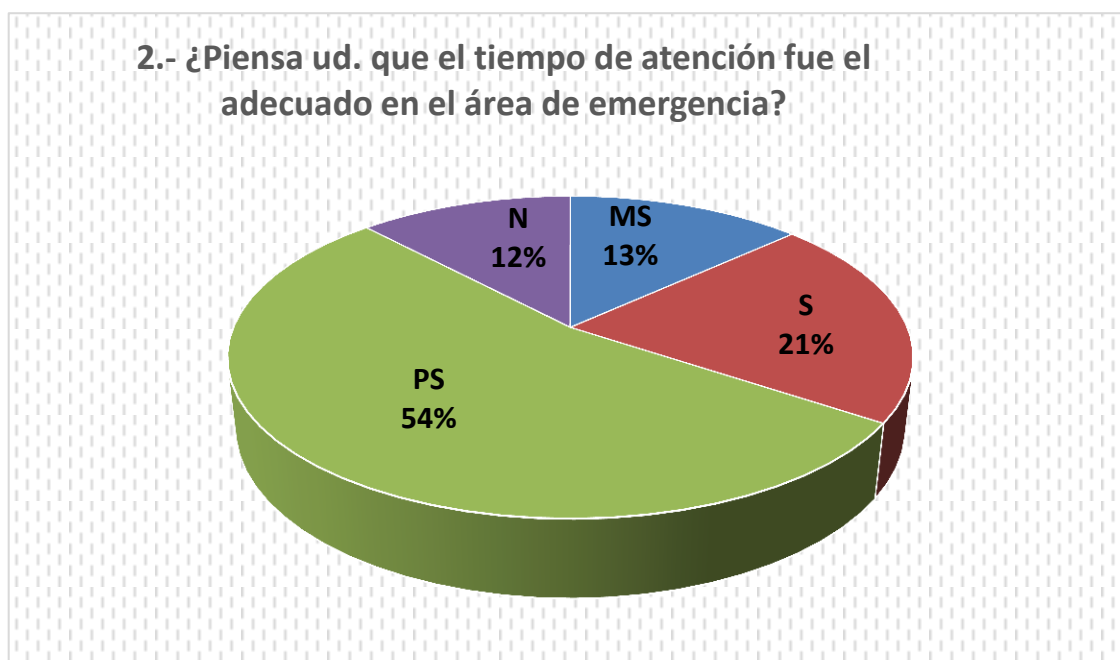
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis

De las 166 personas encuestadas el 43% de los usuarios contestaron en la encuesta que la atención brindada por el personal fue amable y cortes, un 29% quedó satisfecho, un 15% opinó que estuvo poco satisfecho y un 13% de usuarios quedaron no satisfechos con la atención del personal médico y enfermería.

2.- ¿Piensa ud. que el tiempo de atención fue el adecuado en el área de emergencia?

MS	S	PS	N	T
22	35	89	20	166
13%	21%	54%	12%	100%



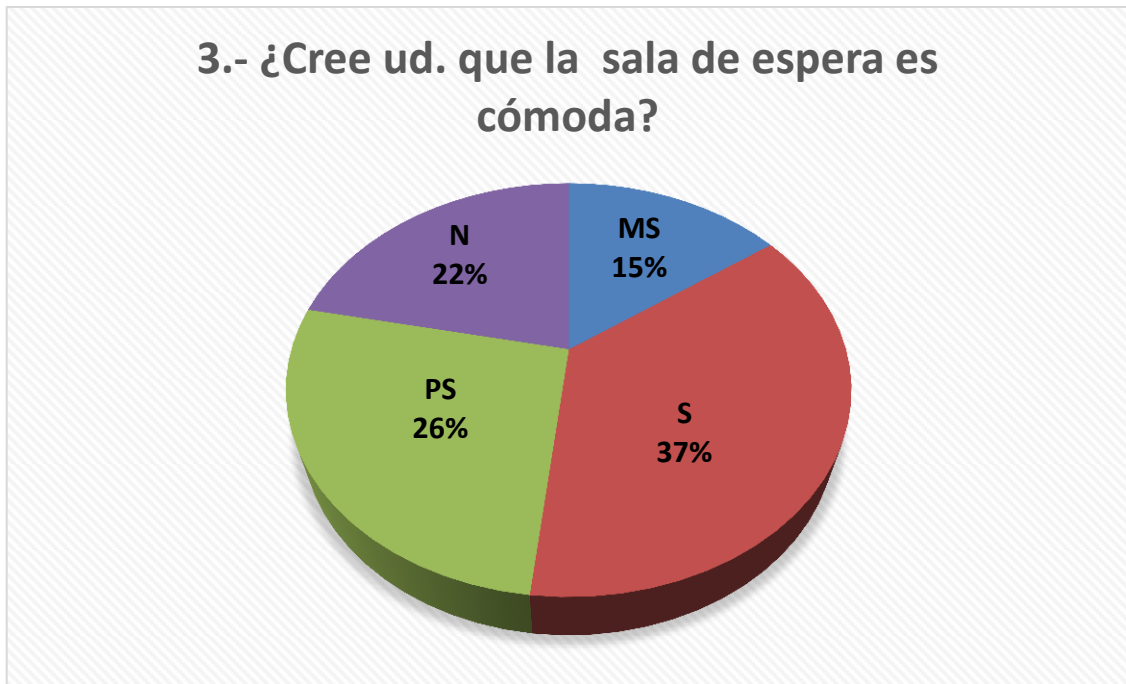
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la segunda pregunta de la encuesta encontramos un alto índice que personas pocas satisfechas con el tiempo de atención en el área de emergencia llegando a un 54% de los usuarios encuestados y obteniendo solamente un 13% de usuarios muy satisfechos con el tiempo de atención.

3.- ¿Cree ud. que la sala de espera es cómoda?

MS	S	PS	N	T
25	61	44	36	166
15%	37%	26%	22%	100%



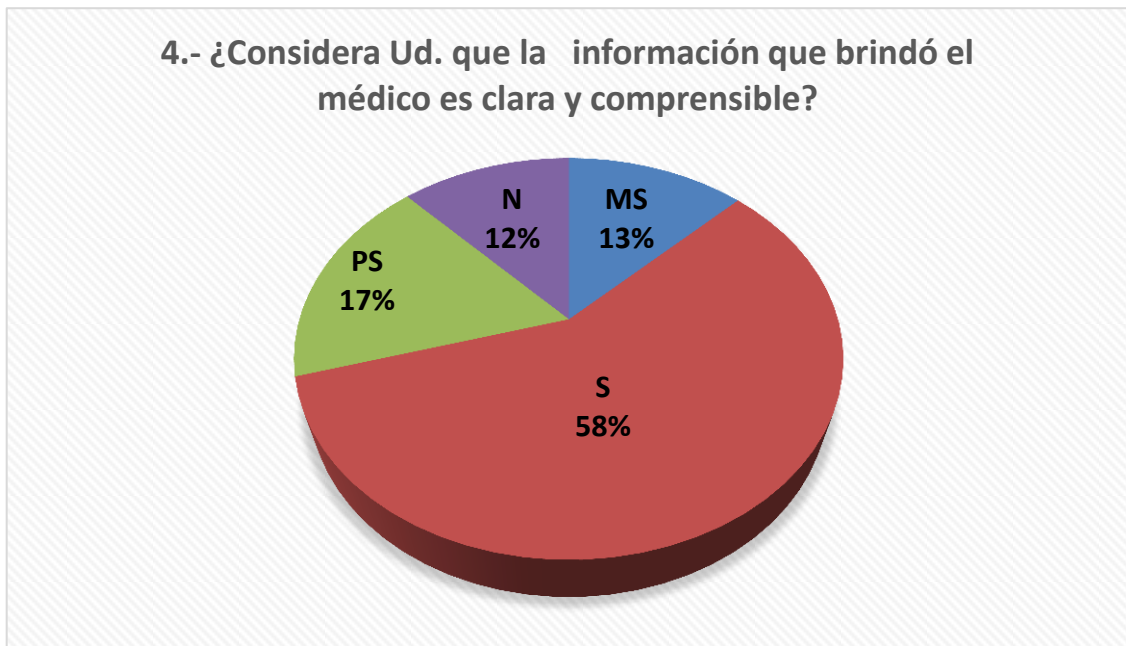
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

Se resume que de los 166 usuarios encuestados el 26% se encuentra poco satisfecho con relación de la comodidad que brinda la sala de espera del aérea de triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón y con una minoría del 15% muy satisfecho.

4.- ¿Considera Ud. que la información que brindó el médico es clara y comprensible?

MS	S	PS	N	T
21	96	29	20	166
13%	58%	17%	12%	100%



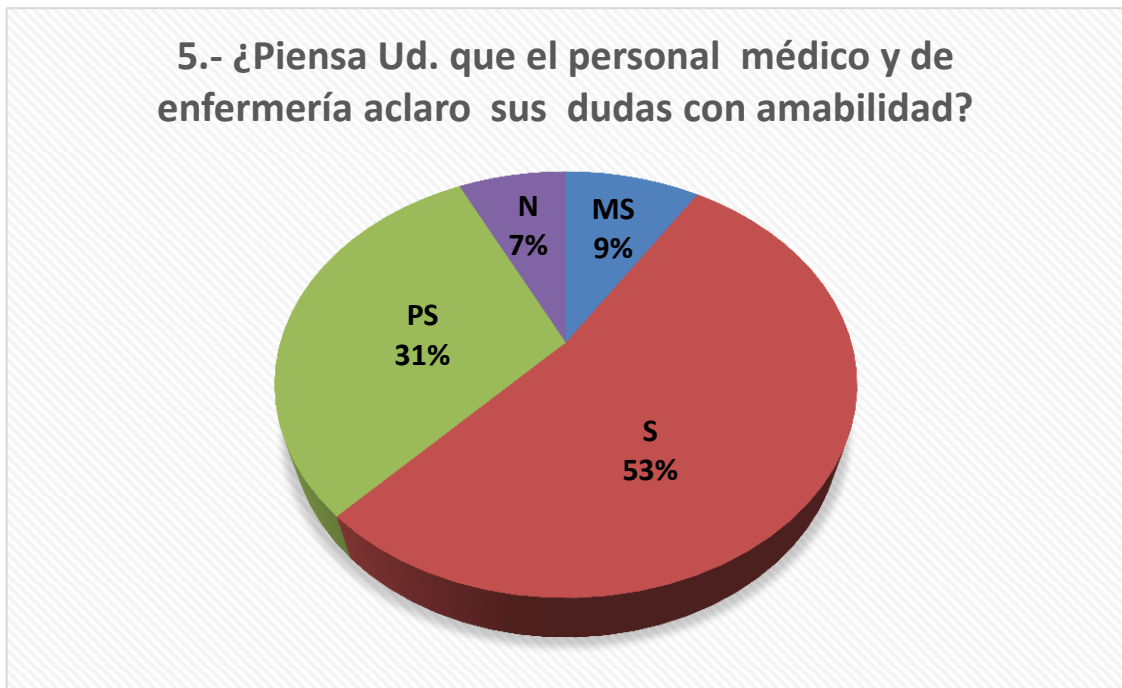
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la pregunta respecto al tipo de información que dan los médicos, la encuesta dio un 13% de personas muy satisfechas, un 58% de resultados satisfactorios, un 17% de personas poco satisfechas y un 12% nada satisfechas con relación a la información brinda por el médico al usuario final.

5.- ¿Piensa Ud. que el personal médico y de enfermería aclaro sus dudas con amabilidad?

MS	S	PS	N	T
15	88	51	12	166
9%	53%	31%	7%	100%



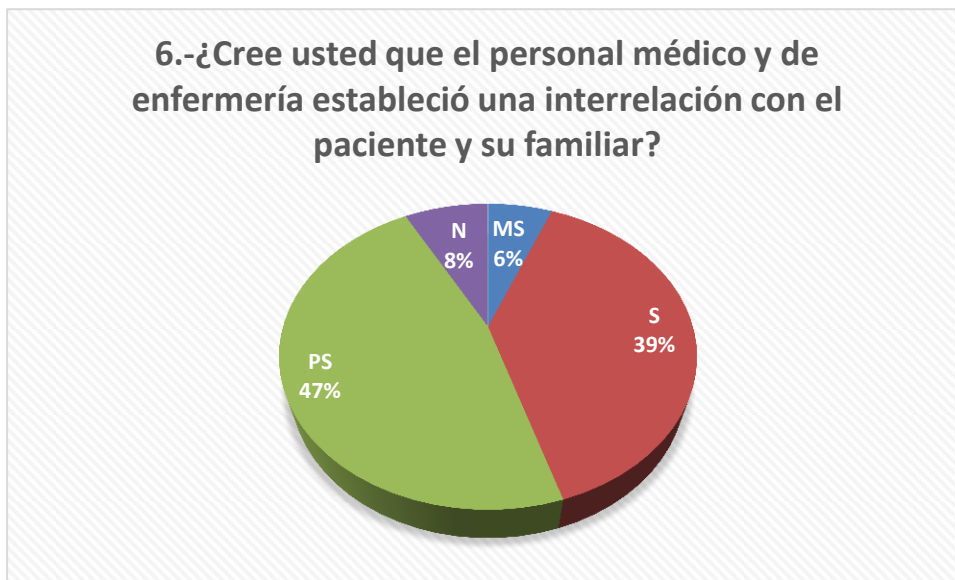
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

El 53 % de los usuarios contestaron encontrarse muy satisfactorio con el personal médico y de enfermería con respecto a la aclaración de sus dudas con amabilidad y un 4% no están nada satisfechos con el trato médico o de enfermeras.

6.- ¿Cree usted que el personal médico y de enfermería estableció una interrelación con el paciente y su familiar?

MS	S	PS	N	T
10	65	78	13	166
6%	39%	47%	8%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

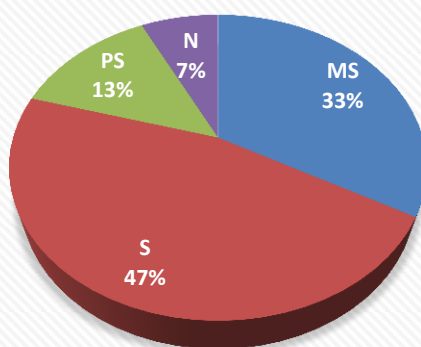
Análisis:

El 47 % de los usuarios contestaron encontrarse poco satisfactorio con el personal médico y de enfermería con respecto a la interrelación con paciente y familiar de sus dudas con amabilidad y un 39% satisfactorio, un 8% no están nada satisfechos y un 6% muy satisfactorio

7.- ¿Cree usted que la atención brindada por el personal médico y de enfermería fue acorde al grado de prioridad asignado?

MS	S	PS	N	T
55	77	22	12	166
33%	46%	13%	7%	100%

8.- ¿Cree usted que la atención brindada por el personal médico y de enfermería fue acorde al grado de prioridad asignado?



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

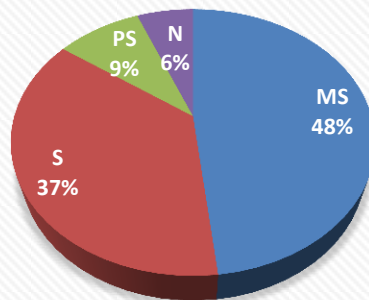
Análisis:

El 47 % de los usuarios contestaron encontrarse satisfactorio con el personal médico en la atención brindada acorde a la prioridad asignada, un 33% está muy satisfecho, un 13% poco satisfecho y un 7% nada satisfecho.

8.- ¿Cree usted que el personal médico y de enfermería está capacitado para desarrollar de manera adecuada la atención a los pacientes de la consulta de emergencia?

MS	S	PS	N	T
80	61	15	10	166
48%	37%	9%	6%	100%

9.- ¿Cree usted que el personal médico y de enfermería está capacitado para desarrollar de manera adecuada la atención a los pacientes de la consulta de emergencia?



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

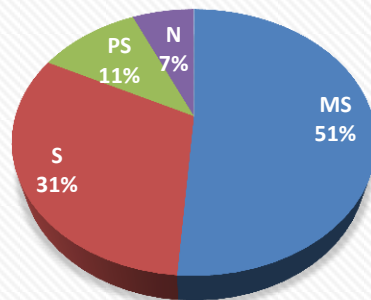
Análisis:

El 48 % de los usuarios contestaron que el personal médico si se encuentra capacitado para desarrollar de manera adecuada la atención en consulta de emergencia, un 37 % se encuentran igualmente satisfecho, mientras que un 9 y un 6% poco y nada satisfechos.

9.-¿Cree usted que hay una escasez de personal médico y de enfermería y esto influye en una inadecuada atención a los pacientes de la consulta de emergencia?

MS	S	PS	N	T
85	52	18	11	166
51%	31%	11%	7%	100%

10.-¿Cree usted que hay una escasez de personal médico y de enfermería y esto influye en una inadecuada atención a los pacientes de la consulta de emergencia?



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

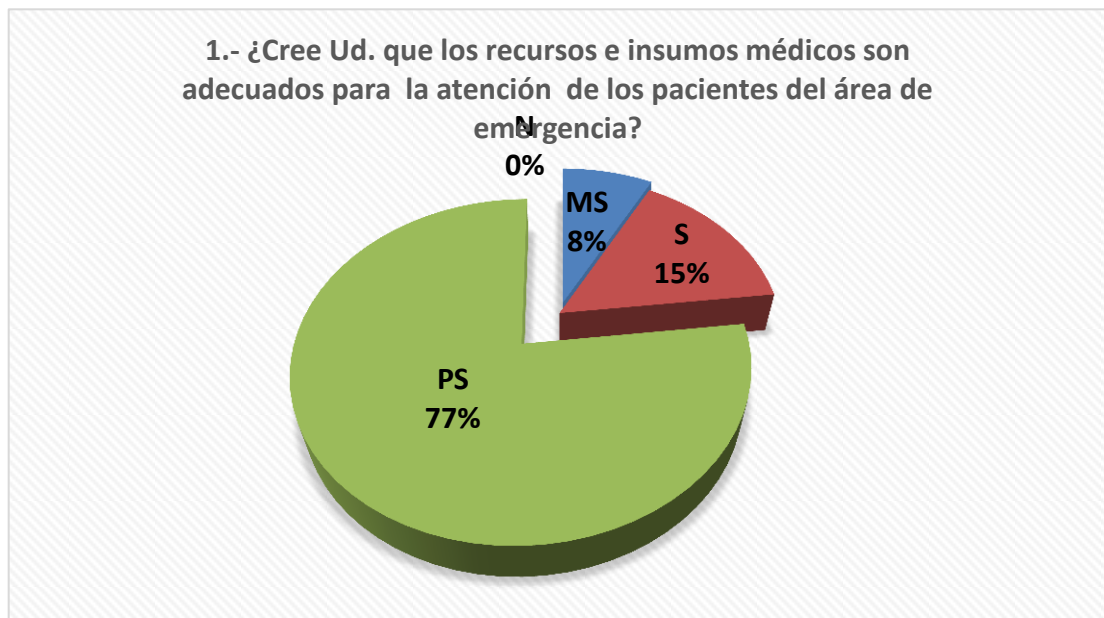
El 51 % de los usuarios creen que hay escasez de personal médico y de enfermería, un 31% contestaron poco satisfactorio, un 11 y 7 % poco y nada satisfactorio.

Encuesta 2

Encuesta dirigida al personal médico del área de triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

1.- ¿Cree Ud. que los recursos e insumos médicos son adecuados para la atención de los pacientes del área de emergencia?

MS	S	PS	N	T
1	2	10	0	13
8%	15%	77%	0%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

De las 13 personas encuestadas del personal médico el 77% contestó encontrarse poco satisfecho con los recursos e insumos que les brinda el hospital para la atención adecuada para la atención de los pacientes del área de emergencia, un 15% se encuentra muy satisfecho y solo un 8% se encuentra muy satisfecho.

2.- ¿Piensa Ud. que el consultorio médico es funcional para la atención de los pacientes de la emergencia del Hospital?

MS	S	PS	N	T
2	2	9	0	13
16%	15%	69%	0%	100%



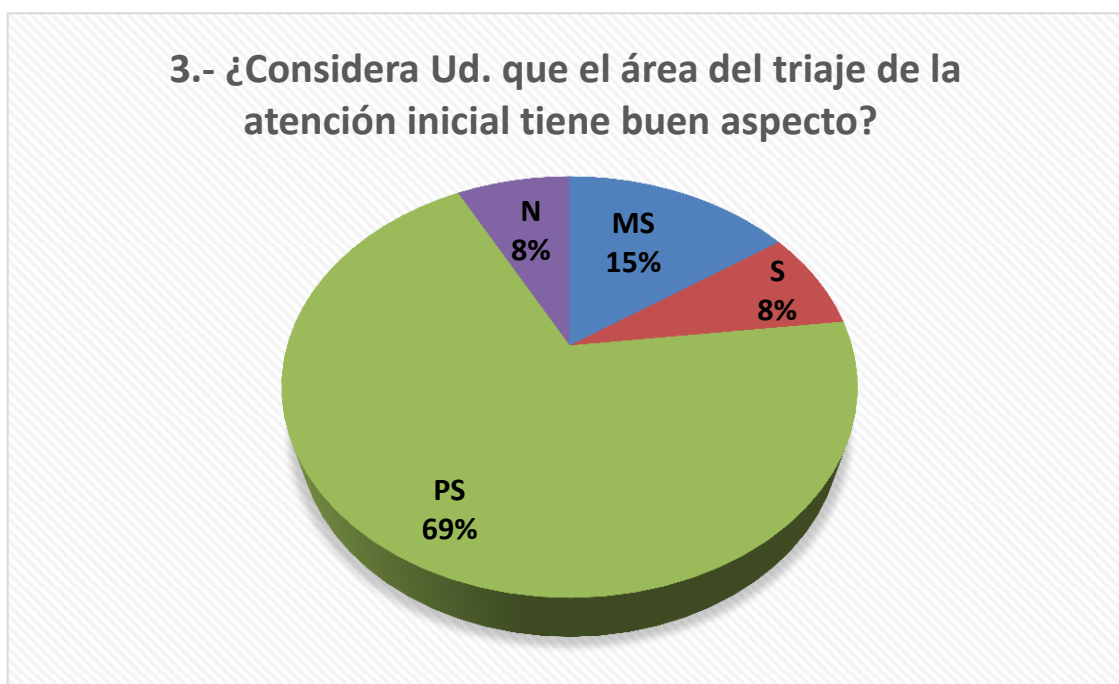
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

De todos los médicos encuestados encontramos un 69% descontento con el consultorio destinado al tratamiento de sus pacientes mientras un 16% Y 15% están de acuerdo con dicho espacio.

3.- ¿Considera Ud. que el área del triaje de la atención inicial tiene buen aspecto?

MS	S	PS	N	T
2	1	9	1	13
15%	8%	69%	8%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

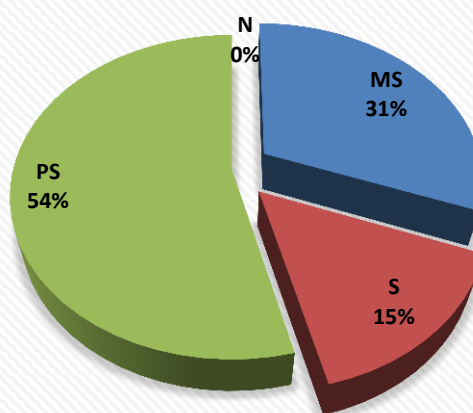
Análisis:

El 69% de los encuestados contestaron que la aérea del triaje de la emergencia en la atención inicial no tiene un buen aspecto ya que sus respuestas fueron poco satisfactorio.

4.- ¿Cree Ud. que el tiempo de atención a cada paciente en el consultorio de emergencias es el adecuado?

MS	S	PS	N	T
4	2	7	0	13
31%	15%	54%	0%	100%

4.- ¿Cree Ud. que el tiempo de atención a cada paciente en el consultorio de emergencias es el adecuado?



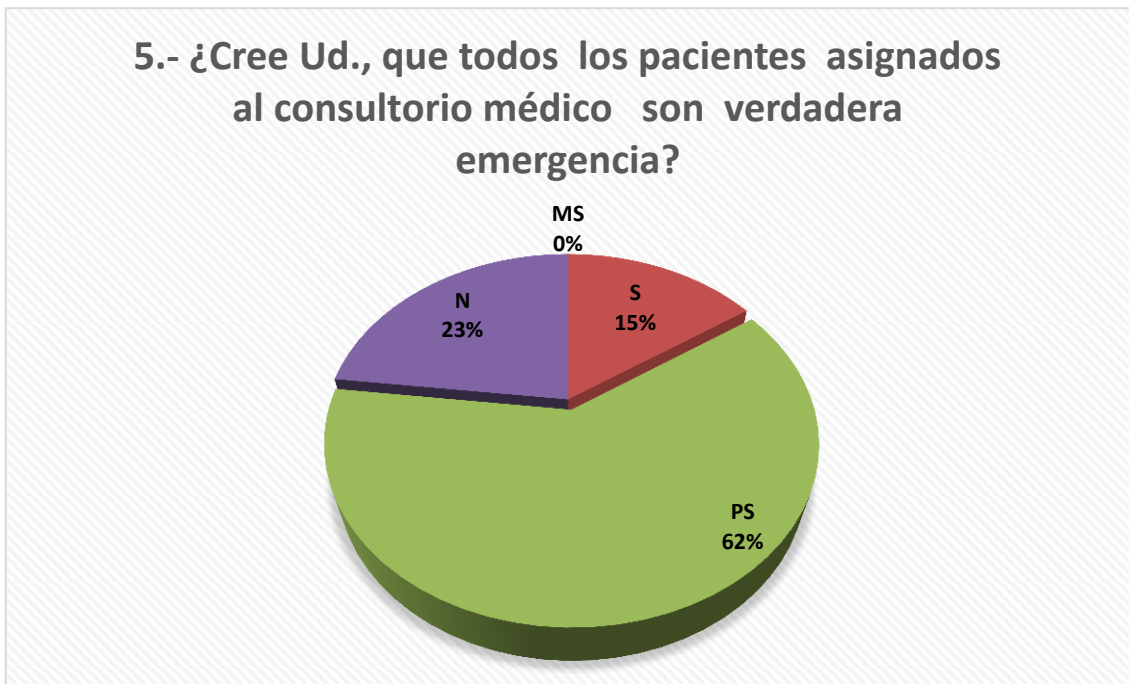
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

Según datos obtenidos en la pregunta relacionada con la encuesta, el tiempo de atención a cada paciente en el consultorio de emergencia no es el adecuado con el 54% de los usuarios no satisfechos.

5.- ¿Cree Ud., que todos los pacientes asignados al consultorio médico son verdadera emergencia?

MS	S	PS	N	T
0	2	8	3	13
0%	15%	62%	23%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la encuesta realizada a los médicos la mayoría contestó sentirse nada o poco satisfactorio con respecto a la asignación de los pacientes a una verdadera emergencia llegando al 85% entre los 2 rangos.

6.- ¿Piensas que el triaje es una tarea para ser realizada por un médico?

MS	S	PS	N	T
9	2	1	1	13
69%	15%	8%	8%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

El 69% de los encuestados dice que es muy necesario que el triaje sea realizado por un médico, mientras el 16% dice que no es necesario

7.- ¿Estás de acuerdo en la forma como se realiza la labor de triaje en nuestro servicio?

MS	S	PS	N	T
9	3	1	0	13
69%	23%	8%	0%	100%



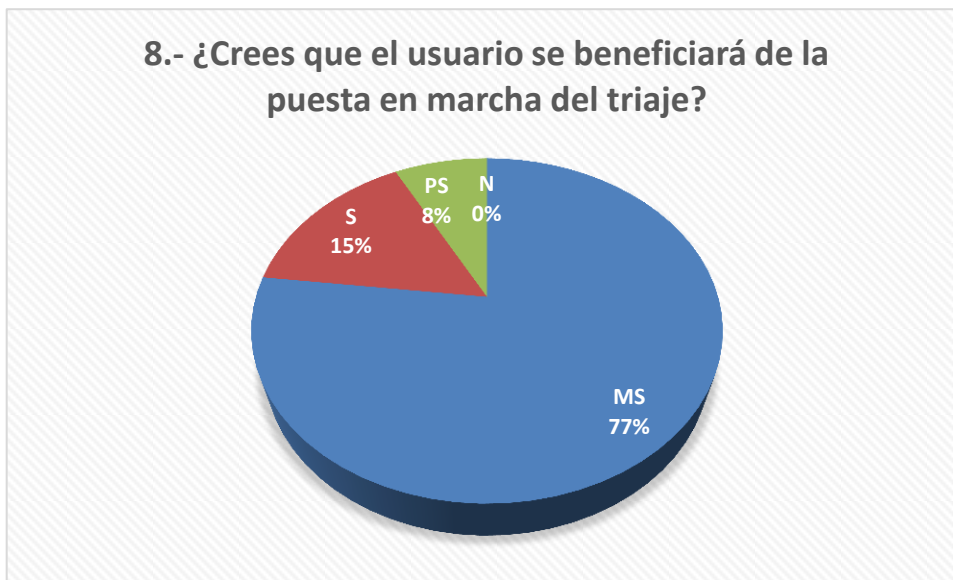
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis.

Un 69% de los encuestados sostiene que si está de acuerdo en la forma en que se lleva la labor de triaje en el hospital, mientras que un 23% está también de acuerdo y un 8% no está de acuerdo

8.- ¿Crees que el usuario se beneficiará de la puesta en marcha del triaje?

MS	S	PS	N	T
10	2	1	0	13
77%	15%	8%	0%	100%



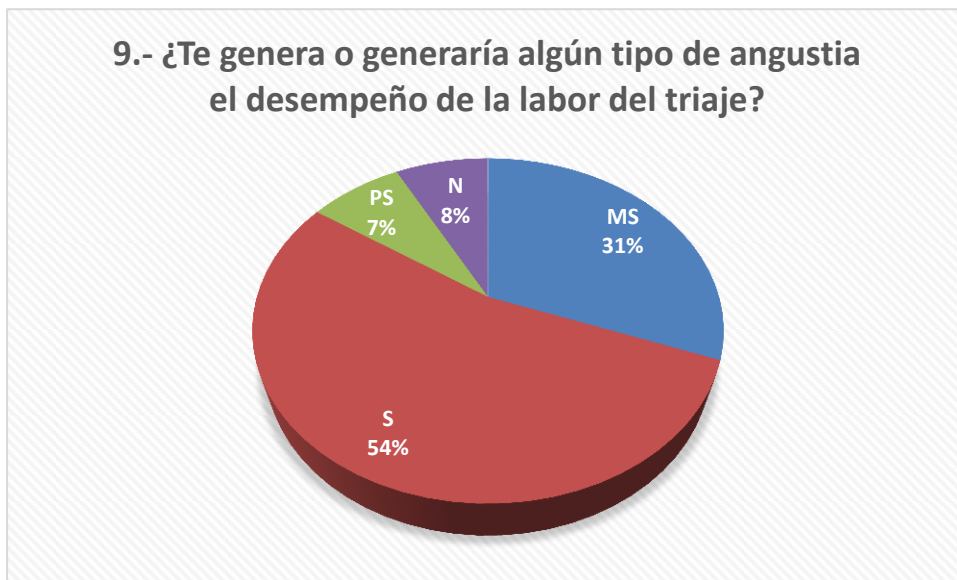
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis.

Al requerir en nuestros encuestados si el usuario se beneficiará de la puesta en marcha del triaje, un 92% piensa que si se obtendrá un beneficio, mientras que un 8% dice que no

9.- ¿Te genera o generaría algún tipo de angustia el desempeño de la labor del triaje?

MS	S	PS	N	T
4	7	1	1	13
31%	54%	8%	8%	100%



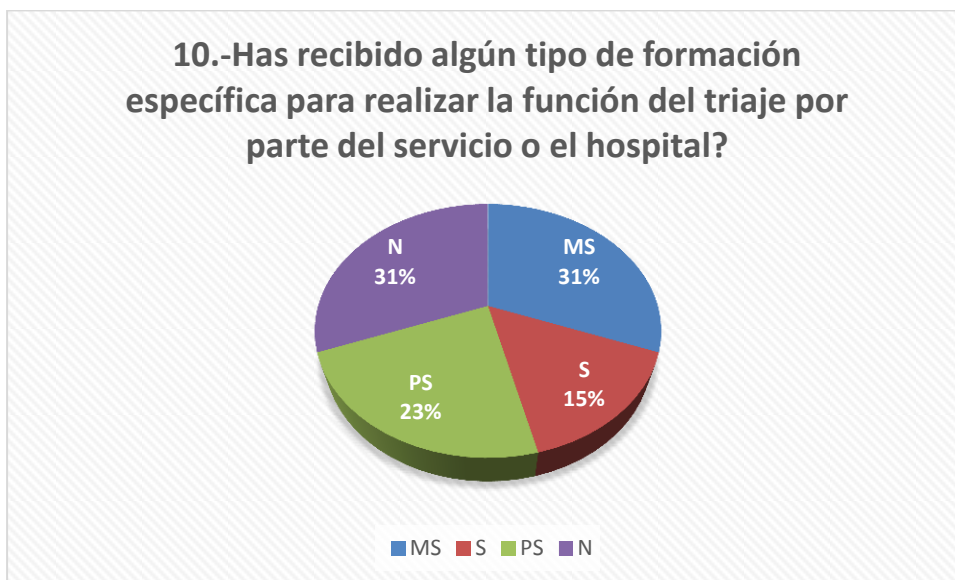
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

Al inquirir sobre si la creación de un área de triaje en el hospital le generaría algún tipo de angustia en el desempeño de la labor del trabajador el 85% sostiene que no le causaría algún tipo de problema, mientras que el 8% piensa que si le afectaría.

10.-Has recibido algún tipo de formación específica para realizar la función del triaje por parte del servicio o el hospital?

MS	S	PS	N	T
4	2	3	4	13
31%	15%	23%	31%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

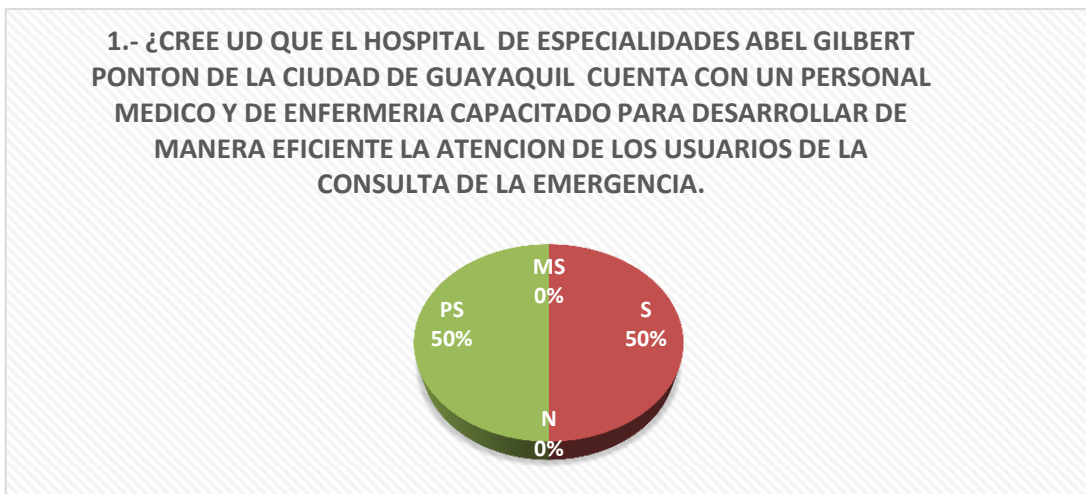
Al preguntar sobre si se ha recibido algún tipo de formación o capacitación específica para realizar la función del triaje por parte del servicio o el hospital, el 77% contesta que no la han recibido mientras que un 23% dice que si lo ha hecho.

Encuesta 3

Encuesta dirigida al personal administrativo del área de triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Cabe indicar que aunque la muestra decía que era suficiente con 2 encuestas gracias a la colaboración del personal se pudo contactar con 4 personas.

1.- ¿CREE UD QUE EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL CUENTA CON UN PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA CAPACITADO PARA DESARROLLAR DE MANERA EFICIENTE LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA DE LA EMERGENCIA.

MS	S	PS	N	T
0	2	2	0	4
0%	50%	50%	0%	100%



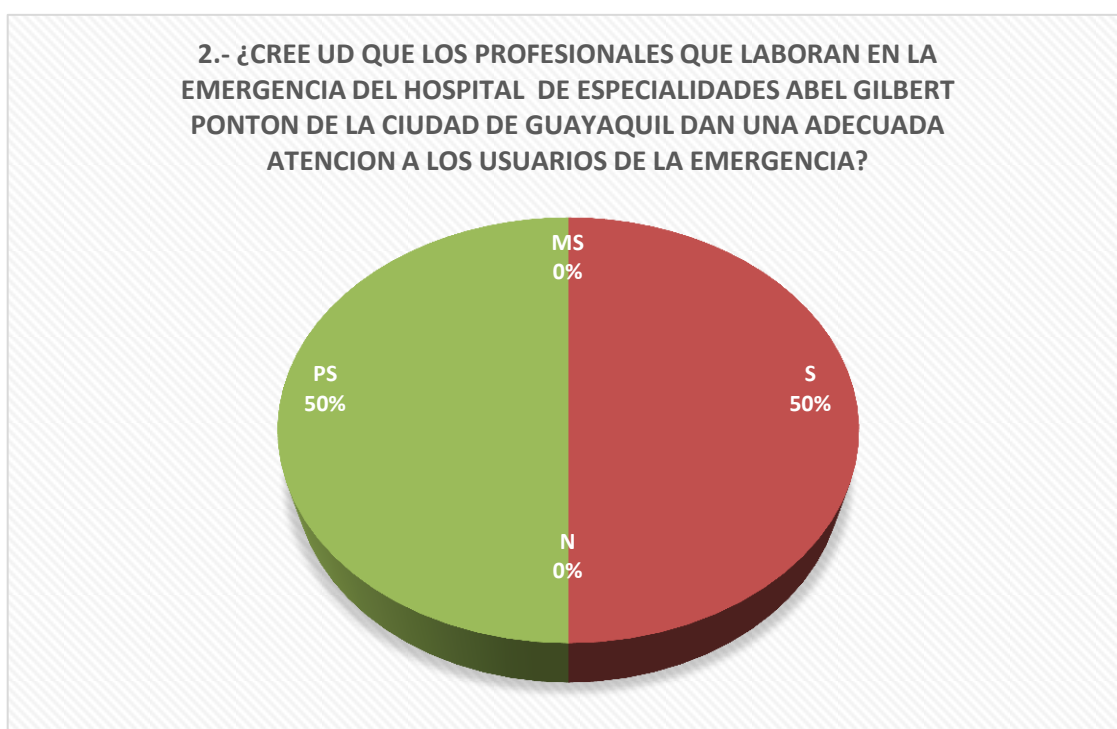
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la encuesta realizada al personal administrativo sobre si el hospital cuenta con un personal médico y de enfermería capacitado, un 50% concordaron en que son poco satisfactorios y satisfactorios

2.- ¿CREE UD QUE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DAN UNA ADECUADA ATENCION A LOS USUARIOS DE LA EMERGENCIA?

MS	S	PS	N	T
0	2	2	0	4
0%	50%	50%	0%	100%



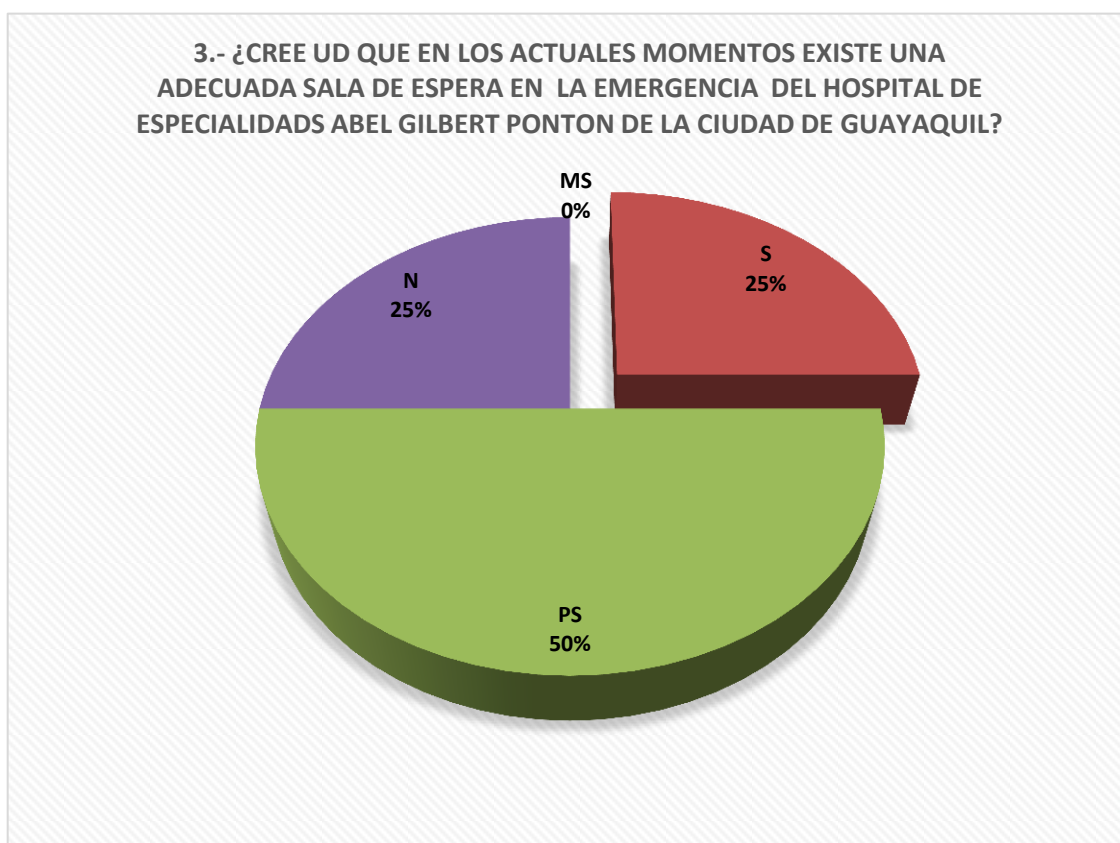
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la pregunta sobre si los profesionales de la salud dan una adecuada atención, el personal administrativo concordó en un 50% en que son poco satisfactorios y satisfactorios.

3.- ¿CREE UD QUE EN LOS ACTUALES MOMENTOS EXISTE UNA ADECUADA SALA DE ESPERA EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?

MS	S	PS	N	T
0	1	2	1	4
0%	25%	50%	25%	100%



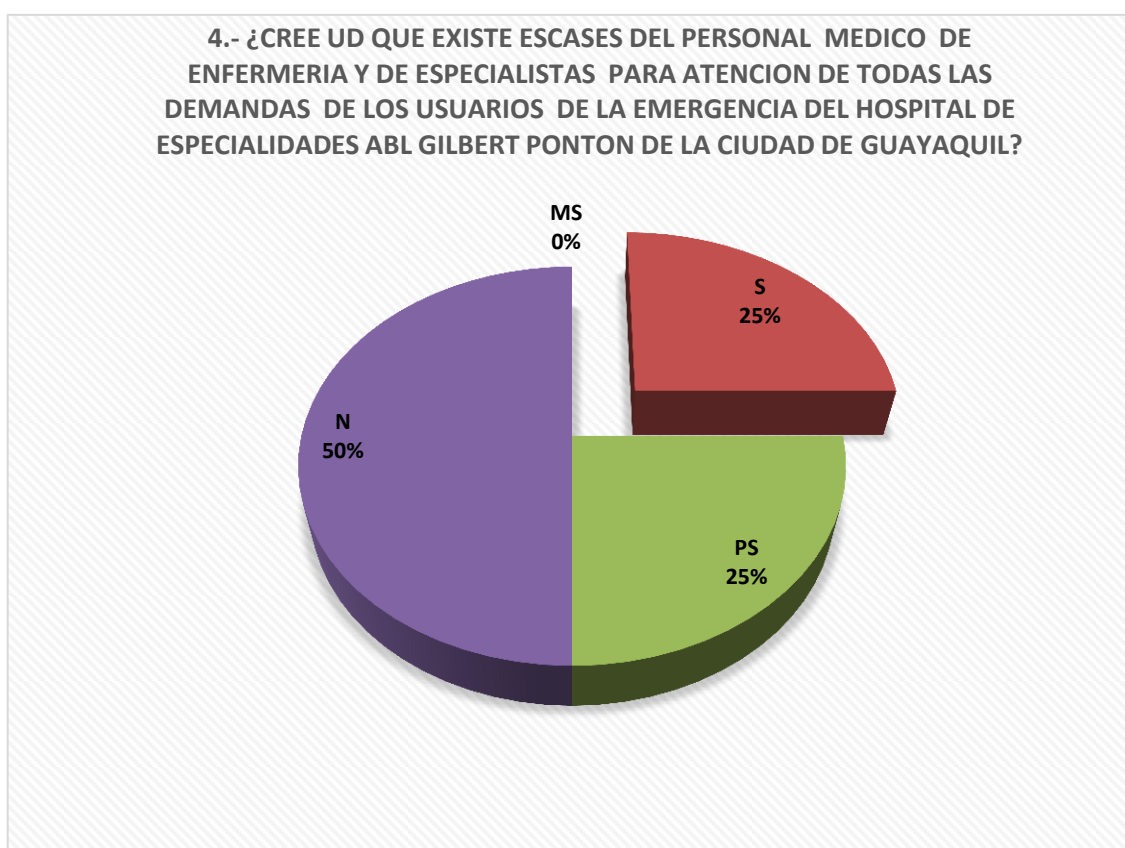
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la pregunta si existe una adecuada sala de espera en emergencia, se obtuvo que un 50% coincide en que son poco satisfactorios aunque un 25% se abstuvo de contestar y otro 25% dice que si son satisfactorios.

4.- ¿CREE UD QUE EXISTE ESCASES DEL PERSONAL MEDICO DE ENFERMERIA Y DE ESPECIALISTAS PARA ATENCION DE TODAS LAS DEMANDAS DE LOS USUARIOS DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?

MS	S	PS	N	T
0	1	1	2	4
0%	25%	25%	50%	100%



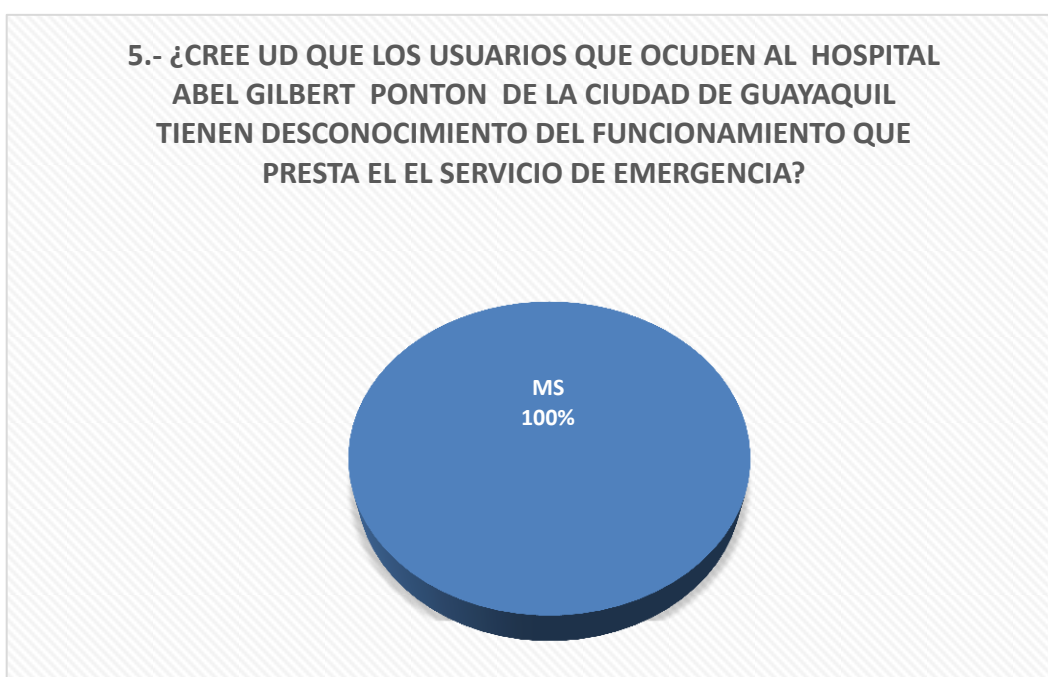
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En la pregunta sobre el equilibrio del personal contra la demanda de usuarios en la emergencia del hospital, se obtuvo que un 50% se abstienen de contestar y en un 25% coinciden que es poco satisfactorios y satisfactorios.

5.- ¿CREE UD QUE LOS USUARIOS QUE OCUDEN AL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL TIENEN DESCONOCIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO QUE PRESTA EL SERVICIO DE EMERGENCIA?

MS	S	PS	N	T
4	0	0	0	4
100%	0%	0%	0%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

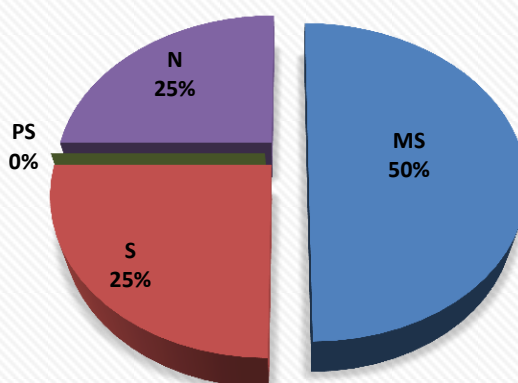
Análisis:

En cuanto a si los usuarios tienen desconocimiento del funcionamiento que presta el servicio de emergencia del hospital, se obtuvo que un 100% son muy satisfactorios, es decir todos coinciden que las personas no conocen el funcionamiento.

6.- ¿CREE UD QUE HAY AUSENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS LIDERES, COORDINADORES, PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?

MS	S	PS	N	T
2	1	0	1	4
50%	25%	0%	25%	100%

6.- ¿CREE UD QUE HAY AUSENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS LIDERES, COORDINADORES, PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?



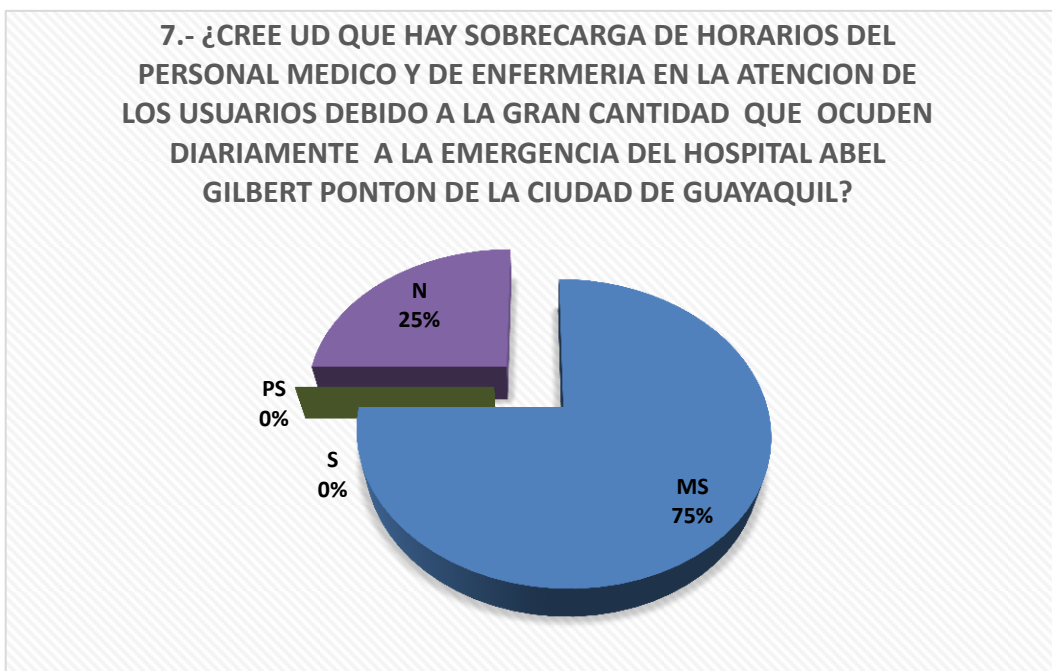
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En cuanto a la comunicación que existe entre los líderes, coordinadores, personal médico y de enfermería que laboran en la emergencia del hospital, en un 50% están de acuerdo en que es muy satisfactorio aunque un 25% se abstuvo de contestar y un 25% dice que es satisfactorio.

7.- ¿CREE UD QUE HAY SOBRECARGA DE HORARIOS DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEBIDO A LA GRAN CANTIDAD QUE OCUDEN DIARIAMENTE A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?

MS	S	PS	N	T
3	0	0	1	4
75%	0%	0%	25%	100%



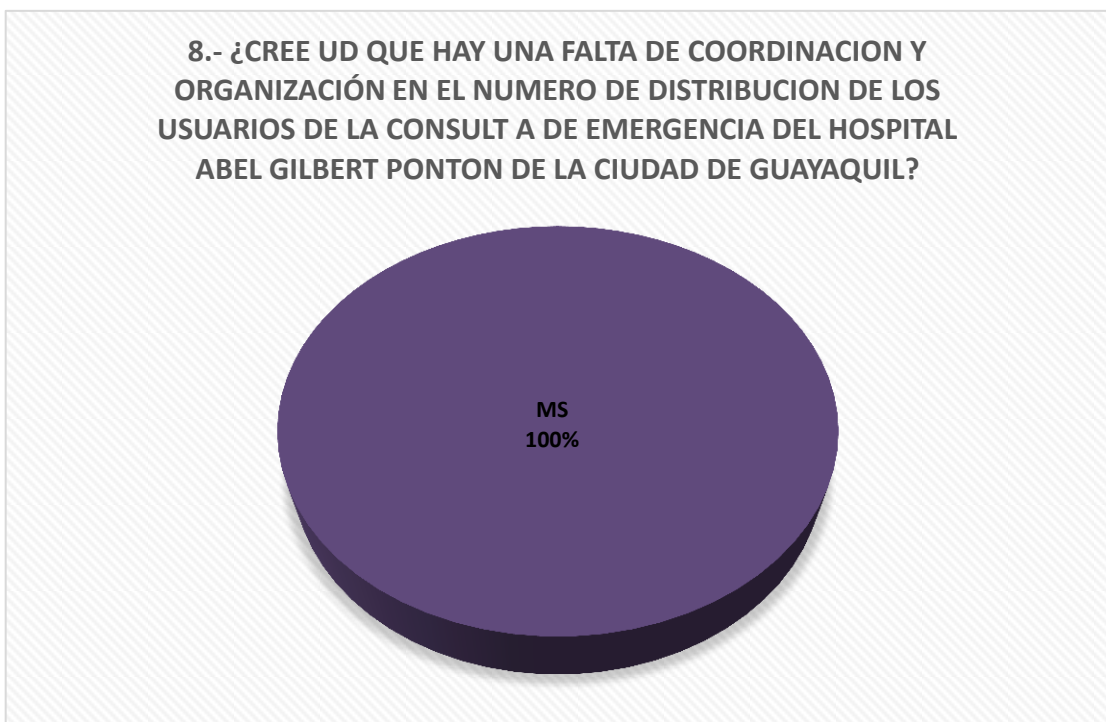
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En cuanto a si existe sobrecarga de horarios del personal médico y de enfermería en la atención de los usuarios, en un 75% están de acuerdo en que es muy satisfactorio aunque un 25% se abstuvo de contestar.

8.- ¿CREE UD QUE HAY UNA FALTA DE COORDINACION Y ORGANIZACIÓN EN EL NUMERO DE DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL?

MS	S	PS	N	T
4	0	0	0	4
100%	0%	0%	0%	100%



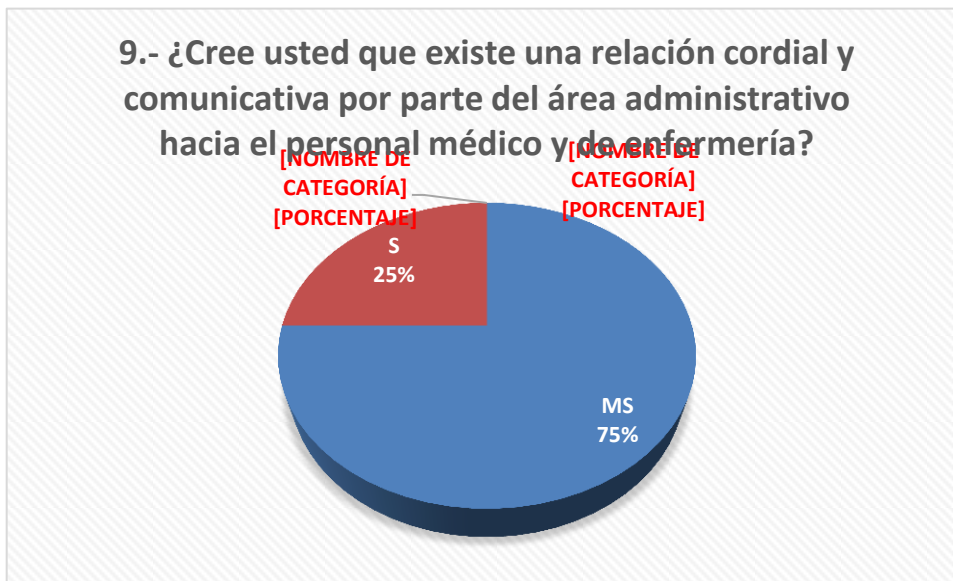
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

En cuanto a la coordinación y organización en el número de distribución de los usuarios de la consulta de emergencia del hospital, en un 100% están de acuerdo en que es muy satisfactorio, aducen que no existe una coordinación entre la parte administrativa y el personal médico.

9.- ¿Cree usted que existe una relación cordial y comunicativa por parte del área administrativo hacia el personal médico y de enfermería?

MS	S	PS	N	T
3	1	0	0	4
75%	25%	0%	0%	100%



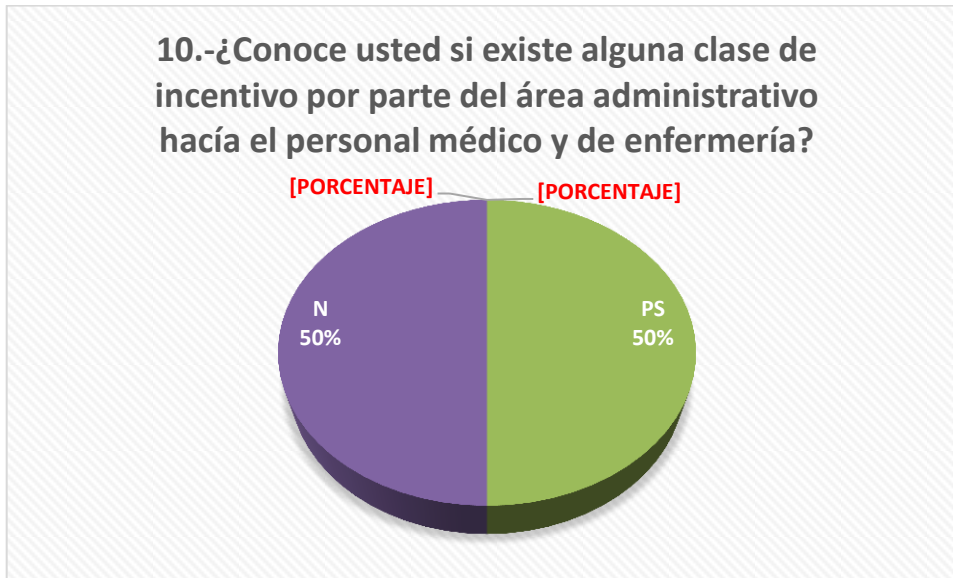
Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

Al preguntar sobre la relación cordial y comunicativa entre el área administrativa y el personal médico y de enfermería, en un 75% están de acuerdo en que es muy satisfactorio, y un 25% sostiene que es poco satisfactoria, lo que indica una buena relación entre el personal de la institución.

10.-¿Conoce usted si existe alguna clase de incentivo por parte del área administrativo hacía el personal médico y de enfermería?

MS	S	PS	N	T
0	0	2	2	4
0%	0%	50%	50%	100%



Fuente: Elaborado por Mirna Cando

Análisis:

Al encuestar sobre si conocen alguna clase de incentivo por parte del área administrativo hacía el personal médico y de enfermería, en un 50% están de acuerdo en que es muy satisfactorio, y un 50% sostiene que es poco satisfactoria, lo que indica una falta de comunicación entre los directivos y el personal orgánico de la institución.

Procedimiento de la Investigación

Para procesar la información en el presente proyecto de investigación, el maestrante realizó los siguientes pasos:

- Defensa del proyecto de investigación.
- Selección de técnicas e instrumentos de investigación.
- Aplicación de instrumentos de investigación
- Tabulación de datos de los instrumentos de la investigación.
- Crítica, depuración, categorización, y codificación de los datos recogidos.
- Procesamiento de datos.
- Elaboración del primer borrador del informe.
- Redacción del informe final.
- Defensa y exposición de la Tesis.

11.1 Análisis e interpretación de datos

De las personas encuestadas la mayoría de los usuarios contestaron que la atención brindada por el personal fue amable y cortes mientras que otros usuarios no están satisfechos con la atención del personal médico y enfermería.

Como respuesta de una de nuestra encuesta encontramos un alto índice de personas pocas satisfechas con el tiempo de atención en el área de emergencia

Un gran porcentaje de usuarios se encuentra poco satisfecho con relación de la comodidad que brinda la sala de espera de la aérea de

triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.

A pesar que obtuvimos un índice muy alto de insatisfacción con respecto a la sala de espera del Hospital, la encuesta dio un porcentaje menor del 50% de resultados muy satisfactorios con relación a la información brinda por el médico al usuario final.

Un alto porcentaje de los usuarios contestaron encontrarse muy satisfactorio con el personal médico y de enfermería con respecto a la aclaración de sus dudas con amabilidad.

Encuesta Dirigida al personal médico del área de triaje de la emergencia del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

Un alto índice médico encuestado contesto encontrarse poco satisfecho con los recursos e insumos que les brinda el hospital para la atención adecuada para la atención de los pacientes de la aérea de emergencia.

En cuanto si el consultorio médico es funcional para la atención de los pacientes de la emergencia del Hospital de todos los médicos encuestados solo encontramos un 11% muy satisfactorio.

El área de triaje de la emergencia en la atención inicial no tiene un buen aspecto ya que sus respuestas fueron Poco Satisfactorio.

El tiempo de atención a cada paciente en el consultorio de emergencia no es el adecuado.

En la encuesta los médicos la gran mayoría contesto sentirse nada o poco satisfactorio con respecto a la asignación de los pacientes a una verdadera emergencia.

11.2 Conclusiones

La implantación del triaje ha supuesto un aumento de la calidad en los servicios asistenciales de urgencias organizando dicha asistencia y respetando los correspondientes tiempos de espera según gravedad.

Gracias a este sistema se ha logrado que fluyan los sistemas de urgencias evitando grandes aglomeraciones.

El profesional sanitario debe estar totalmente de acuerdo con la forma de desarrollar triaje y que esta implementación no le genere miedos, lo que contribuirá a una labor satisfactoria para el profesional favoreciendo el trabajo en equipo y logrando una homogeneidad en la asistencia al usuario.

Se debería implantar más cursos de formación para los enfermeros y auxiliares enfermeros en la realización del triaje, mínimo al personal que trabaje en urgencias y emergencias.

Recomendaciones

Crear conciencia en la población de los paciente que asiste a la consulta de Urgencias del Área de Salud, que dicho servicio debe ser exclusivo para la atención de patologías con carácter de urgencia, y así evitar la saturación del mismo con enfermedades que pueden ser resueltas en la atención de consulta Externa.

Implementar en el Área de Salud un plan estratégico para que se logre realizar la mayor cantidad de sustituciones de citas otorgadas para la atención en Consulta Externa que son perdidas por los asegurados, descongestionando así el servicio de Urgencias.

Colocar en puntos estratégicos dentro de la infraestructura del Área de Salud afiches informativos, donde se le dé a conocer al usuario externo información sobre las diferencias entre urgencias, urgencias y no urgencias; para que los mismos se mantengan al tanto de donde deben acudir de acuerdo a la patología que presenten.

Dar a conocer al usuario externo las obligaciones y responsabilidades de los asegurados, consignados en el Reglamento del Seguro de Salud., que en su artículo 78 detalla en el inciso **g)** Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.¹⁹

12.-PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.

Modelo de Gestión del área de Triage, basado en el método de Manchester para clasificar pacientes de acuerdo al grado de emergencia y disminuir el tiempo de espera en el Hospital Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil.

12.1.- Alternativa Obtenida

12.2.1- Alcance de la Alternativa

El objetivo de esta propuesta es contribuir al conocimiento y entendimiento de la crisis en la atención a pacientes en el área de emergencia, conocemos que se necesita tener una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una determinada demanda de servicios de salud, para lo que se requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios que se atienden en el Hospital con intención de aportar al diseño de estrategias, planes y políticas públicas y a la generación de propuestas ciudadanas orientadas a abordar la problemática. La información que aquí se presenta debe también ser utilizada por la administración, empleados de salud, médicos y la ciudadanía en general que utiliza el servicio médico para monitorear los logros que las distintas intervenciones tengan en cuanto al control de la situación en la unidad asistencial de triaje donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital”.

12.3. Aspectos Básicos de la alternativa

12.3.1 JUSTIFICACIÓN.

La implantación de un Modelo de Gestión del área de Triage y disminución de tiempos de espera necesariamente debe partir de la alta administración. El éxito de este proceso y modelo depende fundamentalmente del involucramiento, compromiso de la dirección y posteriormente, basará su estrategia en la selección, clasificación e identificación de los pacientes o usuarios del Hospital Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil. Según su nivel de gravedad, este proceso además deberá adaptarse a la realidad del nuevo servicio que ofrecerá, tomando en cuenta que la institución tiene diferentes características, problemas, situaciones, objetivos y recursos.

Como resultado se espera que la forma en que se implemente sirva para una administración preventiva que reduzca el nivel de insatisfacción de los usuarios, incrementando el porcentaje de la demanda satisfecha.

12.3.2. OBJETIVOS

12.3.2.1 GENERAL

Aplicar adecuadamente el modelo a fin de que se pueda seleccionar a los pacientes, dependiendo del nivel de gravedad, contando con los recursos humanos, materiales y técnicos en el área de triaje del Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil

12.3.2.2 ESPECIFICO

Asegurar una adecuada atención, rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan al servicio de urgencias del hospital.

Identificar y priorizar los casos graves o de presentación aguda que requieren atención médica inmediata de acuerdo a su nivel de prioridad (macías-méndez.b & quijije-chávez.v, 2009).

Asignar y adecuar el área de triaje para una mejor atención.

Capacitar al personal de urgencias sobre la aplicación, habilidades y destrezas del modelo de triaje.

Optimizar el recurso humano, materiales e insumos que puedan necesitarse en la atención de los pacientes en el área de triaje

12.3.4 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA (APLICACIÓN DE RESULTADOS).

El Manchester Triage Group, se centran en 5 objetivos

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de *triaje*.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de *triaje* desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta (San-Navarra.A, 2010)»

Niveles de clasificación de la MTS

Número	Nombre	Color	Tiempo Máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0 minutos
2	Muy urgente	Naranja	10 minutos
3	Urgente	Amarillo	60 minutos
4	Normal	Verde	120 minutos
5	No urgente	Azul	240 minutos

Análisis del MTS

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención (tabla adjunta).

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica.

Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza (San-Navarra.A, 2010)». En el Anexo 15 se representa un diagrama de flujo de los discriminadores generales y de uno de los 52 motivos de consulta.

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria (San-Navarra.A, 2010).

Cada nivel de priorización lleva asociado un tiempo máximo de atención médica y un color:

1. Nivel 1 (rojo)

- a. Paciente de urgencia vital o con riesgo vital evidente
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera inmediato.

2. Nivel 2 (naranja)

- a. Paciente emergente o con riesgo vital.
- b. Tiempo de atención por enfermera inmediato y médico en 15 minutos.

3. Nivel 3 (amarillo)

- a. Paciente urgente.**
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera en menos de 60 minutos.

4. Nivel 4 (verde)

- a. Paciente menos urgente.
- b. Tiempo de **atención por médico y enfermera en 120 minutos.**

5. Nivel 5 (azul)

a. Paciente no urgente.

b. Tiempo de atención por médico y enfermera en 240 minutos.

El re-*triaje* se debe realizar cuando el paciente ha superado estos tiempos de espera (San-Navarra.A, 2010).

En la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática basada en el Sistema Manchester de Triage. Este sistema, totalmente optimizado para ser utilizado por DUEs o facultativos, es un programa de muy fácil uso que conlleva unos elevados beneficios al utilizar un triage efectivo desde el primer momento.

La informatización e implantación de una herramienta como el MTS en un área de urgencias, permite aumentar la facilidad y rapidez de aplicación, atenúa la variabilidad ínter observador y permite obtener estadísticas a tiempo real para adecuar los medios a las necesidades reales y los recursos a las desviaciones puntuales (MANCHESTER, 2014).

Las ventajas más importantes de este sistema son:

1.-Su implementación dentro del sistema informático sanitario de los Hospitales públicos y su complementación con el resto de fichas de la historia clínica informatizada.

2.-Herramienta única y protocolos uniformes para todos los servicios de urgencias.

3.-Accesible desde diferentes niveles asistenciales (San-Navarra.A, 2010).

Para el servicio de urgencias:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
- Permite, en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- Genera información útil para la orientación de los recursos que debe disponer el área de urgencias.
- Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

Para la dirección del centro y el servicio de gestión de la calidad:

- Da una respuesta eficaz, basada en el paciente y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
- Van a ser DUEs y no facultativos los que realicen el triaje.
- Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera.
- Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad (MANCHESTER, 2014)

Para el usuario (Sociedad)

- Aumento de eficacia en la atención.
- Proporciona información clara sobre su estado y el tiempo aproximado de espera (MANCHESTER, 2014).
- Detección de casos que probablemente se agravaran si la atención se retrasa.

- Disminuye la ansiedad y nerviosismo del paciente y sus familiares
- Se genera confianza en el sistema

Médicos

- Disminución de muertes prevenibles, priorizando la atención por un protocolo clínico y no por el orden de llegada.
- Extinción del triaje hecha por porteros o por personal no capacitado.
- Crea una red de atención con un “lenguaje único “explotando al máximo la capacidad hospitalaria.

Enfermeros

- Disminución en el margen de error de la clasificación.
- Se rompe el círculo de agresión entre paciente, familiares y enfermeras/os.
- Disminución de nivel de estrés del “triador”.
- Mejoras de las relaciones interpersonales
- Respaldo objetivo e institucionalizado para la clasificación del riesgo, por medio de un protocolo reconocido mundialmente

En cuanto a sus posibilidades de monitorizar parámetros de calidad del propio servicio de urgencias, permite el análisis de todas aquellas variables relacionadas con los indicadores de tiempos, recursos, destinos, etc. En este sentido, tiene la ventaja de que el sistema informático que lo soporta puede acoplarse a sistemas de detección de pacientes por radiofrecuencia (RFID) por lo que sus

posibilidades en cuanto a la precisión de toma de tiempos y localización de pacientes son máximas.

En la actualidad, se va a iniciar un estudio piloto que permitirá valorar y validar este sistema (San-Navarra.A, 2010) que se debe implementar en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón.

PROCESO DE INSUMOS:

Con el fin de brindar una atención segura y de calidad al paciente, el hospital debe disponer de los recursos necesarios para prestar de manera correcta y oportuna el servicio (**ver Gráfico 2**).

Así mismo, la disponibilidad de recursos dentro del hospital depende en gran parte del conocimiento que se tenga sobre la demanda de pacientes. Si la demanda no es considerada en el diseño de los procesos, es muy probable que no se cuente con los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades de la operación, limitando de esta manera su ejecución e impactando el desenlace clínico (output) del paciente.

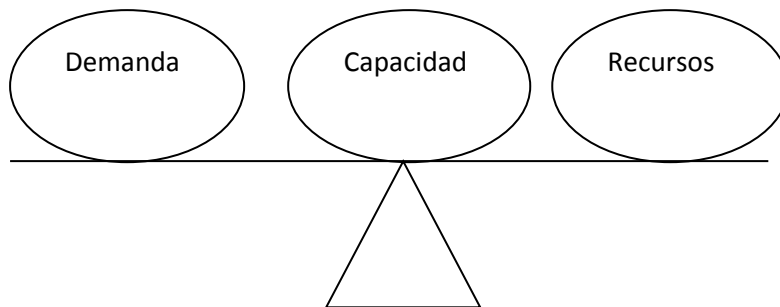
Con el fin de ilustrar mejor (inalde, 2011) la propuesta de esta tesis, pensemos en un paciente que ingresa al hospital a través del servicio de urgencias por presentar una descompensación aguda por insuficiencia cardíaca. Supongamos que el paciente (entrada) requiere ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pero en ese momento la institución no dispone de camas (recurso) en esa unidad. En esas circunstancias, el paciente deberá ser remitido a otra entidad, o esperar a que se libere una cama en la unidad, o ser hospitalizado en otro servicio, situación que no será la ideal para su condición clínica. Por lo tanto, no disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo los procesos hospitalarios deteriora la atención al paciente y aumenta su riesgo clínico.

Los recursos

La estructura organizacional de los hospitales en nuestro país ha cambiado en los últimos años. Se han venido sumando a la Dirección Médica, Científica y Financiera, unidades de igual importancia, como son la de Abastecimiento, Logística, Capacidad Instalada y Tecnologías de Información. Este cambio en la estructura refleja la importancia que tienen los recursos en la estrategia y en la operación. Volviendo al ejemplo anterior, si el paciente (entrada) requiere ser tratado en una cama determinada, con un medicamento específico y por un médico especialista, y alguno de los anteriores recursos no se encuentra disponible cuando se requiere, es muy probable que el paciente no tenga el desenlace clínico esperado (salida).

El impacto que tienen los recursos sobre el desempeño de los procesos refleja la importancia de la interrelación que debe existir entre las diferentes áreas funcionales del hospital. Si estas no están conectadas entre sí, es muy probable que alguno o varios de los recursos no estén disponibles cuando se requieran para la atención del paciente.

Por esta razón, el gran reto del directivo hospitalario está en garantizar un adecuado match entre demanda (pacientes) y capacidad (recursos). Solo de esta manera se podrán ejecutar adecuadamente los procesos, con el fin de garantizar la entrega de la promesa de valor al paciente (Inalde, 2011), por lo cual recomendamos en este trabajo que debe existir un equilibrio entre la demanda de pacientes y el uso de materiales para su adecuada atención. **(Ver Gráfico).**



Podemos concluir, entonces, que si los hospitales no gestionan adecuadamente la demanda de pacientes (entradas) y su capacidad (recursos) como elementos críticos de la operación, seguirán incurriendo en problemas en la atención al paciente. Esto, sin importar que se encuentren o no certificados y acreditados bajo los estrictos estándares propios del sector salud (inalde, 2011).

12.4 RESULTADOS ESPERADOS AL APLICARSE LA ALTERNATIVA

Las actividades contenidas en el presente trabajo investigativo, están articuladas con las políticas que el Estado ecuatoriano ha establecido en su búsqueda de una sociedad más sana, conjuntamente con la ley de salud y el plan nacional del buen vivir.

En ese sentido, la propuesta se constituye en el principal sustento de las actividades planteadas en este documento

La difusión y consolidación de lo manifestado en este documento, la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales que tiene esta modalidad asistencial, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, priorizan su inclusión en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud junto con la elaboración de

criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión (D&M, 2010).

El objetivo de este trabajo es poner a disposición de los administraciones y profesionales médicos, criterios para profundizar en la generalización de la estructura del área de triaje, contribuyendo a la mejora en las condiciones de **seguridad y calidad** de su práctica, en todas sus dimensiones, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, que realiza el Hospital **de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil**, por lo que esperamos mejores resultados en la atención a los pacientes que concurren a diario a tratarse alguna dolencia física.

13.- BIBLIOGRAFIA

13.1 Referencias Bibliográficas

- Msc .Iván Montalvo Villavalba (2011) El Marco Lógico y La Elaboración de Proyectos de Investigación, Babahoyo – Ecuador.
- Juran J.M. (2010) "La planificación para la calidad". Ediciones Díaz de Santos. Buenos Aires – Argentina
- José Luis Temes Montes. (2002) Editorial Mac Gram Hill Interamericana Gestión Hospitalaria III Edición Lima - Perú.
- P. Andino (2010). La metodología de la Investigación Editorial Kapeluz Guayaquil- Ecuador
- Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública y Gestión Hospitalaria. Maestría en Gestión Hospitalaria. Módulo (2006) “Calidad en la atención en Salud. San Salvador - El Salvador
- W. Soler (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Barcelona – España
- Grupo de Trabajo SEMES- In salud Calidad en los servicios de urgencias. (2001) “Evaluación de la Calidad Asistencial Indicadores de calidad”. Emergencias Madrid – España

- Frenk J. (2012). “ El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México” Acapulco - México
- <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/>
- López, J. (2006) Módulo “Calidad en la atención en Salud. Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina San Salvador- El Salvador (Pág. 203)
- *William J. Meyer (2009)* “Evaluación de la Calidad Asistencial Indicadores de calidad” Grupo de Trabajo SEMES- In salud Calidad en los servicios de urgencias Madrid – España (Pág. 63)
- P. Andino (2010). La metodología de la Investigación Guayaquil. Ecuador (Pág. 35)
- W. Soler (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias(Pág.56)
- Frenk J. (2012).El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México” Acapulco - México (Pág.48)

13.2 LINTOGRAFIA (PAGINA WED).

- Modelos de gestión en las organizaciones de salud - <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329>
- Triage - <http://es.wikipedia.org/wiki/Triage>

- Principales características: Triage -
<http://www.tecnicoemergencias.com/catastrofes/triaje>
- Percepción en la calidad del cuidado en enfermería en hospitalizados -
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_9.pdf
- Elaboración de Marco Teórico -
<http://www.slideshare.net/SasNoizemaker/cmo-elaborar-un-marco-terico>
- Métodos de Investigación -
<http://www.monografias.com/trabajos/metoinves/metoinves.shtml>
- Triage: atención y selección de pacientes –
<http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>
- Triage en urgencias: Facultativa Vs. Enfermería -
file:///C:/Users/cristopher/Downloads/Emergencias-2003_15_3_148-151.pdf
- TRIAGE, ¿qué es, para qué sirve? -
http://redsalud.uc.cl/ucchristus/ServiciosClinicos/Serviciodeurgencia/triage_que_es_para_que_sirve.act
- Calidad de Emergencia -
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Calidad%20en%20emergencia-Revised.pdf>
- Emergency triage/Manchester triage Group; edited By Kevin Mackway-jones, Janet Marsden, Jill Windle. 2nd ed. London BMJ Blackwell 1994.

- <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
- <http://www.aiparalavida.com/noticias/wpcontent/uploads/2012/04/MTS-web.pdf>.
- <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/>
- Hospital de Día: Estándares y Recomendaciones, INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
 - POLÍTICA SOCIAL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL www.msps.es

Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F. (2013). *Valoración de un proyecto de “triage” de urgencias por enfermería en atención primaria* . Obtenido de http://www.researchgate.net/publication/269806043_Valoracin_de_un_proyecto_de_triage_de_urgencias_por_enfermera_en_atencin_primaria

Castillo-Ortega.M. (2011). Actuacion profesional sanitaria en el triaje de accidentes con victimas multiples. Obtenido de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3524/1/Actuacion-profesional-sanitaria-en-el-triaje-de-accidentes-con-victimas-multiples.html>

D&M. (21 de junio de 2010). Obtenido de <http://doctorsandmanagers.com/item.php?id=220&>

DRAE. (2014). Triage. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Triage>

GARCIA-MENDEZ.N. (2014). *TRIAGE EN URGENCIAS*. Obtenido de <https://prezi.com/tjie3qhsuhov/triage-en-urgencias/>

Gonzalez.E. (2008). *TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*. Lima.

- inalde. (2011). Obtenido de <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/>
- Keywords, S. &. (2001). Modelo de gestión. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/4.2.1.html>
- macías-méndez.b, & quiñije-chávez.v. (2009). Rol de la enfermera/o en la atención de los neonatos con sepsis, ingresados en el área de neonatología del hospital sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, en el segundo semestre del 2009. Babahoyo. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/153775046/Tesis-Sepsis-Neonatal#scribd>
- MANCHESTER. (2014). Obtenido de <https://fba-consulting.com/otros#manchester>
- medwave. (2013). Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. Obtenido de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329>
- Prehospitalaria, G. (2015). Triage concepto y definiciones. Obtenido de <http://www.guiaprehospitalaria.com/2015/01/triage-concepto-y-definiciones.html>
- Román.A. (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. CHILE. Obtenido de <http://www.revistabioreview.com/index.php/contenido-editorial/estructura-empresarial/1548-a3n8e32-pag2834-modelos-de-gestion-en-las-organizaciones-de-salud.html>
- San-Navarra.A. (2010). Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
- triage. (2014). QUÉ ES EL TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/usuarios/triage?format=pdf>

Velandia-Escobar.M. (2012). Triage de Urgencia. *encolombia*, 1-212.
Obtenido de <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-51/enfermeria5102-triage/>

Velarde-Jurado.E, & Avila-Figueroa.C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. MEXICO . Obtenido de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=001556

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿De qué manera el modelo de gestión del área de triaje incide en la calidad de la atención de los pacientes de emergencia del Hospital de Especialidades Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, ciudad de Guayaquil.</p>	<p>Determinar el modelo de gestión del área de Triaje y su incidencia en la calidad de atención de los pacientes de emergencia del Hospital de especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.</p>	<p>La aplicación del Modelo de Gestión del área de triaje, fortalece la calidad de atención de los pacientes de la emergencia del Hospital Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil.</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS
<p>¿Cómo proponer criterios institucionales para que el recurso humano asignado al Modelo de Triaje de emergencia cumpla con los intereses y expectativas alineados con los objetivos del servicio de salud?</p>	<p>Determinar los criterios institucionales que aplica el recurso humano asignado al modelo de triaje en la atención de aquellos pacientes que presentan patologías graves frente a aquellos que presentan patologías banales.</p>	<p>Determinado los criterios institucionales que aplica el recurso humano asignado al modelo de triaje de emergencia en la atención de aquellos pacientes que presentan patologías graves frente a aquellos que presentan patologías banales, permitirá que se cumpla con los intereses y expectativas alineados con los objetivos de servicio de salud.</p>

<p>¿Cómo realizar un análisis de la situación que permita conocer las necesidades y prioridades para la gestión de recursos asignables al sistema de triaje?</p>	<p>Realizar un análisis de la situación que permita conocer las necesidades y prioridades para la gestión de recursos asignables al sistema de triaje.</p>	<p>Realizado el análisis de las necesidades y prioridades en la gestión de recursos asignables al sistema de triaje, permitirá una mejor atención a los pacientes de emergencia.</p>
<p>¿Qué tipo de actitud mantiene el personal médico y de enfermería durante la atención de los pacientes del área de triaje en la emergencia del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón?</p>	<p>Identificar el tipo de actitud que mantiene el personal médico y de enfermería durante la atención de los pacientes del área de triaje en la emergencia del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.</p>	<p>Identificado el tipo de actitud del personal médico y de enfermería, permitirá la rapidez en la calidad de atención a los pacientes de emergencia del Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón</p>

Anexo 2.

Operacionalización de las Variables

Concepto	Categoría	Indicadores	Instrumentos
<p>Modelo de gestión?</p> <p>Un modelo hace referencia al arquetipo que, por sus características idóneas, es susceptible de imitación o reproducción. También al esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja.</p> <p>Calidad de atención?</p> <p>Es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativo e innovador, de alto valor agregado que superan las necesidades y expectativas del usuario y de la comunidad.</p>	<p>Administrativo</p> <p>Atención la de emergencia</p> <p>Gestión de la calidad</p>	<p>Clasificación de los pacientes</p> <p>Modelos de gestión</p> <p>Calidad de atención médica.</p>	<p>Registros</p> <p>Estadística</p> <p>Encuestas</p> <p>Monitoreo</p>