



FACULTAD DE POSGRADOS

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CONSULTORIO DE TRIAJE COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA CALIDAD Y COBERTURA ANTE LA DEMANDA DE PACIENTES DE UN SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL, CUENCA- ECUADOR.

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
Mg. Susana Larrea Cabrera

Autora
Andrea Cristina Bersosa Webster

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, 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 Janeth Larrea Cabrera
Magister en Gestión Empresarial
CI: 1709576597

DECLARACION DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación.

Irma Verónica Garcés Fuentes
Master of Science in Economics
CI: 1712241239

DECLARACIÓN DE AUTORIA 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.

Md. Andrea Cristina Bersosa Webster

CI: 0301563078

AGRADECIMIENTOS

Una sincera y especial gratitud a la Dra. Jeaneth Campoverde, no solo por permitirme estudiar, sino por el apoyo brindado ya que sin ella no estaría hoy aquí.

Agradezco infinitamente a Rosita Hurtado, quien ha sido mi tutora, mi guía y mi amiga en este camino.

Al personal del Subcentro Salud de Uncovia, Dra. Marisol Orellana, Dra. Karla Reinoso, quienes hicieron este proyecto posible, a quienes la gratitud les será eterna.

A mis hermanos Esteban y Juanita, a mis sobrinos Antonio y Octavio, a mi cuñado Sebastián, por ser testigos y fundamental parte en mi vida, por ser un apoyo, por escucharme, comprenderme, por darme su mano y levantarme y sobre todo por amarme por quien soy.

A mis adoradas amigas y hermanas Lore y Mavis, que han sido y son un apoyo incondicional, parte vital de mi ser.

A mi Amigo Xavier L. que me impulsó a estudiar, lástima que se encuentre distante.

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada al esfuerzo que su realización demandó de mí parte lo que me ayudó a resurgir y convertirme en la persona que soy

RESUMEN

El presente estudio analiza los resultados de la implementación de un consultorio de triaje como estrategia para mejorar la calidad y cobertura ante la demanda de pacientes en el Subcentro de Salud de Uncovia de la parroquia Hermano Miguel en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

Es un estudio descriptivo cuali-cuantitativo, retrospectivo que se basa en el procesamiento de la información contenida en el formulario 008 que el Subcentro utiliza para evaluar a pacientes que acuden por situaciones de urgencias/emergencias a una Unidad de Salud. Esta información se complementó con la realización de encuestas a una muestra de pacientes que fueron atendidos en el consultorio de triaje, las mismas que estuvieron orientadas a valorar la satisfacción del usuario ante este sistema y, por último, se revisaron y cuantificaron las quejas ciudadanas que fueron receptadas durante el período del estudio para identificar las razones de las mismas.

El resultado al que se llegó luego del análisis de los datos obtenidos es que, con el método de triaje, el centro de salud en cuestión, atendió a 720 pacientes que no disponían de un turno agendado a través del sistema utilizado regularmente, como es el de agendamiento mediante contact center. Las prioridades realizadas corresponden principalmente a atención en primer nivel (APS), prioridad III, según el Esquema de Triage Manchester (ETM), las que fueron debidamente atendidas, lo cual disminuyó la afluencia de pacientes a Emergencia de los Hospitales de Tercer Nivel, en este caso, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

En consecuencia se recomienda implementar el sistema de triaje en cada una de las Unidades Operativas de APS dotando de infraestructura, personal, medicamentos e insumos necesarios, destinados para triaje.

Palabras clave: contact center, triaje, Atención Primaria de Salud (APS), Unidad Operativa (UO).

ABSTRACT

The present study analyzes the results of the implementation of a triage consulting center as a strategy to improve the quality and coverage of patient demand in the Uncovia Health Center of the “Hermano Miguel” parish.

This was a quantitative and retrospective descriptive study, based on the processing of the information contained in the form 008 that the Health Center uses to evaluate patients who come for urgencies / emergencies. In addition there were performed surveys, the result of the sample obtained from the patients who were treated in the triage clinic to assess the satisfaction of the user before this system. Finally patient’s complaints that were received during the study period were reviewed and quantified.

Only after the data was analyzed, it has been able to attend to 720 patients who did not have an appointment through the contact center.

According to the Manchester Triage Scheme, the main priority was “III”. These priorities correspond to first-level care, which were attended properly, reducing the influx of patients to the Emergency of Third Level Hospitals, in our case, Regional Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

The triage system has been able to provide timely attention, through the data obtained from the sample of cases, since if we recall the bibliography about triage the waiting time to access a medical consultation.

It is recommended to implement the triage system in each of the PHC Operational Units providing the necessary infrastructure, personnel, medicines and supplies, destined for triage.

Keywords: contact center, triage, First Level Health Attention (APS), Operativa Unit.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
1. PRESENTACION DEL PROBLEMA A INVESTIGAR.....	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.1.1. Clima	6
1.1.2. Características Demográficas.....	6
1.1.3. Estructura Familiar.....	7
1.1.4. Problemas de salud detectados en la comunidad de la parroquia Hermano Miguel.....	7
1.2. Razones por las cuales se escogió el tema.....	9
1.3. Planteamiento del problema	9
1.3.1. Problema	9
1.3.2. Causas	11
1.3.3. Efectos.....	12
1.3.4. La Propuesta	13
1.3.5. Análisis foda del subcentro de salud de uncovia.....	13
1.4. Metodología para la realización de la tesina.....	16
1.4.1. Tipo de estudio utilizado	16
1.4.2. Período y lugar donde se desarrolla la investigación.....	17
1.4.3. Universo y muestra.....	17
1.4.4. Métodos, técnicas e instrumentos	18
1.4.5. Criterios de inclusión	20
1.4.6. Criterios de exclusión	20
1.5.7. Operacionalización de las variables.....	20
1.5. Resultados esperados.....	20
1.6. Conclusiones del capítulo.....	21
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA ACADÉMICA DEL ÁREA.....	22

2.1. Estudios similares diseñados, analizados y/o puestos en práctica previamente	22
2.2 Revisión de la Literatura profesional pertinente	22
2.2.1. Sistema de triaje.....	22
2.2.2. Conceptos importantes sobre calidad y satisfacción.....	27
2.2.3. Elementos para evaluar calidad	30
2.3. Hallazgos de la revisión de la Literatura Académica.....	31
2.3.1. Triaje en las unidades operativas del msp (Ministerio de Salud Pública)	31
2.4. Resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.....	32
2.4.1. Edad, sexo y patologías de la población que acudió a consulta de triaje.	32
2.4.2. Aspectos sobre los cuales los usuarios levantaron sus quejas.....	35
2.4.3. Satisfacción demostrada por los usuarios.....	35
2.5. Conclusiones del capítulo	37
3. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION	39
3.1. Antecedentes.....	39
3.2. Objetivo de la propuesta	40
3.3. Objetivos específicos completar	40
3.4. Pasos realizados para la implemenatación del sistema de triaje.....	40
3.5. Recomendaciones al implementar un sistema de triaje.....	42
3.6. Costos	43
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
4.1. Conclusiones.....	45
4.2. Recomendaciones	46

REFERENCIAS	47
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nomenclatura del mapa de ubicación de la parroquia Hermano Miguel, provincia del Azuay, Cuenca Ecuador	5
Tabla 2 Distribución poblacional de la Parroquia Hermano Miguel, Cuenca Ecuador.....	6
Tabla 3 Análisis FODA del Subcentro de Salud de Uncovía.....	13
Tabla 4 Niveles de Prioridades según el Triage Manchester (MTS).....	23
Tabla 5 Niveles de Prioridades según el Sistema Español de Triage. (SET)	23
Tabla 6 Distribución por edad y sexo de la población que realizó consulta en el Subcentro de Salud de Uncovía través de triaje entre marzo y septiembre del 2016.....	33
Tabla 7 Distribución porcentual según diagnóstico de las principales patologías de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel 2017.....	34
Tabla 8 Tiempo que los usuarios debieron esperar para ser atendidos mediante el sistema de triaje.....	36
Tabla 9 Estimación de costos operacionales y de inversion para la implementación de triaje en una APS.	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de la ubicación de la parroquia Hermano Miguel, Provincia del Azuay, Cuenca-Ecuador. Tomado de (Bersosa, 2015).	4
Figura 2. Distribución porcentual de la población de la Parroquia hermano Miguel por grupo etarios, 2014. Tomado de (Bersosa, 2015).	7
Figura 3. Distribución porcentual según sexo de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	54
Figura 4. Distribución según sexo y edad de 251 pacientes según sexo y edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.	55
Figura 5. Distribución porcentual según diagnóstico de las principales patologías de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	56
Figura 6. Distribución porcentual según tipo de prioridad de acuerdo a la Escala de Triage de Manchester (ETM) de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	57
Figura 7. Distribución porcentual según condición al egreso de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	58
Figura 8. Distribución porcentual según tiempo de duración de la consulta médica de 251 pacientes, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	59
Figura 9. Distribución porcentual de 57 inconformidades ciudadanas reportadas a la UO Uncovia, durante el período enero del 2015 a junio del 2016.	60

Figura 10. Distribución porcentual según tipo de queja, de 57 inconformidades ciudadanas reportadas a la UO Uncovia, durante el período enero del 2015 a junio del 2016.	61
Figura 11. Promedio mensual de quejas ciudadanas receptadas durante el período enero a septiembre de 2016.....	62
Figura 12. ¿Está usted de acuerdo con el sistema de atención que recibió? ..	63
Figura 13. ¿El sistema le brindó solución inmediata a su problema de salud actual?	64
Figura 14. ¿Cuál fue su tiempo de espera para acceder a la atención médica?.....	65
Figura 15. ¿Le gustaría que se implemente este sistema de forma permanente?	66
Figura 16. Distribución porcentual según error al clasificar prioridades según el Esquema de Triage Manchester (ETM) de los pacientes que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.....	67
Figura 17. Distribución porcentual según error al clasificar prioridades según el Esquema de Triage Manchester (ETM) de los pacientes que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel.2017.....	68

INTRODUCCIÓN

Para este trabajo, la salud al igual que la educación son dos de los puntales más grandes que deben estar como prioridades dentro de cualquier legislación y servicios a la población. Se considera entonces que los dos van a la par además de complementarse, si falta alguno el ser humano no puede desarrollarse en ningún nivel o ámbito, ya sea laboral, familiar, recreativo, etc.

Cuando hablamos de salud, cada paciente, desde su punto de vista espera obtener una atención de calidad que le genere satisfacción, es decir una sensación placentera de obtener lo esperado; al no obtenerla se genera insatisfacción.

De acuerdo a la mejora continua según la ISO 9001:2015, es importante que cada unidad de salud evalúe sus procesos, métodos, sistemas, etc., con la finalidad de mejorar la calidad de atención y realmente conseguir la satisfacción de los usuarios. Se puede lograrlo con la mejora continua que corresponde a reformar la eficacia de un sistema aplicando la política y objetivos de calidad y los resultados de las verificaciones de inspección; con el análisis de los datos que orientarán a las acciones correctivas y preventivas y, con la revisión de la dirección.

En este trabajo se considera que cualquier aporte que se pueda lograr con el fin de mejorar la calidad de atención de la salud y, por ende, aportar al bienestar de quienes acceden a los servicios de salud, es valedero, más aún si se pueden brindar posibles estrategias para lograr realmente el objetivo propuesto, garantizar la salud como un derecho constitucional, tal como es la aspiración de este trabajo con el estudio del triaje como estrategia de mejoramiento de la atención en salud.

La calidad de salud es un tema que comienza a tomar fuerza en nuestro país, pero lamentablemente aun no disponemos de los recursos necesarios para que

pueda desarrollarse con fuerza. Se pretende calificar la calidad, pero únicamente como forma de contar con las bases necesarias para poder cumplir reglamentos establecidos.

Al hablar sobre calidad existen diversas definiciones, de las cuales, la más adecuada para el presente documento es la que indica el Instituto de Medicina de EEUU, Padovani (2012) definiéndola como el "grado en el cual los servicios de salud para personas o comunidades incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son consistentes con la actualización de los conocimientos profesionales".

Además de ello la calidad según Padovani (2012), tiene como objetivos que la atención en salud sea realmente segura y confiable. Lo primero hace referencia a una atención sin errores y que, en la medida de lo posible, no derive en lesiones no deseadas ni intencionales, pero que podrían ser perjudiciales. Lo segundo quiere decir que los pacientes sientan seguridad en la atención brindada por el personal de salud. Si se habla de calidad, también se debe conocer que existen tres elementos para evaluarla, que se refieren a estructura, procesos y resultados. Es decir recursos, humanos, materiales, de infraestructura, estructura de procesos, etc.; acciones que se ejecutan de forma organizada empleando estos recursos y los resultados nos demuestran el trabajo que se está llevando a cabo, respectivamente.

En el desarrollo de este trabajo se espera encontrar una propuesta para mejorar la calidad de atención a nivel de la Salud Pública, es decir del Ministerio de Salud, con la expectativa de que pueda ser aplicado a unidades de salud de características similares a las que tiene a aquella en la que se realiza el presente estudio.

OBJETIVOS

a. Objetivo general

Analizar los resultados de la implementación de un consultorio de triaje como estrategia para mejorar la calidad y cobertura ante la demanda de pacientes en el Subcentro de Salud de Uncovia de la parroquia Hermano Miguel.

b. Objetivos específicos

b.1. Caracterizar a la población usuaria del servicio de triaje según edad, sexo y motivo de su consulta.

b.2. Estimar el tiempo de espera para acceder al área de triaje en el Subcentro de Salud de Uncovia.

b.3. Determinar la satisfacción sentida por los usuarios frente a la implementación de un consultorio para triaje en el Subcentro de Salud de Uncovia.

CAPITULO I

1. PRESENTACION DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

1.1. Antecedentes

El Subcentro de salud de Uncovia se encuentra ubicado al noreste de la ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay en la parroquia Hermano Miguel, perteneciente a la jurisdicción del Distrito 01D01.

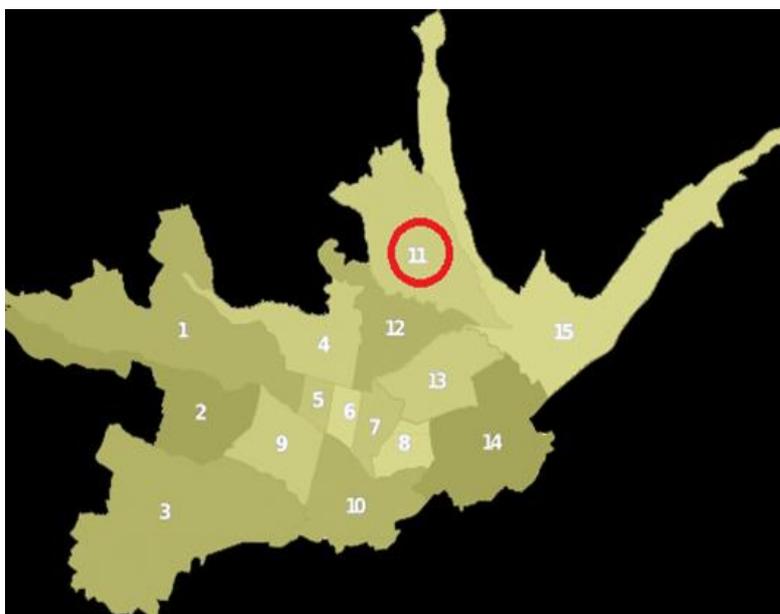


Figura 1. Mapa de la ubicación de la parroquia Hermano Miguel, Provincia del Azuay, Cuenca-Ecuador.
Tomado de (Bersosa, 2015).

- Al Oeste: Afluencia de la Quebrada Shirincay en la Quebrada Milchichig sigue por la primera de las Quebradas señaladas aguas arribas, hasta la afluencia de la Quebrada Quillilico. (Bersosa, 2015).

Tabla 1

Nomenclatura del mapa de ubicación de la parroquia Hermano Miguel, provincia del Azuay, Cuenca Ecuador.

1. San Sebastián	9. Sucre
2. El Batán	10. Huayna Cápac
3. Yanuncay	11. Hermano Miguel
4. Bellavista	12. El Vecino
5. Gill Ramírez Dávalos	13. Totoracocha
6. El Sagrario	14. Monay
7. San Blas	15. Machángara
8. Cañaribamba	

Tomado de (Bersosa, 2015).

Sus límites son los siguientes:

- Al Norte: los límites urbanos de la ciudad vigente ubicados en los orígenes de la quebrada El Progreso, continúan hasta la afluencia del río Patamarca en el río Machángara.
- Al Este: afluencia del río Patamarca en el río Machángara, continúan por el curso del río Machángara aguas abajo hasta el cruce de la avenida Panamericana Norte.
- Al Sur: cruce del río Machángara con la avenida Panamericana Norte, sigue por la avenida indicada al Oeste hasta su unión con la avenida de las Américas; continúan por la misma avenida hasta su cruce con la quebrada Milchichig; sigue aguas arriba por la quebrada referida hasta la afluencia en la quebrada Shirincay.
- Al Oeste: afluencia de la quebrada Shirincay en la quebrada Milchichig sigue por la primera de las quebradas señaladas aguas arriba, hasta la afluencia de la quebrada Quillilico. (Bersosa, 2015).

1.1.1. Clima

La temperatura es variable entre 7 y 15°C en invierno; de 12 a 25°C en verano. (Bersosa, 2015).

1.1.2. Características Demográficas

De acuerdo al último censo realizado por la INEC correspondiente al año 2010 la Parroquia Hermano Miguel tiene 17366 habitantes. En la Tabla 2 se puede observar que la mayoría de la población corresponde a adultos, es decir de edades comprendidas entre los 20 y 64 años. También se aprecia la distribución porcentualmente de las demás edades y del número de mujeres embarazadas.

Tabla 2
Distribución poblacional de la Parroquia Hermano Miguel, Cuenca Ecuador.

Población	Porcentaje
Menores de 1 año	2%
De 1 a 4 años	8 %
De 5 a 9 años	10%
De 10 a 14 años	10%
De 15 a 19 años	9%
Adultos (20-64 años)	53%
Adultos mayores (más de 65 años)	8%
Embarazadas	8%

Tomado de (Bersosa, 2015)

En la siguiente figura, podemos visualizar a la población de acuerdo a grupos etarios que acuden a la Unidad Operativa de Uncovia.

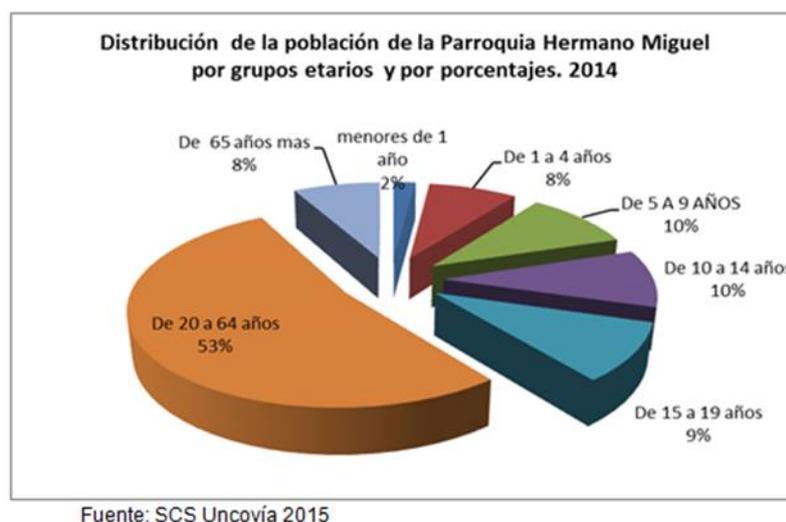


Figura 2. Distribución porcentual de la población de la Parroquia hermano Miguel por grupo etarios, 2014.

Tomado de (Bersosa, 2015).

1.1.3. Estructura Familiar

La mayor parte de las familias son nucleares y un pequeño porcentaje son familias ampliadas. El 41,5% de la población están casados legalmente. El 39,9% son solteros y un 10,5% corresponde a unión estable. El promedio de hijos es 4. (INEC, 2017) (Bersosa, 2015).

1.1.4. Problemas de salud detectados en la comunidad de la parroquia Hermano Miguel

Cada año todas las unidades operativas del Ministerio de Salud deben elaborar, reestructurar o modificar el Diagnóstico Situacional de su lugar de influencia, es decir, deben realizar un tipo de diagnóstico que permite tener conocimientos tanto para realizar acciones como para la toma de decisiones adecuadas al contexto en torno a un tema significativo; en este caso se considera cualquier situación que pudiese afectar la calidad de vida y la salud de los habitantes. En el diagnóstico del subcentro de salud referido,

correspondiente al año 2015 se encontraron los siguientes problemas por los que acude la población:

- Enfermedades que afectan especialmente a los adultos mayores: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, hipo o hipertiroidismo, siendo más prevalentes las dos primeras. Dichos pacientes, por lo general, no acuden al subcentro de salud debido a la dificultad para hacer uso del transporte público o para movilizarse solos, falta de apoyo familiar e incluso, varios de ellos, viven solos. Además refieren que existe falta de información acerca de los servicios que actualmente presta el subcentro de salud, (SCS) y de las atenciones prioritarias que este brinda justamente a grupos vulnerables como los adultos mayores, entre otros.
- Alto número de embarazos en adolescentes. De acuerdo al sistema de consolidación de embarazadas y de control de riesgo obstétrico y Neonatal (CONE) de aproximadamente 88 embarazadas que se atienden al mes, 15 a 20 corresponden a adolescentes, sin considerar aquellas que prefieren mantener oculto su embarazo y no acuden a recibir atención médica oportuna y adecuada.
- Pese a las mejoras en alcantarillado y agua potable, aún existe un pequeño porcentaje de sectores que carecen de este servicio, lo que dificulta un correcto aseo personal y general; en su reemplazo se utiliza agua de riego para cocción, incluso para ingerirla. (Bersosa, 2015).
- El diagnóstico muestra también la presencia de personas con obesidad y discapacidad.

1.2. Razones por las cuales se escogió el tema

Dado que la autora de este estudio observó en su trabajo diario que el contact center no permitía un acceso oportuno a una cita médica de la totalidad de la población que lo requería, pensó en buscar estrategias que permitieran garantizar acceso a la salud, de ser posible de todos los usuarios que acudían al subcentro.

Es entonces que surgió como opción ensayar el sistema de triaje como método de canalizar la demanda cotidiana. Esta propuesta y aplicación es nueva en relación a la atención primaria en salud (APS) o primer nivel y dependiendo del tipo de unidad operativa de la que se hable.

La pregunta que surge es: ¿El sistema de triaje es realmente útil para proporcionar una atención oportuna en salud y cubrir la demanda de pacientes?.

1.3. Planteamiento del problema

1.3.1. Problema

Hasta el momento se ha señalado el hecho que el sistema contact center no permite el acceso a la atención del 100% de la población; a ello es necesario agregar que este sistema tampoco toma en cuenta la razón por la que se demanda la consulta médica, así como también hace falta indicar la falta de un número adecuado de recursos humanos tanto médicos como de enfermería, lo que repercute en que los turnos no son suficientes para dar cobertura a la demanda de la población lo que genera el problema que quiere abordar este estudio.

Para determinar los turnos, actualmente el Ministerio de Salud (2013), utiliza el instrumento RDACAA (Registro diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias), para el debido registro de las atenciones que se brindan a diario en todo el sistema de salud. Dicho instrumento es considerado como una

fuentes de consulta que sirven para contextualizar, orientar y facilitar el trabajo de los profesionales en salud responsables de la recopilación y almacenamiento de las consultas y atenciones; además de que permite determinar si la consulta corresponde a primera o subsecuente, el diagnóstico en base al CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) y facilita el cálculo de indicadores. El RDACAA, está formado por 4 bloques cada uno con sus respectivas variables: Bloque A corresponde a datos de la unidad operativa y fecha; Bloque B datos del profesional de salud; Bloque C datos del paciente; Bloque D datos de consulta/atención. (MSP Ecuador, 2013).

Este sistema sirve para cuantificar los pacientes atendidos mensualmente en la Unidad Operativa, de acuerdo a lo indicado por el Ministerio de Salud Pública, que establece 1 paciente cada 20 minutos por cada profesional, respetando su hora de almuerzo y las horas administrativas con las que cuenta el director/a de la unidad.

En el caso de la Unidad Uncovia, este sistema presenta dificultades para establecer la cantidad de pacientes que podrían ser atendidos, ya que esto es variable de acuerdo al número de médicos disponibles. A lo anterior se suma el hecho de que por este medio no se puede cuantificar a los pacientes que no han podido acceder a la atención médica, porque no existe un espacio que permita el registro de estos casos por lo que nunca se podrá saber la población que no es atendida, aunque sí se sabe, por medio de canales informales, que existe demanda insatisfecha o pacientes que no han recibido turnos para ser atendidos.

En contraposición, la implementación del sistema de triaje entre marzo y septiembre de 2016 en el subcentro de Uncovía, permite establecer la cantidad de pacientes por mes que sí accedieron a una consulta y que no fueron agendados a través del contact center ya que se cuenta con los formularios de registro 008 llenados durante esos meses.

1.3.2. Causas

Entre las causas que generan la problemática descrita, se pueden citar las siguientes

- Falta de espacio físico y de recursos humanos: actualmente el subcentro de salud de Uncovia, cuenta con 3 consultorios médicos, uno de ellos destinado para atención pediátrica y dos para medicina general, estos últimos se dedican a la atención exclusiva de pacientes que agendan su cita a través del *contact center* además de embarazadas, adultos mayores o pacientes con discapacidad. Ello lleva a que las personas que no cuentan con turno, no puedan ser atendidas por un médico. Esta situación no se presentaría si contáramos con dos consultorios médicos extra además de personal tanto médico como enfermera, que brinden atención a todos los pacientes que acudan directamente a la unidad sin disponer de turno.
- Implementación del *contact center* a través de una llamada a la línea telefónica gratuita 171. Como se indicó anteriormente este sistema funciona mediante el agendamiento de citas que agenda 1 paciente cada 20 minutos por cada profesional que se encuentre realizando consulta médica, respetando su hora de almuerzo y las horas administrativas. Oficialmente, Sigüenza (2013) describe de la siguiente manera a este servicio. El Ministerio de Salud Pública (MSP) trabaja por cambiar la visión de la salud hacia la prevención de acuerdo al modelo de atención integral en salud (MAIS). Una muestra de esto es la implementación del nuevo sistema del *call center*, como parte de la Red Complementaria de Salud, que permitirá agendar citas médicas de manera oportuna y efectiva.

El objetivo del sistema es terminar con largas filas de espera por parte de los usuarios que buscan atención en salud. Este servicio se basa en la realización de una llama gratuita por parte del ciudadano, que será atendido por una operadora que valida sus datos de identidad y por geo referencia lo redirigir el

servicio al centro de salud más cercano al lugar de residencia. Seguidamente se procede con el agendamiento por las especialidades que se ofrecen en los centros médicos (obstetricia, pediatría, odontología, medicina general y se genera la fecha de la cita médica. Sigüenza (2013).

De acuerdo a estas disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública, todo paciente debe solicitar su cita médica a través del agendamiento contact center, a excepción de ciertos casos como adulto mayor, embarazo y emergencias. Lo que generó un grupo mayoritario de usuarios que no pueden acceder a citas médicas si no están dentro de este grupo, por ejemplo, urgencias menores como amigdalitis aguda, fiebre, infecciones del tracto urinario, dolencias agudas, etc. para quienes no se buscó una alternativa, una de las cuales podría haber sido un área de triaje.

Esto se ha percibido en las quejas ciudadanas que se recibe mensualmente en la unidad operativa de Uncovia, percepciones que lamentablemente no han sido medidas estadísticamente hasta el momento; tal es el caso de pacientes que acuden a través de la ventanilla de agendamiento de estadística solicitando un turno al cual no pueden acceder de acuerdo a las disposiciones emitidas.

1.3.3. Efectos

Los efectos que se pueden señalar son los siguientes

- Usuarios insatisfechos.
- Aumento de las inconformidades ciudadanas.
- Complicaciones de patologías agudas que no recibieron tratamiento oportuno.
- Disminución de la calidad de atención de pacientes.
- Disminución de la cobertura de pacientes.

1.3.4. La Propuesta

Debido a la gran demanda de pacientes que acuden al subcentro, y que a su vez ha generado una demanda insatisfecha, la Directora de Unidad Operativa, vio la necesidad de buscar una solución oportuna e inmediata para satisfacer las necesidades de los usuarios, para lo que se implementó un área de triaje, a la que puedan acudir todos los pacientes con dolencias agudas sin turnos agendados a través del contact center, con el fin de brindarles una solución oportuna y rápida, mediante derivación inmediata a un centro de mayor complejidad si fuera el caso, o, tratamiento ambulatorio de la patología aguda con o sin control posterior mediante la llamada al contact center 171.

Esta propuesta y aplicación es nueva, refiriéndonos a atención primaria en salud (APS) o primer nivel y dependiendo del tipo de unidad operativa de la que se hable. El subcentro de salud de Uncovia no disponía de área de emergencia, laboratorio ni un área destinada para triaje, por lo cual fue un reto implementar y adecuar un espacio destinado a este fin.

Este estudio quiere analizar si el proyecto fue viable y positivo, con miras que se pueda valorar su aplicación en otras unidades operativas que tiene condiciones de atención primaria en salud (APS) similares a las antes descritas para lograr conseguir una real atención en salud con calidad y oportunidad.

1.3.5. Análisis foda del subcentro de salud de uncovia.

Tabla 3

Análisis FODA del Subcentro de Salud de Uncovía.

FACTORES INTERNOS	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> - Buen ambiente laboral. - Proactividad en la gestión. - Experiencia de lo recursos humanos. - Recursos humanos motivados y contentos. - Apoyo y apertura del personal hacia los programas y proyectos del subcentro de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agendamiento de citas a través del 171. - Línea 171 labora y agenda citas desde Quito. - Incapacidad de generar internamente citas. - Sobrecarga de proyectos, trabajos, informes que realiza el personal.

<ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones constantes sobre dificultades. - Elaboración y ejecución de propuestas de mejoramiento. - Generación de cambios reales en la gestión del subcentro de salud. - Servicio gratuito. - Subcentro de salud bien localizado (georeferencialmente hablando). - Alta demanda de paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tiempo. - Desbalance entre alta demanda de pacientes y cantidad de recursos humanos para atenderlos. - Recursos económicos específicos para el subcentro de salud no alcanzan para cubrir necesidades. - No se cuenta con un espacio físico adecuado. - Falta de capacitación constante.
FACTORES EXTERNOS	
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> - Competencia débil. - Costos elevados en otras unidades de salud. - Necesidad del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficientes habilidades gerenciales en mandos medios del Ministerio de Salud. - Falta de apoyo de autoridades. - Sistema vertical en disposiciones para implementar políticas públicas. - Errores en los lineamientos del Contact center (como mucho tiempo para la atención médica). - Desconocimientos de las condiciones concretas del subcentro del personal que labora en el contact center, porque lo ejecuta desde Quito.

Este análisis fue realizado por quien realiza este trabajo mientras ejercía el cargo de la Dirección del Subcentro de Salud de Uncovia y durante el cual se llevó a cabo el sistema de atención mediante triaje. No se disponía de un análisis equivalente previo, por lo que fue indispensable su realización.

Al analizar los factores internos, es decir, las fortalezas frente a las debilidades, se puede apreciar que hay una gran disposición del talento humano que labora en el centro para comprender las condiciones de vida de la población en donde se ubica el subcentro y para generar programas adaptados al lugar con la finalidad de atender con calidad sus necesidades, no obstante, encuentran debilidades al toparse con disposiciones preestablecidas que organizan su actividad y que coartan iniciativas. En los hechos, se aprecia que la aplicación de algunas políticas públicas deberían permitir un margen de flexibilidad o complementariedad con otras medidas de tal manera que se adapten a las

características del lugar, de lo contrario se convierten en verdaderas debilidades de los servicios.

En relación a los factores externos, la presencia del subcentro con atención gratuita en la zona es una oportunidad para la población pero la centralización de la implementación de políticas nacionales en Quito, como el Contac Center, a la vez que es una debilidad para el propio servicio, se convierte, sin pretenderlo, también en una amenaza para los habitantes de la zona ya que resulta una forma de exclusión y desprotección de la población que requiere el servicio por presentar una dolencia que debe ser atendida con un tipo de urgencia no contemplado en el agendamiento.

1.1.4. Pertinencia del tema a desarrollar

El Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), menciona que la Constitución de la República del Ecuador aprobada en el año 2008 constituye el marco normativo que rige tanto la organización como la vida democrática del país, con propósito de logra el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

De acuerdo a Falconí (2013) y al MAIS-FCI (2012), son claves los artículos 358 al 366 de la Constitución de la República sobre la salud, pues aquí se proclama el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto, o sea que, hoy lo que se exige de los poderes públicos y privados es que presten un mejor servicio en esta materia, en atención fundamentalmente al respeto de la dignidad del ser humano, que como se ha manifestado en líneas anteriores, es la principal característica del Estado constitucional de derechos y justicia.

El Art. 32 de la Constitución de la República, de acuerdo al MAIS-FCI (2012) también trata sobre el derecho a la salud al indicar lo siguiente

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos

el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. MAIS-FCI (2012 p.11 y 29).

Tanto el MSP (2013) como Falconí (2011), consideran que todo Gobierno tiene la obligación de cuidar la salud del pueblo ecuatoriano, responsabilidad que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, basadas en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena manifestación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

1.4. Metodología para la realización de la tesina

1.4.1. Tipo de estudio utilizado

Quien desarrolla la tesis ocupó el cargo de Directora de la Unidad Operativa de Uncovia y tuvo la iniciativa de implementar el triaje como respuesta a la problemática descrita. Este trabajo se orienta a recoger los resultados de una experiencia realizada en el subcentro mencionado, por lo que se trata de un estudio descriptivo cuali-cuantitativo, retrospectivo, en base al procesamiento de la información contenida en el formulario 008 que el subcentro utiliza para evaluar a pacientes que acuden por situaciones de urgencias/emergencias a una unidad de salud.

El estudio quiere saber a qué tipo de pacientes atendió el subcentro con la implementación del triaje durante el lapso indicado, cómo fue valorado por la población que se benefició con este servicio y si con este servicio disminuyeron las quejas ciudadanas receptadas en el lugar relacionadas con las problemáticas atendidas por el triaje.

1.4.2. Período y lugar donde se desarrolla la investigación

Se analizan los resultados de la implementación del proyecto en el Período marzo a septiembre del 2016 en el subcentro de salud de Uncovia, parroquia Hermano Miguel, ciudad de Cuenca, Ecuador, perteneciente a la Jurisdicción del Distrito 01D01.

1.4.3. Universo y muestra

El universo consiste en todos los formularios 008 para atención en triaje que fueron realizados a los pacientes durante el periodo marzo –agosto del 2016. Esto es alrededor de 720 pacientes, tomando como promedio 30 pacientes atendidos mediante este sistema por semana durante 6 meses.

La muestra se la obtuvo mediante el siguiente procedimiento

- La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población es

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q} \quad (\text{Ecuación 1})$$

Donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción). (PSYMA GROUP AG, Rueckersdorf / Nuremberg , 2016).

El procedimiento numérico es el siguiente

- Tamaño del universo: 720
- Heterogeneidad: 50%
- Nivel de confianza: 95%
- Margen de error: 5%
- Tamaño de la muestra obtenido: 251.

Las 251 muestras fueron tomadas al azar, aplicando la fórmula de sorteo de números aleatorios, (Espectra Design. , 2017)

1.4.4. Métodos, técnicas e instrumentos

El método utilizado es cuantitativo e hizo uso de la técnica de revisión, tabulación y procesamiento. Los instrumentos con los que se trabajó fueron tres: formulario 008, encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos con triaje y registro de quejas recibidas en el subcentro en el periodo en cuestión.

A continuación se describen los instrumentos y procedimientos utilizados en cada caso

- Revisión directa de los formularios 008 utilizando el método cuantitativo; este sirve para la atención de pacientes que acuden por urgencias o emergencias a unidades de atención en salud de diferentes niveles. El Ministerio de Salud Pública lo utiliza a nivel nacional (Ver anexos 1 y 2).
- Revisión de 251 encuestas de satisfacción a los pacientes que fueron atendidos en el consultorio de triaje para valorar la aceptación que el usuario tiene ante este sistema. Las preguntas que se plantearon en esta encuesta fueron

¿Está usted de acuerdo con el sistema de atención que recibió? Sí, No.

¿El sistema le brindó solución inmediata a su problema de salud actual? Sí, No.

¿Cuál fue su tiempo de espera para acceder a la atención médica?

Entre 5-10 minutos

Entre 11 a 15 minutos.

Entre 16 a 20 minutos.

Más de 20 minutos.

¿Le gustaría que se implemente este sistema de forma permanente? Sí, No. (Ver anexo 3).

- Revisión y cuantificación de las quejas que fueron receptadas mensualmente en la unidad operativa durante el período de enero a septiembre del año 2016, relacionadas con el tema. Estas son enviadas por parte de los usuarios. Este sistema funciona a través de la línea telefónica 171 o contact center, la mismas que también se utiliza para solicitar una cita médica. El personal recoge la queja del usuario y la envía a una matriz que posteriormente es enviada a cada Coordinación Zonal y, a su vez, a cada Dirección Distrital. En este caso al Distrito 01D01-Salud. En cada Distrito existe un responsable del Contact Center, que envía las quejas mediante correo electrónico a cada Director de Unidad Operativa para su análisis, revisión y justificación. La revisión de este instrumento tuvo la intención de conocer si, con la implementación del triaje, se dio una disminución de las quejas y en qué temas se enfocaron las mismas.

1.4.5. Criterios de inclusión

Todos los pacientes que fueron atendidos en el consultorio de triaje mediante el formularios 008.

1.4.6. Criterios de exclusión

Formularios 008 incompletos.

1.5.7. Operacionalización de las variables

Datos que serán directamente tomados del formulario 008, formato que se utiliza para el consultorio de triaje.

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico inicial
- Diagnóstico de egreso/fallecimiento
- Clasificación de la urgencia
- Condición al egreso
- Tiempo de espera
- Tiempo de la consulta médica

1.5. Resultados esperados

Concluir si la propuesta de implementación del sistema de triaje puede realmente ofrecer alternativas de atención en salud con calidad y puede cumplir con el objetivo de brindar una solución a la situación actual del paciente planteándole alternativas y un tratamiento a corto o largo plazo según cada caso. Es decir responder satisfactoriamente a las interrogantes planteadas en la encuesta

- Que los/las usuarios/as estén de acuerdo con el sistema de atención que recibieron.
- Que el sistema les sea útil para solucionar de forma inmediata su problema de salud actual.
- Que el tiempo de espera sea menor a 30 minutos.
- Que la población esté de acuerdo con la implementación del sistema de forma permanente.

Además de ello, demostrar que el sistema puede ser implementado en cada unidad operativa de atención primaria en salud y generar usuarios satisfechos con el sistema de atención de salud.

1.6. Conclusiones del capítulo

- El sistema de triaje permitiría ofrecer atención médica ante casos urgentes, es decir cuya evolución sea menor a 48 horas, ante los cuales el *contact center* no ofrece turnos.
- La implementación de un sistema de triaje podría mejorar la calidad de la atención de los pacientes y disminuir la demanda insatisfecha porque ofrecen opciones al paciente frente a su estado actual.
- El sistema de triaje podría disminuir la demanda de pacientes considerados no emergentes hacia el Hospital de referencia Vicente Corral Moscoso, de tal manera que se evitaría la sobredemanda a dicho hospital y falta de capacidad resolutive.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA ACADÉMICA DEL ÁREA

2.1. Estudios similares diseñados, analizados y/o puestos en práctica previamente

Luego de una revisión exhaustiva, se encontró que en el país no se han realizado estudios sobre la implementación de un sistema de triaje a nivel de APS; existen estudios sobre el tema a nivel hospitalario. Los estudios fuera del país, al igual que los nacionales expresan sus experiencias sobre este sistema a nivel hospitalario. Por esta razón la literatura que se ha tomado como base para realización de este estudio tiene estas características.

2.2 Revisión de la Literatura profesional pertinente

2.2.1. Sistema de triaje

A continuación se comentan varios estudios que han sido realizados acerca de triaje a nivel hospitalario y sus experiencias con este sistema; comenzando con el autor Vázquez (2015), que hace referencias al origen del triaje. El autor empieza por la definición del término triaje, recurriendo al origen etimológico del mismo; indicando que

“No es un vocablo aceptado por Academia de la Lengua Española, pero existe el verbo triar, que significa, entre otras acepciones, escoger, separar o entresacar. Este término es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier*. El triage, nació en Francia en el ejército de Napoleón, durante las guerras. El padre del triage moderno es el barón Dominique Jean Lane, quien durante su actividad como cirujano en el ejército napoleónico creó un sistema para que los soldados que requirieran cuidados más urgentes fueran atendidos con mayor prontitud. Esta experiencia se aprovechó después para su aplicación en la población civil”. (Vázquez 2015).

Según el mismo autor, durante los años 60, en los EEUU se desarrolló un sistema de clasificación en tres niveles (emergente, urgente y no urgente), que posteriormente fue reemplazado por uno nuevo que contempla cuatro categorías (Categoría I: Emergencia, Categoría II: Alto potencial de urgencia, Categoría III: Urgencia potencial, Categoría IV: No urgencia). La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no siempre es urgente. (Vázquez 2015).

En base a esto, se hace posible clasificar a los pacientes a partir del “grado de urgencia”, es decir los pacientes más urgentes serán asistidos primero y los demás serán reevaluados hasta ser atendidos por el médico.

Autores como Molinuevo (2015), indica que existen varios sistemas de triaje, siendo los más utilizados el sistema de Triage Manchester (MTS) y el Sistema Español de Triage (SET) que clasifican las prioridades de la forma que se expresan en las tablas 4 y 5.

Tabla 4

Niveles de Prioridades según el Triage Manchester (MTS).

Nivel	Prioridad	Tiempo máximo	Color
1	Crítico	Inmediato	Rojo
2	Emergencia	10 minutos	Naranja
3	Urgencia	60 minutos	Amarillo
4	Normal	120 minutos	Verde
5	No urgente	240 minutos	Azul

Tomado de Molinuevo, 2015.

Tabla 5

Niveles de Prioridades según el Sistema Español de Triage. (SET)

Nivel	Prioridad	Tiempo máximo	Color
1	Reanimación	Inmediato	Azul
2	Emergencia	médicos 7 minutos	Rojo
3	Urgencia	30 minutos	Naranja
4	Menos urgente	45 minutos	Verde
5	No urgente	60 minutos	Negro

Tomado de Molinuevo, 2015.

El sistema más utilizado en nuestro medio corresponde al primero (MTS).

Por su parte Albán, J., Alvarado, D., & Arévalo J. (2013) exponen en su estudio que

“La saturación de pacientes en nuestro medio hace que la atención se vea perjudicada y por ende por tiempos de espera aumenten, además este tiempo no solamente colocan a los pacientes en situación de riesgo sino que también generan malestar, insatisfacción y en ocasiones agresividad contra la institución y sus empleados”.

Además de ello, los autores han observado un exceso de pacientes en el servicio de urgencias del HJCA, sin patologías que lo justifique, lo que les hizo presumir que se tratan de pacientes, que al no ser atendidos por los consultorios externos, recurren a la sala de urgencias. (Albán, Alvarado & Arévalo 2013).

Concluyen que es necesario un servicio de triaje pediátrico; priorizando así la atención según el nivel de gravedad, disminuyendo los tiempos de espera, utilizando mejor los recursos disponibles en emergencia, y de esta manera se consiga mejorar la satisfacción de los usuarios y los indicadores de salud.

De acuerdo a García, Arellano & Loría (2016) la implementación de los sistemas de Triage es una necesidad en los servicios de urgencias y es un buen parámetro de gestión en los mismos.

Los mismos autores afirman que en la actualidad no existe un sistema aceptado universalmente, y aunque los sistemas de Triage de 5 colores han demostrado una aparente mayor utilidad que los sistemas de tres y cuatro colores, la realidad es que su implementación deberá adecuarse a las necesidades y características específicas de cada país; siempre promoviendo

tanto una elevada confiabilidad como un buen acuerdo inter e intra observador. (García, Arellano & Loría 2016).

La evaluación al personal de enfermería por parte de los autores ha demostrado adecuada aplicabilidad por parte del personal de enfermería que en los sistemas actuales del país pudiera ser una respuesta ante la situación de los servicios de urgencias. (García et al., 2016).

Por su parte Fuentes, Casillas & Casillas (2016) creen que siempre ha sido del conocimiento en los hospitales, principalmente en los públicos, la gran demanda de pacientes que acuden y saturan los servicios con padecimientos que no son una urgencia. Además su estudio revela que la mayoría de los pacientes acude por comodidad y decisión propia, evidencia que sería importante tomar en cuenta para la realización de estrategias en pro de mejorar la calidad de la atención; además de un enfoque educacional y de conciencia no solo dirigido hacia el personal de salud, sino a los pacientes. Sería además importante continuar con este estudio en otros países.

De acuerdo a Alba, Delgado & García (2015), tanto el MTS como el SET han demostrado fiabilidad o concordancia buena y muy buena tanto para la población adulta como pediátrica.

Alba et al. (2015), indican que el MTS presenta una sensibilidad de moderada a alta para clasificar a los pacientes en las dos categorías más urgentes para la población adulta general y una sensibilidad moderada para la población pediátrica. Cuenca con una baja capacidad para predecir infección bacteriana grave en niños con fiebre. Para estos autores ambos sistemas son buenos predictores de mortalidad, ingreso hospitalario, uso de recursos y tiempo de estancia en urgencia en adultos y en niños (aunque ligeramente inferior).

Los resultados del estudio de Martín (2013), que se presenta a continuación son interesantes para la presente tesina ya que el triaje fue llevado a cabo por

el personal de enfermería, con resultados óptimos y relevantes, obteniendo las siguientes ventajas

- “Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de haber sido evaluados.
- Aprecian la oportunidad de hablar con una persona que proporciona atención a su salud, en cuanto llegan al servicio.
- Se agiliza la atención que se da al paciente, solicitando pruebas radiológicas, por ejemplo.
- Se asegura establecer las prioridades relativas a la atención según la gravedad del paciente.
- Mejora la comunicación interpersonal y disminuye la ansiedad”. (Martín, 2013).

Un estudio que se realizó por Serrano (2014) en Andalucía establece varias consideraciones finales, de las cuales se exponen las más importantes para la presente tesina

- “El *triaje* se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias hospitalario que lo aplica, siendo además una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de dicho servicio.
- Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el *triaje* pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica.
- El *triaje* debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología”. (Serrano, 2014).

Como conclusiones se puede decir que toda la literatura revisada coincide en que hay una saturación en los servicios de urgencias hospitalarias, existiendo

una demanda que excede las capacidades de las salas de urgencias a nivel mundial. El uso de este servicio ha aumentado significativamente en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados convirtiéndose en un problema global que afecta a millones de pacientes cada día y que pone en peligro la seguridad del paciente y a menudo, conduce a la frustración entre el personal.

De igual manera la literatura revisada en la presente sí coincide en que el sistema de triaje ofrece una respuesta a este problema, por lo que se ha convertido en una necesidad en los servicios de urgencias hospitalarios por ser un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, el cual colabora en la eficiencia del servicio y aporta un orden justo en la asistencia, basado en la urgencia/gravedad de los pacientes y aumenta la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales y racionaliza el consumo de recursos colaborando en la mejora de la calidad global del servicio. Si los pacientes reciben una atención oportuna y eficaz, el triaje habrá logrado su propósito.

Este sistema ha resultado óptimo ya que permite brindar una atención oportuna para cada paciente sin demorar la atención médica ante casos de vital importancia, es decir verdaderas emergencias o prioridad I.

2.2.2. Conceptos importantes sobre calidad y satisfacción

En adición a lo expuesto existen diversos términos y temas que son importantes y deben ser considerados por la presente tesina. Por ejemplo, hemos hablado de la calidad y satisfacción, entre otros términos que son importantes comprenderlos desde el punto de vista de la medicina; con el objetivo no solo de conocerlos sino para entender como pueden ser analizados, evaluados e incluso medidos en los casos pertinentes y necesarios.

2.2.2.1. Calidad

Según los Autores del Instituto de Medicina de EEUU, Padovani, Brito, Crespo, Diego & Pavodani (2012), corresponde

"Al grado en el cual los servicios de salud para personas o comunidades incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son consistentes con la actualización de los conocimientos profesionales".

Además establecen como objetivos que la atención en salud sea realmente segura y confiable. Entendiéndose como segura a aquella atención sin errores intencionales, ya sea por comisión, es decir hacer algo incorrecto; o por omisión, dejar de hacer algo correcto. Es decir que en la medida de lo posible, esta atención no derive a lesiones no deseadas ni intencionales, pero que podrían ser perjudiciales. (Padovani et al., 2012)

2.2.2.2. Confiable

Padovani et al. (2012), indican que este término hace referencia, a que los pacientes sientan seguridad en la atención brindada por el personal de salud, con la menor posibilidad de que sucedan errores. Los sistemas actuales de "Gestión de la Calidad" buscan constantemente "estos errores", en los sistemas de atención, con el fin de solucionarlos en lo posible de forma inmediata y constante; en esto consiste el proceso de mejora continua, preguntándose entonces ¿qué es Error?. (Padovani et al., 2012).

2.2.2.3. Error

De acuerdo a los mismos autores del Instituto de Medicina de EEUU corresponde al

"Fallo en la complementación de una acción planeada o intentada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo". Como se ve, el error es un fallo, no una acción intencional, por tanto, la intención excluye el error". (Padovani et al., 2012).

2.2.2.4. Demanda

Si bien es cierto que en términos de marketing la demanda corresponde a la cantidad de bienes/servicios que los compradores o consumidores están dispuestos a adquirir para satisfacer sus necesidades o deseo y que además tienen la capacidad de pago para realizar la transacción a un precio determinado y en un lugar establecido. En términos de salud de acuerdo a Española (2017), lo que queremos indicar es la cantidad de pacientes que desean acceder a los servicios de salud, que en su mayoría de veces suele ser mayor que la oferta, lo que genera insatisfacción.

2.2.2.5. Insatisfacción

El diccionario de la Real Lengua Española indica que la palabra satisfacción proviene de las voces latinas, *satisfactio*, que corresponde a la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Es decir, que podría ser la acción o razón con que se responde a una queja o razón contraria. Entonces la insatisfacción correspondería a la acción contraria. (Española, 2017).

2.2.2.6. Estrategia

Según el diccionario de la Real Lengua Española, proviene del latín "*strategia*", es decir *bajo el mando de un general*'. Entonces podría definirse como el arte de dirigir las operaciones militares, un asunto o como un conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento. (Española, 2017)

2.2.2.7. Mejora continua

De acuerdo a las normas ISO 9001, esta corresponde a mejorar la eficacia de un sistema aplicando la política y objetivos de calidad, resultados de las verificaciones de inspección, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección. (ISO 9001:2015, 2017).

2.2.3. Elementos para evaluar calidad

Para este trabajo de investigación es pertinente considerar los elementos que según Padovani et al. (2012), se deben tener en cuenta para evaluar la calidad de una organización

- De estructura: corresponde a todos los recursos, ya sean humanos, materiales, de infraestructura, etc.
- De procesos: son aquellas acciones que se ejecutan de forma organizada, empleando los recursos disponibles. En atención en salud los procesos deben diseñarse para aportar beneficios al paciente.
- De resultados: nos indican el trabajo que se está llevando a cabo, lo que nos permite conocer si se alcanzaron o no los objetivos y comparar los obtenidos en un momento determinado. Estos pueden ser medidos a través de los indicadores. (Padovani et al., 2012).

Estos últimos son elementos que nos señalan algún aspecto que desee conocer y evaluar, que de acuerdo al mismo autor deben poseer ciertas características que se pueden resumir con el acrónimo RUMBA

- Relevant (Relevantes al problema)
- Understandable (Comprensibles)
- Measurable (Medibles, con alta dependencia y variabilidad)
- Behaviorable (Dependiente de los cambios de conducta)
- Achievable and feasible (Alcanzables y factibles).

Estos indicadores de calidad son un medio no un fin; es decir deben tener trascendencia en la toma de decisiones, deben

mostrar las debilidades de la organización y contribuir a la mejoría de la misma. (Padovani et al., 2012).

2.3. Hallazgos de la revisión de la Literatura Académica

2.3.1. Triage en las unidades operativas del msp (Ministerio de Salud Pública)

Para este trabajo la salud, al igual que la educación son dos de los puntales más grandes que deben estar como prioridades dentro de cualquier legislación. Se considera entonces que los dos van a la par además de complementarse; si falta alguno de los dos no podemos desarrollarnos en ningún nivel o ámbito ya sea laboral, familiar, recreativo, etc.

La calidad de salud es un tema que comienza a tomar fuerza en nuestro país, pero lamentablemente aun no disponemos de los recursos necesarios para que pueda fortalecerse y desarrollarse. Se pretende calificar la calidad, pero no contamos con las bases necesarias para poder cumplir reglamentos establecidos.

Se considera que cualquier aporte que se pueda lograr con el fin de mejorar la calidad de atención de la salud y por ende el bienestar de quienes acceden a los servicios de salud es valedero, más aún si se pueden brindar posibles estrategias para lograr realmente el objetivo propuesto, garantizar la salud como un derecho constitucional.

En ese sentido, la literatura revisada lleva a reflexionar sobre la necesidad de que los subcentros de salud, es decir; centros de atención primaria de salud, deban disponer de un sistema de triaje y de un área óptima para desarrollarla. Toda unidad de salud debería estar capacitada y apta para brindar atención médica ante una urgencia/emergencia. Esto ayudaría a que una demanda insatisfecha con posibles complicaciones en su estado de salud ante la demora en el acceso a la atención en salud, sea cubierta con calidad.

Cada unidad operativa podría receptor casos de pacientes que gracias al sistema de triaje podrían obtener una prioridad de atención y un mejor manejo de su patología actual y lo que es importante una atención oportuna.

Hasta la actualidad, en la provincia del Azuay, no se ha llevado cabo un sistema de triaje a nivel de atención primaria en salud (APS); no se cuentan con espacios óptimos que puedan ser catalogados como áreas de emergencia, menos aún con un espacio para triaje.

2.4. Resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación

2.4.1. Edad, sexo y patologías de la población que acudió a consulta de triaje.

El siguiente es el resultado del análisis de los datos levantados con los tres instrumentos seleccionados para este estudio y descritos en el capítulo I.

Como se indicó, la muestra seleccionada fue de 251 pacientes que llenaron el Formulario 008 para la atención médica y registro de los pacientes y que accedieron al triaje en el subcentro de la parroquia Hermano Miguel entre los meses de marzo a septiembre del 2017.

Los datos indican que el 55,38% de los pacientes atendidos correspondió a mujeres y el 44,62 % a hombres. (Ver gráfico 3, anexo 4).

Las edades y el sexo de los pacientes que fueron atendidos bajo la modalidad de triaje en el subcentro mencionado, presenta la siguiente distribución de mayor a menor

Tabla 6

Distribución por edad y sexo de la población que realizó consulta en el Subcentro de Salud de Uncovía través de triaje entre marzo y septiembre del 2016.

Edad	% Hombres	% Mujeres
0 a 10 años	17,92%	16,73
11 a 20	9,56	12,75
21 a 30	5,97	6,77
31 a 40	2,39	6,37
41 a 50	2,39	3,98
51 a 60	2,39	3,19
61 a 70	1,99	1,20
71 a 80	1,19	2,79
Más de 81	1,59	0,797

Como se puede leer, el número mayor de pacientes se ubica en el rango de edad de 0 a 10 años, tanto entre hombres como entre mujeres. Conforme avanzan en edad, disminuye la frecuencia de solicitud de estos servicios. Es importante resaltar que, en el caso de las mujeres, aunque el número disminuye, la frecuencia se mantiene en dos rangos de edad que van de los 20 a los 40 años. (Ver gráfico 4, anexo 5).

En la tabla a continuación, pueden verse las principales patologías atendidas mediante el sistema de triaje por orden de frecuencia de mayor a menor

Tabla 7

Distribución porcentual según diagnóstico de las principales patologías de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel 2017.

Porcentaje	Patología
19.12 %	Amigdalitis aguda.
11.55%	Gastroenteritis aguda.
11.16%	Resfriado común.
5.18 %	Faringitis aguda.
2.79%	Rinofaringitis.
1.99 %	NAC, herida en dedo y abdomen agudo.
44.22%	otros

Tomado de formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

(Ver gráfico 5, anexo 6)

Lo que significa que los cuadros de enfermedades agudas son las de mayor prevalencia.

En cuanto a la clasificación según prioridades el 85% de la población buscó atención por eventos correspondientes a prioridad IV, el 8% a prioridad V y el 7% a prioridad III, es decir, que no son enfermedades de atención o tratamiento emergente pero que requieren de atención médica, sobre todo al tratarse de niños. (Ver gráfico 6, anexo 7).

Ventajosamente el 100% de la población presentó la condición de “vivo” al egreso de su consulta médica mediante el sistema de triaje. (Ver gráfico 7, Anexo 8).

Los datos muestran que el 68% de la población permaneció en su consulta médica entre 11 y 15 minutos, seguido del 21% cuya consulta duró entre 16 y 20 minutos, luego el 7% fue mayor a 20 minutos. Las consultas de un tiempo

menor, es decir, entre 5 a 10 minutos representa solo el 4%. (Ver gráfico 8, anexo 9.)

2.4.2. Aspectos sobre los cuales los usuarios levantaron sus quejas

De acuerdo a los datos obtenidos en el subcentro de salud de Uncovia, podemos decir que la mayoría de “quejas” (75.44%) expresadas por la ciudadanía durante el tiempo que el subcentro brindó las consultas en las que se aplicó el sistema de triaje, están dirigidas hacia el sistema de agendamiento de citas médicas Contact Center, específicamente a la falta de turnos; un 21,05% de quejas se refieren a la atención en general de la unidad operativa; el 14,04%, representan las quejas sobre el talento humano, es decir, por la falta de personal para la atención. (Ver gráfico 9, en anexo 10). El 7,02%, son quejas sobre la infraestructura, que hacen referencia al tamaño y falta de consultorios médicos, el 3,51% son observaciones dirigidas a los servicios de laboratorio. Merece la pena indicar que esta unidad operativa no dispone de laboratorio, sino que forma parte de un sistema de microred que funciona mediante transporte del personal de laboratorio a cada unidad según un cronograma, en base al que se realiza la toma de muestras de los pacientes agendados. Por este sistema de rotación no siempre el personal llega a las unidades de manera puntual, lo que ha generado inconformidad en los usuarios. (Ver gráfico 10, en anexo 11).

Además al analizar las quejas ciudadanas en el período comprendido desde enero a septiembre del 2016 se encontró que durante el primer trimestre del estudio el promedio de quejas mensuales fue de 8, en el segundo trimestre de 5 y finalmente en el tercer trimestre fue de 1, sin corresponder esta última a la falta de atención médica o similares. (Ver gráfico 11, anexo 12).

2.4.3. Satisfacción demostrada por los usuarios

Podemos ver que el 90,04% de la población consultada en la encuestas de opinión manifestó estar de acuerdo con el sistema de atención basada en la

clasificación por medio del triaje del cual fue beneficiaria vs el 9,96% que indicó que no lo estaba. (Ver gráfico 12, anexo 13).

El 88,45% de la población encuestada indicó que el sistema de triaje le brindó solución inmediata al problema actual de salud y, el 11,55%, indicó que no. (Ver gráfico 13, anexo 14).

Tabla 8

Tiempo que los usuarios debieron esperar para ser atendidos mediante el sistema de triaje.

Minutos	% de usuarios
5 y 10	26,29
11 y 15	29,29
16 y 20	11,55
más de 20	33,86

Tomado de encuestas realizadas a los usuarios atendidos mediante triaje en el subcentro de salud Uncovia.

Más de la mitad (55.58%) de la población que fue atendida mediante el sistema de triaje esperó un máximo 15 minutos para ser atendido; solamente el 33,86% debió permanecer en la sala de espera por un tiempo mayor a 20 minutos para acceder a su cita médica. (Ver gráfico 14, anexo 15).

Al 92,83% de la población le gustaría que se implemente el sistema de forma permanente, vs. el 7,17 que indicó lo contrario. (Ver gráfico 15, anexo 16).

Es necesario precisar que, en una revisión posterior de las fichas de registro médico 008, se encontró como hallazgo el 22,71 % de error en la clasificación de las prioridades de las patologías por las que los pacientes fueron a consulta, lo que deja al 77,29% de la población con una correcta clasificación. El mayor problema se encontró en la clasificación de las prioridades III y IV, ya que el 22,71% de las prioridades IV corresponden en realidad a prioridad III. A esto hay que sumar el 1,20% que fue correctamente diagnosticado como III, lo que representa finalmente que el 23,91%, es prioridad III. Se ha considerado

pertinente mencionar este hecho como variable importante, pese a que no fue considerada en el presente estudio. (Ver gráfico 16 y 17, Anexos 17 y 18).

2.5. Conclusiones del capítulo

- Sobre la base de los resultados obtenidos se puede concluir que mediante el consultorio de triaje se ha logrado dar atención a 720 pacientes que no disponían de un turno agendado a través del sistema de agendamiento contact center, mediante la línea telefónica 171.

Los pacientes que mayormente se beneficiaron de la atención fueron los comprendidos entre las edades de 0-10 años (36.44%) y de 11a 20 años (22,31%). Constituyendo los dos grupos atenciones prioritarias. Las mujeres en general, y hasta los 40 años en particular, representan el grupo mayoritario de atención médica.

- El sistema de triaje permitió atender urgencias médicas que deben ser solventadas en la APS. Los 5 principales diagnósticos encontrados correspondieron a atención en primer nivel (APS), situación que disminuye la afluencia de pacientes a Emergencia de los Hospitales de Tercer Nivel, en nuestro caso, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.
- Este sistema ha logrado brindar atención oportuna, incluso se podría decir inmediata, a la totalidad de pacientes, tal como muestran los casos de la muestra, ya que, como indica la bibliografía sobre triaje el tiempo de espera para acceder a una consulta médica prioridad III corresponde a 60 minutos, prioridad IV 120 minutos y V 240 minutos. En comparación, la mayoría de pacientes fueron atendidos hasta en un tiempo menor a 20 minutos y, en los casos de mayor espera no superó a las directrices del sistema de agendamiento Contact Center, según las cuales el paciente debe presentarse entre 20 a 30 minutos antes de la

hora asignada. El sistema triaje iría casi a la par, con la ventaja de que el usuario es atendido el mismo día que acude al Subcentro de salud, sin necesidad de esperar para acceder a una consulta médica.

- Según el ETM, el sistema de triaje debe ser utilizado para clasificar a los pacientes según sus prioridades y derivarlos a la atención médica correspondiente, en este caso el paciente recibe los dos servicios el mismo momento, es clasificado por el personal de enfermería de la UO y posteriormente pasa al control médico.
- Las quejas ciudadanas receptadas fueron dirigidas al sistema de agendamiento *contact center* con un 75,44 %, seguido de la falta de talento humano con un 14,04%. Esta última, no puede ser solucionada por la UO, pero si por la Dirección Distrital y por ende la Coordinación Zonal de Salud. Ninguna de ellas se dirigió al servicio de triaje que se implementaba.

CAPÍTULO III

3. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

En base a los resultados estadísticos que se encontraron en la presente tesina se recomienda implementar el sistema de triaje en cada una de las Unidades Operativas de Atención Primaria en Salud (APS).

3.1. Antecedentes

El estudio realizado en esta tesina muestra que es posible incluir el triaje como servicio complementario a los demás que ya se ofrecen siendo posible solventar consultas urgentes que corresponden a pacientes que no tienen agendada su cita médica.

La opinión de los usuarios valoró positivamente el consultorio de triaje que fue implementado en el subcentro de salud de Uncovia durante el periodo de marzo a septiembre de 2016.

La demanda de atención médica sin cita se concentra en patología agudas y se presenta en la población de 0 a 10 años, mujeres de 11 a 40 años de edad, que son considerados como población de atención prioritaria, por lo que su atención estaría cumpliendo una política pública de Ministerio de Salud y de la Constitución ecuatoriana.

Para llevar a cabo esta propuesta es necesaria la voluntad y responsabilidad de la dirección de las unidades operativas y de su equipo de trabajo más que de otras instancias. Además el costo es mínimo, tal como se evidenciará más adelante y, que en la mayoría de casos se puede organizar con los recursos existentes en las unidades de atención primaria de salud.

3.2. Objetivo de la propuesta

Organizar el sistema de triaje en las Unidades de atención primaria como atención cotidiana sin cita previa.

3.3. Objetivos específicos completar

Dirigir el sistema de atención mediante triaje a pacientes que acudan por urgencias/emergencias, grupos vulnerables y prioritarios.

Ofrecer atención inmediata y oportuna a los usuarios que acceden a solicitar atención médica en atención primaria de salud.

Brindar atención médica diaria, con personal capacitado en triaje.

Mejorar la cobertura y atención en salud a los pacientes que acuden a las unidades de salud.

Obtener usuarios satisfechos con la atención médica recibida.

3.4. Pasos realizados para la implementación del sistema de triaje

- Toda unidad de atención primaria en salud (APS) debe partir del análisis de la infraestructura de su unidad, posteriormente realizar una planificación adecuada con el fin de garantizar la atención diaria y lograr los objetivos de la implementación del sistema de triaje. Es muy importante planificar para llegar al éxito de la implementación de este sistema.
- Análisis de los recursos humanos disponibles: en base al personal con el que se cuente se puede elaborar un cronograma de labores

que permita garantizar la atención diaria y continúa en el consultorio de triaje. Para el efecto se necesitará al menos un médico y una enfermera o auxiliar de enfermería. Se sugiere pedir el apoyo de médicos posgradistas que normalmente realizan rotaciones en APS, estudiantes de enfermería, médicos y enfermeras rurales, etc.

En el caso de la unidad de estudio en el momento que se deseaba implementar el consultorio de triaje, se contó con la presencia de dos médicas posgradistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que permanecieron en el subcentro por un periodo de 6 meses garantizando la atención a los pacientes. Las mencionadas profesionales en salud concedieron los formularios 008 que son los documentos oficiales del MSP para registro y atención de pacientes que acuden por urgencias/emergencias. Además de ello solicitar la colaboración del personal de enfermería que deberá, en algunos casos brindar la primera atención al paciente además de prepararlo para la consulta.

- Análisis de espacio físico óptimo: Designar un consultorio exclusivo para triaje, que cuente con los materiales necesarios para la atención.
- Organizar capacitaciones: se debe informar a todo el personal que labora en la unidad de salud acerca de la implementación de sistema de triaje; en que consiste, flujograma de actividades, formularios a utilizarse, responsables, horarios de atención, etc.; considerando que la mayoría de las ocasiones el personal que recibe al paciente es el responsable de la seguridad o el departamento de estadística; por lo tanto deberán estar aptos para brindar atención con calidad y calidez.
- Elaborar un horario de designación de actividades: con lo cual se otorgan responsabilidades mensuales al personal de salud. En base

a la experiencia en el presente estudio se recomienda realizar un cronograma que permita la colaboración de todo el personal de salud, mediante rotaciones mensuales, sin descuidar los diferentes servicios que ofrece la unidad de salud.

- Realizar supervisiones y monitores diarios, semanales o mensuales, según la necesidad de cada unidad de salud; lo que permitirá determinar problemas en la ejecución del triaje y su intervención estratégica oportuna.

3.5. Recomendaciones al implementar un sistema de triaje

En base a la experiencia al realizar tanto la implementación como el presente estudio se recomienda.

- **Visión:** es muy importante no solo pensar en el presente sino en el futuro, lo que nos permitirá hacer realidad ideas que podrían mejorar nuestro sistema de salud. La experiencia me permite decir que este proyecto surgió como una idea y posteriormente se convirtió en una estrategia para garantizar la atención de los pacientes que acudían a la unidad de salud. Se analizaron todas las posibilidades para llevar a cabo este plan piloto con el objetivo de fomentar su aplicación en otras APS, no solo a nivel hospitalario. Actualmente ésta “idea” se ve plasmada en una tesis para posteriormente ser difundida.
- **Planificar:** elaborar un plan de acción ante la implementación de un sistema nuevo que permita su ejecución tomando en cuenta situaciones imprevistas, vacaciones, etc.
- **Elaboración y realización de estrategias:** es importante que aprendamos a trabajar con los recursos disponibles, garantizando una atención en salud oportuna, integral y de calidad. No siempre

contaremos con todos los recursos óptimos pero si con los necesarios para llevar a cabo nuestro trabajo. En el caso de la unidad de estudio se llegó a un acuerdo con los posgradistas de medicina familiar que estuvieron prestos a colaborar en este proyecto, obteniéndose óptimos resultados.

- **Comunicación:** es de suma importancia generar y mantener una excelente comunicación con el personal que labora en la unidad de salud, no solo con el objetivo de informar, sino de hacerles saber que son importantes en todo proyecto que se realice. Recuerde usted que sin ellos este proyecto al igual que muchos otros, no serían viables.
- **Motivación al personal:** un personal motivado trabajará siempre al nivel óptimo deseado, de ahí la importancia de alentar al equipo a seguir trabajando y dar lo mejor de sí en sus puestos de trabajo. Cada persona es importante y realiza una labor extraordinaria por mínima que esta sea.
- **Monitorear y supervisar el proyecto:** es muy importante analizar los pros y contras del proyecto con el fin de buscar estrategias inmediatas para mejorar. En el presente proyecto se determinó que pese a las capacitaciones realizadas al personal de salud, existieron errores al clasificar mediante el sistema de triaje.

3.6. Costos

Es importante indicar que la implementación de este consultorio puede ser llevada a cabo sin generar gastos para el estado, ya que con los recursos disponibles de infraestructura (1 consultorio), humanos (1 médico y 1 enfermera) insumos (equipos de curación y sutura, hilos para suturas, solución salina, jeringuillas, analgésicos, antibióticos, etc.) se puede ejecutar un

consultorio de triaje, es decir se puede laborar con el personal disponible al utilizar un consultorio como área de triaje.

En caso de que el Ministerio de Salud quisiera invertir en áreas de triaje el coste aproximado anual sería implicaría un gasto anual de \$46400 aproximadamente, con una inversión no mayor a \$1000, con el siguiente desglose.

Tabla 9

Estimación de costos operacionales y de inversion para la implementación de triaje en una APS.

COSTOS DE OPERACION	
RUBRO	COSTO UNITARIO ANUAL
Sueldos y salaries	31200
Otros beneficios	400
Materiales e insumos	4800
Medicamentos	9000
Total	45400

COSTOS DE INVERSION	
RUBRO	COSTO UNITARIO
Insumos y materiales médicos y de enfermería	1000
Total	1000

Tomado de roles de pago y facturación en el Subcentro de Salud de Uncovia.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

El *contact center* de uso actual en el sistema de salud nacional genera demanda insatisfecha, sobre todo en el caso de patologías agudas que necesitan atención inmediata, ante lo cual el la propuesta de triaje puede dar cobertura a esta población.

Aunque el sistema de triaje es usado fundamentalmente a nivel hospitalario, los resultados estadísticos de este estudio recomiendan que este debería ser aplicado en todos los niveles que brinden atención médica, ya que además de lo indicado con antelación, permitiría, fundamentalmente, que las unidades de Atención Primaria en Salud (APS) resuelvan en sus instalaciones y con sus recursos la mayor parte de casos y, que se deriven a una unidad de mayor complejidad solamente los casos que lo requieran. Esto evitaría que un buen número de pacientes acudan al área de emergencia de los diferencias Hospitales que solo retarda e incluso colapsa el servicio, con casos que posiblemente podrían ser resueltos en APS.

En esta experiencia, sin aumentar ningún recurso, se pudo optimizar los existentes y, a pesar de que el sistema de atención triaje no brindaba atención diaria debido a la rotación del personal en otras UO, en los 7 meses que aquí se analizan, se logró atender a 720 pacientes, situación que no se hubiese presentado si no se disponía de este sistema.

Lo importante es resaltar que se comenzó el proyecto con un presupuesto de \$0,00, pero con la disponibilidad de personal médico y de enfermería en el momento que ventajosamente, se mantuvo estable por el período de implementación, lo que permitió llevar el proyecto a cabo.

La implementación del triaje permitió determinar que la mayoría de los usuarios/as están de acuerdo con el sistema de atención que recibieron, además de que les fue útil para solucionar de forma inmediata su problema de salud actual, con un tiempo de espera óptimo.

La mayoría de la población está de acuerdo con la implementación del sistema de forma permanente.

El sistema puede ser implementado en cada unidad operativa del primer nivel a atención primaria en salud y generar usuarios satisfechos con el sistema de atención de salud.

4.2. Recomendaciones

Realizar estudios similares al presente, profundizando, sobretodo, en el análisis de la calidad de atención brindada para indagar sobre las razones por las que no toda la población (7% aproximadamente) no está satisfecha con el sistema de triaje, con lo que se aportaría a la mejora continua de los procesos.

Realizar un análisis del talento humano disponible en las Unidades de salud del Distrito 01D01 con el fin de distribuirlos óptimamente en cada uno de los servicios, de tal manera que se puede contar con personal para consultas, entre ellas la de triaje y aún para la realización de visitas domiciliarias, sin necesidad de dejar desabastecidas las UO.

Implementar el sistema de triaje en otras Unidades Operativas de APS haciendo uso de los recursos disponibles: infraestructura con la que ya se cuenta y talento humanos, con los que se puede instalar un consultorio destinado al triaje.

Capacitar al personal sobre el sistema de triaje, su funcionamiento, prioridades, para llevar a cabo una correcta clasificación de pacientes.

Socializar el sistema con la población, para que puedan acudir ante cualquier dolencia aguda asignándose el agendamiento contact center para pacientes con enfermedades crónicas, raras y catastróficas, etc., que acuden solamente para control y retiro de medicación.

REFERENCIAS

- 9001:2015, I. (2017). Mejora Continua según la ISO 9001:2015 . Recuperado el 4 de enero de 2017, de <http://asesordecalidad.blogspot.com/2014/12/mejora-continua-segun-la-iso-90012015.html#.WG0pBFzEP3U>.
- Alba, I., Delgado, R., & García, R. (2015). "Revisión sistemática sobre la evidencia y validez de los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias en España". Universidad de Oviedo, Oviedo España. Recuperado de <http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33945/3/Molinuevo-Alba.pdf>
- Albán, J., Alvarado, D. & Arévalo, J. (2013). Análisis situacional de la atención en la implementación de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Central de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Albán, J., Alvarado, D., & Arévalo J. (2013). "Análisis situacional de la atención en la implementación de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Central de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5104/1/MED124.pdf>
- Bersosa, A. (2015). Diagnóstico Situacional del Subcentro de Salud de Uncovía, Parroquia Hermano Miguel, Cuenca. Cuenca.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (2017). En Real Academia Española diccionario en línea (última ed.). Recuperado de <http://www.rae.es://www.m-com/dictionary+>
- Española, R. A. (2017). Real Academia Española. Recuperado el 4 de Enero de 2017, de <http://dle.rae.es/?id=XLJpCxk>
- Espectra Design. . (2017). Clases de Excel. Recuperado el 10 de enero de 2017, de <http://clasesexcel.com/index.php/blog/item/77-como-generar-un-numero-al-azar-sorteo-en-excel.html>
- Falconí, J. (2011). El derecho constitucional a la salud. Recuperado el 4 de
- Fuentes, R., Casillas, J., & Casillas, M. (2016, julio-septiembre) Motivos de pacientes que acuden a un Hospital sin una urgencia real. Revista

- EDUCATECONCIENCIA. Recuperado de <http://tecnocientifica.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/article/view/196/184>.
- García, J., Arellano, N., & Loría, J. (2016, Junio). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *Pren. Méd. Argent.* Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Loria/publication/304251854_Triage_hospitalario_Revision_de_la_literatura_y_experiencia_en_Mexico/links/576aacd208ae5b9a62b38deb.pdf
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). INEC. Recuperado el 10 de 12 de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- ISO 9001:2015, I. (2017). Mejora Continua según la ISO 9001:2015. Recuperado el 4 de enero de 2017, de <http://asesordecalidad.blogspot.com/2014/12/mejora-continua-segun-la-iso90012015.html#.WG0pBFzEP3U>
- Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). (Primera Edición) (2012). Quito: MSP ECUADOR: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Martín, M. (2013). "Estudio de Triage en un servicio de Urgencias Hospitalario". *Revista de Enfermería CyL*". Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91/69>
- Molinuevo, I. (2015). "Revisión sistemática sobre la evidencia y validez de los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias en España". Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/33945>
- MSP Ecuador. (Agosto de 2013). Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. Recuperado el 10 de 11 de 2016, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca__final_04_09_2013.pdf
- noviembre del 2016 de <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechoconstitucional/2011/01/17/el-derecho-constitucional-a-la-salud>
- OPS . (2017). OPS Organización Panamericana de la Salud . Recuperado el 2 de 2 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/es/>

- Padovani, A., Brito, L., Crespo, M., Diego, T., Pavodani, S. (2012). La calidad en Salud Pública, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, volumen 16 (4), 64-73. Recuperado de <http://scielo.sld. cu/pdf/rpr/v16n4/rpr08412.pdf>
- PSYMA GROUP AG, Rueckersdorf / Nuremberg . (2016). PSYMA GROUP . Recuperado el 3 de Noviembre de 2016, de <http://www.psyma.com/company/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>
- Serrano, R. (2014). Sistema de Triage en Urgencias Generales. Universidad Internacional de Andalucía, Andalucía. España. Recuperado de http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1
- Sigüenza, R. (26 de abril del 2013). Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Zamora: Dirección Provincial de Zamora Chinchipe. Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/zamora_chinchipe/index.php/componente/content/article/221-callcenter/289-callcenter
- Vázquez, L, (2015, Febrero) Triage en urgencias hospitalarias. Revisión bibliográfica. Universidad de la Coruña, Ferrol, España. Recuperado de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14730/TFG_Enfermaria_V%C3%A1zquez_Galb%C3%A1n_Laura.pdf.pdf?sequence=2

ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO 008 ANVERSO.

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		LOCALIZACION			N° HISTORIA CLINICA														
						PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA															
1 REGISTRO DE ADMISION																							
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			NACIONALIDAD														
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL						CANTON		PROVINCIA		N° TELEFONO													
FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL			INSTRUCCION		OCCUPACION													
			MAB	FEM	SOL	CAS	DIV	VU	UL	SIN	BAS	BACH	SUPE	ESPE	N° SEGURO DE SALUD								
															IESS	OTRO							
NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION				PARENTESCO O AFINIDAD				DIRECCION				N° TELEFONO											
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				N° CEDULA DE IDENTIDAD				DIRECCION				N° TELEFONO											
FORMA DE LLEGADA			FUENTE DE INFORMACION			INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE			N° TELEFONO														
AMBULATORIO	SILLA DE RUEDAS	CAMILLA																					
<small>MAB= MATRIMONIO FEM= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VU= VIUDO UL= UNION LIBRE SIN= SIN INSTRUCCION BAS= BASICA BACH= BACHILLERATO SUPE= SUPERIOR ESPE= ESPECIAL</small>																							
2 INICIO DE ATENCION																							
HORA	VA AREA LIBRE	VA AREA OBSTRUIDA	GRUPO - R/		CONDICIONES DE LLEGADA		ESTABLE	INSTABLE	OTRO														
MOTIVO DE LLEGADA																							
3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION																							
										NO APLICA													
LUGAR DEL EVENTO			DIRECCION DEL EVENTO			FECHA		HORA		VEHICULO O ARMA													
TIPO DE EVENTO					AUTORIDAD COMPETENTE																		
ACCIDENTE	ENFERMEDAD	VIOLENCIA	OTRO																				
OBSERVACIONES																							
INTOXICACION					VIOLENCIA																		
ALENTO ETILICO	VALOR ALCOHOLICO	HORA EXAMEN	SE INJIC ALCOHOLICO	OTRAS SUSTANCIAS	SOSPECHA	ABUSO FISICO	ABUSO PSICOLOGICO	ABUSO SEXUAL															
OBSERVACIONES																							
QUEMADURA				PICADURA				MORDEDURA															
GRADO I	GRADO II	GRADO III	PORCENTAJE SUPERFICIE																				
4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES																							
<small>PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONA F= FAMILIAS</small>																							
1. ALERGICOS	2. CLINICOS	3. GINECOLOGICOS	4. TRAUMATOLOGICOS	5. PEDIATRICOS	6. QUIRURGICOS	7. FARMACOLOGICOS	8. OTROS			NO APLICA													
OBSERVACIONES																							
5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS																							
<small>CRONOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERISTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES</small>																							
6 CARACTERISTICAS DEL DOLOR																							
REGION ANATOMICA		PUNTO DOLOROSO		EVOLUCION		TIPO		MODIFICACIONES			ALIVIA CON		NO APLICA										
				ABIDO		SUBIENDO		DESCIENDO	EN PULSOS	CONTINUA	CICLICO	POSICION	POSURA	EFICAZ	DEBITO	POSICION	SE PAREJA	ANESTESIA	PARACETAMOL	OPICOID	ATHE	NO ALIVIA	ENTENDIDAD LIVC MODERADO O GRAVE

ANEXO 2. FORMULARIO 008 REVERSO.

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES															
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDÍACA (b/m)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (v/m)		TEMPERATURA RECTAL (°C)		TEMPERATURA AXILAR (°C)		PESO (kg)		TALLA (m)		PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	
GLUCOSA INICIAL		OCULAR	VERNAL	DIUTERNA	TOTAL	REACCIÓN PULSARIA (v/m)	REACCIÓN PULSARIA (v/m)	T. LATIDO CARDÍACO							

8 EXAMEN FÍSICO R= REGIONAL S= SISTÉMICO CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "Y" Y NO DESCRIBIR														
C P S P			C P S P			C P S P			C P S P			C P S P		
1R PIEL Y ANEXOS			6R BOCA			11R ABDOMEN			16 ORGÁNOS DE LOS SENTIDOS			6S URINARIO		
2R CABEZA			7R ORO FARINGE			12R COLUMNA VERTEBRAL			17 RESPIRATORIO			7S MUSCULO ESQUELÉTICO		
3R OJOS			8R CUELLO			13R INGLI-PEPINE			18 CARDIO VASCULAR			8S ENDOCRINO		
4R OÍDOS			9R AXILAS - MAMAS			14R MIEMBROS SUPERIORES			19 DIGESTIVO			9S HEMO LINFÁTICO		
5R NARIZ			10R TORAX			15R MIEMBROS INFERIORES			20 GENITAL			10S NEURO LÓGICO		

9 DIAGRAMA TOPOGRÁFICO		AVOTAR EL NÚMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESIÓN				NO APLICA	10 EMBARAZO - PARTO				NO APLICA	
		1 HERIDA PENETRANTE					EMBIAS	PUNTO S	ABORTOS	OSIARIAS		
		2 HERIDA NO PENETRANTE					FECHA ÚLTIMA EMBARAZO	ORGANOS DESECCION		MOVIMIENTO FETAL		
		3 FRACTURA EXPUESTA					FRECUENCIA C. FETAL	SINERMIAS NO SÍ		TIEMPO		
		4 FRACTURA CERRADA					AL TERA ÚTERINA	PRESENTACIÓN				
		5 AMPUTACIÓN					ESVACUACIÓN	DESCRIBIENDO				
		6 HEMORRAGIA					PELVIS ÚTIL	IMPEDIDO ÚTERINO	CONTRACCIONES			
		7 MORDEDURA					11 ANALISIS DE PROBLEMAS NO APLICA					
		8 FICADURA										
		9 EXCORIACIÓN										
		10 DEFORMIDAD O MASA										
		11 HEMATOMA										
		12 QUEMADURA G-I										
		13 QUEMADURA G-II										
		14 QUEMADURA G-III										
		15										
		16										

12 PLAN DIAGNOSTICO REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO														NO APLICA
1. ECOGRAFIA	3. D. ÚNICA SANGRE	5. D. G. ÚNICA	7. ENDOSCOPIA	9. R. X. ABDOMEN	11. T. B. OR. P. A.	13. ECOGRAFIA P. V. L.	15. B. B. P. C. H. L. T. A.							
2. UROANÁLISIS	4. EL. ELECTROLITOS	6. EL. ELECTRO CARDIOGRAMA	8. R. X. TORAX	10. P. X. OÍDOS	12. P. R. O. V. A.	14. ECOGRAFIA ABDOMEN	16. O. R. G. S.							

13 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS				CIE	14 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS				CIE
1					1				
2					2				
3					3				

15 PLAN DE TRATAMIENTO													
MEDICAMENTO GENÉRICO				VA	DOSES	POSOLÓGICA	DÍAS	1. INDICACIONES GENERALES	2. PROCEDIMIENTO	3. COMENTARIO ESPECIAL	4. OTROS		
1													
2													
3													
4													

16 SALIDA													
DIRECCIÓN	COPIA A ENTREGAR	OBSERVACION	INTERVENCIÓN	REFERENCIA	VIG.	ESTABLE	PRESTABLE	USO DE INGENIERÍA					
SERVICIO	ESTABLECIMIENTO			MENTO EN ESPERANZA			CABA	CÓDIGO					
FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	MEDICO				FIRMA							

ANEXO 3. ENCUESTA A PARA VALORAR LA SATISFACCIÓN DE USUARIO ANTE UN CONSULTORIO DE TRIAJE.



FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CONSULTORIO DE TRIAJE
COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA CALIDAD Y COBERTURA ANTE
LA DEMANDA DE PACIENTES DE UN SUBCENTRO DE SALUD DE LA
PARROQUIA HERMANO MIGUEL, CUENCA- ECUADOR. 2016-2017.

Autor de la tesis Andrea Cristina Bersosa Webster
Profesor tutor Mg. Susana Larrea Cabrera

Encuesta para valorar la satisfacción del
Usuario ante un consultorio de Triage.

Número de formulario 008: _____

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Está usted de acuerdo con el sistema de atención que recibió?
 Si No
2. ¿El sistema le brindó solución inmediata a su problema de salud actual?
 Si No
3. ¿Cuál fue su tiempo de espera para acceder a la atención médica?
 - a. Entre 5-10 minutos. _____
 - b. Entre 11 a 15 minutos. _____
 - c. Entre 16 a 20 minutos. _____
 - d. Más de 20 minutos. _____
4. ¿Le gustaría que se implemente este sistema de forma permanente?
 Si No

ANEXO 4

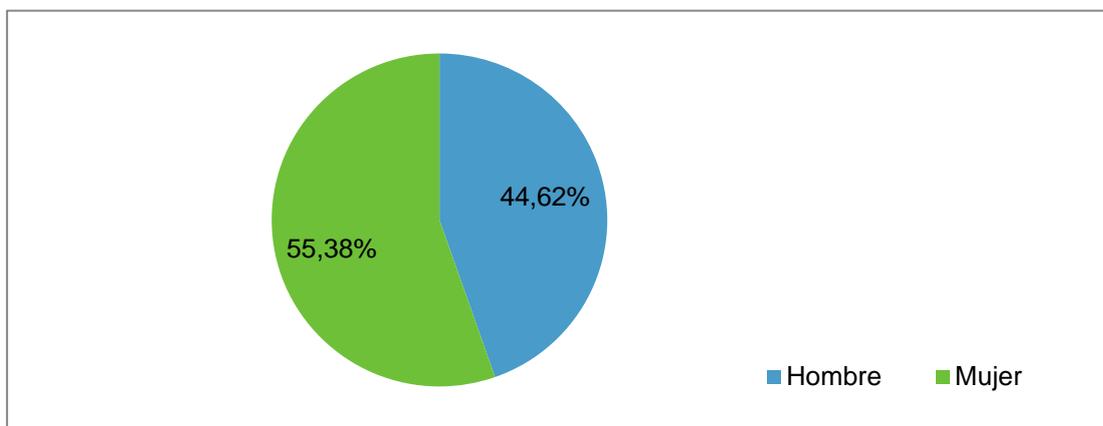


Figura 3. Distribución porcentual según sexo de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017. Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 5

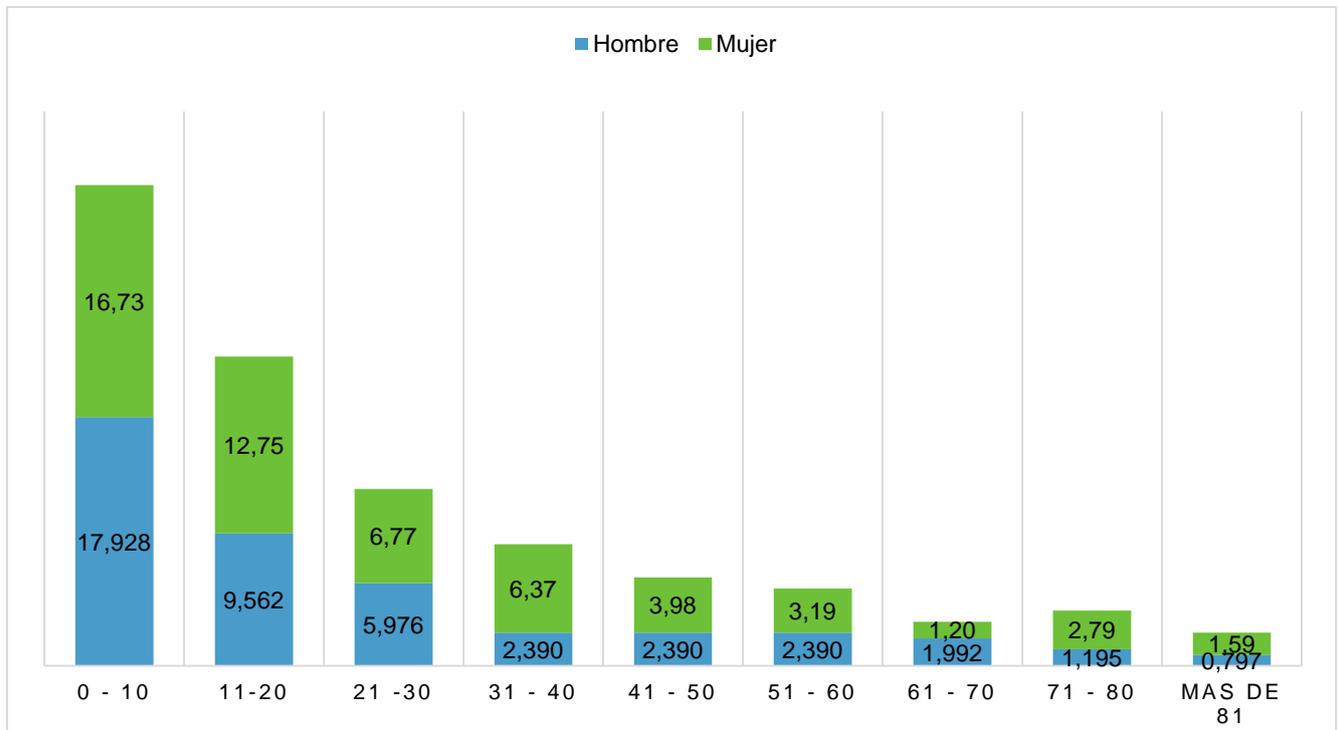


Figura 4. Distribución según sexo y edad de 251 pacientes según sexo y edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.

Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 6

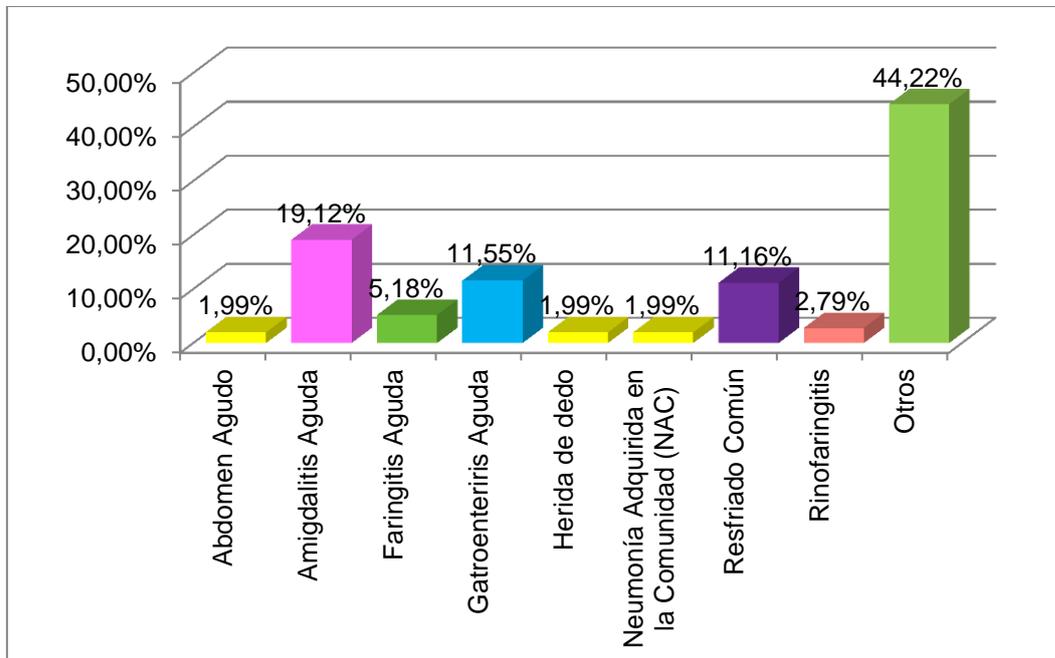


Figura 5. Distribución porcentual según diagnóstico de las principales patologías de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017

Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 7

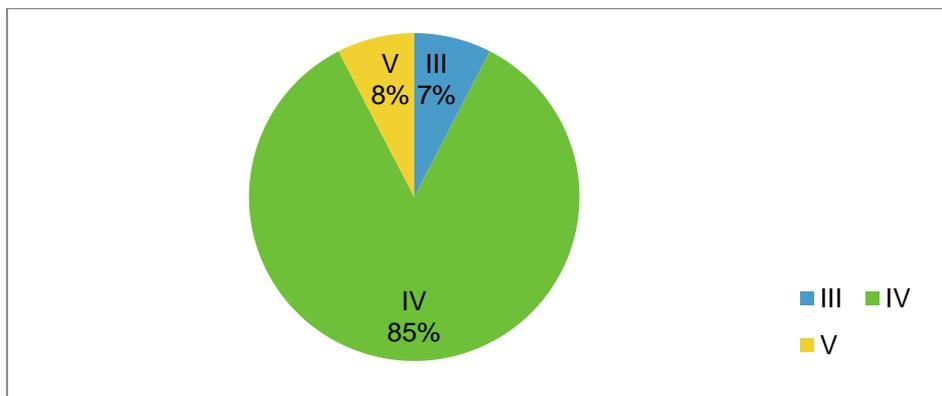


Figura 6. Distribución porcentual según tipo de prioridad de acuerdo a la Escala de Triage de Manchester (ETM) de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017. Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 8

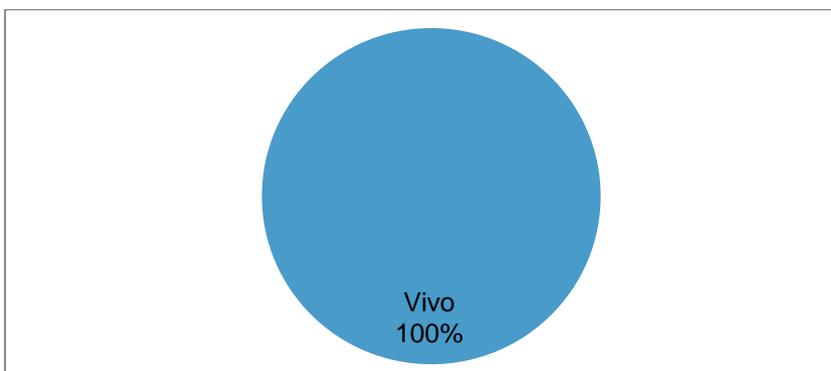


Figura 7. Distribución porcentual según condición al egreso de 251 pacientes según edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017. Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 9

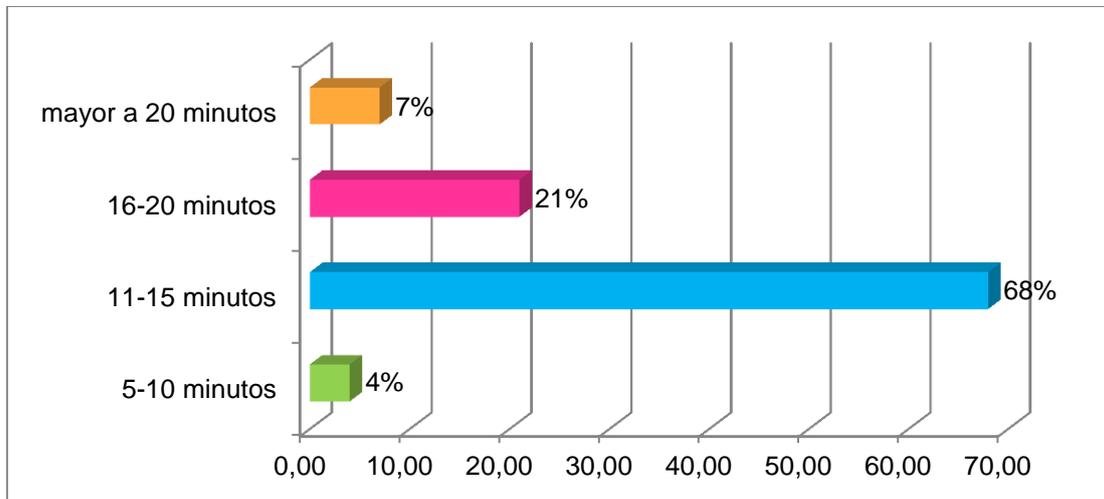


Figura 8. Distribución porcentual según tiempo de duración de la consulta médica de 251 pacientes, que fueron atendidos en el Consultorio de Triaje. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.

Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 10

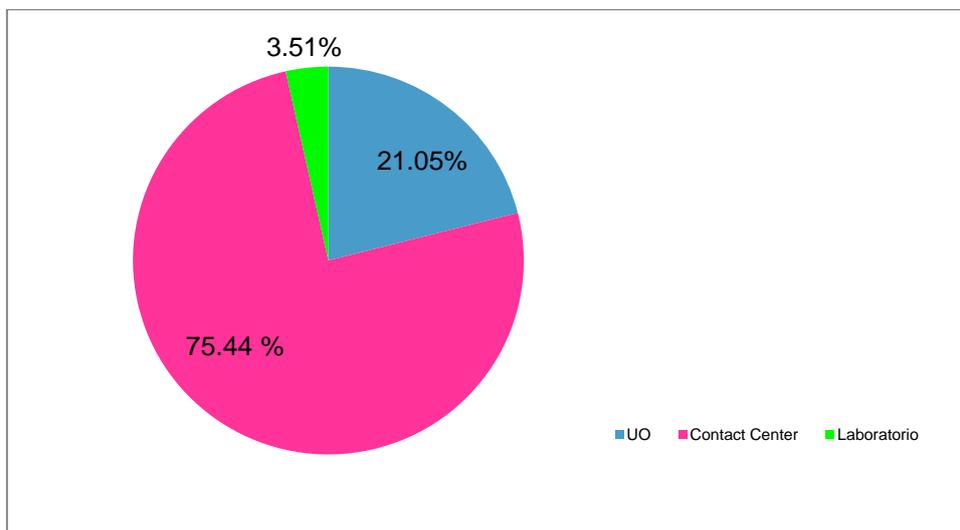


Figura 9. Distribución porcentual de 57 inconformidades ciudadanas reportadas a la UO Uncovia, durante el período enero del 2015 a junio del 2016.
Fuente: base de datos de quejas del sistema *Contact center* de un Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel.

ANEXO 11

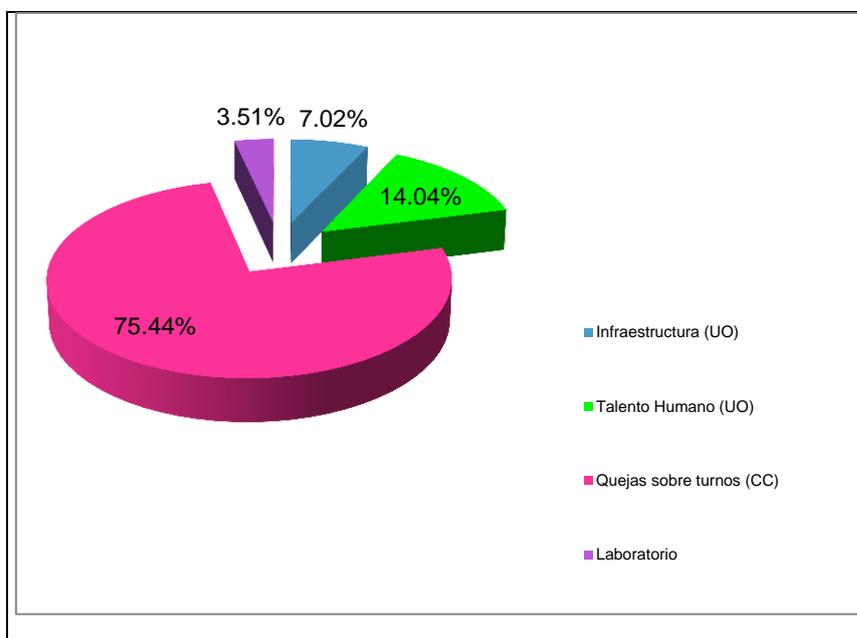


Figura 10. Distribución porcentual según tipo de queja, de 57 inconformidades ciudadanas reportadas a la UO Uncovia, durante el período enero del 2015 a junio del 2016.

Fuente: base de datos de quejas del sistema *Contact center* de un Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel.

ANEXO 12



Figura 11. Promedio mensual de quejas ciudadanas receiptadas durante el período enero a septiembre de 2016.

Fuente: base de datos de quejas del sistema *Contact center* de un Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel.

ANEXO 13

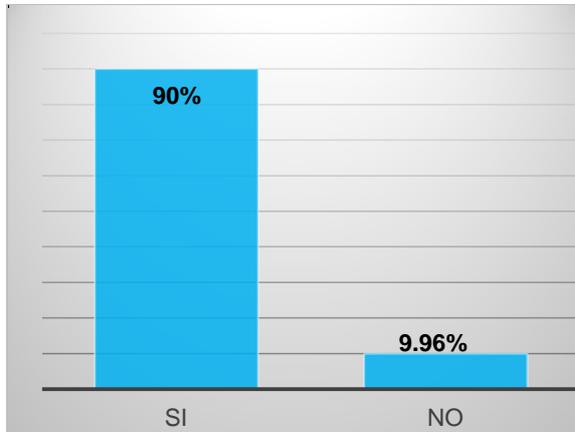


Figura 12. ¿Está usted de acuerdo con el sistema de atención que recibió?
Fuente: encuestas realizadas a los usuarios del sistema de atención mediante triaje. Pregunta nro. 1

ANEXO 14

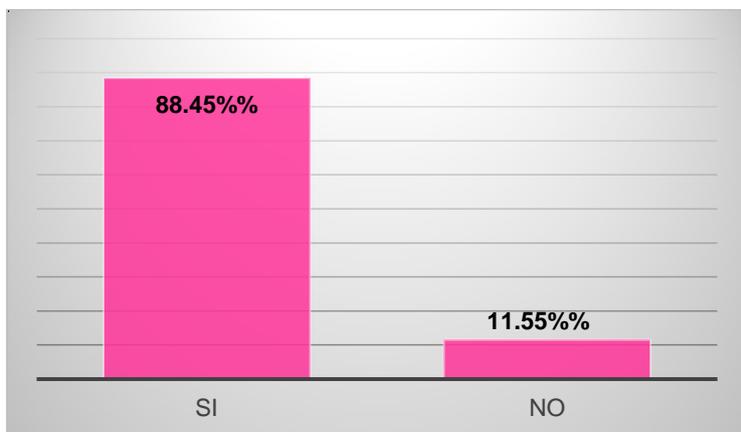


Figura 13. ¿El sistema le brindó solución inmediata a su problema de salud actual?

Fuente: encuestas realizadas a los usuarios del sistema de atención mediante triaje. Pregunta nro. 2.

ANEXO 15

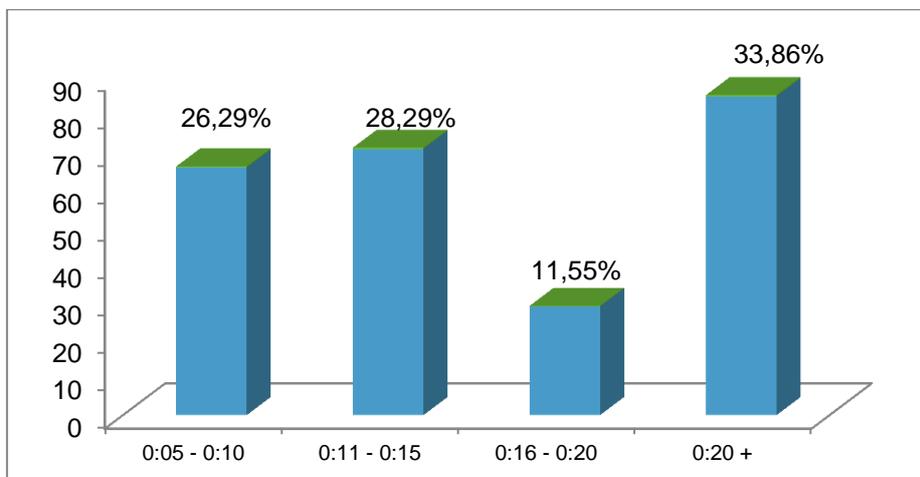


Figura 14. ¿Cuál fue su tiempo de espera para acceder a la atención médica?
Fuente: encuestas realizadas a los usuarios del sistema de atención mediante triaje. Pregunta nro. 3.

ANEXO 16

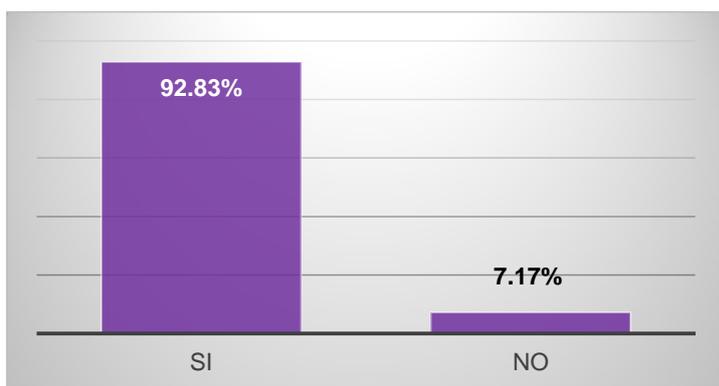


Figura 15. ¿Le gustaría que se implemente este sistema de forma permanente?
Fuente: encuestas realizadas a los usuarios del sistema de atención mediante triaje. Pregunta nro. 4.

ANEXO 17

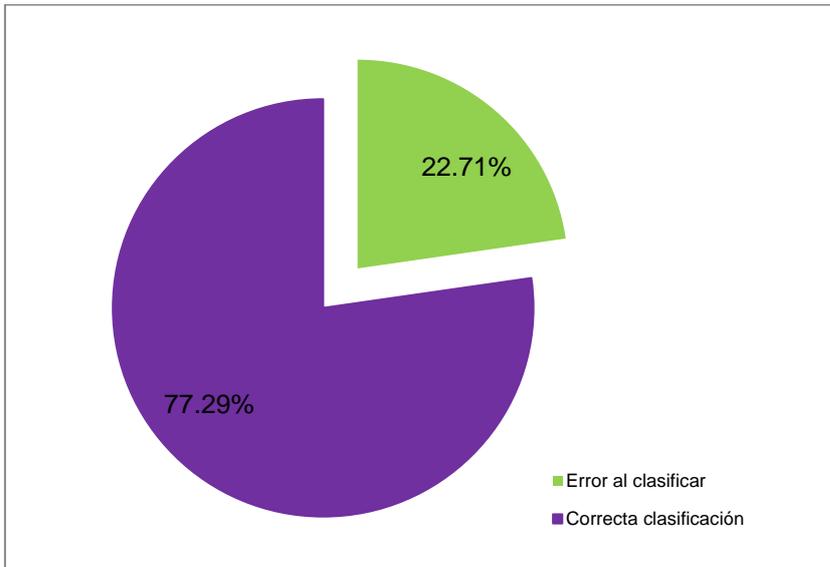


Figura 16. Distribución porcentual según error al clasificar prioridades según el Esquema de Triage Manchester (ETM) de los pacientes que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel. 2017.

Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.

ANEXO 18

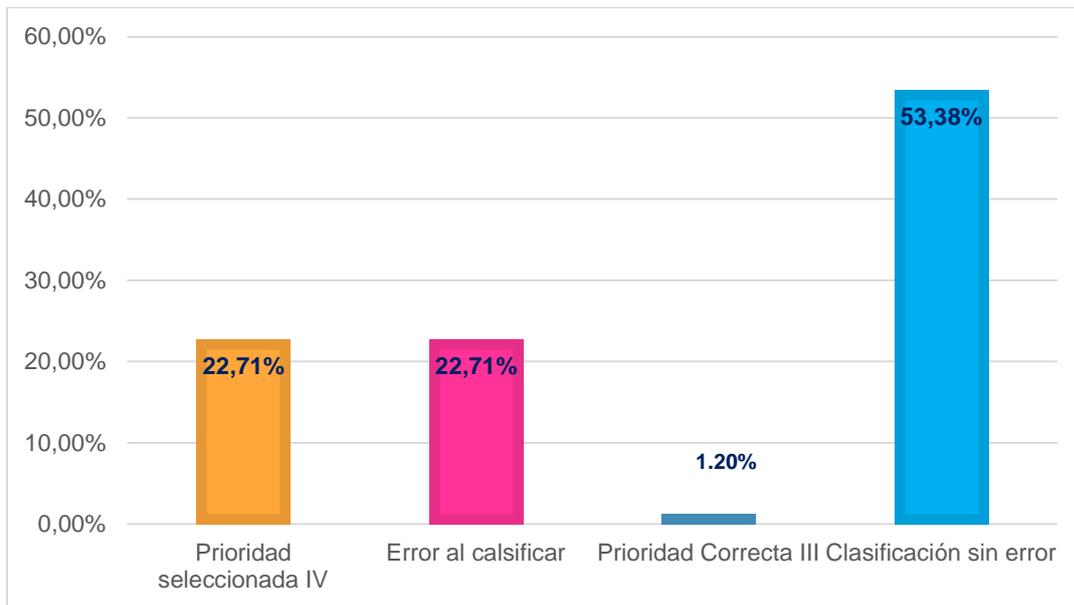


Figura 17. Distribución porcentual según error al clasificar prioridades según el Esquema de Triage Manchester (ETM) de los pacientes que fueron atendidos en el Consultorio de Triage. Periodo marzo-agosto del 2016. Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel.2017

Fuente formularios 008 para la atención y registro de pacientes atendidos en triaje.