



FACULTAD DE POSGRADOS

PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN  
HOSPITALARIA POSTERIOR AL TERREMOTO EN EL ÁREA DE  
MERCENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL MANTA A PARTIR  
DEL 16 DE ABRIL AL 16 DE DICIEMBRE  
DEL AÑO 2016

Autora

Cecibel Cristina Chiquito Manrique

Año  
2018



FACULTAD DE POSGRADOS

PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA  
POSTERIOR AL TERREMOTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL  
GENERAL MANTA A PARTIR DEL 16 DE ABRIL AL 16 DE DICIEMBRE  
DEL AÑO 2016

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para  
optar por el título de: Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora guía

MSc. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autora

Cecibel Cristina Chiquito Manrique

Año

2018

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

Declaro haber dirigido este trabajo PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POSTERIOR AL TERREMOTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL MANTA A PARTIR DEL 16 DE ABRIL AL 16 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2016, a través de reuniones periódicas con el estudiante, CECIBEL CRISTINA CHIQUITO MANRIQUE, en el semestre 2018 – 1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

---

Susana Janneth Larrea Cabrera  
Magíster en Gestión Empresarial  
CI: 1709576597

### **DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR**

Declaro haber revisado este trabajo, PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POSTERIOR AL TERREMOTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL LMANTA A PARTIR DEL 16 DE ABRIL AL 16 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2016, del estudiante CECIBEL CRISTINA CHIQUITO MANRIQUE, en el semestre 2018 - 1, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Lidia Margarita Romo Pico  
Magister en Economía  
C.C. 1703714087

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE**

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

---

Cecibel Cristina Chiquito Manrique  
C.I. 1308985595

## RESUMEN

Los desastres naturales son eventos no previsibles, de aparición brusca y con secuelas de caos y destrucción, hay países en los que se presentan con mayor frecuencia que en otros y cuyos planes de contingencia nos sirven de guía para prevenir catástrofes mayores o para generar planes de prevención en este tipo de eventos.

Es de vital importancia entender la magnitud de los desastres naturales y la relación directa que hay con los servicios de salud que, como en el caso de nuestra provincia colapsaron y hasta la fecha, un año después del suceso aún se mantiene con déficits.

La implementación de un modelo de planificación de atención emergente en casos de desastre probablemente ayudará a la toma de decisiones de manera inmediata dentro de las unidades médicas, con la colaboración de todas las entidades dentro de la ciudad, provincia y país en general que deben estar alertas y dispuestas a trabajar en equipo en beneficio de la población.

Este tipo de métodos para mitigar los posibles efectos adversos en situaciones de desastres debe socializarse de manera permanente en todas las unidades médicas, es responsabilidad directa de las autoridades difundir, socializar y realizar simulacros en casos de siniestros para verificar periódicamente las fortalezas y debilidades en nuestras unidades médicas para mejorar nuestros servicios.

Luego de la evaluación realizada se puede demostrar que la atención brindada a los pacientes no fue del todo efectiva y que no se implementaron los protocolos de atención de manera inmediata al estar desprotegidos y sin infraestructura luego del desastre suscitado.

## ABSTRACT

Natural disasters are unforeseeable events, with a sudden appearance and with consequences of chaos and destruction, there are countries where they occur more frequently than in others and whose contingency plans serve as a guide to prevent major catastrophes or generate plans of Prevention in this type of events

It is vital to understand the magnitude of the natural disasters and the direct relationship that exists with the health services that, as in the case of our province, collapsed and to date, a year after the event still remains with deficits.

The implementation of a disaster care planning model will likely help to make immediate decisions within medical units, with the collaboration of all entities within the city, province and country in general that must be Alerts and willing to work as a team to benefit the population.

These types of methods to mitigate possible adverse effects in disasters should be socialized permanently in all medical units, it is the direct responsibility of the authorities to disseminate, socialize and perform simulations in cases of casualties to periodically verify the strengths and weaknesses in our Medical units to improve our services.

After the evaluation, it can be demonstrated that the care provided to the patients was not completely effective and that the care protocols were not immediately implemented when they were unprotected and without infrastructure after the disaster.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por permitirme sobrevivir a la catástrofe.*

*A mis padres, por su apoyo constante.*

*A mi familia, por su comprensión y ayuda.*

*A mis compañeros de trabajo que me proporcionaron toda la información necesaria para realizar este trabajo.*



## **DEDICATORIA**

*Este trabajo está dedicado a todos los heroes anónimos que se presentaron durante la catástrofe, salvadores de vidas humanas, que brindaron esperanza dentro de la tragedia.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
1. CAPÍTULO I. EVALUACIÓN INMEDIATA POSTERIOR AL TERREMOTO .....	2
1.1 Antecedentes .....	2
1.2. Razones por las cuales se escogió el tema.....	4
1.3 planteamiento del problema.....	4
1.4. Objetivos .....	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.5. Pertinencia del problema o situación a investigar.....	7
1.6. Justificación .....	8
1.7. Conclusiones del capítulo .....	10
2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LA LITERATURA PERTINENTE .....	11
2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.....	11
2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente..	11
2.3 Hallazgos de la investigación realizada .....	12
2.4. Conclusiones del capítulo .....	20
3. CAPÍTULO III. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS .....	26
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
4.1. Conclusiones.....	34
4.2. Recomendaciones .....	35
REFERENCIAS .....	38

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General Manta pertenece al Instituto Ecuatoriano Seguridad Social, está destinado a la prestación de Servicios de Salud al personal afiliado y miembros de la Red Pública Integral de Salud.

Empezó a brindar atención médica desde 1938 como dispensario médico ubicado en la calle 9 y avenida cuarta en la ciudad de Manta

Posteriormente se dispuso de una superficie de 22.582 metros cuadrados para construir una edificación de 4 plantas inaugurado en el año 1988, ubicado en la Avenida de la Cultura.

Prestaba los servicios de Consulta Externa, y Emergencias que estaban ubicadas en el Primer Nivel; Hospitalización de Ginecología y Obstetricia en el primer piso; en el segundo nivel Unidad de Cuidados Intensivos y Pediatría, tercer nivel Hospitalización de Cirugía y cuarto nivel Hospitalización de Medicina Interna.

Los servicios de medios diagnósticos como: Laboratorio Clínico e Imágenes se encontraban en la planta baja; procedimientos de Gastroenterología en el primer nivel en los exteriores y en el interior del mismo nivel, Oftalmología, Cardiología, Urología, Electroencefalograma, Inyección - curaciones y Pie diabético.

La Sala de Rehabilitación en los exteriores del primer nivel y el área administrativa y de gobierno en el interior del primer piso.

Los servicios de apoyo a la atención médica como: farmacia, comedor, dietética y lavandería se encuentran ubicados en la planta baja.

Las áreas de máquinas y manejo de gases de uso hospitalario, se ubicaba en las afueras a una distancia de 4 metros aproximadamente junto a la edificación, en pleno desacato a la norma internacional como áreas de riesgo.

Luego del siniestro suscitado el 16 de Abril del 2016 la infraestructura colapsó y las áreas médicas internas se vieron devastadas por lo que de forma inmediata se dispuso el manejo de los pacientes que comenzaron a ingresar de todos los sectores de la ciudad en un área externa a la emergencia que funcionaba como estacionamiento para recepción de ambulancias y se improvisó un área de triage - recepción y un quirófano de emergencia en lo que era el área de rehabilitación y fisioterapia que no sufrió daños para atender la demanda posterior a la catástrofe.

## **1. CAPÍTULO I. EVALUACIÓN INMEDIATA POSTERIOR AL TERREMOTO**

### **1.1 Antecedentes**

Considerando la magnitud de la catástrofe suscitada en la ciudad de Manta posterior al terremoto de 7.8 grados que afectó a dos provincias costeras; Manabí y Esmeraldas que dejó 6274 heridos y 671 fallecidos, se encontraron los siguientes resultados: 1 millón de personas afectadas directa e indirectamente de las cuales aproximadamente 231000 se consideraron como damnificadas que incluían niños, adultos mayores, mujeres embarazadas y discapacitados, una gran cantidad se desplazaron a albergues y otros se ubicaron con familias acogientes. (Informe de Misión OPS/OMS a tres meses de suscitado el terremoto, 28 de julio de 2016)

Tabla 1

*Matriz FODA*

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p>Disponibilidad de médicos de otras unidades de salud fuera de la provincia para ayudar en la contingencia suscitada, tomando en consideración no solo el apoyo médico y paramédico sino la disponibilidad de ambulancias, transporte aéreo y terrestre, insumos, medicamentos y equipos médicos para apoyo técnico y médico</p>	<p>Pérdida de equipos e instrumental médico, deterioro de medicación e insumos necesarios para aplacar las emergencias suscitadas.</p> <p>Falta de personal médico y paramédico de nuestra unidad que no se podía transportar adecuadamente.</p> <p>Pérdida de la energía eléctrica y los servicios de comunicación que se fueron rehabilitando progresivamente.</p> <p>Deterioro total y parcial de infraestructura en otras unidades prestadoras de servicios médicos dentro y fuera de la ciudad.</p>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<p>Inadecuada organización en relación al área administrativa que sugirió la disponibilidad de médicos especialistas a otras unidades de salud, esta situación se pudo solucionar adecuadamente en los días posteriores al desastre.</p> <p>Deterioro de la edificación principal que comprendía las áreas de hospitalización de cirugía, medicina interna, ginecología, pediatría, terapia intensiva y neonatología, convirtiéndose en un Hospital que no brindaba las garantías necesarias para atender adecuadamente la gran cantidad de emergencias que se presentaban.</p>	<p>Capacidad resolutive oportuna por la disponibilidad inmediata de médicos de algunas especialidades y principalmente médicos emergenciólogos</p> <p>Disponibilidad de apoyo externo e interno para ayudar en la contingencia</p>

## **1.2. Razones por las cuales se escogió el tema**

La solución temporal que se escogió para atender los pacientes de emergencias no suplió las necesidades en razón de que fue una verdadera catástrofe y las unidades médicas con las que se cuenta en la ciudad que en un gran porcentaje son prestadoras de servicios médicos para el IESS en calidad de prestadores externos sufrieron daños moderados y graves, lo que empeoró la situación en relación a la atención de pacientes con verdaderas emergencias que incluían lesiones traumáticas menores y mayores.

Es por estas razones que se propone implementar la gestión de atención emergente que incluya un protocolo de acción en situaciones de catástrofe donde se destinen lugares que se puedan adaptar para coordinar un área de emergencias que solucione efectivamente los problemas que se suscitan en este tipo de siniestros, tomando en consideración que se perdieron alrededor de 500 camas hospitalarias que incluyen terapia intensiva y hospitalización quirúrgica y clínica en toda la provincia posterior al siniestro, adicionalmente se limitó la disponibilidad de transferencia a otras unidades prestadoras de servicios puesto que se encontraban colapsadas

## **1.3 planteamiento del problema**

La provincia de Manabí posee 2 unidades médicas de segundo nivel de complejidad ubicados en la ciudad de Manta y Portoviejo que pertenecen al IESS, adicionalmente existen hospitales del Ministerio de Salud Pública que están en el mismo nivel de complejidad en las ciudades antes mencionadas.

Tomando como referencia la ciudad de Manta con una población aproximada de 226.477 habitantes (según datos del INEC del censo del año 2010) 96.1% población urbana y 3.9% rural, se cuenta con 2 unidades del mismo nivel de complejidad y varios hospitales básicos en algunos cantones de la provincia, con derivaciones por geo referencia a la ciudad de Guayaquil, provincia del

Guayas, para atenciones de tercer nivel de complejidad y de no haber disponibilidad se solicita autorización para derivaciones a unidades de tercer nivel de la ciudad de Quito previa coordinación.

Luego de la ampliación de cobertura para los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que incluía a hijos menores de 18 años, cónyuges y trabajadoras del hogar, en la provincia de Manabí al momento esta cobertura es el 49.1 % de la población y son beneficiarios de los servicios del hospital, al existir 69.058 afiliados con un total de 161.596 beneficiarios y 5144 del SSC, los que se distribuyen en zonas urbanas y rurales, la capacidad hospitalaria no se amplió por lo que los servicios se encuentran colapsados en toda la provincia. (Departamento de Estadísticas, Hospital General Manta)

Al considerar la edificación hospitalaria con daños estructurales severos no podemos considerarla como un Hospital seguro, es decir que no presta las condiciones necesarias para atender de manera eficiente ninguna situación de emergencia por lo que la decisión de ubicar a aproximadamente 500 trabajadores de la unidad en otra unidad con similares características se consideraría un gran problema que hasta la fecha hemos podido solucionar eficientemente puesto que en primera instancia se ubicó el área de emergencia en una de las unidades de primer nivel de atención del IESS (Centro de Atención Ambulatoria Los Esteros), sin embargo esta unidad no brindaba la infraestructura necesaria para suplir las necesidades de la población y brindar una atención de calidad pese a las limitaciones que se presentan.

En esta unidad también se colocaron campers para ubicar a los médicos de especialidades clínicas para optimizar la cartera de servicios de consulta externa y brindar atención a la población que se mantuvo sin atención y sin dotación de medicación en el caso de enfermedades crónicas por aproximadamente un mes luego del terremoto.

Adicionalmente se dispuso el uso de quirófanos en otra unidad de salud que es el Hospital Básico la FAE que cuenta con 2 quirófanos, uno de emergencias y

otro para cirugías programadas dentro de su organización y una sala de partos con 11 camas hospitalarias que se mantienen hasta la fecha.

El IESS realizó en coordinación con el Ministerio del Interior la disposición de tomar esta área hospitalaria posterior a la emergencia, es por esto que se ubicó al Hospital General Manta en 2 unidades operativas para solventar las situaciones críticas de los pacientes, así mismo se habilitaron 2 camas de terapia intensiva y 3 termocunas para atención de Neonatología.

Como Hospital General Manta, íntegramente esta unidad se encuentra operativa para cirugías emergentes desde la siguiente semana posterior al terremoto, cuenta con médicos cirujanos, ginecólogos, anestesiólogos y médicos residentes que trabajan en turnos rotativos coordinados con personal paramédico y de enfermería.

Se coordinó con el área de rayos x que mantenía la unidad para realizar métodos de diagnóstico y de igual manera con el área de laboratorio y se dispuso de una pequeña bodega de almacenamiento de fármacos e insumos para las área operativas que se mantienen en esta unidad.

En la actualidad se dispuso la utilización de campers para ubicar a los médicos de especialidades clínicas para optimizar la cartera de servicios de consulta externa y brindar atención a la población que se mantuvo sin atención y sin dotación de medicación en el caso de enfermedades crónicas por aproximadamente un mes luego del terremoto.

La importancia de realizar esta investigación radica en la inconformidad de algunos pacientes en la atención brindada luego de la situación mencionada en el área de emergencia que se convierte en un área crítica con este tipo de siniestros y la propuesta de mejoramiento en base a un plan de contingencia organizado, bien definido y con la posibilidad de brindar respuestas inmediatas para la atención que se brindará a los pacientes.



## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Demostrar que los daños estructurales ocasionados por el desastre natural del 16 de abril influyeron en la atención de los pacientes en el área de emergencias del Hospital General Manta

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar los daños provocados por el desastre natural en el área de emergencias del Hospital General Manta.
- Identificar que protocolos de emergencia se implementaron posterior al desastre ocurrido para la atención oportuna de pacientes.
- Organizar un plan de contingencia hospitalario con respuesta inmediata en situaciones de desastre en el Hospital General Manta.

## **1.5. Pertinencia del problema o situación a investigar.**

Según la OPS la atención médica se define como el conjunto de acciones que abarcan el cuidado de las personas y del entorno, llevadas a cabo con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o bien, de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, con independencia de la naturaleza pública, estatal, gubernamental o privada de los agentes sanitarios. (Organización Panamericana de la Salud, “La salud pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción”, en Publicación científica y técnica, número 589, Washington, OPS 2002)

La calidad de atención en cualquier área de salud es extremadamente importante no solo para garantizar la salud de manera eficaz sino para prevenir cualquier evento adverso.

La actual deficiencia en infraestructura sanitaria en la ciudad de Manta puede ser causa directa de ineficiente calidad de atención en diferentes áreas hospitalarias, es por esta razón que se sugiere verificar los posibles efectos que se producen en las atenciones de emergencia posteriores al siniestro.

### **1.6. Justificación**

La Organización Panamericana de la Salud denomina *“Hospital Seguro”* a un *establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura inmediatamente después de un fenómeno destructivo de gran intensidad de origen natural.* (Propuesta de Hospital Seguro, Conferencia Mundial de Reducción de Desastres, ONU, 2005, Kobe)

Tomando en consideración este concepto nuestra unidad no brindaba las condiciones necesarias para atender con calidad las posibles emergencias que se iban a presentar durante los días posteriores a la catástrofe aumentado la tasa de morbi - mortalidad en la población, la cantidad de pacientes que necesitaba atención emergente iba en aumento puesto que los primeros días hubo limitaciones en traslados desde otras zonas de influencia hacia las unidades operativas y se solucionó lo que se consideró emergencias vitales que fueron derivadas a centros de mayor complejidad de Quito y Guayaquil por vía aérea y terrestre.

Conociendo que cada unidad de salud cuenta con un Comité de Operaciones Emergentes que coordina un plan de contingencias anual es importante recalcar que en nuestra ciudad no se había manifestado un evento adverso de tal magnitud en los últimos 20 años, es por esto que nuestra unidad no contaba con una infraestructura acorde con los nuevos estándares de calidad en relación a la estructura antisísmica por ejemplo y nuestra cultura preventiva y de conocimientos básicos sobre las medidas primarias a realizar luego de eventos sísmicos en la costa es mínima o nula, este evento nos tomó a todos

de sorpresa, sin embargo, es importante difundir el conocimiento de medidas básicas para salvaguardar la seguridad de nuestras familias en situaciones de riesgo moderado y alto que afectan no solo a la población en relación a la salud sino también su situación económica, psicológica y social.

### **1.5 Metodología**

Se utilizará el método descriptivo puesto que se busca observar y describir el proceso de atención hospitalaria, a la vez es una actividad encaminada a proponer soluciones a los diferentes problemas encontrados.

Se basa en analizar el siniestro ocurrido, los daños ocasionados, en relación a los datos obtenidos por parte del área de estadística de la Unidad Médica que se emitieron para la evaluación de las atenciones realizadas dentro de la Unidad.

Esta investigación pretende diagnosticar las falencias encontradas y previsible en relación a la atención emergente luego del siniestro.

### **1.6. Resultados esperados**

Se pretende demostrar que la calidad de atención brindada en el área de emergencias durante los meses de abril a diciembre del 2016 no fue la adecuada, relacionada directamente con la infraestructura instaurada para este tipo de atención, es por esta razón que se sugiere la creación de un plan de contingencia que incluya áreas destinadas para brindar una atención acorde a las necesidades emergentes en situaciones de desastre.

Ejecutar la aplicación de las normativas y guías vigentes en situaciones de desastres.

Mejorar la socialización de protocolos de emergencias en todas las áreas hospitalarias incluyendo al personal administrativo de la unidad, personal

médico, paramédico y de enfermería capacitados oportunamente sobre protocolos y guías de prácticas clínicas emergentes en situaciones de desastre.

### **1.7. Conclusiones del capítulo**

El terremoto suscitado el 16 de abril del 2016 dejó daños irreparables en las provincias de Manabí y Esmeraldas no solo de tipo estructural sino medio ambiental, social y económico.

Cientos de familias no solo perdieron sus viviendas y patrimonios sino además a familiares, amigos, vecinos; a algunos les toco migrar, otros optaron por quedarse en su lugar de vivienda acogidos por familiares, unos pocos se mantienen en albergues oficiales.

Todos perdimos algo ese día, la felicidad se transformó en inseguridad, cada réplica en los días subsiguientes a la tragedia se convertía en desesperación e incertidumbre pero como seres humanos aprendimos a adaptarnos a ser solidarios, a darnos cuenta que había personas que habían perdido todo, y aún tenían esperanzas y comenzamos a levantarnos de a poco....

Actualmente, luego de 9 meses del siniestro tenemos una ciudad que se levanta con gente trabajadora, con ganas de salir adelante, dejando atrás el miedo y mirando hacia el futuro

Nuestra unidad médica también se levanta de a poco, recientemente estamos inaugurando el área de emergencia en otra unidad operativa, es complejo mantener 3 unidades que pertenecen a un solo Hospital, sin embargo es un gran reto aprender a optimizar nuestros servicios con calidad y calidez como merecemos todos los que necesitamos servicios médicos, más aún en este período de elecciones donde los recursos son limitados y nuestras necesidades infinitas como en todas las unidades de salud.

Es de vital importancia entender que la administración de un hospital con una planificación eficiente reduce considerablemente los riesgos que se puedan presentar en el futuro en cualquier ámbito relacionado con desastres, entender que gestionar presupuesto para optimizar los servicios que prevean situaciones emergentes no solo va a disminuir la severidad de un desastre sino que adicionalmente nos prepara para reconocer oportunamente y con los conocimientos claros cualquier eventualidad.

## **2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LA LITERATURA PERTINENTE**

### **2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.**

Nuestra ciudad no había sufrido antes una tragedia con similares características, sumado al hecho de tener un hospital destruido en su mayor parte, y otras unidades médicas en iguales o peores condiciones.

El porcentaje de ocupación de camas en nuestra unidad en ese momento era superior al 95%, es decir que adicional a las atenciones que se iban a presentar hubo que liberar pacientes que se encontraban en las diferentes áreas de hospitalización, pediatría, neonatología, terapia intensiva, ginecología, cirugía y medicina interna.

No se ha realizado ningún trabajo en relación a una propuesta de mejoramiento de atenciones de emergencias en ninguna unidad médica de la ciudad de Manta ni en el Hospital General IESS de Manta.

### **2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente**

Nuestro país cuenta con la Subsecretaría de Gestión de Riesgos que gestiona en las diferentes instituciones públicas y privadas la creación de mapas de riesgos, planes de contingencia para desastres y situaciones de emergencias lo

que pretende es prevenir, coordinar, reducir los efectos adversos que se pueden presentar. (Acuerdo Ministerial N° 526 del 02/06/2004, que en su Art. 1 “Establece la Red Nacional de Salud, para la atención en Emergencias y Desastres, liderada por la Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el desarrollo Nacional, proceso DIPLASEDE, dependencia del Ministerio de Salud Pública, responsable de la Gestión de Riesgos”.)

Las unidades de salud periódicamente se preparan ante eventuales situaciones como por ejemplo; fenómeno del niño, inundaciones durante la época invernal; enfermedades estacionales como influenza, dengue, chicungunya y zika de rápida proliferación y posibilidades de convertirse en pandemias, eventos naturales como erupciones volcánicas debido a que nos encontramos en el cinturón de fuego del Pacífico, y el último desastre natural como fue el terremoto de 7.8 grados en escala de Richter que sacudió las costas de Manabí y Esmeraldas.

Sin embargo y a pesar que las políticas de salud están encaminadas a la prevención y promoción de salud en esta ocasión la situación superó las expectativas, personas sin hogares, niños sin padres, diferentes emergencias como fracturas expuestas, amenazas de partos prematuros, traumas craneo encefálicos, infartos etc, se presentaron con frecuencia en la improvisada emergencia de nuestra unidad.

### **2.3 Hallazgos de la investigación realizada**

Nuestra unidad médica como todas las unidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social posee el sistema informático donde se ingresa a la historia clínica del paciente, es el sistema AS 400, en el momento de la catástrofe se colapsaron los sistemas informáticos, se suspendió la energía y los servicios telefónicos, durante los siguientes 4 días, es por esta razón que los datos que presentaremos se obtuvieron de las matrices de recopilación de información manual de las atenciones brindadas durante la primera semana posterior al 16 de abril.

Las derivaciones se realizaron por vía aérea y terrestre, a unidades del IESS en la ciudad de Guayaquil y Quito y también se utilizó la red privada complementaria, se prestó atención médica en un área de emergencias improvisada en el estacionamiento del hospital.

La atención fue muy irregular puesto que no se contaba con áreas adecuadas para las necesidades prioritarias de los pacientes, es por esta razón que posteriormente se trasladó el área de emergencias al Centro de Atención Ambulatoria del IESS en la parroquia Los Esteros, unidad de primer nivel con infraestructura limitada pero se logró iniciar con las atenciones médicas de pacientes emergentes.

Como se puede visualizar en el primero y segundo día las fracturas son los diagnósticos más frecuentes, al igual que los politraumatismos.

Tabla 2

*Total de emergencias atendidas*

<b>FRECUENCIAS DE SEXO DE EMERGENCIAS</b>			
	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
	19	18	<b>37</b>
	17	22	<b>39</b>
	36	33	<b>69</b>
	21	18	<b>39</b>
	3	2	<b>5</b>
	31	11	<b>42</b>
	23	18	<b>41</b>
<b>TOTALES</b>	<b>150</b>	<b>122</b>	<b>272</b>

Tomado de: Área de Estadísticas Hospital General Manta

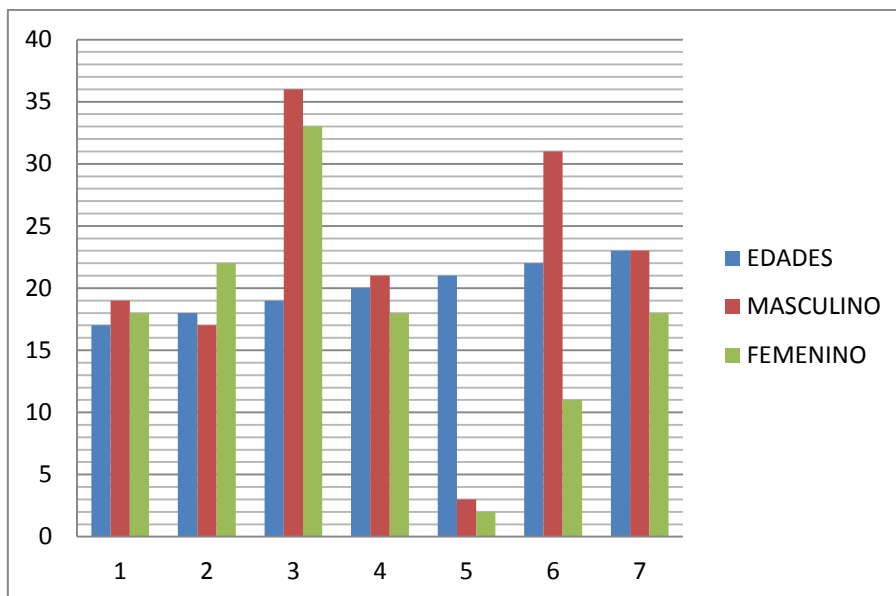


Figura 1. Frecuencia de sexo y edades de pacientes atendidos en emergencias  
 Tomado de: Área de Estadísticas Hospital General Manta

Se atendieron 272 pacientes entre el 17 y 22 de abril del 2016 de los cuales 150 pertenecían al sexo masculino y 122 al sexo femenino

Tabla 3

*Clasificación de emergencias*

TOTAL EMERGENCIAS	
GINECOLOGICAS	29
QUIRURGICAS	163
TRAUMATOLOGIAS	80
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>

Tomado de: Área de Estadísticas Hospital General Manta



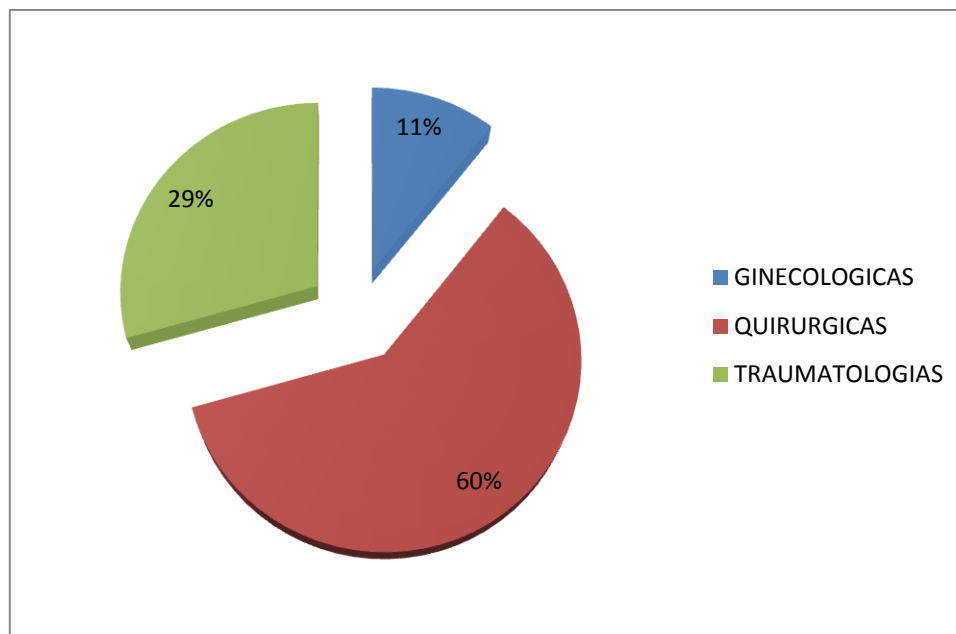


Figura 2. *Tipos de emergencias*

Tomado de: Hospital General Manta

Se las clasificó como emergencias ginecológicas, quirúrgicas y traumatológicas de un total de 272 y el mayor porcentaje de diagnósticos resueltos fue quirúrgico.

Tabla 4

*Transferencias realizadas*

<b>TRANSFERENCIAS REALIZADAS 17-04</b>	
<b>DEPENDENCIA</b>	<b>CANTIDAD</b>
ANGIO MANABI	2
IESS PORTOVIEJO	3
HOSP. T.M. CARBO	1
CLINICA SAN FRANCISCO	4
LUIS VERNAZA	2
ROBERTO GILBERT	2
HOSPITAL GUAYAQUIL	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

Tomado de: Área de Estadística Hospital General Manta

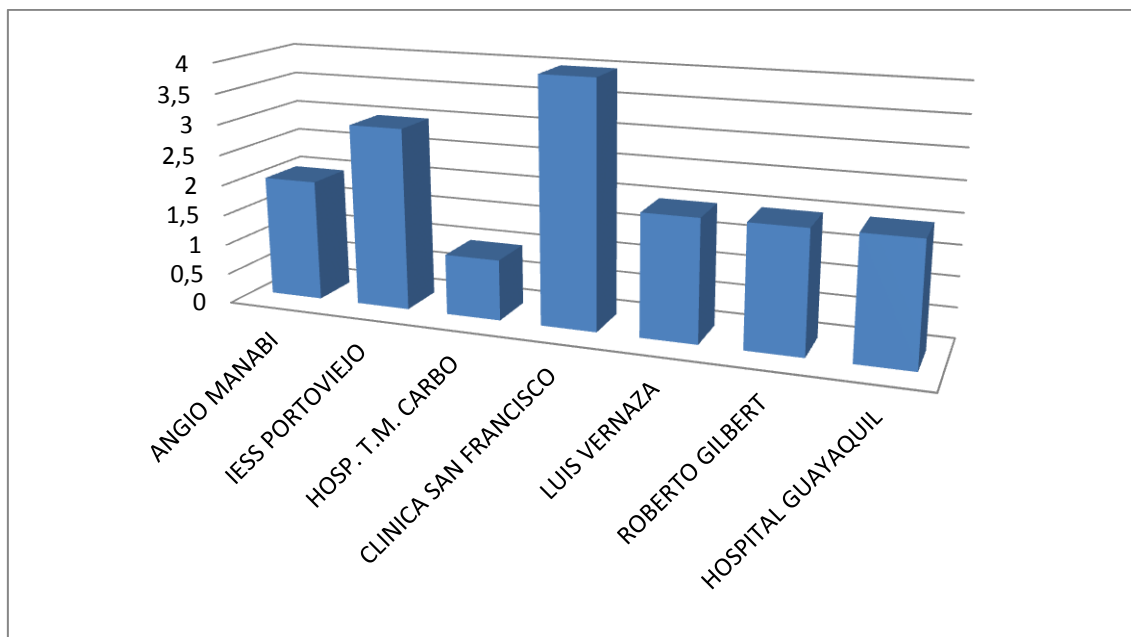


Figura 3. Transferencias realizadas 17-04-2016

Tomado de: Área De Estadística Hospital General Manta

Se transfirieron 16 pacientes en estado crítico previa coordinación con unidades dentro y fuera de la provincia.

Tabla 5

*Transferencias realizadas*

TRANSFERENCIAS REALIZADAS 18-04	
DEPENDENCIA	CANTIDAD
ANGIO MANABI	2
IESS PORTOVIEJO	0
HOSP. T.M. CARBO	0
CLINICA SAN FRANCISCO	0
LUIS VERNAZA	1
ROBERTO GILBERT	0
ONMI HOSPITAL	9
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>

Tomado de: Hospital General Manta, Área de Estadísticas

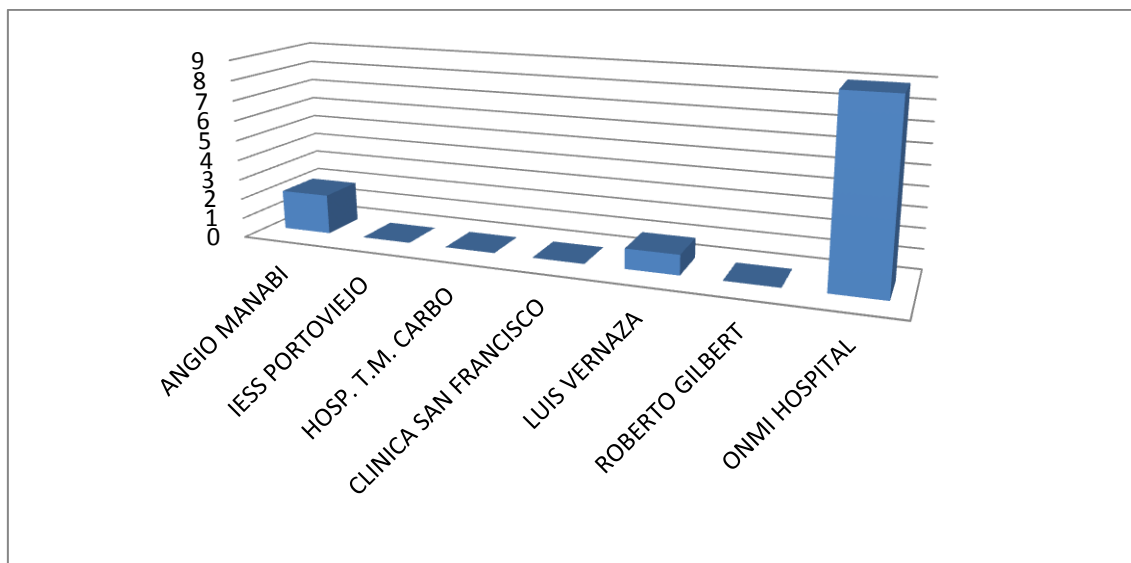


Figura 4. Transferencias realizadas 18-04-2016

Tomado de: Área De Estadísticas Hospital General Manta

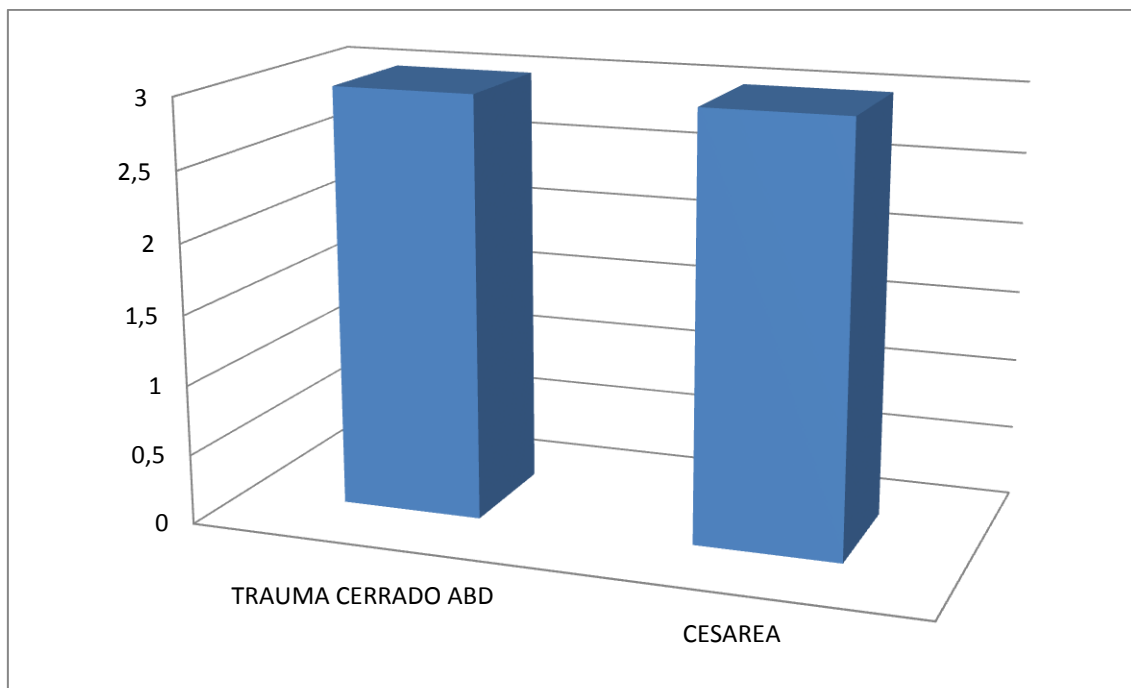
Se transfirieron 12 pacientes y se puede observar que el Omni Hospital, que es parte de la red privada complementaria, recibió 9 de las 12 transferencias realizadas.

Tabla 7

*Cirugías realizadas*

CIRUGIAS REALIZADAS 17-04	
TRAUMA CERRADO ABDMINAL	3
CESÁREAS	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

Tomado de: Hospital General Manta, Área de Estadísticas



*Figura 5.* Cirugías realizadas 17-04-2016

Tomado de: Hospital General Manta, Área De Estadísticas

Se realizaron 6 cirugías en un quirófano improvisado para emergencias en el área de fisioterapia del Hospital General Manta.

Inmediatamente luego del siniestro no solo nuestra unidad se vio afectada en relación a la infraestructura sino adicionalmente 43 unidades médicas que forman parte de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria en Manabí, 17 entre Manta y Portoviejo, y de los cuales 3 hospitales generales quedaron inoperativos, entonces 537 camas hospitalarias disponibles para internación se perdieron durante el terremoto que corresponde al 18% de la capacidad total de internamiento hospitalario en Manabí (Senplades, Evaluación de costos de reconstrucción – Sismo en Ecuador Abril, 2016).

Tabla 7

*Reporte de afectación de la infraestructura de los establecimientos de salud*

PROVINCIA	CANTON	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	INSTITUCION	DAÑO PROBABLE	CONDICION
MANABI	BAHIA DE CARAQUEZ	HOSPITAL	BAHIA DE CARAQUEZ	IESS	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	BAHIA DE CARAQUIEZ	HOSPITAL	MIGUEL ALCIVAR	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	BOLIVAR	HOSPITAL	BASICO DE CALCETA	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	CHONE	HOSPITAL	NAPOLEON DAVILA	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	FLAVIO ALFARO	HOSPITAL	FLAVIO ALFARO	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	JAMA	CENTRO DE SALUD	JAMA	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	JAMA	CENTRO DE SALUD	LA CONCORDIA TIPO C	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	MANTA	HOSPITAL	MANTA	IESS	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	MANTA	HOSPITAL	RODRIGUEZ ZAMBRANO	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	PORTOVIEJO	CENTRO DE SALUD	LOS ANGELES DE COLON	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	PORTOVIEJO	CENTRO DE SALUD	PORTOVIEJO	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	PORTOVIEJO	CENTRO DE SALUD	NUEVO PORTOVIEJO	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	PORTOVIEJO	CENTRO DE SALUD	ANDRES DE VERA	MSP	LEVE	INOPERATIVO
MANABI	PORTOVIEJO	HOSPITAL	VERDI CEVALLOS	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	TOSAGUA	CENTRO DE SALUD	TOSAGUA	MSP	GRAVE	INOPERATIVO
MANABI	TOSAGUA	CENTRO DE SALUD	BACHILLERO	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	TOSAGUA	CENTRO DE SALUD	LA ESTANCIA	MSP	LEVE	OPERATIVO
MANABI	TOSAGUA	CENTRO DE SALUD	CERRO VERDE	MSP	LEVE	OPERATIVO

Tomado de: (Reporte de Situación No. 4 al 21 de abril de 2016 OPS-OMS).

Solo en la provincia de Manabí se reportaron 4435 atenciones médicas durante las primeras 72 horas posteriores al terremoto y 657 personas fallecidas. (Informe-trimestral-de-Gestion-mayo-agosto-de-2016-Comite-para-Reconstruccion-y-Reactivacion-Productiva).

Al momento se tiene conocimiento de la próxima entrega del Hospital de Especialidades de Portoviejo con una capacidad de 508 camas y 35 especialidades y el Hospital General Manta que se construye con una proyección de 200 camas hospitalarias que ayudarán a satisfacer la demanda actual de pacientes que deben ser derivados a la red privada complementaria para solucionar sus necesidades básicas de atención.

Luego del desastre se emitió por parte del gobierno ecuatoriano el Estado de Excepción, para las provincias afectadas, en este caso Manabí, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Guayas, Los Ríos y Santa Elena. (Decreto Ejecutivo No 1001, artículo 1, Presidencia de la República del Ecuador, Abril del 2016)

Posteriormente la dirección administrativa que se encontraba en ese momento dispuso el traslado de los médicos especialistas a otras unidades de salud dentro de la provincia, situación que no fue de mucho agrado por parte del personal médico puesto que había necesidad de especialidades como Traumatología y Cirugía que también se pusieron a disposición.

Al haber necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos se realizó un convenio con el Hospital Básico La FAE, unidad de primer nivel que cuenta con 2 quirófanos que se han utilizado para cirugías de emergencias posterior al suceso.

No existe ningún documento dentro de la unidad hospitalaria, hasta la fecha, donde se haya realizado una evaluación de la infraestructura para determinar el Índice de Seguridad Hospitalaria como sugiere la Organización Panamericana de la Salud y categorizarlo.

#### **2.4. Conclusiones del capítulo**

Es importante reconocer el trabajo desinteresado y humano de los médicos del Hospital General Manta que desde el momento de la tragedia trabajaron incansablemente para ayudar a solucionar la mayor cantidad de emergencias suscitadas aún sin infraestructura, insumos, equipos, etc.

Sin embargo hay que tomar en consideración que estas situaciones nos llevan a analizar las siguientes conclusiones:

- Falta de espacio físico para realizar una atención adecuada y de calidad a los pacientes.
- Derivaciones de pacientes a unidades de salud fuera de la provincia para realizar procedimientos médicos que se pudieron solucionar en una unidad adecuada.
- Número de pacientes con emergencias quirúrgicas que se podían solucionar pero no se podían hospitalizar por falta de esta área.
- Necesidad de un área médica adecuada para realizar procedimientos médicos menores como curaciones de heridas, quemaduras, suturas, etc.
- Falta de coordinación entre las unidades médicas de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria.
- Falta de disponibilidad y difusión de un manual de manejo emergente en caso de desastres relacionados con daños totales en infraestructura hospitalaria.
- Ausencia de evaluación documental relacionada a los daños en la infraestructura hospitalaria ocasionados por el terremoto y su posterior análisis y soluciones.

## Resumen en evidencia fotográfica de la situación del hospital general manta inmediatamente luego del terremoto del 17 de abril del 2016



*Figura 6.* Impacto directo en los Hospitales de la Provincia de Manabí

Tomado

de

[http://www.paho.org/disasters/newsletter/index.php?option=com\\_content&view=article&id=535&Itemid=355&lang=es](http://www.paho.org/disasters/newsletter/index.php?option=com_content&view=article&id=535&Itemid=355&lang=es)





*Figura 7.* Emergencia improvisada en el Hospital General Manta  
Tomada de: Diario El Comercio)



*Figura 8.* Emergencia improvisada, Hospital General Manta, abril 2016  
Tomado de: DIARIO EL COMERCIO..



*Figura 9.* Infraestructura hospitalaria colapsada, áreas de hospitalización ginecológica, quirúrgica, clínica, pediatría y terapia intensiva.



*Figura 10.* Infraestructura hospitalaria colapsada, áreas de hospitalización ginecológica, quirúrgica, clínica, pediatría y terapia intensiva.

Tomado de: EL DIARIO MANABITA





Figura 11. Hospital IESS Manta antes del terremoto

### 3. CAPÍTULO III. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS

Una vez visualizada la realidad de las atenciones realizadas en el Hospital General Manta luego del terremoto suscitado el 16 de abril del 2016 se tomaron en consideración las siguientes recomendaciones:

Creación de un protocolo interno en relación al manejo del personal médico y administrativo del Hospital General Manta que incluya organización coordinada con todas las áreas médicas para respuesta inmediata.

Se sugiere:

Trabajo en equipo y organizado entre las áreas médicas y administrativas, que se elija personal para funciones específicas y que se socialicen los procedimientos a realizarse y el personal a cargo en las diferentes áreas.

**Director Administrativo:** máxima autoridad que se encarga de coordinar efectivamente a las diferentes áreas asignadas para posteriormente decidir en conjunto las actividades a realizarse.

Define las acciones inmediatas a realizar, coordina con los medios externos, Cuerpo de Bomberos, ECU 911, interactúa con otras unidades médicas, verifica las necesidades emergentes en relación a insumos, equipos médicos, medicamentos, etc.

Verifica los daños ocasionados inmediatamente y activa el comité de desastres dentro de la unidad médica para determinar si nos encontramos frente a un Hospital Seguro o en caso contrario definir las acciones a seguir en caso de que no sea una Unidad que preste las garantías necesarias para brindar una atención médica de calidad.

**Director Médico:** coordina directamente las acciones médicas en el área de emergencias con los especialistas de las áreas críticas, cirujanos, traumatólogos, neurocirujanos, ginecólogos, emergenciólogos y personal de enfermería.

La Dirección Médica es la responsable de verificar que se ejecuten eficientemente los protocolos de atención en relación a las emergencias que se susciten dentro de la unidad y recopilar la información diaria para posteriormente emitir un informe de atenciones y definir si las acciones tomadas fueron efectivas o hay que cambiar las decisiones en beneficio de los pacientes y del personal a su cargo.

Dotar al personal médico con todo lo necesario y básico para trabajar, insumos, medicamentos, equipos médicos, áreas médicas, y de lo contrario coordinar con la dirección administrativa y si fuera necesario con otras unidades médicas para proveer con lo que se necesite para brindar atenciones eficientes.

Cada uno de los médicos especialistas definirá sus acciones a realizar, si se implementa un quirófano se decidirán en conjunto los pacientes a diagnosticar y tratar adecuadamente si la decisión es quirúrgica.

Se propone organizar un área de triage externa a la unidad hospitalaria con médicos que tengan conocimientos del protocolo en triage de Manchester para catalogar según el tipo de atención a realizarse.

TRIAGE.- proviene del francés **triage** que significa selección o clasificación. Se refiere a la acción de selección y clasificación de los pacientes en base a las lesiones y probabilidades de supervivencia.

Situación con múltiples víctimas.- cuando se atiende varias víctimas sin que se supere la capacidad de atención y respuesta pre hospitalaria.

Situación con víctimas en masa.- aquel que resulta de la atención a múltiples pacientes y se ha superado la capacidad de atención y respuesta pre hospitalaria.

Procedimiento del triage.- según los niveles se realiza de la siguiente manera:

Nivel 1 o primario.- se realiza directamente en la zona de impacto o sitio de evento. Se trata de evaluar a las víctimas y realizar el tarjeteo. Está en este nivel quien responde inicialmente al evento.

Nivel 2 o secundario.- se realiza en el área de concentración de víctimas. Consiste en la reclasificación, reanimación, estabilización y preparación para su traslado. Se lleva a cabo en el puesto médico de avanzada o área de concentración de víctimas.

Nivel 3 o terciario. Se realiza en las unidades de salud y consiste en reclasificar a las víctimas. (Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas, MSP, 2011)

Entendemos por “Unidad de Triage” cada una de las salas de un hospital, servicio de salud, cuarto de urgencias o de cualquier otro establecimiento de similares características donde se atiende a pacientes, independientemente de su naturaleza de entidad pública o privada, en la que se realiza el triage.

Aunque en varios países han optado distintos sistemas de triage que están en uso, la clasificación más usada recurre a un sistema de códigos de colores aceptado internacionalmente:

- EL ROJO: Indica una elevada prioridad en cuanto al tratamiento o el traslado.
- EL AMARILLO: Se aplica a las prioridades medias
- EL VERDE :Se usa para los pacientes ambulatorios
- EL NEGRO: Para los muertos o moribundos.

Entre los objetivos del triage tomaremos en consideración los siguientes:

- Identificación del paciente y valoración de la enfermedad que pone en peligro su vida.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extrahospitalaria. (MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LOS CUARTOS DE URGENCIAS, 2011)

Las áreas serán externas al hospital hasta que los organismos de control se encarguen de verificar si la infraestructura hospitalaria es adecuada para poder ingresar a realizar paulatinamente las actividades normales tanto médicas como administrativas.

El área de triage debe estar cercana a las entradas de la unidad por donde ingresarán las ambulancias con pacientes críticos o cualquier unidad médica con pacientes que necesiten atención y de igual manera se priorizará la atención según su emergencia.

El personal que se encargue de organizar el triage debe ser preferentemente el que tenga más experiencia en el área de emergencias, con capacidad de tomar decisiones rápidas y efectivas puesto que en algunos casos las resoluciones de los casos críticos no se van a poder solucionar en la unidad y tendrán que derivarse a otras unidades de mayor complejidad.

**Áreas administrativas:** (unidad de servicio de asegurado) se asignará al personal en turnos rotativos de 8 horas y coordinarán conjuntamente con el área de triage la atención de los pacientes, llevarán control de las atenciones recibidas para realizar una evaluación posterior del número de pacientes atendidos, edades, sexo, tipo de seguro si tuvieran y si son o no son afiliados, diagnóstico de entrada, etc.

Se alimentará una matriz diaria de atenciones que incluirá los nombres de los pacientes, edad, sexo, fecha de atención, pacientes que se derivan a otras unidades médicas, pacientes que fallecen en la unidad, que llegan sin signos vitales, partos, cesáreas, cirugías de emergencias, etc.

La actuación del personal médico y de enfermería debe ser rotativa al igual que la del personal administrativo, de preferencia de 8 horas para evitar el estrés en las diferentes áreas, más aún en las áreas quirúrgicas donde se podrían encontrar diagnósticos verdaderamente críticos con necesidad de traslado de pacientes a otras unidades dentro y fuera de la ciudad o soluciones temporales hasta conseguir lugares donde realizar derivaciones efectivas

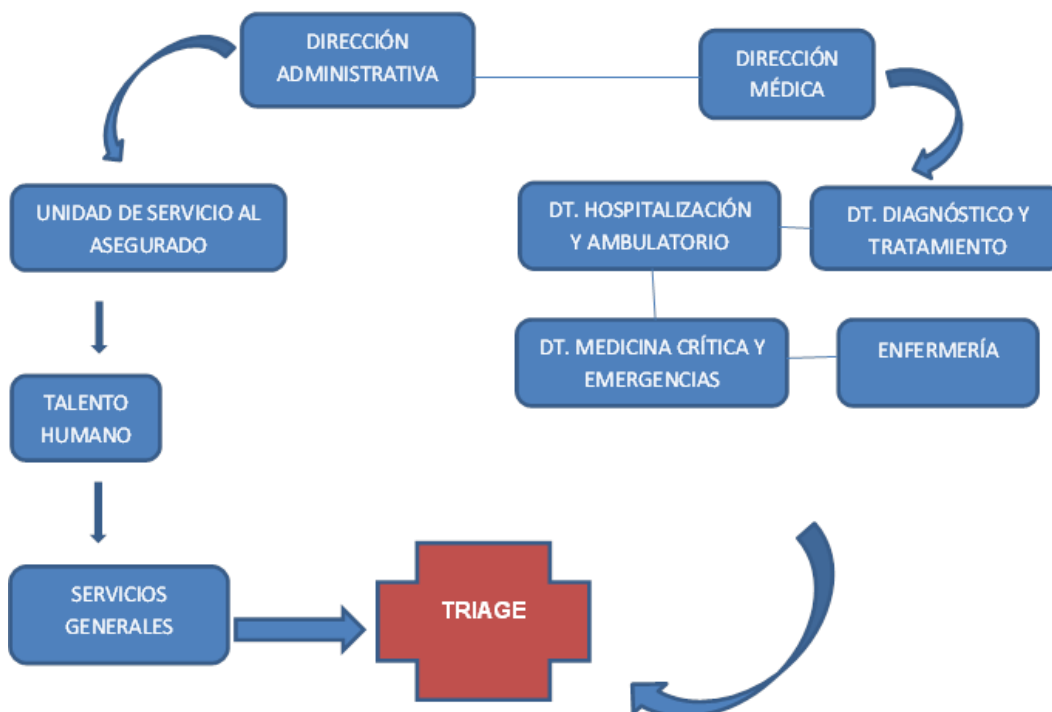
Es importante tomar en consideración que a pesar de que se realizan los planes de contingencia en relación a situaciones adversas en el momento de los desastres muchas veces no tenemos a una persona que dirija efectivamente las situaciones técnicas a resolver dentro de las unidades médicas puesto que un hospital tiene una variedad de áreas que incluyen desde una cocina, pasando por centrales de esterilización, quirófanos, oficinas administrativas, etc. cada una de las cuales cuenta con personal y documentación, mobiliario, archivos, equipos informáticos de valor no solo monetario sino documental, adicionalmente hay que verificar las salidas de oxígeno, energía, telecomunicaciones, control interno de medicamentos muchos de los cuales necesitan una temperatura específica, insumos, equipo y material médico.

Cada una de las áreas operativas debe estar pendientes del resguardo de su material de trabajo, de preferencia cerrar o bloquear las entradas a las áreas administrativas hasta que se decida ingresar a la unidad para evitar lesiones en el personal que se puede organizar para realizar otras funciones.

Considero que este plan es sencillo, y si todos los actores trabajan coordinadamente se podrá salir adelante aún sin tener infraestructura, cuidar cada uno de nuestros lugares de trabajo por más pequeños que sean y brindar



una atención eficiente a nuestros pacientes hasta que se pueda tener una segunda opción para trabajar de mejor manera.



*Figura 12.* Flujograma de organización para la atención de pacientes en el área de emergencias

Es importante tomar en consideración que en situaciones de desastre las máximas autoridades deben tomar el control de las unidades médicas para evaluar los daños suscitados, situación del personal médico, administrativo, paramédico, etc. y poder así tomar decisiones que beneficien no solo a los pacientes sino al personal que se encuentra en ese momento brindando atención.

Adicionalmente tenemos que conocer que por ser zona costera es muy probable que en algún momento haya necesidad de evacuar estas áreas si hay riesgo de tsunami por ejemplo y de ser así tener conocimiento de estas rutas de evacuación que deben coordinarse en el menor tiempo posible para evitar desastres mayores.

Cada uno de nosotros debemos ser capacitados con regularidad para situaciones de desastre, la falta de conocimiento para afrontar siniestros importantes es una de las causas para que la población no evacúe adecuadamente sus viviendas y se dirijan a áreas implementadas para darles asistencia inmediata luego de la evacuación.

Esta coordinación no se realiza sola, por esto se debe tener conocimiento en relación a identificar los organismos de control internos en cada ciudad para seguir las instrucciones de fuentes verídicas y autorizadas, entre ellos cuerpo de bomberos, cruz roja, municipios locales, etc.

A nivel nacional el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social fueron los encargados de realizar la verificación del estado de las ciudades más afectadas por el terremoto y ejecutaron la implementación de refugios temporales y definitivos para la población más vulnerable en las denominadas “zonas cero”.

La Presidencia de la República en cambio determinó el “estado de excepción” para las provincias con mayor impacto posterior al desastre y esta resolución buscaba determinar la gravedad de la situación e implementar soluciones efectivas en diferentes lugares, el mismo que se mantiene hasta la fecha.

Países como Chile tienen una norma sísmica que regula la construcción de edificios y casas que es muy exigente y que ha sido perfeccionada con cada evento sísmico importante, deberíamos implementar en nuestro país estas normas de construcción para todo tipo de edificaciones, pero que no solo sean aplicadas sino verificadas adecuadamente por personal capacitado, con conocimientos en estudio de suelos y estructuras y adicionalmente concientizar a la población para que utilicen materiales que no solo servirán para tener una vivienda bien hecha sino sobre todo segura.

De estos países también aprendemos que la comunicación es importante para el desarrollo de nuestros pueblos, es por esto que los medios de comunicación se encargan de difundir periódicamente y de manera clara y entendible las diferentes acciones a seguir inmediatamente se susciten terremotos, esta información se difunde a toda la población desde las escuelas y colegios, una de las premisas más importantes es evitar entrar en pánico y mantenerse tranquilos y seguros en áreas designadas para esto en todos los lugares públicos, son los llamados puntos de encuentro, libres en lo posible de tendidos eléctricos, estructuras altas, lo más despejado posible.

En Japón se activan automáticamente avisos en radio y televisión dando claves de seguridad a la población, también se envían mensajes de texto a los celulares con avisos y alertas de tsunamis o terremotos.

Los japoneses crearon un sistema de detección de tsunamis, reciben información satelital que detecta movimientos en el fondo del mar y si hay cambios importantes se dan avisos y se advierte a la población sobre un posible evento.

Debemos entender también que es posible que no tengamos los medios económicos ni equipos sofisticados de detección de desastres como otros países es por esto que tenemos que estar siempre alertas para evitar lesiones a nuestras familias y viviendas.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Conclusiones

Luego del evento suscitado todo lo que se encontraba en la ciudad era caos y desolación, el rescate de personas con vida se mantuvo durante la subsiguiente semana y cada vez eran menos los rescatados en condiciones óptimas de supervivencia.

La cooperación internacional fue de vital importancia en cada una de las ciudades siniestradas puesto que los rescates de cuerpos eran situaciones que se visualizaban a diario y esto aumentaba la tristeza y desesperanza de los habitantes, sin embargo, encontrar al menos los cuerpos de familiares desaparecidos en algunos casos significaba consuelo para los deudos.

Los servicios de salud en nuestro país están en constante evolución, el desarrollo de los mismos se visualiza con el pasar del tiempo, en la actualidad se puede demostrar que la Red Pública Integral de Salud tiene muchos beneficios relacionados directamente con la atención de pacientes en áreas críticas y de emergencia, sin embargo hay áreas que aún necesitan ser evaluadas y potencializadas, como las áreas de neonatología y terapia intensiva que son áreas críticas y de alta complejidad.

Es de vital importancia conocer las necesidades básicas de atención en caso de siniestros puesto que de la acción rápida y óptima depende el resultado en relación al bienestar de los pacientes

Una atención de calidad debe tener como premisa básica la aplicación de los conocimientos en relación a la necesidad del paciente previniendo sus riesgos potenciales.

Se debe brindar un servicio de salud lo más cercano posible a la excelencia aplicando el Modelo de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud

Pública, puesto que la salud es un derecho al que debe acceder toda la población.

#### **4.2. Recomendaciones**

Entre las recomendaciones tenemos las siguientes:

- Asignar un porcentaje del presupuesto general asignado a las unidades médicas para contingencia en caso de emergencias y/o desastres, este presupuesto debe estar direccionado a solucionar situaciones prioritarias como por ejemplo compra de insumos médicos o medicamentos que se necesiten para atender y que se hayan perdido o con los que ya no se cuente luego del siniestro.
- Actualización de los planes de contingencia periódicamente, no solo para posibles emergencias sino también para enfermedades vectoriales, epidemias, pandemias etc.
- Difusión periódica de los protocolos de atención en situaciones de emergencia para el personal médico, paramédico y administrativo que debe conocer también las acciones a seguir en casos de emergencias o desastres.
- Entrenamiento periódico en situaciones de desastre (terremotos, tsunamis, inundaciones, etc) al personal médico y paramédico de las áreas críticas y de emergencias.
- Planificar estrategias de soporte en caso de pérdida de energía, para evitar daños directos en medicamentos, vacunas, equipos médicos, informáticos y telecomunicaciones.
- Definir rutas de evacuación dentro de las unidades médicas con la señalética correspondiente y realizar simulacros en casos de eventos adversos para evitar el caos en caso de que se presenten este tipo de siniestros.
- Vigilancia epidemiológica, evaluación de posibles focos de contaminación medioambiental para evitar enfermedades epidémicas.

- Atención psicológica primaria dirigida a todo el personal que labora dentro de la institución luego de una emergencia y evaluar a los posibles casos de pacientes con daños psicológicos inmediatos por pérdidas familiares o por el impacto posterior al desastre.
- Promoción y prevención de salud permanente dentro de la unidad con los pacientes y la comunidad.
- Contacto permanente con los organismos de control del MSP, GAD, COE cantonal, Municipalidad, Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, etc. para coordinar soluciones y acciones a seguir ante posibles eventos adversos
- Solicitar a organismos de control capacitación al personal administrativo en relación a las medidas primarias a realizar en caso de siniestros.
- Conocimiento y difusión permanente de la cartera de servicios de nuestra unidad hospitalaria y de las unidades dentro de la red para evaluar las debilidades y fortalezas que tenemos en relación a prestación de servicios médicos.
- Coordinación entre las diferentes direcciones médicas y administrativas para evaluar periódicamente la atención médica que se brinda dentro de la unidad y verificar posibles amenazas dentro de la misma.
- Difundir a la población los servicios que se brindan en las unidades para que conozcan donde dirigirse en caso de emergencias y cuales serían las atenciones que se consideran como emergencias y urgencias, para no saturar las unidades de primer y segundo nivel.
- Comunicar a la población sobre las posibles rutas de evacuación y sobre todo aprender a mantener la calma para tratar de solucionar los problemas inmediatos y evitar situaciones de mayor complejidad
- Valorar las necesidades básicas en relación a dotación de medicamentos e insumos necesarios para las atenciones de emergencia dentro de la unidad médica.
- Evaluación documentada de los daños para definir las decisiones inmediatas a realizar en relación a la optimización de recursos con los que se cuenta al momento del siniestro y en caso de no mantener una unidad hospitalaria que preste las garantías necesarias para atender a

los pacientes buscar soluciones prácticas para poder satisfacer las necesidades de la población afectada-

- Considerar que cada una de las unidades médicas debe brindar una atención con calidad y calidez a pesar de las adversidades presentadas con el único fin de beneficiar a nuestros pacientes y así trabajar por su pronta recuperación y los posibles efectos posteriores a los sucesos vividos.

## REFERENCIAS

- Arcos, P., Castro, R.,(2008) Manual de procedimientos de evaluación y respuesta sanitaria a emergencias y desastres, Madrid; Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III; 305 p.
- Atehortúa, F., (2003) Gestión y auditoría de la calidad para organizaciones públicas, Colombia: Editorial de la Universidad de Antioquia.
- Fajardo, O., (2015). Gerencia y administración estratégica de la atención médica. México: Editorial Médica Panamericana
- Malagón, G., Galán, R., Ponton, G.,(2006) Garantía de la calidad en salud, Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Malagón, L., Pontón, L., Reynales, L., (2014). Auditoria a en salud para una gestión eficiente. Colombia: Editorial Médica Panamericana
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2011) Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2012) Modelo de atención integral del sistema nacional de salud-
- OPS, Hospitales seguros frente a desastres.
- OPS/OMS, (2016) Reporte de situación N°4, terremoto en Ecuador.
- Organización de las Naciones Unidas, (2005) Propuesta de Hospital seguro, conferencia mundial de reducción de desastres.
- Organización Panamericana de la Salud, (2000) Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá
- Organización Panamericana de la Salud, (2002) La salud en las Américas Volumen 1, Edición del 2002, Publicación científica y técnica, N0 587.
- Organización Panamericana de la Salud, (2002) La salud pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.
- Organización Panamericana de la Salud, (2011) Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias.



Organización Panamericana de la Salud, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud,(2000) Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Washington.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, (2004) Guía para la reducción de la vulnerabilidad en el diseño de nuevos establecimientos de salud.

Rezzónico, R., Menzica, C., Rezzónico, M.,(2016). Auditoría médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria. Argentina: Ediciones Journal S.A

Senplades, (2016) Evaluación de costos de reconstrucción – Sismo en Ecuador.

