

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Escuela de Ciencias Sociales y Humanísticas



**“ANÁLISIS SITUACIONAL DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA DEL
CANTÓN SANTA ELENA, AÑO 2018”**

PROYECTO DE TITULACIÓN

Previa la obtención del Título de:

MAGISTER EN POLÍTICAS Y GESTIÓN PÚBLICA

Presentado por:

JOSÉ FADUL JURADO BAMBINO

JAVIER FERNANDO LECARO PLAZA

Guayaquil – Ecuador

2018

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a las personas son el pilar fundamental de mi vida: Fadul, Alejandro, Kata y Jorge Andrés. Sin ustedes no hubiera llegado tan lejos.

José Fadul Jurado Bambino

A mi hijo Nicolás y a mi esposa Paty, quienes son mi fortaleza para salir adelante.

Javier Fernando Lecaro Plaza

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo de nuestros compañeros, profesores y todo el equipo que conforma la ESPOL, por ayudarnos a cumplir nuestra meta.

José Fadul Jurado Bambino
Javier Fernando Lecaro Plaza

COMITÉ DE EVALUACIÓN



M.Sc. Maria Alejandro Ruano

Presidente del Tribunal



M.Sc. José Luis Castillo

Tutor del Proyecto



M.Sc. Milton Paredes

Evaluador

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este Trabajo de Titulación, corresponde exclusivamente al autor, y al patrimonio intelectual de la misma ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. F. J. B.', is written above a solid horizontal line.

José Fadul Jurado Bambino

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. F. L. P.', is written above a solid horizontal line.

Javier Fernando Lecaro Plaza

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
COMITÉ DE EVALUACIÓN	III
DECLARACIÓN EXPRESA	IV
INDICE GENERAL.....	V
RESUMEN.....	VIII
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Definición del problema.....	1
1.2 Objetivos.	3
1.3 Justificación.	4
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO CONCEPTUAL	7
2.1 El triage.....	7
2.2 Gestión Pública por Resultados.	21
CAPÍTULO III.....	25
3. OBJETO DE ESTUDIO.....	25
3.1 Hospital Público Dr. Liborio Panchana.	25
CAPÍTULO IV	36

4. METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
4.1 Diseño de la investigación.....	36
4.2 Instrumentos de Investigación	37
4.3 Diagnóstico del problema	72
CAPÍTULO V.....	766
5. PROPUESTA DE MEJORA	¡Error! Marcador no definido.
5.1 Plan de Mejora	76
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS	83

RESUMEN

El presente proyecto de titulación busca realizar un análisis situacional del Departamento de Emergencia del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, ubicado en la ciudad de Santa Elena, con la finalidad de identificar las principales variables que afectan la operatividad del sistema de triage y que repercute en una baja percepción de calidad por parte de los beneficiarios del centro de salud.

El triage se le denomina a la clasificación que reciben los pacientes al momento de ingresar por el departamento de urgencia, su objetivo principal es evaluar la llegada de los pacientes con la finalidad de observar el nivel de gravedad o compromiso que posee su vida según sus necesidades, proporcionando un tiempo de espera dentro de la sala y garantizando la vida de los pacientes. Sin embargo, debido a fallas dentro del proceso de evaluación y los tiempos de espera, muchas veces el funcionamiento del triage se ve comprometido y el resultado inquieto a los pacientes, los cuales se encuentran alegando dentro de sala que desean ser atendidos.

A través de diferentes instrumentos de investigación se logró determinar las principales causas que provocaban los colapsos en el área de espera y el mal manejo de los tiempos dentro del Hospital, además que se conoció el protocolo a emplear de acuerdo con los niveles que proporciona el triage Manchester, utilizado en el Hospital Dr. Liborio Panchana.

Finalmente se proponen diversas soluciones a los hallazgos encontrados, además que se crea una matriz de riesgo que evalué las variables de incidencia que comprometen la gestión del triage, con la finalidad de preverlas, e identificar una posible amenazada al proceso de gestión del departamento de Emergencia.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Flujograma de ingreso a emergencia	.....	18
Ilustración 2.	Diagrama de flujo de discriminadores y dolor abdominal del MTS	.....	20
Ilustración 3.	Principios institucionales	.....	29
Ilustración 4.	Organigrama del Hosp. Liborio Panchana	.....	31
Ilustración 5.	Funciones de Organigrama	.....	32
Ilustración 6.	Triage utilizado en Hosp. Liborio Panchana	.....	35
Ilustración 7.	Mapa de actores	.....	39
Ilustración 8.	Rango Etario	.....	55
Ilustración 9.	Identificación de Género	.....	56
Ilustración 10.	Concurrencia a Emergencia	.....	57
Ilustración 11.	Motivo de asistencia a Emergencia	.....	58
Ilustración 12.	Tiempo de espera promedio	.....	60
Ilustración 13.	Interno en el Hosp. Liborio Panchana	.....	61
Ilustración 14.	Motivo de internamiento en Hosp. L. Panchana	.....	63
Ilustración 15.	Patología comprometía la vida	.....	64
Ilustración 16.	Donación de turno en emergencia	.....	65
Ilustración 17.	Colocación de cinta en triage	.....	66
Ilustración 18.	Calificación de atención en Hosp. L. Panchana	.....	67
Ilustración 19.	Seguimiento de personas	.....	69
Ilustración 20.	Diagrama de Ishikawa	.....	72
Ilustración 21.	VARIABLES que afectan al triage	.....	75
Ilustración 22.	Teoría del cambio	.....	77
Ilustración 23.	Criterios de evaluación de riesgos	.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Clasificación MTS	.....	14
Tabla 2.	Población actual de la provincia de Santa Elena	.....	25
Tabla 3.	Especificación de Códigos de Emergencia	.....	34
Tabla 4.	Selección de Entrevistados	.....	40
Tabla 5.	Selección Participantes Focus Group	.....	45
Tabla 6.	Análisis Focus Group	.....	46
Tabla 7.	Población Meta	.....	48
Tabla 8.	Parámetros para determinar tamaño muestral	.....	49
Tabla 9.	Estructura de la encuesta	.....	50
Tabla 10.	Rango etario	.....	54
Tabla 11.	Identificación de Género	.....	55
Tabla 12.	Concurrencia a Emergencia de Hosp. L. Panchana	.....	56
Tabla 13.	Motivo de asistencia a Emergencia	.....	57
Tabla 14.	Tiempo de espera promedio	.....	59
Tabla 15.	Interno en el Hosp. Liborio Panchana	.....	60
Tabla 16.	Motivo de internamiento en Hosp. L. Panchana	.....	62
Tabla 17.	Patología comprometía la vida	.....	63
Tabla 18.	Donación de turno en emergencia	.....	65
Tabla 19.	Colocación de cinta en triage	.....	66
Tabla 20.	Calificación de atención en Hosp. L. Panchana	.....	67
Tabla 21.	Comparativo aplicación triage	.....	68
Tabla 22.	Perfil Socio Económico de usuarios	.....	74
Tabla 23.	Plan de Mejora	.....	76
Tabla 24.	Actividades de riesgo	.....	78
Tabla 25.	Matriz de riesgo	.....	80

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición del problema.

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, a través de las salas de Emergencia de los hospitales, ya que según el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, en su publicación “Unidad de Urgencias Hospitalaria: Estándares y recomendaciones”, las mismas corresponden a ser una unidad intermedia para aquellos pacientes que, tras ser atendidos en la misma, son ingresados en las diversas salas de hospitalización, o en las unidades de cuidados intensivos, aunque también son consideradas una unidad final para quienes son dados de alta luego de haber sido atendidos en la consulta por el médico de guardia. Se pueden considerar a estas salas o unidades como parte del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) ante la presencia de un usuario del sistema de salud que requiera de un tratamiento médico inicial a causa de un variado espectro de enfermedades o lesiones que podrían conllevar a riesgo vital.

La Atención Primaria de Salud (APS), concebida como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y el desarrollo de los sistemas de salud, a tres décadas de la reunión de Alma Ata, toma renovada fuerza con el reconocimiento cada vez más creciente de que los sistemas de salud basados en la APS resultan más equitativos y obtienen mejores resultados en salud (Gómez Jiménez, et al., 2011, p 1).

Asimismo, de acuerdo al Manual para la implementación de un Sistema de Triage para los cuartos de urgencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesaria la implementación de metodologías y herramientas que brinden soporte a las gestiones de los

gerentes hospitalarios que buscan la optimización de servicios de salud, así como la eficiencia en la calidad de los mismos ya que la misión de las máximas autoridades de los nosocomios es mejorar el estado de salud de la ciudadanía.

Santa Elena, es una de las 24 provincias que conforman el Ecuador, se ubica en el occidente del país en la zona del litoral o costa, compuesta por 308.693 habitantes (Resultados del Censo de Población y Vivienda, 2010, p 2) y cuya ciudad capital lleva por nombre el de la misma provincia, Santa Elena; posee diversos atractivos turísticos como lo son Salinas, Montañita, La Libertad entre otros, por ello es principal opción para los ciudadanos de diversas provincias de otras regiones al momento de vacacionar y divertirse, sin embargo, esto también la convierte en un lugar presto a los accidentes de tránsito, disputas entre personas alcoholizadas entre otros hechos característicos de los feriados dentro del país.

El hospital general Dr. Liborio Panchana Sotomayor es un establecimiento público de atención a la salud ubicado en la ciudad de Santa Elena inaugurado el 16 de noviembre del 2011 y es en donde diariamente se atienden personas oriundas del sector, así como de otros aledaños, se ubica en el área de Salud Zonal 5 y fue el segundo hospital público en recibir una acreditación internacional nivel Oro otorgada por Accreditation Canadá International en el año 2014.

El Hospital cuenta con atenciones médicas de hospitalización, emergencias y consulta externa; medicina general, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, odontología, geriatría, rehabilitación, cirugía plástica reconstructiva y psicología. (Hospital General "Dr. Liborio Panchana Sotomayor", 2017)

El departamento de emergencia del centro médico es un establecimiento público de alta demanda por personas que alegan sufrir de una urgencia que amerita de una rápida atención. Desde el momento que un paciente ingresa a una sala alega que su malestar debe ser atendido de

manera rápida sin procedencia a la espera ocasionando la mayoría del tiempo el colapso en el servicio, razón por la cual se procedió a la implementación del triage tipo Manchester para agilizar la prestación y la calidad del servicio.

Luego de algunos años de la implementación del triage en este centro médico, los usuarios siguen presentando quejas ante el nivel de clasificación que brinda el sistema de atención en Emergencia y el tiempo de espera al que deben sujetarse para ser atendidos. Bajo esta problemática, la presente investigación busca analizar la situación de la implementación del triage en esta casa de salud para conocer los beneficios de su utilización y las posibles falencias del mismo con la finalidad de presentar una propuesta de mejora al proceso de atención primaria que brinda el Hospital.

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

- Analizar la situación del proceso de atención del usuario en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor bajo parámetros de implementación del triage Manchester.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Describir operativamente la aplicación del triage Manchester en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

- Determinar la percepción interna y externa de la aplicación del triage Manchester en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
- Realizar una propuesta de mejora operativa para la aplicación del triage Manchester en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

1.3 Justificación.

Los servicios de urgencias en Ecuador vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda. Según datos del Ministerio de Salud Pública para el 2014, los servicios de las áreas de emergencias se han duplicado en comparación al año 2011, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige, a pesar del incremento en la inversión pública de parte del gobierno central en la inauguración de nuevos centros médico de punta a partir del año 2008. Esta problemática se ha presentado, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios propios de centros médicos de hasta el 70% que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costes operativos (MSP, 2011).

Según el Manual en la Implementación del Sistema de Triage en Cuartos de Emergencias publicado por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2011,p3), uno de los avances más significativos de la Medicina y Enfermería de Urgencias en los últimos años ha sido la estructuración y aplicación del triage de urgencias. Existe un consenso generalizado, a escala mundial, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triage estructurado y de la categorización de la urgencia en los cuartos de urgencias. Asimismo,

este sistema de atención prioritaria, en las salas de Emergencia de las casas de salud, se ha convertido en un componente fundamental y en piedra de toque de la gestión clínica de las mismas, del análisis de la casuística y de la comparación entre ellos.

Aunque la implementación de esta estrategia en las áreas de Emergencia, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triage estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobresaturación de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de triage proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cuarto de urgencias en un momento dado.

Por otra parte, al realizarse este trabajo bajo un enfoque a un servicio público dentro de un centro médico que pertenece al sistema salubrista del Ministerio de Salud Pública, este análisis puede brindar una propuesta de mejora de gestión pública en el sector de salud que puede convertirse en una política pública sectorial enfocada a la Atención Primaria.

Realizar análisis situacionales contribuye a mejorar los procesos de toma de decisión, planificación y gerencia en salud. Los que toman decisiones a nivel político y estratégico, los gerentes pueden utilizarlos para la planificación de mejoras, incluyendo la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos que permitan lograr una mejor y eficaz atención en el sistema público de salud, el mismo que podría ser incluido en el sistema privado (USAID, 2007).

La modernización, a través de diversos proyectos, de la administración pública para incrementar la eficacia y eficiencia de su funcionamiento aparecen vinculados a la incorporación

de nuevos sistemas de gestión e indicadores, que de una manera u otra están relacionados con la evaluación de políticas públicas (Esteban, 2005). Estudios como el presente, enfocado al análisis y medición de políticas y procesos internos están asociadas a la Gestión Pública por resultados, que es de gran importancia dentro de la administración pública actual. El Banco Mundial (2008) denomina a la Gestión por Resultados (GPR) como “una orientación de la administración pública, que propone que todos los recursos y esfuerzos del Estado estén dirigidos al logro de resultados, para el bien de la población”.

CAPÍTULO II

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 El triage.

2.1.1 Definición.

La conceptualización del término triage puede ser entendido como la clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes de acuerdo a la publicación “El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias”, realizada por Soler en el año 2010, en la misma que se señala que la palabra triage fue utilizada, inicialmente, en las batallas napoleónicas; es decir que su origen se presenta en Francia, derivado del verbo francés trier = clasificación.

Asimismo, su aplicación en la era moderna, puede ser considerada desde la década de los 60 en los países anglosajones; además, este sistema permite manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos

En sus inicios, como parte de los diversos sistemas de salud, el triage apareció con tres niveles de clasificación; sin embargo, hoy se cuenta con cinco niveles identificados con colores (rojo, naranja, amarillo, verde y azul), y ha permitido una mayor participación de los profesionales de la enfermería, dado que brindan elementos científicos para la toma de decisiones médicas, contribuyendo así a una mayor seguridad para usuarios de las salas de emergencia de los nosocomios (Urrea, et. al, 2010, p.2) .

Entonces, con lo antes expuesto, podemos señalar como parte de las funciones principales del triage:

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.
- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triage estructurado con una amplia implantación, según lo manifestó Viviana Pavlicich en el séptimo congreso de Emergencias y Cuidados Críticos de Argentina, desarrollado en septiembre de 2014:

- La Australian Traige Scale (ATS).
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- El Manchester Traige System (MTS).
- El Emergency Severit Index (ESI).
- El Sistema Español de Triage (SET).

A nivel latinoamericano, la MTS y el SET son los sistemas que han alcanzado mayor difusión, aunque también coexisten con otros modelos propios que han sido mejorados acoplando la realidad del centro médico en que se lo implementa.

2.1.2 Triage como indicador y control de calidad.

Con la aplicación de un sistema clasificación de Emergencia, de manera estructurada, se considera al mismo como un indicador de calidad y relevante frente a la relación riesgo-eficiencia, debido a que esta identificación del paciente, de acuerdo al posible riesgo vital, se considera su “huella digital” dentro de la sala de Emergencia de las casas de salud, ya que así se permite conocer el nivel de urgencia e intensidad del servicio a prestarse.

Gómez (2003) propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de triage implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son:

- El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trían pero se van antes de ser visitados.
- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
- Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación).
- Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triage y que varía entre la atención inmediata

del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

Viviana Pavlicich señaló, en el Congreso, que se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triage estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Sin embargo, de acuerdo a la galena, todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I (Rojo): prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II (Naranja): situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III (Amarillo): urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV (Verde): urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V (Azul): no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de emergencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

2.1.3 Principios del Sistema de Triage.

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triage estructurado y moderno son (Beveridge, 2000; Gómez et al, 2004; Gómez, 2005):

- Sistema de triage de cinco niveles de clasificación, con un programa informático que permita el control de usuarios de los nosocomios dentro y fuera del servicio, así como tiempos de actuación médica.
- Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triage de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Debe ser un modelo de calidad con objetivos operativos vinculados a la atención eficaz y eficiente del usuario, así como fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- No deberá ser discriminador ya que será integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la emergencia del paciente sobre posibles planteamientos profesionales o de estructura.
- El sistema de triage permitirá la integración de un modelo de historia clínica electrónica y será vinculante entre todas las áreas que funcionan en la casa de salud: médica, enfermería y administrativa.

2.1.4 Objetivos del sistema estructurado de triage.

Se consideran como objetivos del Sistema de Clasificación de Emergencias (Gómez, 2004; Felisart, 2001; Chanovas, Campodarve & Tomas, 2007):

- Identificar pacientes que sufren una enfermedad o algún trauma que conlleve a un riesgo vital alto.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de salas de emergencia.
- Permitir la reclasificación continua de los pacientes mediante evaluaciones periódicas durante la estancia en la sala de espera del área de emergencia para evitar que su estado de salud se agrave.
- Permitir un flujo de información continuo hacia los pacientes y sus respectivas familias sobre las necesidades y atenciones dirigidas al mismo.
- Traspasar la información dentro de la misma área de la Sala de Emergencia para brindar el seguimiento respectivo de los pacientes que continúan bajo observación o son considerados para posibles intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones, las mismas que dependen de la evolución del estado de salud de acuerdo a la sintomatología que se presenten.

2.1.5 ¿Quién lleva a cabo el triage?

Existen diversas propuestas sobre quienes deben llevar a cabo el sistema de clasificación de Emergencia o Triage, esto en virtud de que éste no se fundamenta en diagnósticos sino en sintomatología vital como índices de temperatura corporal, frecuencias cardíacas, oxigenación, entre otros que se definen a través de escalas.

De acuerdo la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, en su publicación Revenf (Edición semestral 24, Abril –Septiembre de 2013), el triage es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad.

Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema donostiarra de triage), esto dado que hay usuarios que exigen ser atendidos directamente por un galeno o facultativo de acuerdo a la misma publicación.

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo. Aunque, en este sentido hay estudios concluyen que el triage de enfermería con apoyo médico es más eficiente, sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el “triage avanzado”, en el que el profesional de enfermería

ejecuta un procedimiento o administra una medicación con base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas.

2.1.6 El Sistema de Triage Manchester.

El Sistema de Triage Manchester, conocido también como MTS. Es un sistema que da prioridad a las patologías presentadas por diferentes pacientes dentro de un área de emergencia. Desarrollado por diferentes médicos del área de urgencias de hospitales ubicados en Manchester, como respuesta a la creciente inquietud de los profesionales en dicho ámbito, en los años noventa. Dicho sistema, es basado en las quejas presentadas por el paciente, a quien se le realizan una serie de preguntas puntuales de manera jerarquizadas, las cuales permiten conocer las condiciones de salud del paciente y poder clasificar la emergencia de acuerdo las mismas sobre la patología que pudiera presentar. (TriageManchester, 2017)

Tabla 1. Clasificación MTS.

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

Fuente: MTS: Manchester System Triage.

Elaborado por: Los Autores

2.1.6.1 Justificación de la aplicación del triage en el área de emergencia

Hoy, en día, la mayoría de casas asistenciales de salud cuentan con el sistema del triage, debido a que es la llave de paso a una atención médica especializada y oportuna. El objetivo de asignar, de manera rápida y concisa, la prioridad apropiada a cada paciente, y ubicarlo en un segmento que responda a sus necesidades.

2.1.6.2 Beneficiarios de la aplicación del triage.

La aplicación del protocolo triage no posee beneficios únicamente al paciente, sino, además, a los involucrados en el área de emergencia, así como a la dirección del Hospital donde se lo ejecuta.

Paciente:

- Permite el primer contacto con el personal médico y presta atención a su estado de salud.
- Los pacientes que presentan síntomas de atención prioritaria son atendidos inmediatamente, salvaguardando su integridad física.

Área de Emergencia:

- Proporciona un orden y un ciclo de trabajo a seguir.
- Brinda estadísticas sobre los tiempos trabajados con cada paciente.
- Genera información previa necesaria para brindar atención al usuario.

Dirección Del Hospital

- Brida la realización de controles de calidad del Hospital.
- Proporciona un alto nivel de respuesta según el tipo de paciente que llega para ser atendido.
- Permite crear estrategias en la dirección hospitalaria basándose en las estadísticas adquiridas de la Sala de Emergencias.

2.1.6.3 Métodos de Aplicación del Triage

Los procesos de triage se realizan en cualquier centro de atención médica, así como de la mano de diferentes profesionales de la salud.

Sin embargo, los principales métodos de aplicación son:

Hoja de registro

- Este proceso es casi inexistente en diversas entidades, sin embargo, todavía se lo realiza en aquellas que no pueden adquirir un sistema computarizado que otorgue el registro y apoyo del triage.
- Posee diversas desventajas, como poner en consideración la ecuanimidad de los salubristas sobre la condición de salud del usuario.

Sistemas computarizados

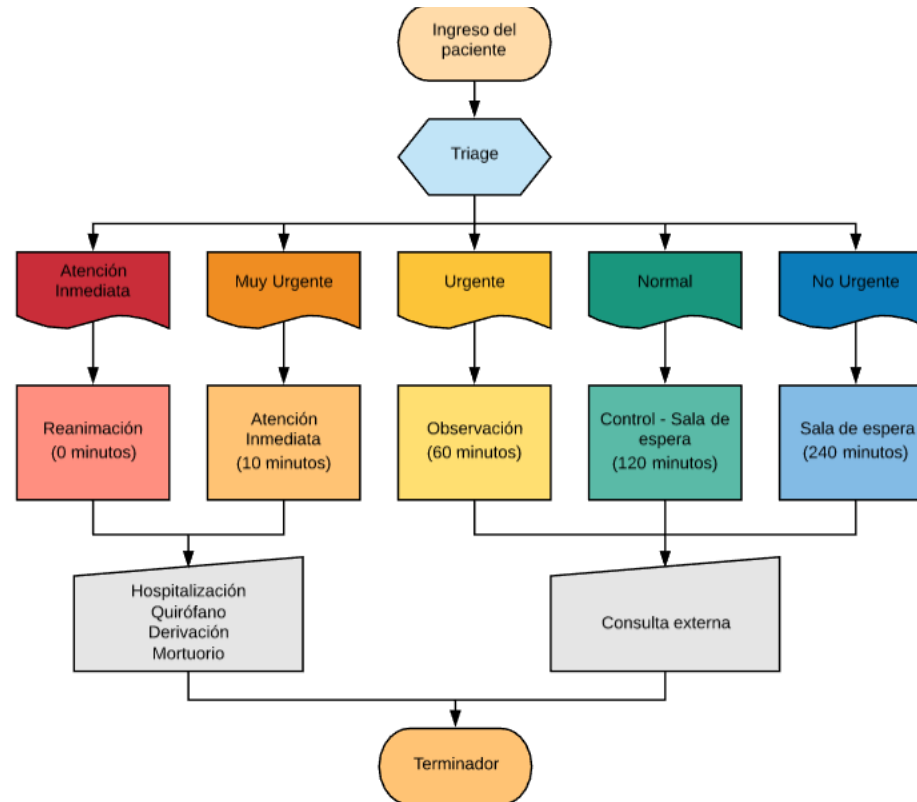
- Es la opción más utilizada a nivel mundial, ya que proporciona una rapidez en la recopilación de datos. Así como un nivel de respuesta inmediato mediante diversos algoritmos que permiten determinar el nivel que tiene el paciente de acuerdo con sus necesidades.

Vía Telefónica

- Se aplica al momento de elegir la disponibilidad en cuanto a los recursos que poseen las entidades hospitalarias, como lo son las ambulancias. En donde se determina a donde deberían ir de acuerdo con la selección proporcionada por el triage.

2.1.6.4 Flujograma de llegada a emergencias

Ilustración 1. Flujograma del ingreso a la sala de emergencias



Fuente: MTS: Manchester System Triage.

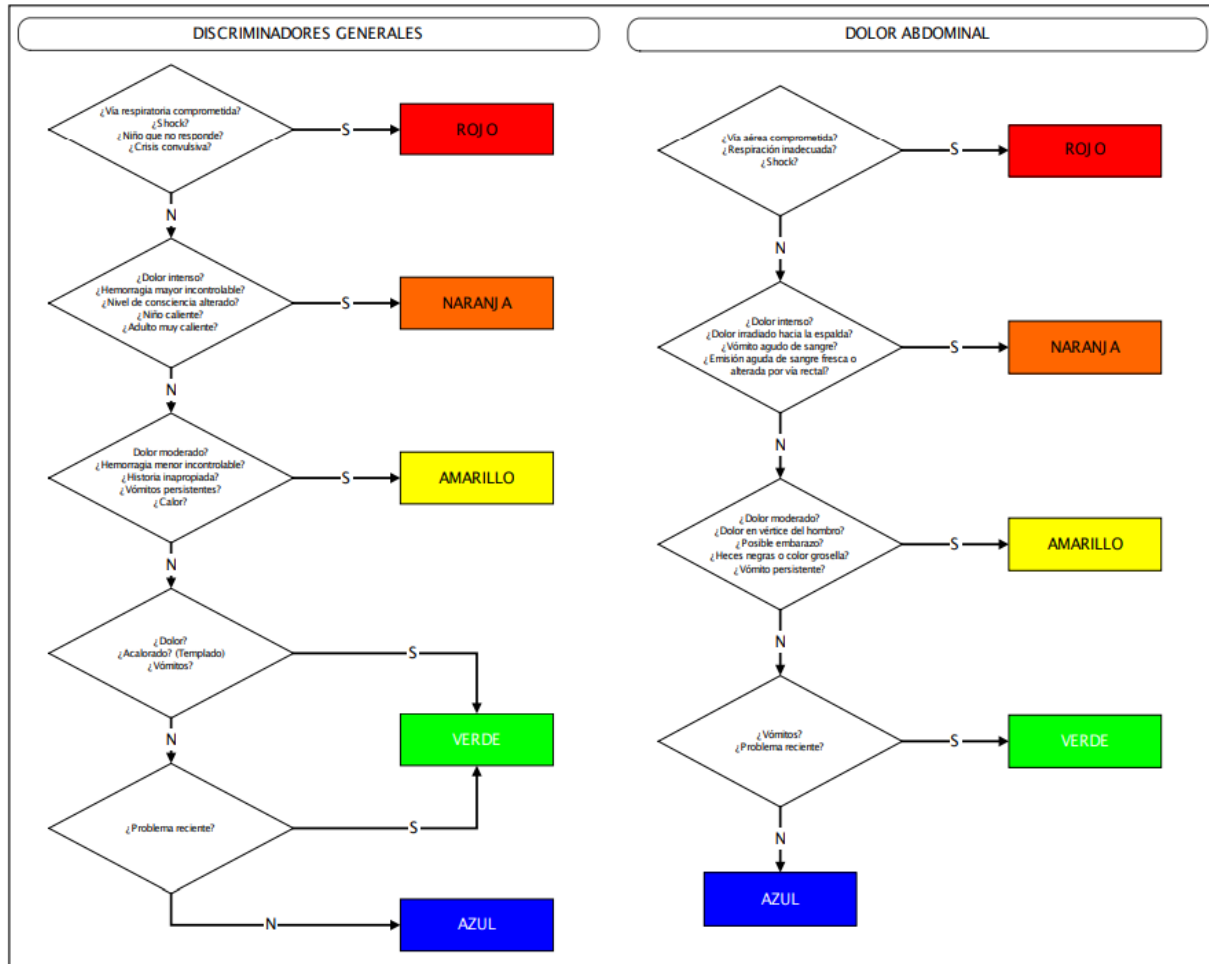
Elaborado por: Los Autores

2.1.6.5 Análisis del MTS.

Existen 52 posibles motivos de consulta, de acuerdo a la escala de clasificación del paciente, las mismas que se pueden agrupar de la siguiente manera: enfermedad, lesión, conducta inusual, niños y catástrofes. Dentro esta preclasificación, cada ítem despliega un flujo de preguntas, lo que permite ingresar al paciente en los códigos del Sistema de Manchester.

Asimismo, dentro de la preclasificación, deben considerarse los siguientes discriminadores: riesgo vital, hemorragia, estado de conciencia, tiempo de evolución, temperatura corporal al momento de que el usuario arribe a la sala de Emergencia. A continuación, en la gráfica se presenta un diagrama de flujo con la utilización de los discriminadores en uno de los 52 casos.

Ilustración 2. Diagrama de flujo de los discriminadores generales y del «dolor abdominal» de MTS.



Fuente: MTS: Manchester System Triage.

Elaborado por: Los Autores.

2.2 Gestión Pública por Resultados.

2.2.1 La gerencia en las organizaciones de la Administración Pública.

El mundo actual, sometido a constantes cambios y situaciones, demanda que las organizaciones tengan la capacidad de adaptarse de manera rápida, lo que conlleva a que las instituciones públicas cambien los modelos de gestión permitiendo así, que éstas puedan responder con eficiencia, eficacia y calidad a las demandas de la nueva sociedad, según el autor Makón (2000).

Con base a lo expuesto en el párrafo anterior, se puede señalar que la gerencia pública se ve en la obligación de elevar los procesos de modernización con el fin de afirmarse como líder y protagonista de las políticas públicas desde el punto de vista estratégico que sea congruente con el plan nacional.

La planificación con rutinas operativas sin innovaciones han agotado el sector público, transformándolo en un sistema burocrático lleno de papeleos y baja calidad, lo que es acompañado por el rol del presupuesto; motivos suficientes para implementar nuevas herramientas de gestión de modernización que permita lograr el equilibrio entre estrategias y presupuestos del Estado

Las principales debilidades se reflejan en la administración en cuanto a la calidad de los servicios, capacidad regulatoria y garante equitativo de oportunidades. Situación que exige al liderazgo de las instituciones públicas “hacer y transformar” hacia el cumplimiento de las formas sobre los resultados; es decir, sentar las bases de un nuevo modelo de gestión que recree el vínculo productivo entre la Alta Dirección y las gerencias operativas.

2.2.2 Aspectos conceptuales.

De acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el año 2010, el modelo que propone la gerencia de fondos públicos está centrada en el cumplimiento fiel de acciones definidas en el plan gubernamental dentro de un lapso establecido; así se permite la evaluación constante de las instituciones que conforman el Estado en materia de políticas públicas.

Según la publicación, Cunill y Ospina, de la año 2008, la discusión de medición del desempeño de la gestión pública, tiene una relevancia enfocada a productos y resultados, siendo las entidades públicas las responsables de dicha producción en la cual se utilizan recursos financieros, humanos y materiales, los mismos que son asignados mediante el presupuesto, y destinados a la consecución de objetivos en beneficio de la ciudadanía de un Estado.

En la misma publicación, encontramos que existen distintas connotaciones en los sistemas de evaluación de productos y resultados, ya que el primero se asocia a procesos continuos; mientras que el segundo está vinculado al ámbito de la institución.

La discusión anterior arroja luz sobre la necesidad de ordenar y focalizar las prioridades de una institución, identificando y jerarquizando procesos, productos y beneficiarios, como una actividad metodológica de apoyo a la definición de indicadores de desempeño gerencial. Así aparece la conveniencia de utilizar la planificación estratégica situacional como un ejercicio sobre el cual se base la implantación de un modelo de gestión por resultados porque permite elaborar acciones estratégicas, vectores de resultado y colocar a la gerencia operativa bajo un arco direccional claro y de mediano plazo (Iacoviello y Pullido, 2008).

Por otro lado, el detectar inconsistencias entre los objetivos de la institución y su operación diaria, requiere de una adecuación de procedimientos internos, lo que conlleva consecuencias, y suele ser necesario rever procedimientos, rutinas operativas e instancias de

coordinación entre distintas áreas de una organización pública, por lo que la reingeniería debe permitir producir cambios en la realización de trabajos que se presentan desde el análisis de los procesos para poder orientarlos al logro de productos prioritarios para el Plan Estratégico; es decir, que se necesita la modernización como una nueva forma de vincular responsabilidades y compromisos adquiridos.

2.2.2.1 Control de Gestión.

La implantación de un modelo de gestión por resultados persigue el objetivo de focalizar la gerencia pública en el control en los resultados y no sólo en los procedimientos. En este marco, los indicadores de resultado se convierten en un insumo central porque permitirán mensurar el logro de los objetivos, metas y resultados alcanzados.

En ese sentido, se requiere diseñar un sistema de control de gestión que monitoree el desarrollo de las operaciones y el desempeño de los gerentes públicos. En virtud de ello, es necesario diseñar e implementar una operación orientada al control de la gestión y del cumplimiento de los resultados.

Dentro de esta operación reconocemos dos etapas, a saber (Makón, 2000):

- Una primera etapa, cuyo objetivo es el monitoreo del avance del Plan mediante indicadores de cumplimiento previamente establecidos. Se establecerán mecanismos de reporte y verificación de resultados alcanzados, de modo de dar por cumplidas las sucesivas fases planteadas, o bien, para implementar las acciones correctivas necesarias. Finalmente se documentarán los procedimientos realizados con el fin de sentar las bases para la segunda etapa.

- En la segunda etapa prevemos transferir, de una manera sistemática, a las líneas gerenciales del organismo la experiencia de los grupos de trabajo en el control de gestión del proyecto. Así, deseamos incidir en la cultura gerencial del organismo en el sentido de incorporar prácticas orientadas a la evaluación permanente de cada uno de los procesos administrados.

CAPÍTULO III

3. OBJETO DE ESTUDIO.

3.1 Hospital Público Dr. Liborio Panchana.

3.1.1 Ubicación Geográfica.

La provincia de Santa Elena cuenta con 3.763 kilómetros cuadrado, representando el 1.46 por ciento del territorio nacional; limita al norte con Manabí, al este y sur con la Guayas y al oeste con el Océano Pacífico, se encuentra dividida políticamente en tres cantones y once parroquias: Santa Elena, que cuenta con 7 parroquias, Salinas, con 3 parroquias y el cantón La Libertad que posee una sola parroquia (Sistema Nacional de Información, 2015).

Para el año 2014, según el INEC se proyecta una población de 350.625, tomando como referencia los datos del último censo de población y vivienda realizado en 2010, según dicho organismo, la densidad poblacional provincial es de 93 habitantes por kilómetro cuadrado, el 64% de los habitantes vive en áreas rurales organizadas en comunas y recintos, mientras que el 36% habita en zonas urbanas, la población por sexo ese de 172.321 mujeres y 178.304 hombres (Sistema Nacional de Información, 2015)

Tabla 2. Población actual de la provincia de Santa Elena

Cantones	Población Total	Mujeres	Hombres
Santa Elena	164.196	80.697	83.499
La Libertad	106.694	52.437	54.257
Salinas	79.734	39.187	40.547
Total	350.625	172.321	178.304

Fuente: Datos Estadísticos de Cobertura INEC - Proyección 2014

Elaborado por: Los Autores

Las principales actividades económicas desarrolladas en la provincia, son el turismo, la pesca y la agricultura, siendo el primer sector el principal polo de desarrollo que ha tenido la península desde mediados del siglo pasado. La pesca se desarrolla alrededor de los puertos de Santa Rosa, Anconcito y Chanduy, en cuanto a la agricultura se destacan los cultivos de ciclo corto, especialmente en las áreas irrigadas por el trasvase del río Daule, la temperatura es agradable la mayor parte del año, aunque en verano puede llegar a menos de 20 grados por el efecto de la corriente fría de Humboldt, la cual transporta aguas frías desde el hemisferio sur (Sistema Nacional de Información, 2015).

La temperatura de la provincia varía entre los 21° y 40°C, con una mínima de 15 grados entre los meses de julio y agosto y una máxima de 39,5 grados en los meses de febrero y marzo. El clima de la provincia de la Santa Elena es árido, tiene dos temporadas, la lluviosa y la seca.

El excelente estado de las carreteras ha permitido un importante desarrollo comercial hacia las diferentes poblaciones de la costa.

3.1.2 Información institucional.

3.1.2.1 Misión de la institución

“Somos una Unidad Hospitalaria que brinda atención con eficiencia, eficacia y excelencia, garantizando la prevención y curación de enfermedades, la rehabilitación de la salud integral impulsando la docencia e investigación para salvaguardar el buen vivir de los usuarios internos y externos”. (Hosp. Dr. Liborio Panchana, 2015)

3.1.2.2 Visión de la institución

Para el 2017, ser el hospital líder en referencia a nivel Zona 5 con capacidad resolutiva para satisfacer las necesidades en salud y poder cumplir con las metas establecidas dentro del marco del Buen Vivir. (Hosp. Dr. Liborio Panchana, 2015)

3.1.2.3 Servicios que presta el Hospital

- Dirección Asistencial del Hospital
- Hospitalización y Consulta Externa
- Traumatología
- Cirugía General
- Medicina Interna
- Pediatría
- Audiología
- Ginecología
- Cardiología
- Urología
- Dermatología
- Psicología Clínica y Terapia de Lenguaje
- Cuidados Intensivos de adultos
- Cuidados Intermedios neonatales
- Cuidados de Enfermería
- Laboratorio
- Imagenología: Rx, Ecografía, Tomografía
- Emergencia

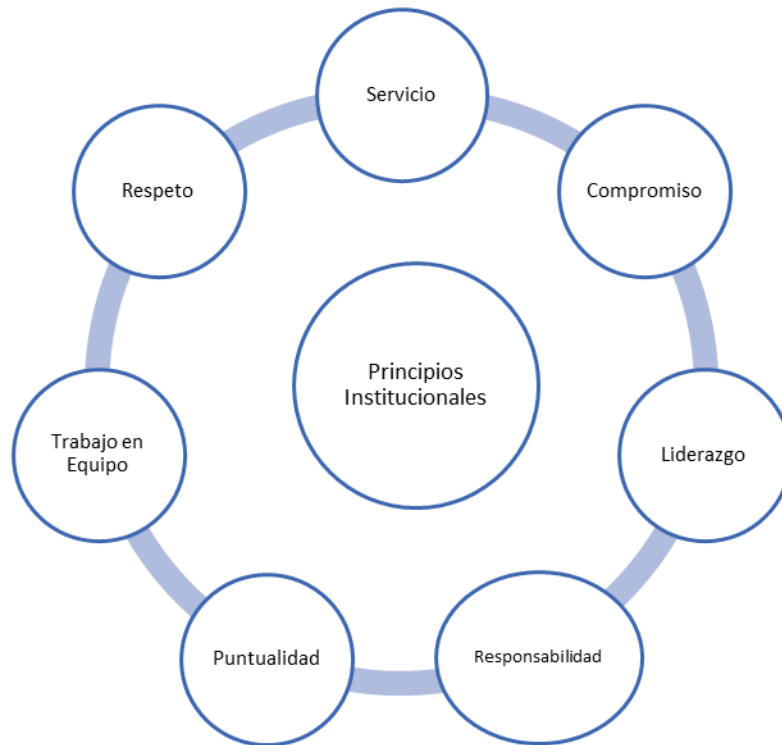
- Farmacia
- Odontología
- Geriatría
- Esterilización
- Docencia e Investigación
- Gerencia del Hospital
- Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión
- Administrativo-Financiero
- Admisiones-Estadística
- Atención al Usuario
- Almacén y Bodegas
- Dormitorios residentes
- Servicios Institucionales
- Sala de Máquinas (Calderos), Generador
- Servicio Técnico (UMAS y Transformadores)
- Activos Fijos
- Talento Humano
- Asesoría Jurídica

3.1.2.4 Principios Institucionales.

Los valores Institucionales están basados en los principios éticos y técnicos de manera que guíen y modelen necesariamente tanto los aspectos de organización como las actividades cotidianas.

Los principios y valores contribuyen a construir un estilo de trabajo de todos los funcionarios, servidores y trabajadores que son parte de la unidad hospitalaria de tal forma que contribuya a construir un estilo de trabajo y establecer un marco de referencia sobre los límites aceptables de la actividad profesional.

Ilustración 3. Principios Institucionales



Fuente: Hospital Liborio Panchana.

Elaborado por: Los Autores

- Servicio

Actitud de servicio para lograr satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los usuarios internos y externos.

- Compromiso

Ofrecer la asistencia en salud con calidad y calidez acorde a las necesidades de la población.

- Liderazgo

Participación proactiva del talento humano del hospital en la búsqueda de soluciones y mejoramiento en la salud.

- Responsabilidad

Dedicación en brindar asistencia en salud bajo los principios de ética y compromiso con la comunidad.

- Puntualidad

Personal diligente en sus actividades y tareas de manera oportuna, precisa y concisa.

- Trabajo en Equipo

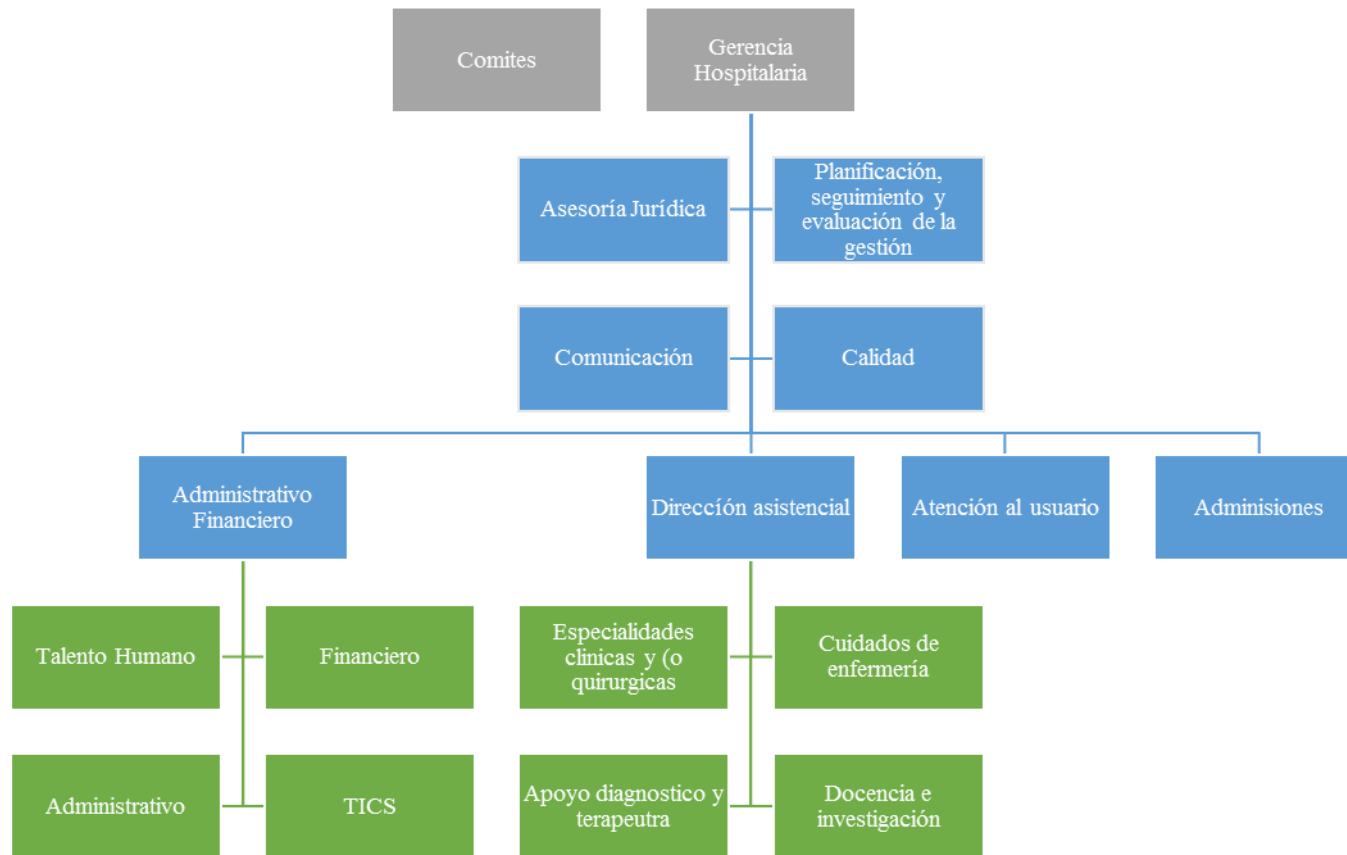
Talento Humano que colabora de manera sinérgica a fin de alcanzar los objetivos planteados para alcanzar la visión del hospital.

- Respeto

Reconocimiento de los intereses y valores de las personas en las relaciones. Trato cordial entre compañeros.

3.1.2.5 Organigrama del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Ilustración 4. Organigrama del Hospital Dr. Liborio Panchana



Fuente: Los Autores

Elaborado por: Los Autores

3.1.2.5.1 Funciones del Organigrama

Ilustración 5. Funciones del Organigrama

Ec. Fadul Jurado Bambino	Gerente Hospitalario
Dra. Verónica Cajas Ávila	Directora Médico Asistencial
Ab. Carla Ochoa Bayas	Asesoría Jurídica
Lcda. María Fernanda Naranjo Morales	Comunicación
Econ. Jacqueline Ramírez Pizarro	Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión
Dra. Aracely Singaicho Paredes	Calidad
Ing. Fabian Madrid Reyes	Talento Humano
Ing. Tatiana Yanza Panchana	Financiero
Ing. Jonathan Morante Borbor	Administrativo
Ing. Lunther Ortiz Vallejo	Tecnología de Información y Comunicación
Dr. Miguel Pazmiño Murillo	Admisiones
Dra. Karina Menoscal Tomalá	Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas
Lcdo. Ahmed Pomares Godinez	Cuidado de Enfermería
Dr. Carlos Jarrín Beltrán	Apoyo y Diagnostico Terapéutico
Psc. Cln. Gabriel Ordoñez Guzman	Docencia e Investigación

Fuente: Hospital Dr. Liborio Panchana

Elaborado por: Los Autores

3.1.5 Información del área de emergencias.

La asistencia promedio de usuarios, en el Hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”:

- Emergencia: 4.939 usuarios promedio mensual
- Consulta Externa: 4.373 usuarios promedio mensual

En la institución laboran, actualmente, labora 506 personas entre personal administrativo y personal médico asistencial, los cuales pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Médicos: 122 en total, de éstos 18 laboran en el área de Emergencia
- Enfermeros: 68, de los cuales 10 se encuentran en el área de Emergencia
- Auxiliares de Enfermería: 106, y de éstos 37 están en el área de Emergencia
- Personal administrativo: 75 funcionarios son personal administrativo

Con relación, a los usuarios externos (pacientes) es menester aclarar, que no sólo corresponde a habitantes de la población de la provincia de Santa Elena, sino que además se atiende a visitantes de la Península.

3.1.5.1 Especificación de códigos de emergencia del Hospital Dr. Liborio

Panchana Sotomayor

Tabla 3. Especificación de códigos de emergencia del Hospital Dr. Liborio Panchana

Código	Patología
A09	Diarrea y gastroenteritis
J03.9	Amigdalitis Aguda
R10.1	Epigastralgia
N39.0	Infección de vías urinarias
T14.9	Traumatismo
J03.8	Faringoamigdalitis
I10x	Hipertensión Arterial
J20.0	Bronquitis Aguda
J02.0	Faringitis Aguda
J00	Rinofaringitis aguda
K35.9	Apendicitis Aguda
J189	Neumonía Aguda
K80	Colelitiasis
O034	Aborto espontaneo incompleto
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido
O021	Aborto retenido diferido
N18.9	Insuficiencia renal crónica
K40.9	Hernia inguinal unilateral
Z34	Supervisión de embarazo normal
Z35	Supervisión de embarazo de alto riesgo
P073	Otros recién nacidos pretérmino
I679	Enfermedad cerebrovascular, no especificada

P229	Dificultad respiratoria del recién nacido.
K74	Fibrosos y cirrosis del hígado

Fuente: Hospital Liborio Panchana.

Elaborado por: Los Autores

3.1.5.2 El uso del triage en el Hospital Dr. Dr. Liborio Panchana Sotomayor, considerando sus tiempos máximos.

Ilustración 6. Triage utilizado del Hospital Liborio Panchana

ROJO	ATENCIÓN INMEDIATA	0 MINUTOS	Crítico 1
NARANJA	MUY URGENTE	10 MINUTOS	Emergencia 2
AMARILLO	URGENTE	60 MINUTOS	Emergencia 3
VERDE	NORMAL	2 HORAS	Estándar 4
AZUL	NO URGENTE	4 HORAS	No Urgente 5

Fuente: Hospital Liborio Panchana.

Elaborado por: Los Autores

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1 Diseño de la investigación

La metodología es la normativa a seguir durante el proyecto, mostrando cuales son las reglas de procedimiento y de esta manera aumentar la probabilidad de éxito de una investigación (Bunge, 1960). Estas reglas no aseguran demostrar una verdad, por el contrario, facilitan la detección de errores. Al momento de concebir la metodología de este proyecto hay que tomar en cuenta que hay distintos tipos de investigación o diferentes enfoques. Cada uno de estos con características esenciales. El presente estudio es de tipo descriptivo.

Como su nombre lo indica, la investigación descriptiva permite describir el modelo metódico las variables de una localidad, contexto o plaza de interés, rescatando las generalidades que contribuyen de manera significativa. (Ávila Baray, 2006). Para el desarrollo del análisis situacional de la aplicación del triage dentro del Hospital Dr. Liborio Panchana es importante documentar la realidad actual del área de emergencias. En esta fase de la investigación se realizará un diagnóstico donde se identificarán los elementos que hoy utiliza el Hospital, especialmente el área de emergencias para su autoevaluación. Esto se hará tomando los indicadores presentados a partir de la información con que cuenta este centro médico.

Se medirá, además, la satisfacción de los usuarios del área de emergencias. Por esto, primero se identificará a sus usuarios y luego se procederá a la recopilación de información. Estas averiguaciones serán recopiladas a través de encuestas de manera aleatoria dentro del área de emergencias con una muestra que se determinará más adelante, siempre tratando que el error sea mínimo. Toda esta documentación se tabulará en un sistema de información estadístico donde se podrán obtener resultados los cuales se analizarán.

Particularmente, se podrá enunciar los resultados que arroje el uso del triage dentro del área de emergencias y relacionarlos con la satisfacción de los usuarios. De esta manera la variable independiente será el uso del triage y todo lo que conlleva eso, como mejoras en la gestión, medidas de autoevaluación, indicadores, etc. Por otra parte, la satisfacción de los usuarios del área de emergencias será la variable dependiente. Estos resultados se plasmarán, para su mejor explicación, en tablas de frecuencia, gráficos e histogramas.

Se busca explicar de mejor manera cuales son los factores que afectan y en qué medida a la variable dependiente. Uno de estos factores a analizar son los actores involucrados del área de emergencias del Hospital. Al ser el triage una especie de solución o alternativa al caos en la atención de atención primaria, se descubrirá si esta finalidad se está cumpliendo.

Finalmente, mediante la triangulación, se busca validar la información recopilada y plasmarla dentro de una propuesta de mejora que contenga todos los elementos a considerar con cada uno de sus riesgos y limitantes a la hora de implementarlos.

4.2 Instrumentos de Investigación

4.2.1 La entrevista

Las entrevistas son consideradas conversaciones, entre dos interlocutores, en las cuales se plantean preguntas para escuchar respuestas (Denzin y Lincoln, 2005, p643). Una entrevista puede durar de 30 minutos a más de una hora, primero se empieza haciendo una pregunta en general y luego se anima al entrevistado a hablar libremente, la indagación es sumamente importante para obtener respuestas con significado y descubrir temas ocultos (Malhotra,2008, p148).

4.2.1.1 Mapeo de los actores

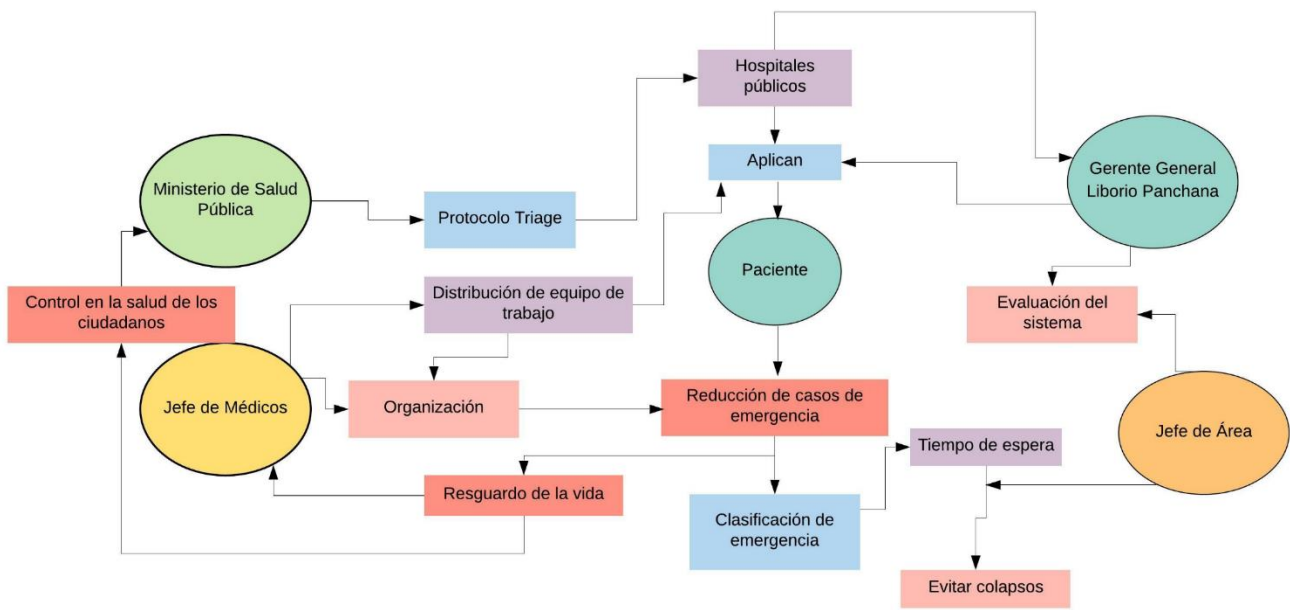
El mapeo de actores es conocido, además, como mapas sociales o sociogramas. Tienen por objetivo hacer una lista de los actores o involucrados principales dentro de un escenario, además de poder conocer el papel que estos desempeñan. (Tapella, 2011).

Como se puede visualizar en la siguiente ilustración, los actores claves del presente documento son: El Ministerio De Salud Pública, como ente regulador de todas las Entidades que proporcionan servicios de salud a nivel Nacional, el Gerente General, Jefe de Área y Jefe de Médicos del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, y los pacientes, actores claves por los cuales se presenta el servicio.

Una vez identificados los actores claves que emergen dentro de las operaciones del Departamento de Emergencia del Hospital Dr. Liborio Pachana Sotomayor, se procede a identificar el tipo de entrevista y la estructura más idónea de la misma con la finalidad de recopilar la información necesaria.

- Mapeo de actores

Ilustración 7. Mapa de actores



Elaborado por: Los Autores.

4.2.1.2 Selección de los informantes.

Con la finalidad de realizar la presente investigación y tomando al mapeo de actores como principal insumo de selección de informantes, se determinaron a los siguientes invitados con los siguientes temas a tratar en cada entrevista.

Tabla 4. Selección de entrevistados

Informante	Elemento	Información necesaria
1	Jefe de médicos Dra. Verónica Cajas	Capacitación al personal sobre el triage Enfermedades comúnmente atendidas en emergencias. Recurso humano del área de emergencias. Aplicación del triage.
2	Jefe de área Dra. Karina Menoscal	Usuarios atendidos. Aplicación del triage.
3	Gerente General Eco. Fadul Jurado	Aplicación del triage. Posibles mejoras.

Elaborado por: Los Autores.

4.2.2.4 Análisis de las Entrevistas

- *Jefe de Médicos.*
 - ¿Cómo se capacita al personal médico frente al protocolo del triage Manchester?
 - 1.- Se realiza planificación por guardia
 - 2.- Se adiestra y capacita su base a los colores de atención y las patologías que pertenecen a cada código de color.
 - ¿Cuáles son las enfermedades más comunes por las que ingresan al área de emergencia?
 - 1.- Enfermedades respiratorias.

2.- Enfermedades diarreicas.

3.- Crisis hipertensivas.

4.- Traumas.

(Se han atendido aproximadamente en enero 4909 pacientes).

○ ¿Cuántos médicos atienden en el área de emergencia?

1.- Responsable de emergencia (8h).

2.- Responsable de guardia.

3.- Cuatro médicos generales, triage y observación.

4.- Pediatría: 1 jefe de Pediatría y 1 de Triage.

5.- Ginecología: 1 jefe de Ginecología, 1 obstetra y 2 médicos generales.

○ ¿Qué beneficios ha aportado el protocolo Triage desde su implementación al Hospital Dr. Dr. Liborio Panchana?

1.- Priorización de atención por patología.

2.- Optimización de tiempos de espera.

3.- Orden (organización de pacientes).

4.-Identificación oportuna de patología.

○ ¿Considera que el personal médico del Hospital realiza mejor sus actividades después de la implementación del protocolo triage?

Definitivamente, ya que la identificación oportuna de pacientes y priorización de atención permite efectuar una atención con calidad y seguridad del paciente.

○ ¿Considera que el sistema de atención conocido como triage, necesita mejoras?

Podría mejorarse en los tiempos de atención, es decir disminuir los mismos para los códigos azules y verdes.

- *Jefe de Área*

- ¿Cuántas personas son atendidas diariamente a través del Departamento de Emergencia?

Enero 2018, promedio diario 136. Del número total de personas atendidas, ¿cuántas corresponden a los niveles del Protocolo de Triage Manchester?

Enero 4909 pacientes

- 1.- Crítico: 51
- 2.- Emergencia-2: 454
- 3.- Emergencia-3: 3190
- 4.- Estándar: 1121
- 5.-No Urgente: 93

- ¿Bajo qué parámetros se evalúan a los pacientes que ingresan al área de emergencia?

Bajo un cuadro establecido de enfermedades para poder realizar el triage de Manchester?

- ¿Ha sido el triage de Manchester una ventaja o desventaja en la implementación de atención en el área de Emergencias?

El triage de Manchester es una ventaja desde el punto de vista médico, ya que permite brindar atención prioritaria a quienes tienen riesgo vital. Sin embargo, presenta una desventaja externa: la impaciencia de las personas cuyo malestar puede ser atendido en centros de salud.

- Si un paciente es derivado de otro hospital y trae una evaluación de Triage del primer hospital, ¿se vuelve a realizar otra dentro del DR. Dr. Liborio Panchana?

Sí debe de ser, ya que los signos vitales o diagnósticos pueden cambiar.

- *Gerente General*

- ¿Cuánto tiempo tiene la implementación del triage dentro del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

Aproximadamente más de dos años (mayo 2015).

- ¿Cuáles son los cambios más notables que se han presentado desde su implementación?

Establecer normas y procedimientos en el área y brindar una atención médica adecuada y oportuna según la clasificación de urgencias y emergencias de manera ordenada.

- ¿Cuáles cree que son las debilidades del protocolo triage actualmente implementado en las Salas de Emergencia del Hospital?

Las debilidades presentadas actualmente son los tiempos de espera según la clasificación, debido a la gran concurrencia de pacientes en el área de manera diaria.

- ¿Han existido beneficios económicos después de la implementación del triage dentro del hospital?

Gracias al sistema SAIS que se implementó en el hospital, se han obtenido beneficios económicos en lo que respecta a formulario de admisiones, de atención, recetas médicas, entre otros.

- ¿El protocolo de triage es implementado a través de un programa computarizado o se lo realiza por medio del juzgamiento del médico responsable?

El protocolo de triage lo realiza el personal médico de salud designado para esta actividad y posterior a éste es ingresado al sistema computarizado (SAIS).

- ¿Qué entidades regulan las actividades realizadas dentro del área de Emergencia del Hospital?

Las unidades que regulan cada una de las actividades hospitalarias son:

La Coordinación Zonal de Salud y Planta Central de MSP.

4.2.2 Focus Group.

Es un método o forma de recolectar información necesaria para una investigación, que consiste en reunir a un pequeño grupo de entre 5 a 12 personas con el fin de contestar preguntas y generar una discusión en torno a, por ejemplo, cualquier tipo de producto, servicio, idea, publicidad, etc; en un Focus Group las preguntas son respondidas por la interacción del grupo de forma dinámica.

4.2.2.1 Selección del informante.

Con el objetivo de validar la información presentada en este proyecto de investigación, y basados en el mapeo de actores así como partiendo de la cantidad de personal que labora en

la institución sobre todo en el área de Emergencia se pudo identificar a las siguientes personas para participar en el Focus Group:

Tabla 5. Selección de entrevistados Focus Group

Informante	Elemento	Información necesaria
1	Jefe de Emergencia Dr. Ricardo Yoncón	<p>Usuarios atendidos.</p> <p>Aplicación del triage.</p> <p>Posibles mejoras.</p>
2	Jefe de Enfermeras de Emergencia Lcda. Andrea Reyes	
3	Auxiliar de Enfermería Srta. Sandra Ramos	
4	Médico de guardia en Emergencia Dr. Kleyner Domínguez	
5	Personal de atención al usuario en el área de Emergencia Sr Xavier Cabada	

Elaborado por: Los Autores.

4.2.2.2 Estructura del Focus Group.

Dentro de la estructura del Focus Group, se ha considerado enfocar las preguntas con base a la experiencia de los miembros del área de Emergencia sobre su aplicación enfocándose a reconocer posibles fallas y cómo llegar a una solución de las mismas.

Número de participantes: 5 (dos hombres y tres mujeres)

Determinar los factores más importantes relacionados con la experiencia de aplicación del sistema de triage en la sala de Emergencia del Hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”

4.2.2.3 Análisis de Resultados del Focus Group.

Item	Planteamiento	Análisis
1	Percepción sobre la aplicación del sistema de triage	<p>“Mejora los tiempos de atención”</p> <p>El personal que labora en el área de Emergencia explicó que les permite brindar atención oportuna a aquellos pacientes que presentan riesgos vitales.</p>
2	Posibles fallas que presenta el sistema de triage	<p>“Los ciudadanos desconocen el sistema y son impacientes; además los Centros de Salud no cumplen con su trabajo”</p> <p>Las posibles fallas que presenta el sistema de triage corresponden a factores externos que afectan la imagen de la institución.</p>
3	Soluciones a posibles fallas en el sistema de triage	<p>“Que los centros de salud hagan bien las referencias y que se brinde mayor difusión al sistema de triage hacia la ciudadanía”</p> <p>Los cinco profesionales coincidieron en que, pese a los</p>

		esfuerzos del personal por explicar a los ciudadanos que acuden a la Emergencia sobre el triage y sus colores, es necesario generar una campaña conjunta entre centros de salud y la institución sobre la aplicación del mismo, además de necesitar un cambio de actitud en los ciudadanos.
4	Conocimiento ciudadano sobre el triage	<p>“Más que el desconocimiento, influye que no tienen paciencia y no reconocen que una persona pueda encontrarse con riesgo vital”</p> <p>Si bien, a los usuarios se les explica el sistema de triaje, en su mayoría no aceptan que la atención se brinda de acuerdo a la evolución del estado de salud sino que consideran que la atención debe ser por orden de llegada y no por prioridad vital.</p>

Tabla 6. Análisis de Focus Group

Elaborado por: Los Autores.

4.2.3 Cuestionario o encuesta.

En este trabajo de investigación dentro de la investigación concluyente se decidió realizar una investigación descriptiva por medio de la técnica de la encuesta personal. De esta manera se va obtener información del grupo de estudio en este caso los usuarios del área de emergencias.

Se busca con estas encuestas generar conocimiento por medio de la recopilación, análisis, e interpretación de los datos para de esta manera llegar a la efectiva toma de decisiones (Hair, 2009).

Se logrará conocer el aspecto demográfico de los encuestados, cuál es su opinión sobre los servicios directos entregados por el área de emergencias y sus percepción sobre aspectos que involucran la aplicación del triage por parte de los encuestados.

4.2.3.1 Selección del informante.

- Definición de la población objetivo.

La población meta de este trabajo se definió de la siguiente manera:

Tabla 7. Población meta.

Elemento	Los usuarios del área de emergencias del Hospital Liborio Panchana.
Unidad de muestreo	Al ser posible alcanzar directamente a nuestro elemento, nuestra unidad de muestreo es la misma que el elemento
Alcance geográfico	Las instalaciones del área de emergencias del Hospital.
Tiempo de recolección	Se realizó en 10 días hábiles diferentes, entre 03 al 05 de enero, 15 al 19 de enero y, 25 al 26 de enero del 2018.

Elaborado por: Los Autores

- Determinación del marco muestral.

Como si existe una base de datos exacta de los usuarios del área de emergencias del centro médico, que son parte de nuestra población objetivo a nuestro alcance, no es necesario detallar características de los usuarios para identificar la población meta.

- Técnica de muestreo.

Este trabajo de titulación siguió las directrices de un muestreo no probabilístico porque en este caso el investigador usará el juicio personal para determinar los elementos de la muestra. La técnica escogida dentro del muestreo no probabilístico fue la del muestreo por juicio, ya que la potestad de selección de los futuros encuestados pertenece al encuestador. Esto permite poder elegir a los encuestados que representen de mejor manera la población que se está estudiando.

- Tamaño de la muestra.

El tamaño muestras se obtendrá gracias al método del tamaño de muestra a partir de intervalos de confianza. Lo siguiente a realizar sería: determinar el nivel de precisión y el nivel de confianza, hallar el valor “z” asociado y determinar las proporciones muestrales.

Tabla 8. Parámetros para determinar tamaño muestral

Parámetros	Valor
Nivel de precisión	5%
Nivel de confianza	95%
Valor “z” asociado con el nivel de confianza	1.96
Proporciones muestrales	P: 0.7 y Q: 0.3

Elaborado por: Los Autores.

El error máximo permitido en el cálculo será conocido como nivel de precisión, mientras que el nivel de confianza es una variable probable que el parámetro de la población esté en el intervalo de confianza.

$$\text{Nivel de Precisión} = Z \frac{\alpha}{2} \sqrt{\frac{p+q}{n} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}} \longrightarrow \text{Factor corrector de población finita}$$

Sin embargo, existe otra fórmula para la obtención de la muestra la misma que corresponde a:

$$No = \frac{Z^2 * P * Q}{e^2} = \frac{1,96^2 * 0,7 * 0,3}{0,05^2} = 322$$

Es necesario efectuar 322 encuestas para que la muestra represente significativamente a la población atendida en el Hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”

4.2.3.2 Información necesaria.

La encuesta que se realizará en este trabajo está estructurada de tal manera que se podrá saber cuál es la satisfacción y percepción de los usuarios del área de emergencias con respecto a la aplicación del triage.

Para poder descubrir esto, antes se deberá descubrir la opinión de los usuarios con respecto a los servicios entregados por el área de emergencias ya sean estos entregados directamente o por terceros y la situación demográfica de los usuarios para un mejor análisis.

4.2.3.3 Estructura de la encuesta.

El formulario tipo encuesta con el cual se obtuvo la información necesaria está estructurada de la siguiente manera:

Tabla 9. Estructura de la encuesta

Tipo de pregunta	# de preguntas dentro de la encuesta
Preguntas dicotómicas	5
Preguntas de opción múltiple	3
Escalas	3

Elaborado por: Los Autores.

4.2.3.4 Formato de la encuesta.

El formulario tipo encuesta comenzaba con un encabezado que contaba con los logos de la universidad Escuela Superior Politécnica del Litoral y de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas, además de una pequeña orden a la cual seguir en la encuesta.



La presente encuesta se la realiza con fines académicos para la presentación de la tesis de grado en la obtención del título de Magister en Políticas Y Gestión Pública por parte de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL), y tiene por objetivo conocer un poco más el funcionamiento del área de emergencia del Hospital público “Dr. Dr. Liborio Panchana Sotomayor”

1. Por favor, indique su rango de edad:

- 18 a 25 años
- 26 a 40 años
- 41 años 60 años
- 61 años en adelante

2. Por favor, indique su género:

- Masculino
- Femenino
- Prefiere no identificar

3. ¿Usted ha sido atendido en el hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”?

- Si
- No

4. ¿Cuál ha sido el motivo por el cual recibió atención ambulatoria en departamento de emergencias del

Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

- Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso
- Amigdalitis Aguda
- Epigastralgia
- Infección de vías urinarias
- Traumatismo
- Faringoamigdalitis
- Hipertensión arterial
- Bronquitis aguda
- Faringitis aguda no especificada
- Rinofaringitis aguda
- Otros

5. ¿Cuál ha sido el tiempo promedio que ha tenido que esperar para ser atendido?

- 0 a 30 minutos
- 31 a 50 minutos
- 51 a 70 minutos
- 71 a 90 minutos
- Mayor a 90 minutos

6. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida durante su periodo de hospitalización en el Hospital Dr.

Liborio Panchana Sotomayor?

- Pésimo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Satisfactorio

7. ¿Cuál ha sido la razón por la cual ha sido hospitalizado en el Hospital Público Dr. Liborio Panchana

Sotomayor?

- Apendicitis aguda, no especificada
- Neumonía, no especificada
- Colelitiasis
- Aborto espontaneo: incompleto, sin complicación
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Aborto retenido O diferido
- Insuficiencia renal crónica, no especificada
- Hernia inguinal unilateral o no especificada, K810 - Colecistitis aguda
- Otros

8. ¿Considera usted que la razón por la cual asistió al departamento de emergencias del el Hospital

Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor comprometía su vida?

- Si
 - No
9. En el hipotético caso de que después a su llegada al departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor, ¿sabe usted que si llegara una persona que presentara riesgo vital , será atendido antes de usted? Con el fin de ayudar a la persona recién llegada.
- Si
 - No
10. ¿Qué color de cinta se le colocó al momento de la inspección previa al a su llegada al departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?
- Rojo (Atención de forma inmediata)
 - Naranja (Atención en un lapso entre 10 y 15 minutos)
 - Amarillo (Atención máximo en 60 minutos)
 - Verde (Atención en un lapso no mayor a dos horas)
 - Azul (Atención en un lapso no mayor a cuatro horas)
11. ¿Cómo califica la atención del personal por el que fue atendido en el departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?
- Malo
 - Regular
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Excelente

¡Muchas gracias por su tiempo!

4.2.3.5 Resultados de la encuesta.

Pregunta 1. Por favor, indique su rango de edad

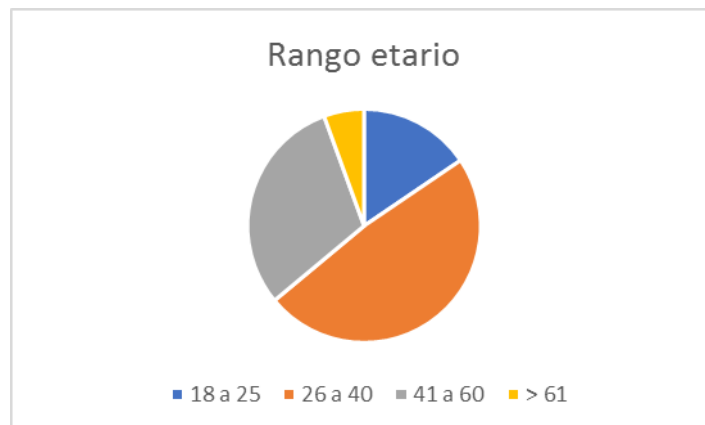
De las 322 personas encuestadas 156 personas se encuentran en el rango etario comprendido entre los 26 a 40 años, el 5,59% corresponde a adultos mayores; mientras que el 30.44% se encuentra ubicado en el rango de 41 a 60 años; y el 15.53% a persona entre los 18 y 25 años.

Tabla 10. Rango Etario

Variable	Frecuencia	Porcentaje
18 a 25	50	15,53%
26 a 40	156	48,45%
41 a 60	98	30,44%
> 61	18	5,59%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 8. Rango Etario



Elaborado por: Los Autores

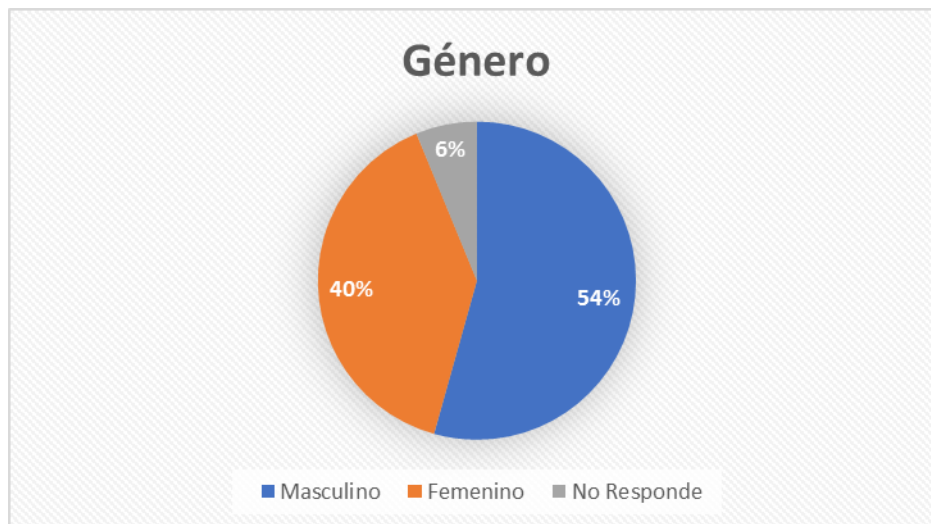
Pregunta 2. Por favor, indique su género:

De las 322 personas encuestadas 20 prefirieron no identificar su género, mientras que el 54,35% se calificó como género masculino y, el 39,44% se autodefine como género femenino.

Tabla 11. Identificación de género de usuarios.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	175	54,34%
Femenino	127	39,44%
Femenino	20	6,21%
Total	322	100%

Ilustración 9. Identificación de Género de usuarios



Pregunta 3. ¿Usted ha sido atendido en el hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”?

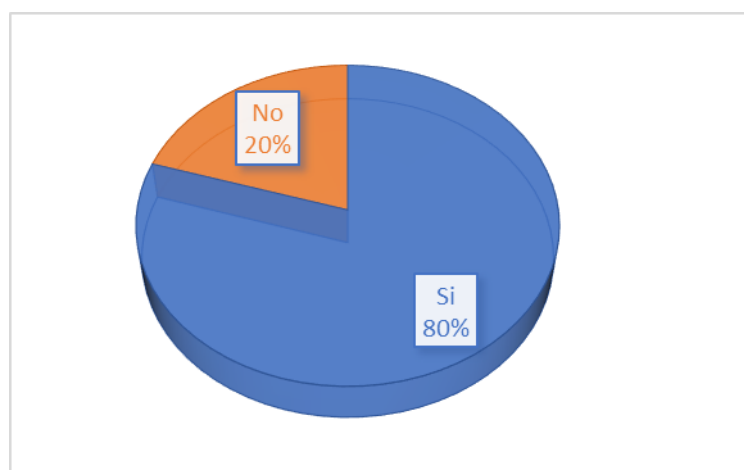
De las 322 personas encuestadas 257 respondieron que al menos en una ocasión han asistido al área de emergencia del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor representando el 80% de la muestra total, un 20% dijo no haberlo visitado nunca.

Tabla 12. Concurrencia al Departamento de Emergencias Dr. Liborio Panchana.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	257	80%
No	65	20%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 10. Concurrencia al Departamento de Emergencias Dr. Liborio Panchana



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 4 ¿Cuál ha sido el motivo por el cual ha asistido al departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

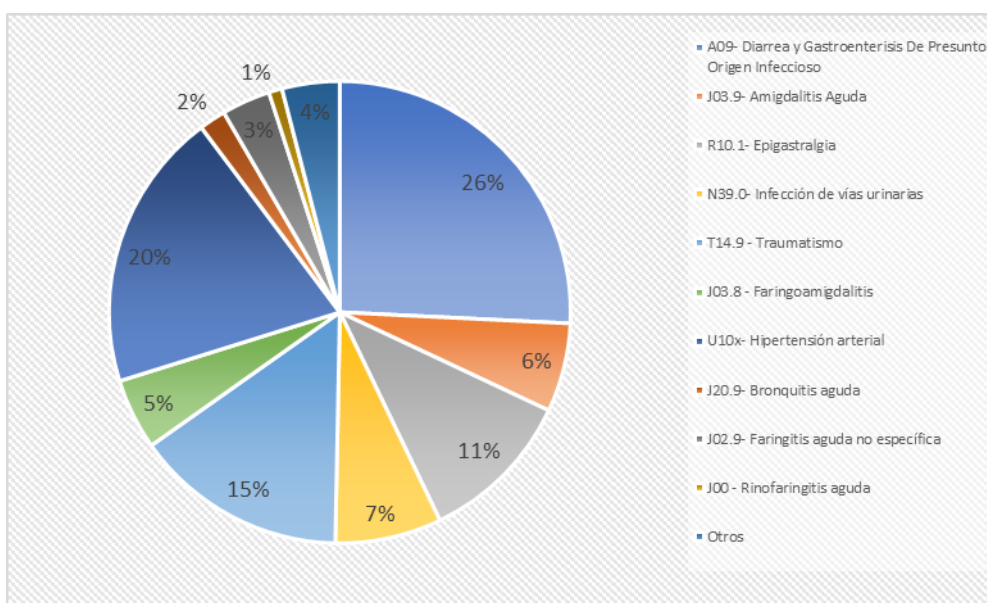
Los casos más comunes por los cuales las personas encuestadas asistieron al departamento de emergencia del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor fueron por diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y presión arterial alta con un 26% y 20% respectivamente del número total de personas encuestadas, seguidos con un 15% por personas que presentan traumatismos, 11% epigastralgia, 7% infección de vías urinarias, 6% amigdalitis aguda, 5% faringoamigdalitis, 3% faringitis aguda no especificada, 2% bronquitis aguda, 1% rinofaringitis aguda y finalmente un 4% corresponde a enfermedades diferentes a las antes mencionadas.

Tabla 13. Motivo de asistencia a emergencia del Hospital Dr. Liborio Panchana

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	83	26%
Amigdalitis Aguda	20	6%
Epigastralgia	35	11%
Infección de vías urinarias	24	7%
Traumatismo	48	15%
Faringoamigdalitis	16	5%
Hipertensión arterial	63	20%
Bronquitis aguda	6	2%
Faringitis aguda no específica	11	3%
Rinofaringitis aguda	3	1%
Otros	13	4%
	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 11. Motivo de asistencia a emergencia del Hospital Dr. Liborio Panchana



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 5. ¿Cuál ha sido el tiempo promedio que ha tenido que esperar para ser atendido?

El tiempo promedio para ser atendido de acuerdo con las personas encuestadas es de 51 a 70 minutos con un 40%, seguido de 31 a 50 minutos con un 21%, 50 personas ocupando el 16% argumentan que han tenido que esperar de 0 a 30 minutos para ser atendidos mientras el 19% indica que han esperado entre 71 a 90 minutos, un 4% indica que el tiempo ha sido mayor al 90 minuto en espera de atención.

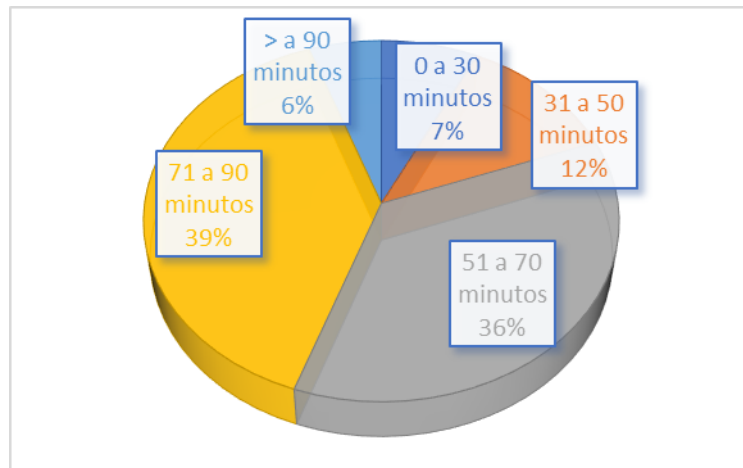
Tabla 14. Tiempo de espera promedio en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 a 30 minutos	24	7,5%
31 a 50 minutos	40	12,4%

51 a 70 minutos	120	37,3%
71 a 90 minutos	130	40,4%
> a 90 minutos	18	5,6%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 12. Tiempo de espera promedio en el área de emergencias del Hospital Dr. Liborio



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 6. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida durante su periodo de hospitalización en el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

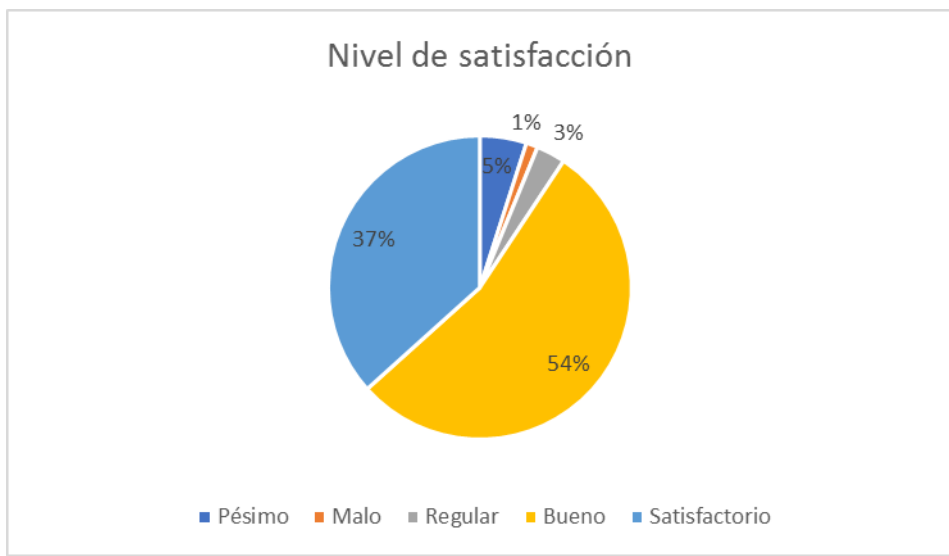
El porcentaje de personas que sí están satisfechas con la atención brindada por el personal del nosocomio corresponde al 36,65%; mientras que el 4,97% considera que el servicio debe ser mejorado. El 54,04% establece que están de acuerdo con el servicio, y el 3,11% plantea algunas correcciones.

Tabla 15. Interno en el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pésimo	16	4,97%
Malo	4	1,24%
Regular	10	3,11%
Bueno	174	54,04%
Satisfactorio	118	36,65%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 13. Interno en el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 7. ¿Cuál ha sido la razón por la cual ha sido hospitalizado en el Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

El 28% de personas internadas de urgencia responde a apendicitis aguda no especificada seguido del 22% con diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, un

16% de mujeres han sido asistidas con un aborto espontaneo incompleto sin complicaciones frente a un 8% que ha sufrido un aborto retenido o diferido, la insuficiencia renal crónica no especifica el 3% y las hernias inguinales unilaterales o no especificas un 5%.

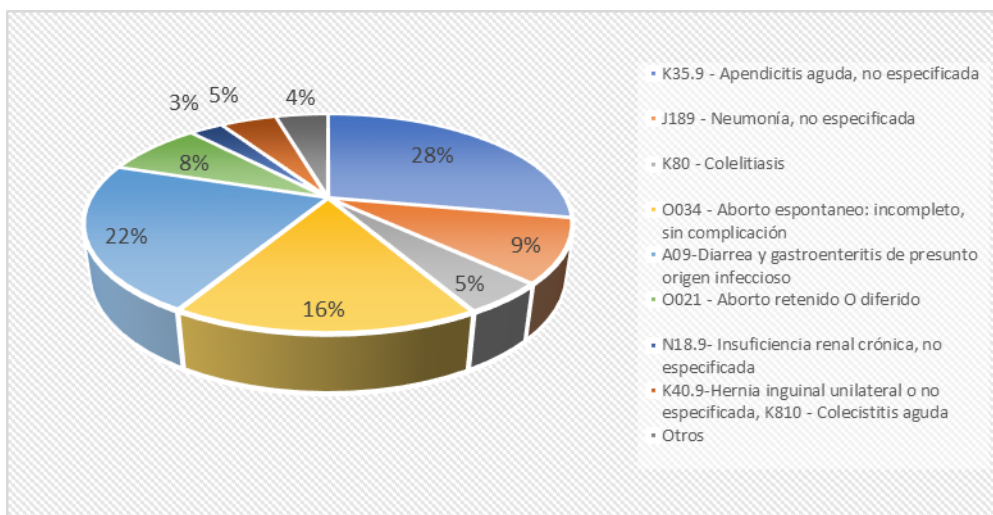
Es importante mencionar que los casos presentados por diarreas o vómitos han sido internados se debe al presentarse cuadros severos de deshidratación y su paso por el Hospital no compromete más de unas horas de atención, en comparación con las patologías que terminan en operaciones como son los casos de los abortos y las apendicitis.

Tabla 16. Motivo de internamiento en el Hospital Dr. Liborio Panchana

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis aguda, no especificada	90	28%
Neumonía, no especificada	30	9%
Colelitiasis	15	5%
Aborto espontaneo: incompleto, sin complicación	53	16%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	70	22%
Aborto retenido O diferido	26	8%
Insuficiencia renal crónica, no especificada	9	3%
Hernia inguinal unilateral o no especificada, K810 - Colecistitis aguda	15	5%
Otros	14	4%
Total	322	10%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 14. Motivo de internamiento en el Hospital Dr. Liborio Panchana



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 8. ¿Considera usted que la razón por la cual asistió al departamento de emergencias del el Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor comprometía su vida?

204 personas que asistieron al departamento de emergencia consideraron que su malestar comprometía su vida ocupando el 63%, a su vez 118 personas respondieron que no representando el 37%.

Se reconoce que, aunque la patología presentada por el paciente no clínicamente no comprometía su vida, este menciona que sí.

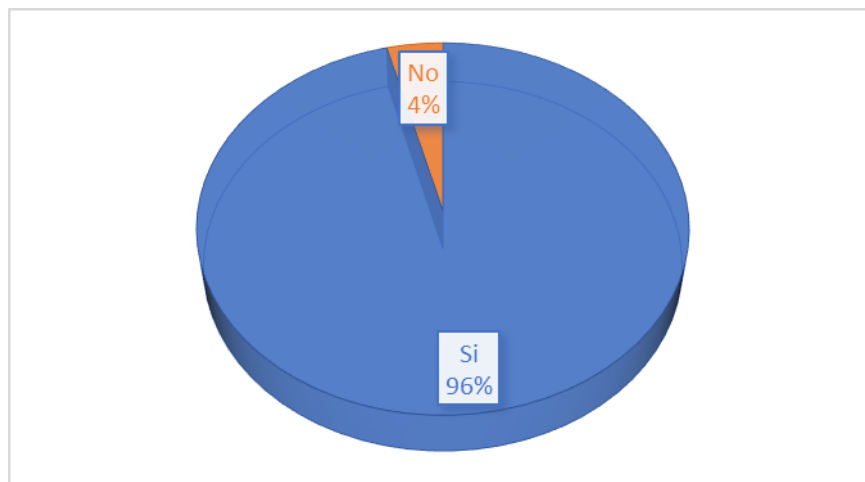
Tabla 17. Patología comprometía la vida

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	309	96%
No	13	4%

Total	322	100%
--------------	-----	------

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 15. Patología comprometía la vida



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 9. En el hipotético caso de que después a su llegada al departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor, ¿sabe usted que si llegara una persona que presentara riesgo vital, será atendido antes de usted? Con el fin de ayudar a la persona recién llegada.

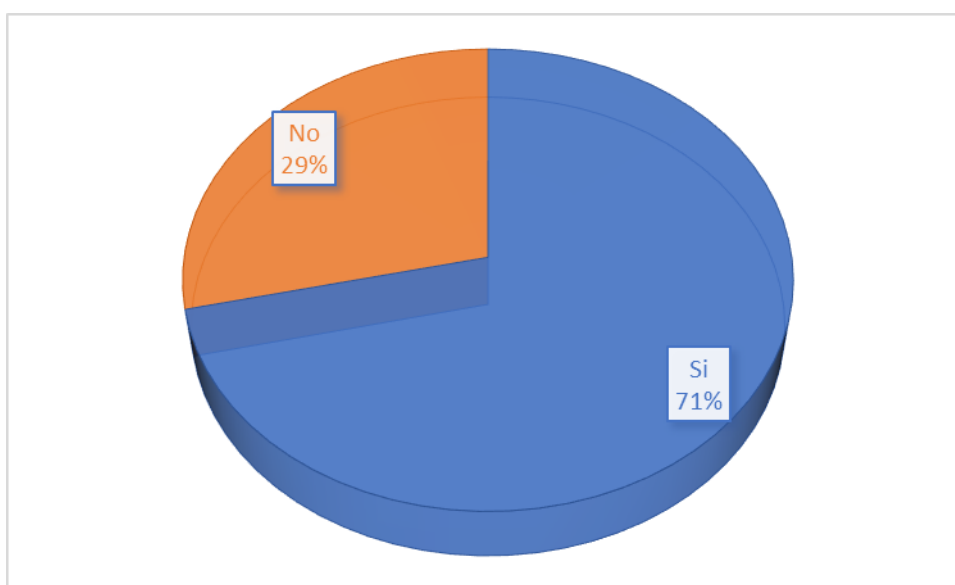
El 78% de las personas encuestadas respondieron que no eran capaz de esperar por atención médica en el debido caso de encontrarse frente a una persona que se encuentre en peores condiciones que él, mientras un 22% responde que sí.

Tabla 18. Donación de turno en el área de emergencia del Hosp. Dr. Liborio Panchana

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	230	71%
No	92	29%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 16. Donación de turno en el área de emergencia del Hosp. Dr. Liborio Panchana



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 10. ¿Qué color de cinta se le colocó al momento de la inspección previa a su llegada al departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

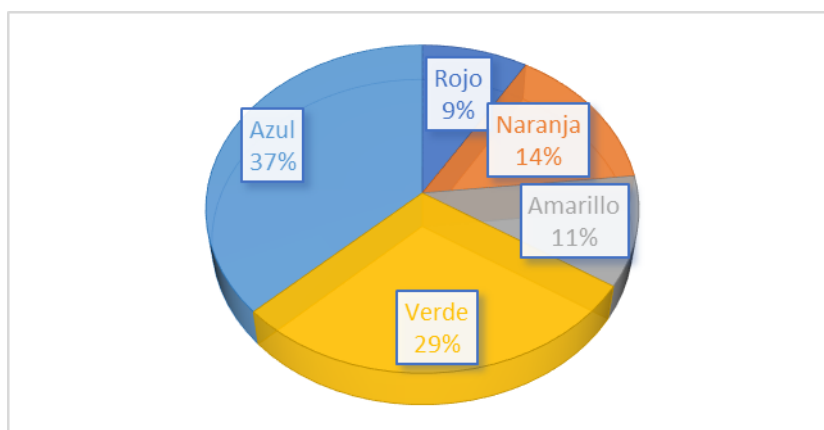
El 32% de las personas que asistieron al departamento de emergencia recibieron la cinta de color azul la que nos indica que su molestia no era muy urgente, 25% normal, 17% muy urgente en representación del color naranja, 14% urgente con el color amarillo y finalmente de atención inmediata o rojo con un 12%

Tabla 19. Colocación de cinta al momento del triage en el Hosp. Dr. Liborio Panchana.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rojo	28	9%
Naranja	47	15%
Amarillo	35	11%
Verde	93	29%
Azul	119	37%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 17. Colocación de cinta al momento del triage en el Hosp. Dr. Liborio Panchana.



Elaborado por: Los Autores

Pregunta 11. ¿Cómo califica la atención del personal por el que fue atendido en el departamento de emergencias del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

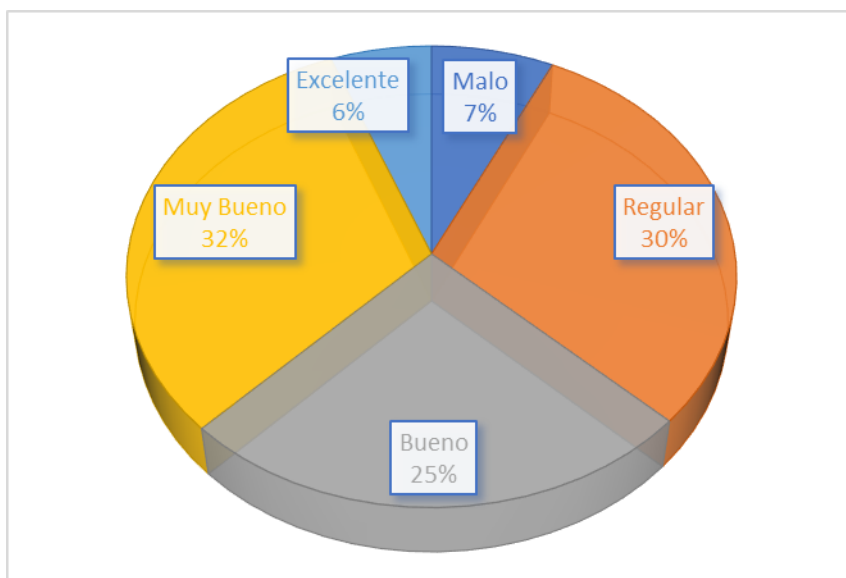
La atención brindada por parte del personal médico conforme a las encuestas realizadas nos muestra que el 32% afirma que es muy bueno, 30% bueno, 25 regular, 7% mala y finalmente un 6% excelente.

Tabla 20. Calificación de la atención del personal para el Hosp. Dr. Liborio Panchana

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Malo	23	7%
Regular	96	30%
Bueno	82	25%
Muy Bueno	102	32%
Excelente	19	6%
Total	322	100%

Elaborado por: Los Autores

Ilustración 18. Calificación de la atención del personal para el Hosp. Dr. Liborio Panchana



Elaborado por: Los Autores

4.2.4 Comparativo de resultados de métodos de investigación

Tabla 21. Comparativo aplicación de triage mediante métodos de investigación

Ítem o variable	Entrevista	Focus Group	Encuesta
Tiempo de atención	Brinda mayor agilidad para la atención aunque existe demora por la aglomeración de pacientes	Permite atención oportuna a usuarios con riesgo vital	Mayoría de pacientes pueden recibir atención primaria en Centros de Salud sin necesidad de acudir al hospital ya que la sintomatología no pone a la persona en riesgo vital
Funcionalidad de colores de triage	Prioriza al paciente por patología o sintomatología	Usuarios externos del nosocomio deben conocer la diferencia entre una emergencia y una urgencia	El 65.83% de los usuarios de la sala de emergencia deben acudir a los niveles primarios de atención
Conocimiento de sistema de triage	Los pacientes tienen conocimiento pero buscan atención inmediata	Los pacientes pueden conocer el sistema, pero exigen que sean atendidos por orden de llegada	Más del 70% desconoce que la atención en la sala de emergencia es por prioridad de riesgo vital y no por orden de llegada

4.2.5 Seguimiento a personas.

El seguimiento de personas es realizado a través de la técnica de observación, en la cual se obtendrán información correspondiente a la matriz en donde se rescatan los gustos,

aversiones, hábitos, actividades, objetos y espacios. La técnica es aplicada en síntesis al factor común correspondiente entre cada uno de los pacientes que entran al área de emergencias del Hospital Dr. Liborio Panchana, se debe recalcar que las particularidades son excluidas de la investigación, con el fin de crear un perfil del paciente del Departamento de Urgencias.

Ilustración 19. Seguimiento a personas

<p>Donde:</p> <p>Sala de Emergencia del Hospital Liborio Panchana</p>	<p>Quién:</p> <p>Pacientes que ingresan al área de emergencia</p>	<p>Motivo de seguimiento:</p> <p>Observar el comportamiento de los pacientes dentro del área de emergencia</p>
<p>Gustos</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente gustan de entrar con un familiar a la - Generalmente los pacientes gustan conversar con personas cercanas a su 	<p>Aversiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muchos de los pacientes exageran sus dolencias para ser atendidos de manera rápida - El personal médico posee absentismo en horas pico 	<p>Hábitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes rara vez asisten a consultas generales con profesionales de la salud - Los pacientes no poseen buenos hábitos alimenticios
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes se retiran cuando tienen mucho tiempo esperando - Los pacientes suelen ver televisión mientras esperan su turno 	<p>Objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las cintas proporcionadas al momento de realizar el triage suele dañarse con facilidad - En determinado tiempo las sillas de la sala de espera no abastecen al número de 	<p>Espacio</p> <ul style="list-style-type: none"> - En las horas pico el ambiente se vuelve caótico debido al número de personas que reclaman de una atención inmediata

Elaborado por: Los Autores

4.2.6 Análisis de la Política del Ministerio de Salud Pública con respecto a la aplicación del triage.

En el año 2011 se introdujo al Sistema Médico Público un protocolo de Triage por parte del Ministerio De Salud Pública, quien es la autoridad máxima regidora de los estándares y políticas de las cuales se basan las diferentes Instituciones médicas del país.

La necesidad de la elaboración de un manual que regularice el accionar de los galenos ante una situación de emergencia, nace de las distintas denuncias por parte de ciudadanos de diferentes partes del Ecuador, en donde alegan que se deben esperar largas horas hasta llegar a la atención que necesitan.

Tal fue así, que en año 2007, se conoció el caso de Alexander Tomas, un padre de familia del cantón Paján, provincia de Manabí, que comunicaba a las autoridades la muerte de su esposa mientras esta se encontraba en labor de parto, la cual tuvo que esperar largas horas hasta ser atendida. (El Diario, 2007). Similar fue el caso de Hortensia Pincay que atravesó un aborto espontaneo en el cantón San Vicente en el año 2007 y que logro ser atendida por parte de los médicos, media hora después de haber estado desangrándose, finalmente la mujer falleció. (El Diario, 2007)

De igual forma, decenas de casos asomaban desde diferentes puntos del país, en los cuales demostraba una falta de compromiso del Estado con la salud pública, razón que influyó la realización del protocolo generalizado.

El objetivo principal por parte del MSP con la emisión de dicho documento, es la disminución de la mortalidad presentada hasta dicho momento en las salas de emergencias de todo el país, ya que como ellos mismo aseveran, no se contaba con un manual integrado que proporcione la información suficiente para tratar las diferentes patologías que surgen en el área de emergencias y poderse dar abasto en la atención a las decenas de pacientes que día con día llenan estos establecimientos.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por parte del MSP con la emisión del protocolo y la exigencia del mismo en aplicarse en todas las Instituciones de salud pública y privada del país, ha permitido reducir considerablemente las muertes por falta de atención en los Hospitales, no permite garantizar la prevalencia de la atención.

Constitucionalmente existen leyes que garantizan que la atención de una persona en emergencia debe ser gratuita y oportuna, como se señala en La Ley Orgánica de Salud en el art. 186, en donde dice:

“Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.” (Ley Orgánica De Salud, 2012)

Así como los art. 7, 8 y 11 de la Ley De Derechos y Amparo Del Paciente. Sin embargo, un año después de la emisión del Protocolo Estandarizado del Triage para los establecimientos médicos, se presentaron casos catastróficos que comprometieron la vida de diversos ecuatorianos.

Como fue la muerte de Roberto Quimis, en el año 2012, quien sufrió un accidente de tránsito y visitó varias veces Instituciones médicas, las cuales lo regresaban a su casa alegando que no existían camas en donde él pueda quedarse internado. (El Universo , 2012)

Y como Quimis, se suman decenas de personas que se han visto obligados a regresar a sus domicilios al no encontrar una oportuna atención médica dentro de Hospitales Públicos.

Es importante rescatar la participación del Estado Ecuatoriano, y el aporte que realiza al sector de la salud, tal es así que desde el año 2008 ha logrado triplicar el número de galenos

pasando de 11.201 a 33.644, así como se ha permitido un alza en sus sueldos. Además, se ha logrado financiar los estudios de cientos de ecuatorianos en carreras que involucran el sector. (El Telegrafo, 2017)

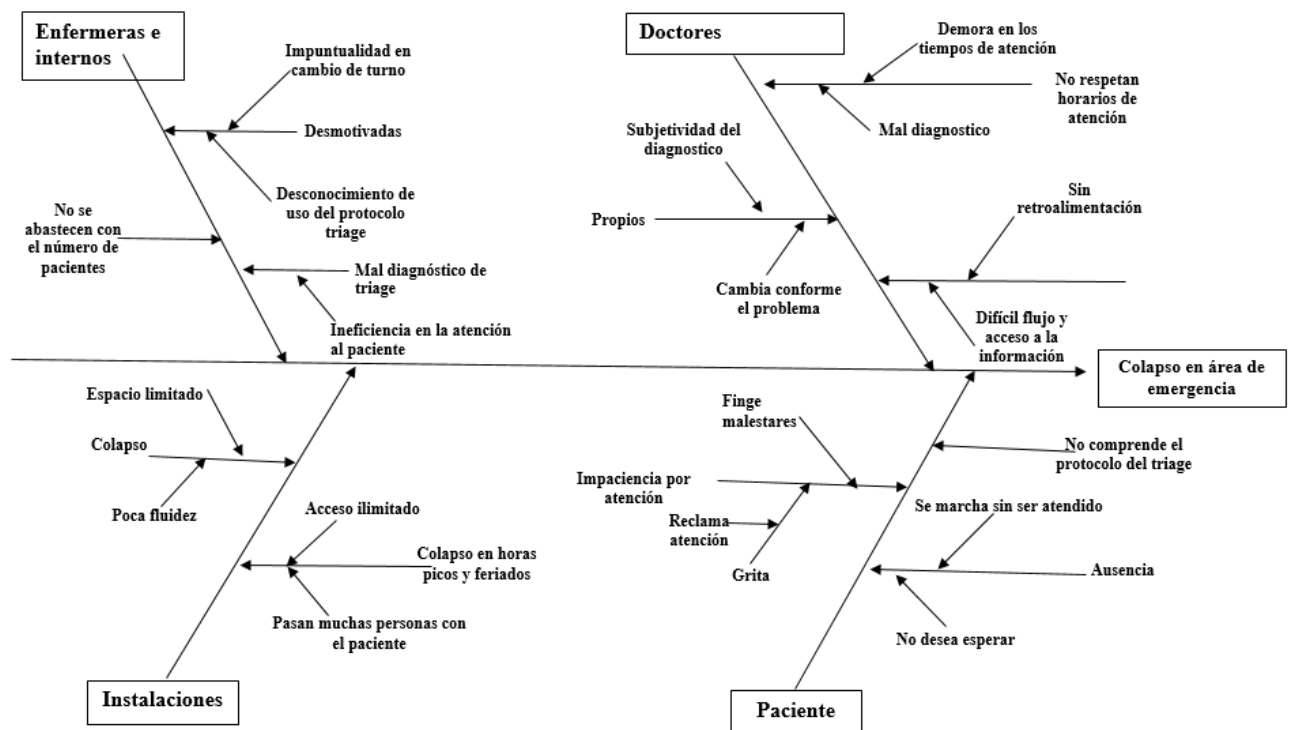
Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, la realización de diferentes Hospitales en puntos estratégicos y las millonarias cifras que se invierten en ellos, se siguen suscitando casos de tragedia en donde la atención médica sufre deficiencias y los pacientes desisten o ven su espera terminada en muerte.

4.3 Diagnóstico del problema

En la ilustración 14 se presenta un diagrama de Ishikawa o también llamado espina de pescado, en el cual se pueden observar las causas y efectos de los problemas presentados dentro del área de Emergencia del Hospital Público Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

La definición del problema presentado dentro del Departamento de Emergencia del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor es presentada después de haber realizado una recopilación de información con los actores claves, quienes presentan diferentes puntos de vistas y proporcionan una información veraz.

Ilustración 20. Diagrama de Ishikawa



Elaborado por: Los Autores.

El área de emergencias del Hospital, día con día recibe aproximadamente a 136 personas las cuales llegan por diversos motivos que varían desde una alergia leve hasta accidentes vasculares encefálico, sin embargo, para poder segmentar la gravedad que traen los pacientes es necesario un triage que seleccione las prioridades de atención.

El departamento de emergencias es el lugar en donde diversas personas se acercan a hacerse atender por médicos sin una cita previa debido a que presentan un estado que compromete a su salud y vida. Sin embargo, desde principios de la inauguración del Hospital Dr. Liborio Panchana diversas personas se acercaban alegando padecer cierto tipo de dolencia que comprometía su integridad, la novedad se suscita que después de la evaluación del paciente se concluyó que padecía de algún malestar del tipo viral o que no comprometía su salud, derivándolos a una posterior cita en medicina general.

Se pudo notar, que mientras estas personas eran atendidas, en la sala de espera del departamento de emergencias existían personas que presentaban cuadros críticos y que necesitaban la pronta intervención médica. No obstante, las personas que habían llegado turnos antes que las otras protestaban porque se les brindara una pronta atención, desatando conflictos entre el personal médico y pacientes.

La aplicación del protocolo de triage claramente ocupa un espacio importante en la obtención de resultados oportunos que logren la rápida atención a personas con patologías graves, sin embargo, aún con la selección del personal médico que prioriza los casos comprometedores de los leves, las salas de espera de atención se ven llenas de pacientes quejándose en la espera de una atención efectiva.

Es importante rescatar que muchas de las personas que se acercan al área de emergencia no poseen una cultura salud, es decir, no concurren a revisiones periódicas, en su

lugar asisten a centros Hospitalarios cuando sienten comprometida su integridad física, principal razón de confusión en las salas de urgencia, que al recibir una cinta que muestre una espera tardía empieza a desesperarse y a presentarse irritable o a presionar al personal médico, o finalmente se marcha, lo que constituye un problema ya que la patología que este presenta puede tender a agravarse y regresar al poco tiempo de haberse retirado del área.

De igual manera, muchas veces el veredicto realizado por parte de los galenos que empiezan sus actividades en el tema de la salud se vuelve subjetivos y al momento de realizar el triage.

4.2.3.1 Perfil Socio Económico

En relación con el perfil socioeconómico de los usuarios que acuden al hospital se los ha clasificado por 6 categorías:

Tabla 22. Perfil Socio Económico de los usuarios

Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Categoría F
Ingresos Económicos Mensuales					
Menor a \$200 USD	\$201 - \$280	\$281 - \$ 360 USD	\$361 - \$440	\$441 - \$520	\$520 - Superior
Características					
Tuberculosis	Vivienda arrendada u otros	Vivienda arrendada u otros	Vivienda arrendada u otros	Afiliados al IESS y Seguros Privados	Afiliados al IESS, ISFA, ESPOL, Seguros Privados
HIV	Número de cargas familiares de 1 a 5	Número de cargas familiares de 1 a 5	Número de cargas familiares de 1 a 5	Número de cargas familiares de 1 a 5	Número de cargas familiares de 1 a 5
Menores de 5 años (Ley de Maternidad Gratuita)	Casos médicos sociales en	Tercera edad y discapacitados		Vivienda Propia	Vivienda Propia

Menores hasta 18 años (Código de Menores)	tratamiento prolongado				
--	---------------------------	--	--	--	--

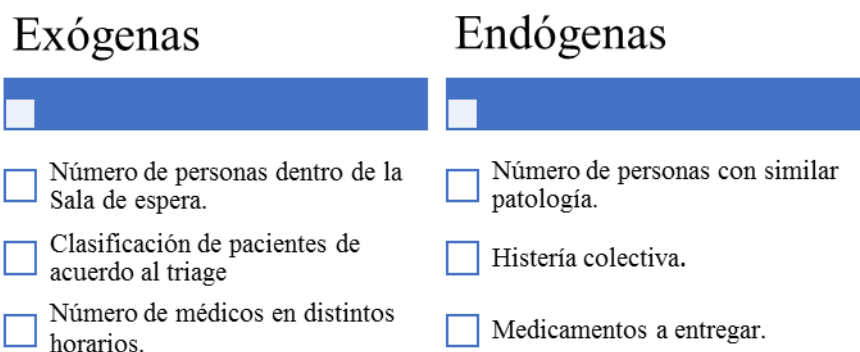
Elaborado por: Los Autores

En relación con el perfil socioeconómico de los usuarios que acuden al hospital, se los pudo clasificar en las categorías A, B y C basándose en los datos recopilados a través de las citas médicas y de la Red Pública y Complementaria a través del Área de Trabajo Social, considerando una muestra de 990 pacientes el primer trimestre del 2013 donde la mayoría de los usuarios se ubican en la Categoría B.

4.2.3.2 Tipos de variables que afectan la atención primaria.

Luego de la recopilación de la información a través de diferentes herramientas, se determinaron que las variables que afectan la correcta aplicación del triage se clasifican en exógenas y endógenas, las cuales se enlistan a continuación:

Ilustración 21. Variables que afectan el triage



Elaborado por: Los Autores

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE MEJORA.

A partir de la información recopilada, se planteó la siguiente propuesta que consta de los siguientes elementos:

- Plan de mejora.
- Determinación de las actividades de mejora a implementar.
- Valoración de los riesgos de aplicabilidad de estas mejora.

5.1. Plan de Mejora.

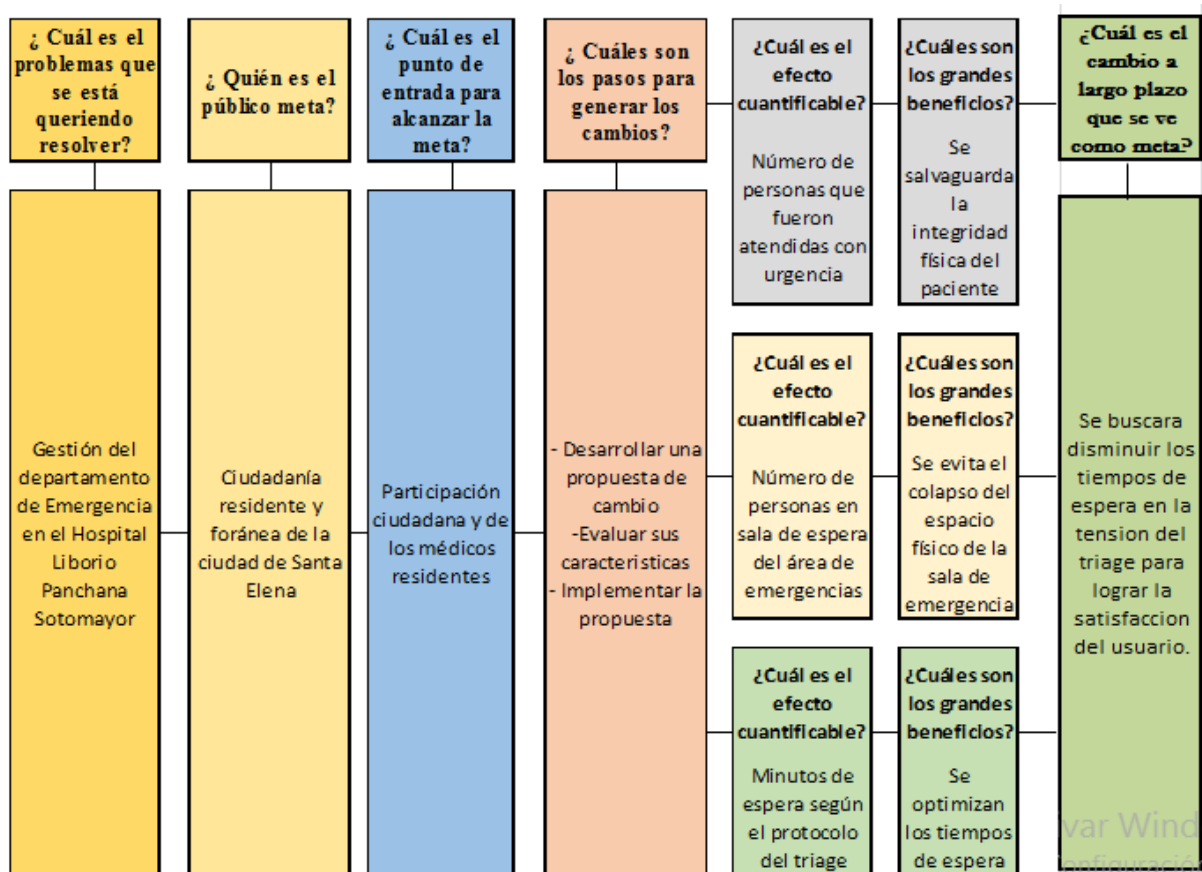
Tomando como punto de partida los problemas más prioritarios detectados, se elaboró la siguiente matriz que resumen el plan de acción se plantea para mejorar la operatividad del área de emergencias en la aplicación del triage.

Prioridad	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsables
Poner en riesgo la vida de algún paciente al realizar un mal diagnóstico al momento de evaluar las características que determina el triage.	Evitar el atascamiento de personas esperando ser atendidas por un profesional de la salud	Reducción en tiempos de espera en 40%	Aplicación adecuada del Sistema de Triage Manchester	Evaluación del paciente conforme el sistema de triage	De 15 - 25 minutos	Humanos	Personal médico del área de emergencias (Enfermeras y paramédicos)
				Asignación de distintivo que categorice el riesgo del paciente	De 5 a 10 minutos	Materiales	
Colapso del área de emergencia en horarios, fines de semana o feriados en donde existe más afluencia de personas.		Evitar el ingreso exagerado de personas que acompañan al paciente 60%	Establecer parámetros en los que se limite el ingreso de personas al área de emergencia	Permitir el ingreso de un sólo familiar o conocido del paciente al área	De 3 a 5 minutos	Humanos	Personal de seguridad (guardias) y personal médico del área
			Restringir el ingreso de familiares al área de evaluación	De 3 a 5 minutos	Humanos		
Mal manejo de tiempos por parte del personal médico al momento de atender a un paciente		Contar con el personal médico suficiente para eventos de más afluencia 80%	Creación de horario de actividades para fines de semana y feriados	Evaluación de actividades que se realizarán los fines de semana con la finalidad de establecer horarios y asignación de personal	de 30 a 80 minutos	Humanos	Personal administrativo - médico del área de emergencia

Tabla 23. Plan de mejora

Elaborado por: Los Autores.

Ilustración 8. Teoría del cambio



Elaborado por: Los Autores.

5.2 Prioridad y actividades del plan de mejora.

Prioridad	Actividades	Riesgos			
Poner en riesgo la vida de algún paciente al realizar un mal diagnóstico al momento de evaluar las características que determina el triage	Evaluación del paciente conforme el sistema de triage	Mal uso de aplicación del Triage	Mala asignación de categorización	Exageración de paciente de acuerdo con su patología	Muerte de paciente por atención tardía
	Asignación de distintivo que categorice el riesgo del paciente	Incrementa los tiempos de espera	Riesgo la vida del paciente	Mal diagnostico	Exceso de tiempo de espera
Colapso del área de emergencia en horas picos, fines de semana o feriados en donde existe más afluencia de personas	Permitir el ingreso de un solo familiar o conocido del paciente al área	Ingreso de más de una persona al área	Histeria por parte de persona que acompañe al paciente		Ingreso de familiar al área de valoración
	Restringir el ingreso de familiares al área de evaluación	Colapso en área física	Agresividad y fomento a desorden dentro del área		Colapso y retraso en valoración a otros pacientes
Mal manejo de tiempos por parte del personal médico al momento de atender al paciente	Evaluación de actividades que se realizarán los fines de semana con la finalidad de establecer horarios y asignación de personal	Mal uso de horarios	Mala distribución de tiempo del médico	Falta de personal en días claves	
		Mala coordinación	Valoración del paciente de acuerdo con sus necesidades	Mala organización de personal en días posible mayor afluencia de personas	

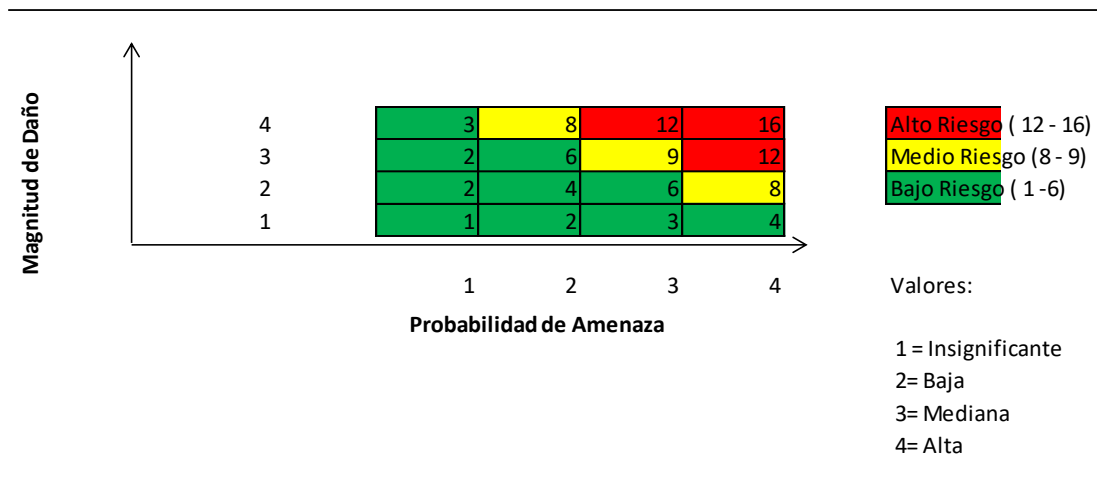
Tabla 25. Actividades de riesgo

Elaborado por: Los Autores

5.2.1 Matriz de Riesgo

Luego de determinar las actividades que integrarán el plan de mejora y de describir sus posibles riesgos, en la siguiente tabla e ilustración se evaluarán estos riesgos categorizándolos en tres niveles (alto, medio y bajo) analizando la magnitud de los problemas detectados en este trabajo de investigación y la probabilidad amenaza que presenta en la zona de emergencias.

Ilustración 23. Criterios de evaluación de riesgos



Elaborado por: Los Autores

Tabla 25. Matriz de riesgo

Criterios	Nivel de probabilidad	Consecuencia	Nivel de Riesgo
Mal uso de aplicación del Triage Manchester	3	3	14
Ingreso de más de una persona con el paciente al área de emergencia	2	3	8
Histeria por parte de persona que acompañe al paciente por restringir su entrada	3	2	6
Mal uso de horarios establecidos por parte de personal médico	2	3	8
Mala distribución de tiempo por parte del personal médico en atención de pacientes	3	4	9
Falta de personal médico para eventos de mayor afluencia de pacientes	3	3	12
Mala planificación de horarios de acuerdo con fines de semana y feriados	3	3	16
Mala asignación de distintivo de categorización del paciente conforme a sus necesidades	2	4	12
Ingreso de familiar al área de valoración del paciente	2	3	6
Exageración de paciente de acuerdo con su estado clínico con el fin de ser atendido	3	3	5
Muerte de paciente por atención tardía	1	4	16

Elaborado por: Los Autores

CONCLUSIONES

Las técnicas de investigación realizadas para la obtención de datos fueron del tipo cualitativo y cuantitativo; por medio de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, así como la identificación de los actores claves y el seguimiento a los usuarios. Se puede concluir en base a los objetivos planteados en el capítulo II de la siguiente manera:

- Se logró describir los criterios de evaluación en los cuales se basan los médicos o personal competente al momento de realizar el Triage.
- De los actores claves que participan en el diagnóstico del problema se concluye que actúan de manera positiva o negativa en las operaciones. El Gerente General del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, identifica al protocolo triage como una técnica que ha logrado reducir recursos como las hojas de registro o el tiempo.
- La participación del Estado dentro de los Departamentos de Emergencia de los Hospitales se ha visto favorable a través de los años. Sin embargo, persisten los casos de ciudadanos que aquejan la falta de atención por parte de Entidades Públicas de Salud por falta de materiales o personal médico.
- Los Jefes de Áreas y Médicos son los encargados de la organización de las personas dentro del Departamento de Emergencia y una mala logística ocasiona colapsos de acuerdo con la necesidad presentada, como lo son en días festivos, fines de semanas o eventos cerca de la zona.
- El comportamiento de los pacientes es una variable exógena, debido a que no está al alcance de los protagonistas del Hospital el comportamiento que ellos puedan presentar o en las condiciones que se encuentren al ingresar al

área de emergencia. Sin embargo, se puede controlar la afluencia de personas dentro de las salas de espera con la finalidad de evitar colapsos.

- Dentro de la matriz de riesgo se establecen diferentes actividades que ponen en riesgo las operaciones internas del área de emergencia por lo cual se las ubica con color rojo, de las cuales se debe desarrollar un plan de contingencia en caso de presentarse.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda llevar a cabo la ejecución del plan de mejora propuesto en el presente documento, con el fin de prever las actividades de riesgo que comprometen las operaciones del Departamento de Emergencia.
- Es necesario poder administrar óptimamente los recursos que posee el Hospital con el fin de estar preparados frente a una época de medicinas suministradas por parte del Estado.
- Es indispensable ejecutar nuevos sistemas de Triage computacionales, en donde a través de un algoritmo de preguntas se logre una atención óptima, debido a que muchas veces existe subjetividad por parte de los galenos al emitir un veredicto sobre las necesidades del paciente.

Finalmente, la salud pública es uno de los motores por los cuales las comunidades pueden subsistir, una correcta atención médica a la ciudadanía consolida el compromiso no sólo del Estado sobre velar por la integridad de su pueblo, sino, además, el Juramento Hipocrático que ejercen todos los médicos al momento de graduarse, que es el ejercer la carrera que con devoción eligieron y servir a toda persona que necesite de sus conocimientos.

REFERENCIAS

Ávila Baray, H. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Obtenido de <https://varieduca.jimdo.com/art%C3%ADculos-de-inter%C3%A9s/la-investigacion-descriptiva/>

Barañaño, D y Dall, C. (2013). Emergencia de salud pública: representaciones sociales entre gestores de un hospital universitario. Obtenido de:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0998.pdf

Beveridge, R. (2000). Canadian Emergency Department Triage and acuity scale implementation guidelines. CJEM 1999; 1 (Suppl 3): S1-S24.

BID. Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). Construyendo gobiernos efectivos. Logros y retos de la gestión pública para resultados en América Latina y el Caribe. Obtenido de:

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6960/Construyendo-gobiernos-efectivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BID. Banco Interamericano de Desarrollo (2011) Pautas para la elaboración de Estudios de Caso. Obtenido de:

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6434/Pautas%20para%20la%20elaboraci%C3%83%C2%B3n%20de%20Estudios%20de%20Caso.pdf?sequence=1>

BID. Banco Interamericano de Desarrollo. (2010). La gestión para resultados en el desarrollo. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. Obtenido de:

https://publications.iadb.org/handle/11319/435?locale-attribute=es&scope=123456789/3&thumbnail=false&order=desc&rpp=5&sort_by=score&page=0&query=varea&group_by=none&etal=0

Banco Mundial. (2008). Gestión por resultados. Creando evidencia, evaluando impacto. Obtenido de:

http://web.worldbank.org/archive/website01397/WEB/IMAGES/9_INTRO_.PDF

Bunge, M. (1960). La ciencia. Su método y su filosofía. Obtenido de:

http://users.dcc.uchile.cl/~c Gutierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf

El Diario. (2007). Embarazada muere por falta de atención médica. Obtenido de:

<http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/29357-embarazada-muere-por-falta-de-atencion-medica/>

El Telégrafo. (2014). El Liborio Panchana es el segundo hospital público en recibir acreditación. Obtenido de:

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/1/el-liborio-panchana-es-el-segundo-hospital-publico-en-recibir-acreditacion>

El Telegrafo. (2017). La inversión en salud mejoró el servicio. Obtenido de:

<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/la-inversion-en-salud-mejoro-el-servicio>

El Universo. (2012). Normas de salud de la constitución garantizan atención médica.

Obtenido de:

<https://www.eluniverso.com/2012/05/27/1/1445/normas-salud-constitucion-garantizan-atencion-medica.html>

El Universo. (2014). Cintas de colores priorizan atención de paciente. Obtenido de:

<https://www.eluniverso.com/noticias/2014/12/14/nota/4338236/cintas-colores-se-prioriza-atencion-pacientes>

Gómez, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174

Graterol, R. (2011). Métodos de investigación. Obtenido de:

<https://jofillop.files.wordpress.com/2011/03/metodos-de-investigacion.pdf>

Gómez, J. et al. (2004). 1r Curs de formació en tria d'urgències. Bases conceptuais del Programa d'Ajuda al Triage (PAT). Model Andorrà de Tria. Escaldes-Engordany, Desembre 2002-Abril 2003. Obtenido de:

<http://www.colegidemetges.ad/sum/sum2.html>

Gómez, J. (2005). Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias* 2003; 15: 339-344.

Hosp. Dr. Liborio Panchana. (2015). Informe de rendición de cuentas.

Hair Jr. Joseph (2009), *Investigación de Mercados*. Mexico D.F.: The McGraw-Hill

Ley Orgánica De Salud. (2012). Obtenido de:

http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Malhotra, N. (2008). *Diseño de Investigación Exploratoria: Investigación Cualitativa*. *Investigación de Mercados* (pp. 158-159). México: Pearson Educación

Makón, M. (2000). El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional. Obtenido de:

<http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/MAKON,%20Marcos%20-%20El%20modelo%20de%20gestin%20por%20resultados.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Manual del sistema de triaje Manchester*. Obtenido de:

http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triaje_manchester.pdf.

MSP. Ministerio de Salud Pública. (2011). *Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas*. Obtenida de:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20M%C3%89DICAS.pdf>

MSP. Ministerio de Salud Pública. (2018). Presupuesto Histórico del MSP (2008-2015). Obtenido de:

<https://public.tableau.com/profile/publish/Linkpresupuestario/Presentacin#!/publish-confirm>

Muyulema, C. (2016). Plan de capacitación sobre el sistema de triaje y su relación con la satisfacción del usuario en el Hospital Provincial Docente de Ambato. Obtenido de:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6033/1/PIUAENF005-2017.pdf>

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados con la Salud. Washintong: Ginebra.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2010). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Obtenido de:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

Peiró, S. (2003). El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. Gac Sanit 2003; 17: 441-443

Redacción Médica. (2017). Hospital de Tena aplica correctamente el protocolo de triaje. Obtenido de:

<https://www.redaccionmedica.ec/secciones/gestion/hospital-de-tena-aplica-correctamente-el-protocolo-de-triage-90795>

Reinoso. (2011). La gestión pública institucional y el gobierno por resultados. Obtenido de:

<http://editorial.iaen.edu.ec/wp-content/uploads/2016/06/Gestio%CC%81n-pu%CC%81blica-institucional-y-gobierno-por-resultados.pdf>

Soler, W., Gómez, M., Bragulat, E. y Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Obtenido de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>

Tapella, E. (2011). Mapeo de actores. Obtenido de:

<https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>

TriageManchester. (2017). Sistema de Triage de Manchester. Obtenido de:

http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php

USAID. (2007). Iniciativa de políticas públicas en salud. Obtenido de:

http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/10/MAT_CAP_G_Diplomado_Politiclas_Pub_Salud.pdf

Yin, R. (2009). Case Study Research, design and methods. Estados Unidos: ISBN