

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

“SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN,  
CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA  
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. FACTORES QUE INCIDEN EN  
LA DEMANDA DE USUARIOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL BÁSICO PLAYAS DURANTE JULIO-DICIEMBRE DEL  
2014”.

TRABAJO DE TITULACIÓN “EXAMEN COMPLEXIVO”, PARA LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN  
SERVICIOS DE LA SALUD

Elaborado por:

Cinthia Córdova Anchundia Md.

Guayaquil, 31 de mayo del 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
SISTEMA DE POSGRADO**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Médico Cinthia Beatriz Córdova Anchundia**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**REVISORA**

**Econ. Glenda Gutiérrez Candela, Mgs**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

**Econ. María del Carmen Lapo Maza**

**Guayaquil, a los 31 del mes de mayo del año 2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
SISTEMA DE POSGRADO**

### **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Cinthia Beatriz Córdova Anchundia**

#### **DECLARO QUE:**

El Examen Complexivo “Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que Inciden en la Demanda de Usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante Julio-Diciembre del 2014” previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Examen Complexivo en mención.

**Guayaquil, a los 31 del mes de mayo del año 2016**

**LA AUTORA**

---

**Cinthia Beatriz Córdova Anchundia, Md**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
SISTEMA DE POSGRADO AUTORIZACIÓN**

**Yo, Cinthia Beatriz Córdova Anchundia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Examen Complexivo **de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: “Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que inciden en la Demanda de Usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante Julio-Diciembre del 2014”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 31 del mes de mayo del año 2016**

**LA AUTORA:**

---

**Cinthia Beatriz Córdova Anchundia, Md**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
SISTEMA DE POSGRADO**

**INFORME URKUND**

The screenshot shows the URKUND search results for a document. The document details are as follows:

- Documento:** EXAMEN COMPLEXIVO\_CORDOVA.FINAL.docx (D19662142)
- Presentado:** 2016-05-02 01:50 (-05:00)
- Presentado por:** cynthia\_2687@hotmail.com
- Recibido:** maria.lapo.uccg@analysis.urkund.com
- Mensaje:** EXAMEN COMPLEXIVO [Mostrar el mensaje completo](#)

A summary note indicates: 3% de esta aprox. 29 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 5 fuentes.

The 'Lista de fuentes' (List of sources) section contains the following entries:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	<a href="http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/r.o._imp-arcsa_sup_360_2...">http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/r.o._imp-arcsa_sup_360_2...</a>
	<a href="http://www.lacamaradequito.com/uploads/tv_documents/prorroga-de-plazo-par-permisos-de-funcionamie...">http://www.lacamaradequito.com/uploads/tv_documents/prorroga-de-plazo-par-permisos-de-funcionamie...</a>
	<a href="http://www.revistaenfmerciacyl.com/index.php/revistaenfmerciacyl/articulo/viewFile/91/69">http://www.revistaenfmerciacyl.com/index.php/revistaenfmerciacyl/articulo/viewFile/91/69</a>
	<a href="http://emergencias.portaisemes.org/descargar/y-si-adaptaramos-los-servicios-hospitalarios-de-urgencia...">http://emergencias.portaisemes.org/descargar/y-si-adaptaramos-los-servicios-hospitalarios-de-urgencia...</a>
	<a href="http://w37.bcn.cat/porta22/cas/fibres/A/fiba5610/analista-en-investigacio-de-mercat.do">http://w37.bcn.cat/porta22/cas/fibres/A/fiba5610/analista-en-investigacio-de-mercat.do</a>
Fuentes alternativas	
	La fuente no se usa

The main content area displays the document text, which includes a table of contents (ÍNDICE DE GRÁFICOS) and a detailed description of a study on emergency services at Hospital Playas during the second semester of 2014. The study aims to determine the effectiveness of the subsystem in organizing demand users to avoid saturation and resource overuse. It notes that 99% of attendances were self-referenced, and 86% of patients did not meet the criteria for immediate attention at the Second Level of Care. The study is described as non-experimental, descriptive, and cross-sectional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por guiar y bendecir mi camino hacia la excelencia humanística, moral y académica;

A Leandro Pio, por incentivar me a realizar la maestría y enseñarme que la vida no está determinada por circunstancias, sino que nosotros las creamos; por inculcarme la importancia de actitud mental positiva y acompañarme en todo el proceso de maestrante.

**Cinthia Córdova**

## **DEDICATORIA**

Dedico mi triunfo a mi familia, Leandro Pio, mi complemento perfecto, y Leandro Sebastián, el motor de mi vida.

**Cinthia Córdova**

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xi
ÍNDICE DE APÉNDICES .....	xii
RESUMEN .....	xiii
SUMMARY .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema .....	4
Descripción del objeto de investigación .....	4
Justificación del problema .....	5
Preguntas de investigación.....	6
Objetivos .....	7
CAPÍTULO 1 .....	8
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	8
1.1.Marco Teórico.....	8
1.2. Marco Conceptual .....	19
1.3.Marco Legal .....	22
CAPÍTULO 2.....	26
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL BÁSICO PLAYAS .....	26
2.1.Área de Emergencia.....	28
CAPÍTULO 3.....	31
PERTINENCIA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	31



CAPITULO 4.....	34
METODOLOGÍA.....	34
4.1. Tipo de estudio.....	34
4.2. Población y Muestra. ....	34
4.3. Instrumentos.....	35
4.4. Variables.....	36
Las variables a este estudio son las siguientes:.....	36
4.5. Resultados de encuesta realizada a usuarios del Hospital en diciembre del 2014.....	36
4.6. Resultados del análisis de documentos .....	41
4.7. Resultados de entrevistas .....	55
CAPITULO 5.....	60
PROPUESTA.....	60
5.1.Introducción .....	60
5.2. Objetivo General.....	60
5.3.Lineamientos.....	60
5.4.Acciones.....	63
5.5.Responsables.....	64
5.6.Periodo .....	64
Un año. Con sub-períodos de tres meses. ....	64
5.7.Comunicación .....	64
5.8.Recursos.....	65
5.9.Formas de evaluación .....	65
CONCLUSIONES .....	66
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	70
APENDICES.....	73

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla No. 1: Cartera de servicios y prestaciones .....	27
Tabla No. 2_¿Conoce usted sobre la RPIS?.....	37
Tabla No. 3 ¿En caso de que usted o algun familiar este enfermo, ud? .....	37
Tabla No. 4 ¿Sabía ud que para ingresar al SNS debe hacerse atender en el centro de salud mas cercano?.....	38
Tabla No. 5 ¿En alguna ocasión ha necesitado de una transferencia?.....	39
Tabla No. 6 ¿Cuál ha sido la causa más frecuente por la que acude a la emergencia del Hospital Básico Playas?.....	40
Tabla No. 7 Atenciones de morbilidad del mes de julio .....	42
Tabla No. 8 Atenciones de morbilidad del mes de agosto .....	43
Tabla No. 9 Atenciones de morbilidad del mes de septiembre.....	44
Tabla No. 10 Atenciones de morbilidad del mes de octubre .....	46
Tabla No. 11 Atenciones de morbilidad del mes de noviembre .....	47
Tabla No. 12 Atenciones de morbilidad del mes de diciembre .....	48
Tabla No. 13 Morbilidades del segundo semestre del 2014 .....	50
Tabla No. 14: Diagnósticos de referencia del C.S. Engabao .....	52
Tabla No. 15 Promedio de atenciones por personal médico.....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico No. 1: Triage de Manchester.....	12
Gráfico No. 2: Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación. Administrativo.....	32
Gráfico No. 3: Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación. Operativo.....	33
Gráfico No. 4 ¿Conoce usted sobre la RPIS?.....	37
Gráfico No. 5 ¿En caso de que usted o algun familiar este enfermo, ud?.....	38
Gráfico No. 6 ¿Sabía ud que para ingresar al SNS debe hacerse atender en el centro de salud mas cercano?.....	39
Gráfico No. 7 ¿En alguna ocasión ha necesitado de una transferencia?.....	38
Gráfico No. 8 ¿Cuál ha sido la causa más frecuente por la que acude a la emergencia del Hospital Básico Playas?.....	40
Gráfico No. 9 Atenciones de morbilidad del mes de julio.....	42
Gráfico No. 10 Atenciones de morbilidad del mes de agosto.....	44
Gráfico No. 11 Atenciones de morbilidad del mes de septiembre .....	45
Gráfico No. 12 Atenciones de morbilidad del mes de octubre .....	46
Gráfico No. 13 Atenciones de morbilidad del mes de noviembre .....	48
Gráfico No. 14 Atenciones de morbilidad del mes de diciembre .....	49
Gráfico No. 15 Morbilidades del segundo semestre del 2014 .....	50
Gráfico No. 16 Diagnósticos de referencia del C.S. Engabao .....	53
Gráfico No. 17 Promedio de atenciones por personal médico .....	54

**ÍNDICE DE APÉNDICES**

Apéndice A. Preguntas de encuestas realizadas a usuarios del Hospital Básico Playas.....	73
Apéndice B. Formulario para entrevistas realizadas a personal operativo y administrativo del Hospital Básico Playas.....	74
Apéndice C. Póster de Triage.....	76
Apéndice D. Registro Fotográfico de entrevistados.....	77
Apéndice E. Registro Fotográfico de la Emergencia del Hospital Básico Playas.....	78

## RESUMEN

Se realizó una evaluación del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud y los factores que inciden en la demanda del Área de Emergencia del Hospital Playas durante el segundo semestre del 2014. El objetivo fue determinar la efectividad del Subsistema en la organización de la demanda de usuarios para evitar la saturación, sobreutilización del personal y recursos del área.

Considerando que una emergencia es una situación que pone en peligro inmediato la vida, los diagnósticos que no cumplan con éste criterio no deberían ser asistidos en el Segundo Nivel de Atención; sin embargo cada día son más los pacientes autoreferidos que no ameritan dicho servicio.

El estudio es de tipo no experimental, descriptivo, transversal, con un enfoque mixto. La muestra es la población asignada para el año 2014 del Distrito 09D22 PLAYAS, cuyo universo corresponde a 46300 personas, utilizando como procedimiento de muestreo el netquest, obteniendo una muestra probabilística de 381 personas.

Se atendieron 26117 usuarios, determinando que el 99% de las atenciones fueron autoreferencias, no debidas al desconocimiento, pues el 86% afirmó que para ingresar al Sistema Nacional de Salud debe necesariamente atenderse en un Centro de Salud. El 70% afirmó dirigirse inmediatamente a la emergencia, siendo las principales causas: fiebre en el 59,1% y diarrea en el 15,7%; demostrando que es la idiosincrasia y la subjetividad de la población que al considerar que cualquier sintomatología es una emergencia no sigue el órgano regular y acude directamente a la emergencia hospitalaria.

**Palabras claves:** Subsistema, demanda, emergencia, autoreferencia, idiosincrasia, niveles.

## SUMMARY

Subsystem assessment Reference Bypass, Counterreferral, Reference and Reverse Transfer of the National Health System and the factors affecting demand Beaches Area Emergency Hospital during the second half of 2014. It was conducted aimed to determine the effectiveness Subsystem in organizing demand users to avoid saturation, overuse of staff and resources of the area.

Whereas an emergency is a situation that puts life in immediate danger, diagnoses that do not meet this criterion should not be assisted at the Second Level of Care; yet every day more autoreferidos patients not warrant that service.

The study is not experimental, descriptive, cross-sectional type with a mixed approach. The sample is assigned to the 2014 population District of 09D22 Beaches, whose universe corresponds to 46300 people, using the Netquest sampling procedure, obtaining a probability sample of 381 people.

26117 users attended, determining that 99% of self references attentions were not due to ignorance, as 86% said that to enter the National Health System must necessarily be addressed in a health center. 70% said addressed to the emergency, the main causes fever in diarrhea in 59.1% and 15.7%; showing that it is the idiosyncrasy and subjectivity of the population considering that any symptoms are an emergency not follow the regular organ and go directly to the hospital emergency.

**Keywords:** Subsystem, demand, emergency, self-reference, idiosyncrasy levels.

## INTRODUCCIÓN

El Estado Ecuatoriano, dando cumplimiento al Sumak Kausay, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se traduce en el establecimiento de la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención de salud, el contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia por Niveles de Atención y Complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad. (Norma Técnica Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa, Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014)

El Hospital Básico Playas, que está clasificado como Segundo Nivel de Atención, constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención, brinda servicios dentro de las cuatro especialidades básicas con las que cuenta, así mismo en su Área de Emergencias presta atención las 24 horas del día, dentro de su dinámica requiere de una armonía entre su infraestructura, equipamiento médico, sistema de información y de un sólido entrenamiento y trabajo en equipo de todo personal que labora allí.

“La demanda de servicios de salud es irregular e impredecible” (Sanabria, 2002, pág. 152), “tiene un componente aleatorio importante” (Velásquez, 2008); más aún en el área de emergencia, entre los factores determinantes se encuentran la expectativa del usuario por recibir una atención rápida, la obligación de atender al paciente con patología que no representa una emergencia o en su defecto factores estacionales como la gripe. Este conjunto de preceptos son los que influyen en la saturación de las Áreas de Emergencia de hospitales a nivel mundial.

La investigación se encuentra dividida en cinco capítulos estructurados de la siguiente manera:

El primer capítulo contiene el marco teórico conceptual. En este se refieren los principales aspectos teóricos, conceptuales y legales relacionados con el tema. Es un marco desde el que se proyecta el resto de la investigación puesto que sienta las bases para que se pueda comprobar el problema en el escenario concreto y establecer soluciones potenciales.

En el segundo capítulo se realiza el diagnóstico situacional del Hospital objeto de estudio. Aquí se establecen las principales características de este centro a la vez que se obtienen criterios sobre cómo y cuál es el estado actual del problema.

El tercer capítulo explica la pertinencia del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud, cuya implementación y aplicación permite no sobrecargar la capacidad hospitalaria.

En el cuarto capítulo se trabaja directamente la metodología de la investigación aplicada al estudio. Se refiere el tipo de estudio, las herramientas de investigación, entre otros elementos. También en este capítulo se refieren la aplicación de los instrumentos que en este caso son la revisión de documentos oficiales del centro como es el caso de las estadísticas, la encuesta a usuarios y las entrevistas al personal administrativo y operativo.

Por último, el quinto capítulo de la investigación aquí presentada establece la propuesta del estudio. La misma supone ser una solución y responde al objetivo general de la investigación, abarca objetivos y acciones concretas así como responsables y potenciales formas de evaluación.



## Planteamiento del problema

La presente investigación se centra en una problemática real que se encuentra sucediendo en muchas instituciones de salud en el Ecuador, es un problema que ha sido determinado en la observación empírica del funcionamiento del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante el período julio-diciembre del 2014 y que afecta el correcto funcionamiento de este servicio, debido al aumento considerable y sin control de pacientes autoreferidos que no ameritan atención de segundo nivel; pues “Los servicios de urgencia son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado y recursos especiales a pacientes en riesgo de perder la vida, una función o algún órgano, con una disponibilidad inmediata y durante las 24 horas del día”. (Loría, J., Flores, L., Márquez, G. y Valladares, M., 2010)

Erradicar la saturación de las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH), que ha estado presente durante más de 20 años, debe alcanzar el mismo nivel de importancia que eliminar errores quirúrgicos, disminuir el número de infecciones nosocomiales y otros objetivos destacados, como menciona Flores, C. (2011). El tiempo ha venido a demostrar que los factores asociados con la saturación de urgencias no están dentro del control de los médicos de urgencias durante sus actividades diarias. Él refiere que mientras que aportar recursos a las UUH puede ser de ayuda, pedir o demandar un incremento de la productividad de los urgenciólogos y de los UUH no corregirá este problema.

Lo anterior provoca el establecimiento de al menos tres situaciones identificadas por los usuarios:

- Insatisfacción de los usuarios
- Deficiencias en la atención
- Desorientación en cuanto a los tiempos y procesos de atención

La problemática está presente a nivel mundial, y ya hace varios años que se implementó el Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud en el país y no existen muchos datos que permitan conocer si se emplea adecuadamente esta herramienta o sus beneficios; por lo que es fundamental determinar el flujograma de atención en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante el período julio-diciembre del 2014 y conocer el porcentaje de Autoreferencias existentes lo que pudiera causar la saturación de la misma.

### **Formulación del problema**

¿Cómo potenciar la efectividad del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud en la organización de la demanda de usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas?

### **Variables**

Variable dependiente: Demanda de usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas

Variable independiente: Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud

### **Descripción del objeto de investigación**

El Hospital Básico Playas, es un hospital público que en su Área de Emergencia cuenta con una pequeña Área de Triage, el área de Cirugía Menor con capacidad para 3 usuarios, sala de Observación, con capacidad para 4 pacientes y una sala Ginecoobstétrica con una cama ginecológica. Brindan atención 2 Médicos que realizan guardias de 24 horas,

en un total de 4 guardias, 1 Interno de Medicina en el área de triaje, 1 Obstetra en cada guardia; la mayor parte del tiempo se encuentra saturada de pacientes dicha área.

Una Emergencia se considera a una situación que pone en peligro inminente la vida del paciente o la función de algún órgano diana, los diagnósticos que no cumplan con éste criterio no deberían ser asistidos en el Segundo Nivel de Atención; sin embargo cada día son más los pacientes autoreferidos al hospital y que no ameritan dicho servicio, por lo que es fundamental conocer si se aplica correctamente el Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud, y los motivos por los que los usuarios no cumplen con el órgano regular, acudiendo en primera instancia al Centro de Salud más cercano a su vivienda.

### **Justificación del problema**

La investigación posee relevancia social, metodológica y científica en cuanto enfrenta un problema real, que afecta a sujetos reales en un tema de vital importancia pues se relaciona a la vida de los mismos. Para ello se argumentan los elementos fundamentales, se cuestiona a los propios implicados y se proponen soluciones que a mediano y largo plazo pueden significar cambios de pensamiento y actuación de los pacientes así como una mejora en la eficacia del proceso.

“El Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor a de mayor nivel de atención y complejidad y viceversa”. (Norma Técnica de Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014, pg. 15)

Este estudio es importante en cuanto la organización, articulación de la Red y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel, permitirá racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades del segundo nivel de atención. Todo esto si se aplica correctamente dicho sistema.

Actualmente se continúa evidenciando una excesiva demanda de usuarios en los hospitales de nuestro país, congestionándose las unidades de emergencia debido a que los pacientes espontáneamente acuden buscando una atención rápida, sea cual sea su dolencia, desconociendo muchas veces el nuevo Sistema que ha implantado el Gobierno; lo que conlleva a la dificultad de brindar una atención oportuna, de calidad y calidez, por parte de los profesionales de la salud a los usuarios que en realidad ameritan dicha asistencia.

Por todo lo expuesto, es fundamental conocer si la aplicación del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud en el Hospital Básico Playas es eficaz, cuáles son los principales motivos por los que el área de emergencia aún se congestiona, para de esta forma aportar con posibles soluciones, en beneficio de la comunidad.

### **Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos relacionados con la problemática abordada en la investigación?
2. ¿Cuáles son las principales características, dinámicas internas y funcionamiento del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas?
3. ¿Que caracteriza el estado actual de la demanda de los usuarios en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas?

4. ¿Qué acciones pueden potenciar el conocimiento, por parte de los usuarios al respecto del uso correcto del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar las principales causas de la demanda de usuarios que existe en el Área de Emergencia y la eficacia del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa en el Hospital Básico Playas, potenciando la reestructuración del área de triaje y la capacitación continua del usuario interno y externo.

### **Objetivos Específicos:**

1. Realizar un diagnóstico situacional del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas en el período julio-diciembre del 2014.
2. Determinar el porcentaje de autoreferencias existentes en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas en el período de estudio.
3. Conocer las morbilidades prevalentes en el período estudiado y su pertinencia en la atención de segundo nivel.
4. Diseñar acciones dirigidas a fortalecer el conocimiento, por parte de los usuarios externos al respecto de la pertinencia de acudir al área de emergencia y del usuario interno para la implementación eficaz del triaje.

## CAPÍTULO 1

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 1.1.Marco Teórico

El Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2008) refiere que, “el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país”. (Manual del Modelo de Atención Integral en Salud, 2013, pág. 84)

El Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública. (Manual del Modelo de Atención Integral en Salud, 2013, pág. 85)

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC, MSP 2004) es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el nivel de atención, el grado de complejidad y los recursos disponibles en los servicios de salud; con la debida oportunidad y eficacia en donde los Equipos Integrales de Salud, facilitan el flujo de usuarios y la utilización de los recursos entre las entidades de salud.

Así mismo establece que el II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel II se lo realizará a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. (Manual del Modelo de Atención Integral en Salud, 2013, pág. 86)

Dicho de otro modo, “Se le llama Sistema de Referencia y Contrarreferencia al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de salud.” (Valenzuela-Soto, 2009, pág. 45)

Este sistema se aplica en varios países a nivel mundial; por ejemplo, en el: Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”, que es considerado el soporte para el diagnóstico y tratamiento especializado en el Estado de Sinaloa, a través del proceso de Referencia y Contrarreferencia los usuarios podrán recibir atención médica integral y oportuna, conforme al padecimiento del paciente y la capacidad resolutive que sea más conveniente. (Valenzuela-Soto, 2009).

La OMS define a la Urgencia como la aparición fortuita de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que provoca en la persona la necesidad inminente de atención. Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. Este concepto permite determinar que en una unidad de emergencia no deban ser atendidos pacientes que subjetivamente consideren que su

dolencia es una emergencia cuando en realidad su padecimiento puede ser resuelto en el I nivel, lo que conlleva a la saturación del área.

Los servicios de urgencia son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado y recursos especiales a pacientes en riesgo de perder la vida, una función o algún órgano, con una disponibilidad inmediata y durante las 24 horas del día.

(Loría, Flores, Márquez, & Valladares, 2010)

En un estudio desarrollado en México por Loría, J. et al. (2010) se realizaron 718 entrevistas, que correspondieron a 21.2% de las consultas otorgadas en el periodo analizado; 65.38% de los pacientes acudió en forma espontánea en tanto que 17.09% fue referido. En general 65.17% de las consultas se consideró inadecuado.

La tasa de frecuentación de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de los Estados Unidos. En España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%. (Palanca-Sánchez, Elola-Somoza, & Mejía-Estebarez, 2010, pág. 5)

Es fundamental como referente conocer que: El 80% de los pacientes acuden a la Unidad de Urgencias Hospitalaria por iniciativa propia, sin ser referidos desde otros servicios. Aproximadamente un 80% de los pacientes atendidos en la UUH es dado de alta a domicilio. Entre los motivos del usuario para demandar asistencia en la UUH como primera opción, se identifica la confianza en la unidad y la expectativa de una atención rápida (Palanca-Sánchez, Elola-Somoza, & Mejía-Estebarez, 2010, pág. 5)



La Unidad de Urgencias Hospitalaria se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta. (Palanca-Sánchez, Elola-Somozam, & Mejía-Esteban, Unidad de urgencias hospitalarias: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación, 2010, pág. 10) Deberá poseer un sistema de triaje para la inmediata clasificación del paciente en función de su gravedad, fijándole un tiempo máximo de espera para ser atendido.

“Debido al flujo masivo de pacientes en las Urgencias hospitalarias, en los últimos años se ha valorado la necesidad de crear un sistema de clasificación para poder priorizar las necesidades de los pacientes que llegan a Urgencias. Esta acción se denomina TRIAJE.” (González, 2010, pág. 729)

Existen otras definiciones de Triage como las siguientes:

“El *proceso de triaje* lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o priorización de la asistencia. La clasificación de los pacientes se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para que el proceso no pierda su razón primaria de ser, que es garantizar la seguridad de los pacientes que esperan para ser atendidos por el médico. Los pacientes más urgentes serán asistidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta poder ser atendidos por el equipo médico”. (Cornejo, Arnáiz, & De los Sant, 2008)

Soler, W., Gómez, M., Bragulat, E. y Álvarez, A. (2010) definen: “El triaje es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y

con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente” (pág. 61).

Un ejemplo de Triage es el de Manchester, utilizado desde el 2014 en el Hospital del IEES en Guayaquil (PPelverdadero, 2014). Este prioriza a los pacientes por grados de gravedad:

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
<b>1</b>	<b>RESUCITACIÓN</b>	<b>ROJO</b>	Atención de forma inm
<b>2</b>	<b>EMERGENCIA</b>	<b>NARANJA</b>	10 - 15 MINUTOS
<b>3</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>AMARILLO</b>	60 MINUTOS
<b>4</b>	<b>URGENCIA MENOR</b>	<b>VERDE</b>	2 HORAS
<b>5</b>	<b>SIN URGENCIA</b>	<b>AZUL</b>	4 HORAS

**Figura 1:** Triage de Manchester

Tomado de: (GETManchester, 2015)

El Sistema de Triage Manchester (MTS, de sus siglas en inglés Manchester Triage System), es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90 por profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo. El sistema, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los Servicios de Urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad que puede significar

- Prioridad 1, atención **Inmediata** (identificados con el color Rojo),

- Prioridad 2, atención **Muy Urgente** antes de 10 min , (color Naranja),
- Prioridad 3, atención **Urgente** antes de 60 min (color Amarillo),
- Prioridad 4, atención **Menos Urgente** antes de 120 min (color Verde),
- Prioridad 5, atención **No Urgente** antes de 240 min (color Azul).

Consiste en una forma o metodología de priorización de pacientes “sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución (cada triaje dura entre 1 y 1,5 min)”. Es adecuado para pacientes en cualquier edad, define los flujos de pacientes y reorganiza el sistema de Urgencias. Comienza en la Ciudad de Manchester, Luego se extiende a todo Reino Unido y consecutivamente en muchos países Europeos y de América del Sur. (GETManchester, 2015)

Existen otros modelos de triaje que son citados en el Manual de sistema de triajes para cuartos de urgencias (Organización Panamericana de la Salud, 2010):

- La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente) (5,6).
- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996) (7,8).
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999) (9-12).
- El Modelo Andorrano de triaje (Model Andorra de triatge: MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d’ Urgencia

(SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d' Urgencies i Emergencies (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente (13). En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje (14,15). (pág. 7)

La saturación de la UUH no es un inconveniente actual siendo diversas las causas que la origina, es un problema global; independientemente del nivel socioeconómico, cultural o escolaridad, cada día son más los usuarios que acuden a los hospitales por atención, muchas veces por motivos pocos complejos, dándose un mal uso de los recursos tanto humanos y económicos en el II nivel, mientras que en el I nivel se están subutilizando; y lo que es peor, al congestionarse el área de emergencias con patologías triviales, impiden una atención oportuna y de calidad a los que en realidad la necesitan.

En su estudio Sesma, J. y Miró, O. (2009) determinaron que: el usuario demanda de este servicio una respuesta rápida y satisfactoria y el gestor intenta proporcionarla de la manera más organizada y eficiente posible. En este escenario, los profesionales de la medicina de urgencias y emergencias, que son los encargados de interpretar este complejo equilibrio, se encuentran inmersos en un marco de acción complejo. Sin posibilidades de control sobre el acceso del primero, y con los medios proporcionalmente insuficientes para hacerle frente que le facilita el segundo, el resultado neto de este equilibrio es a menudo el retraso en la dispensación del servicio, cuando no la saturación del sistema. De nada han servido las propuestas para aliviar la presión asistencial o para optimizar la funcionalidad estructural u organizativa del servicio: la saturación se ha convertido en una lamentable señal de identidad, la cual lleva aparejada un detrimento de la calidad asistencial en el servicio prestado. (p.5)

En su análisis, Martín, G. Murillo, C. (2003) manifiestan que, el factor determinante de la visita a los Servicios de Urgencia Hospitalaria es la percepción subjetiva de gravedad y ansiedad del paciente. Y este elemento de subjetividad contribuye quizás a explicar el aumento desproporcionado de la frecuencia con la que los Servicios de Urgencia Hospitalaria se utilizan de forma inadecuada. (p.109)

En un editorial Miró y Sesma (2009) refiere que “el equilibrio entre demanda y oferta de asistencia sanitaria urgente es difícil en todos los países y sistemas y, desde hace años, la balanza se inclina del lado de la primera” Es por ello que se puede considerar que el “El triage es una toma de decisión grave, basada en una información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológicos y con medios limitados” (Álvarez & Macías, 2001, pág. 125)

Loría, J., Flores, L., Márquez, G. y Valladares, M. (2010) en su estudio mencionan que en los últimos años se han establecido estrategias tendentes a mejorar la atención que se ofrece en los servicios de urgencia, que han resultado en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad, así como en un aumento progresivo y constante de la demanda, condición que explica que de forma cíclica aparezcan fenómenos de saturación. Algunas condiciones que han resaltado como causa de este incremento en la demanda y que se manifiesta específicamente en la consulta son el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas y, en gran medida, la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. (parr. 2 y 3)

Moreno, E. (2008), refiere que no obedece simplemente a los cambios demográficos (aumento de la población por envejecimiento y movimientos migratorios) ni epidemiológicos, sino que parecen existir otros factores que intentan explicar y se asocian a esta conducta, como la necesidad percibida de atención inmediata, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta de aseguramiento público y el nivel socioeconómico y cultural como ya se mencionaba anteriormente.

En su estudio Loría, J. et al. (2010) manifiestan que el uso creciente de los servicios de urgencias por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales:

1. El uso del servicio de urgencias por condiciones que pueden resolverse desde los primeros niveles de atención frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los servicios de urgencias.

2. El exceso de gastos para el sistema de salud asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los servicios de urgencias, con la consecuente utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y consumo de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera.

Aunque el costo inicial de la atención en el servicio de urgencias de un problema no urgente podría considerarse mínimo, el resultado final supera el gasto que se derivaría de una atención en el primer nivel de atención.

En el editorial “Saturación en los Servicios de Urgencias Hospitalarias”, (2012) se analizan tres aspectos fundamentales que actúan como elementos interdependientes de todo el proceso de atención en urgencias: Los «input» o entradas al sistema. La accesibilidad a exploraciones complementarias y a especialistas, el mayor nivel de resolución, la conveniencia personal, la inmediatez, la adecuada dotación y/o funcionamiento de los servicios de coordinación y de atención extrahospitalaria, etc., pueden ser parte de los motivos. Por otra parte, la ausencia de soluciones asistenciales racionales adaptadas a la población anciana genera su cuota de demanda. En segundo elemento sería la gestión interna y el rendimiento del propio servicio de Urgencias. En función de cómo sea este rendimiento repercutirá directamente en la prolongación de los tiempos de estancia hasta dar por resuelto o finalizado el proceso, tendría como eje prioritario establecer una correcta clasificación en el área de triaje. El tercer elemento implicado es el drenaje o salida de los pacientes una vez finalizada la atención. Entre el 80 y 85% de los pacientes son remitidos a su domicilio, el 15-20 % restante acumulan los mayores tiempos de estancia en urgencias y condicionan un importante freno a la hora de establecer dinámicas ágiles en los propios servicios.

En su estudio Ovens, H. (2010) menciona que la saturación de los servicios de urgencias es debida fundamentalmente a pacientes enfermos que necesitan cuidados y a menudo camas de ingreso, y no al uso de los servicios de urgencias de forma inapropiada por problemas de bajo nivel de gravedad (los cuales requieren pocos recursos). Así pues, reducir la demanda de los servicios de urgencias de estos últimos sólo sería una parte pequeña de la solución.

En el artículo de Pérez-Ciordia y Guillén Grima, (2009) manifiestan que las numerosas propuestas e intervenciones dirigidas a reducir el aumento de frecuentación a las urgencias

como facilitar la accesibilidad a la atención primaria, mejoras educativas, reformas organizativas, etc. han tenido una efectividad muy limitada. Cabe pensar que una de las razones sea que se desconoce la opinión de los usuarios, los pacientes que demandan la urgencia, eslabón imprescindible y básico en la cadena de atención. (párr. 5)

Un factor hace referencia al mantenimiento de una atención primaria poco adecuada a las necesidades de salud actuales. La oferta de servicios de salud debería ser el resultado de un análisis donde confluyan la opinión de los técnicos, las características epidemiológicas y demográficas y las necesidades expresadas por la población, debiendo incorporar estas en el proceso de elaboración de políticas de salud. (párr. 41)

Pérez-Ciordia et al. (2009) concluyen que los principales factores que inciden en la demanda para la atención hospitalaria son varios:

- El autodiagnóstico es el determinante de la necesidad de solicitar atención urgente y del tipo de atención. El conocimiento de la oferta de servicios, junto con el factor tiempo y las características de las actividades cotidianas del individuo o su situación vital, son los determinantes del tipo de atención solicitada. Cuanta más importancia tiene para el individuo el factor tiempo, más probabilidad existe que acuda a un SUH.
- Los factores de índole social, familiar y laboral tienen una importancia esencial a la hora de movilizar a los pacientes a acudir por propia iniciativa a los servicios de urgencias.



Según Otero (2006) La no adecuación entre el tamaño de la oferta y el de la demanda en salud es causante de mala calidad de atención e incremento del gasto, por forzar la atención de los pacientes en servicios inadecuados a las necesidades de las patologías que presentan. (Otero, 2006, pág. 1)

En su estudio, Bonilla, J. et al (2013) refiere que el incremento en la utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalaria se produce, al menos en un 20-30% por la atención de casos inadecuados según diferentes estudios. El escenario anteriormente mencionado, conlleva una saturación, disminución de la calidad asistencial y un probable aumento de la gravedad de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencia Hospitalaria.

## **1.2.Marco Conceptual**

La Norma del Subsistema de Referencia, Derivación Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, (2014) indica las siguientes definiciones y enunciados fundamentales, que serán detalladas en adelante:

Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia:

El subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia de usuarias o usuarios forma parte del Sistema Nacional de Salud y es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor a de mayor nivel de atención y complejidad y viceversa. (pág. 15)

### Niveles Operativos de Atención

- Nivel de Atención Pre- hospitalaria
- Primer Nivel
- Segundo Nivel
- Tercer Nivel
- Cuarto Nivel

De acuerdo a la pertinencia del estudio, definimos los siguientes conceptos:

#### Primer Nivel de Atención

Es el Nivel de Atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de las usuarias o usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención. (pág. 16)

#### Segundo Nivel de Atención

Este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización (Hospital básico y general con sus diferentes grados de complejidad). Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, sino en el tipo de servicio brindado: Centro clínico quirúrgico ambulatorio (modalidad Hospital del Día y cirugía mayor ambulatoria). (pág.16)

Proceso de referencia, derivación y referencia inversa:

#### Referencia

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor o al mismo nivel de atención o de complejidad; cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053. (pág. 17)

#### Derivación

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Para realizar las derivaciones a la red complementaria primeramente se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053. (pág. 18)

#### Contrareferencia

Es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención

correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

(pág. 18)

#### Referencia inversa

Este proceso se realiza cuando un usuario o usuaria se autorefiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, mismo que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negara la asistencia sanitaria por no tener una referencia. (pág. 24)

Luego que el profesional atendió su problema de salud, debe llenar el formulario N°053 donde señale que no ha sido referido/a desde el primer nivel de atención y enfatizando este hecho con mayúsculas en la parte superior del formulario. Este formulario debe ser enviado con el usuario o usuaria al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente. El usuario o usuaria se autorefiere a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención debido a que no recibió atención o no dispone de establecimientos de salud del primer nivel cerca de su domicilio, o ya sea por desconocimiento del nivel que puede resolver su caso. El registro y análisis de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud. (pág. 24)

### **1.3.Marco Legal**

El marco legal de la presente investigación se construye a partir de las legislaciones que recoge el Ministerio de Salud Pública. Estas se encuentran en la web de dicho ministerio y se citan a continuación en sus artículos principales:

Constitución de la República Del Ecuador (Presidencia de la República, 2008)

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.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Ley orgánica de la salud (Congreso Nacional, 2006)

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. (pág. 1)

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones

formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación. (pág. 16)

A lo anterior se suman los aspectos referidos en el Plan Nacional del Buen vivir al respecto de la calidad de vida de los ecuatorianos, las formas de lograrla y mantenerla. Sobre ello existen múltiples referencias (Senplades, 2007), (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013), (Avila, 2012), (Mideros, 2012):

El Plan Nacional del Buen Vivir en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

En el Objetivo 3, en la Política y lineamientos estratégicos 3.3

El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial N°00001034 de 1 de noviembre del 2011, publicado en el Registro Oficial N° 279 de 30 de marzo del 2012, dispone como misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como procesos de organización y gestión.

El Acuerdo Ministerial N° 00004431, del 21 de enero del 2013, considerando que es prioritario para el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, garantizar la calidad e integralidad de la atención en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia para lo cual es necesario contar con una norma que contenga disposiciones que puedan ser aplicadas en dichos establecimientos, en su Art. 2

dispone que la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, sea aplicable a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.

## CAPÍTULO 2

### DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL BÁSICO PLAYAS

El Hospital Básico Playas se encuentra ubicado en la Av. 15 de Agosto vía al Morro del cantón General Villamil Playas, en la provincia del Guayas. Es uno de los Hospitales Básicos, de Segundo Nivel de Atención, dentro de la jurisdicción de la Coordinación de Salud 5, formando parte en conjunto con otras dos Unidades de Primer Nivel de Atención el Distrito 09D22 Playas-Salud.

Es una unidad pública de salud de referencia local, donde se atiende la demanda propia que según datos del Ministerio de Salud Pública para el 2014 fue de 46300 habitantes, así también presta sus servicios a la población itinerante de más de 10000 habitantes en temporada turística alta, por ser uno de los balnearios más visitados durante los feriados. De la misma forma, brinda asistencia médica a habitantes de poblaciones cercanas, que si bien es cierto pertenecen a otro distrito, según la nueva distribución territorial, pero el principio de Universalidad no permite negar la atención a ningún usuario.

Esta casa de salud que tiene 4 décadas operativa, inicialmente contaba con un área de Emergencia, Área Quirúrgica y Consulta Externa, en donde además de las cuatro especialidades básicas, Pediatría, Ginecología, Cirugía, Medicina Interna, se brindaban consultas de Medicina General, Obstetricia y Odontología, todas estas áreas distribuidas dentro de un mismo espacio físico constituían el Hospital Básico Playas; recién desde octubre del 2014, con una nueva administración, se implementó lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), haciendo la división física, administrativa y operativa de los niveles de atención.



Con lo anterior expuesto, el área considerada como Consulta Externa del Hospital, solo incluiría las cuatro especialidades básicas, tal como indica el MAIS sobre la capacidad instalada para un Hospital de Segundo Nivel de Atención, y los Médicos Generales, Obstetrices y Odontólogos pasaron a formar parte de la Unidad Anidad Playas, que corresponde al Primer Nivel de Atención. Cabe resaltar que dentro de una misma infraestructura se encuentran las dos unidades citadas, lo que probablemente sería un determinante para que los usuarios decidan acudir directamente al hospital. Se trata de un Hospital Básico con 17 camas, distribuidas en cuatro salas respectivamente. La sala de Medicina Interna cuenta con tres camas, la sala de Cirugía con tres camas, la sala de Pediatría cuenta con cinco camas y la sala de Gineco-obstetricia con seis camas.

**Tabla 1**  
Cartera de Servicios y Prestaciones

CARTERA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES					
<b>HOSPITAL:</b>		<b>HOSPITAL BASICO PLAYAS</b>			
<b>TIPOLOGÍA:</b>		BASICO			
<b>PROVINCIA</b>		GUAYAS			
<b>COORDINACIÓN ZONAL N°</b>		5			
SERVICIO		N°		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTORIOS	1		PEDIATRIA	
		2		GINECOLOGIA	
		1		CIRUGIA GENERAL	
SERVICIO	TIPO ATENCIONES	DE	PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN	NUMERO DE BOXES PARA PROCEDIMIENTOS	
EMERGENCIA	AMBIENTES	EMERGENCIAS GENERAL	EN	CIRUGIA MENOR	1 CON 3 CAMILLAS
				CURACIONES	
		EMERGENCIAS OBSTETRICAS		OBSERVACION	1 CON 4 CAMILLAS
			OBSERVACION	1 CON 1 CAMILLA GINECOLOGICA	
SERVICIO	ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA	# DE QUIRÓFANOS	CARTERA QUIRÚRGICA ATENCIONES	HORARIOS DE ATENCION	
CENTRO QUIRURGICO	Cirugía General	1	Apendicetomía, Hernioplastia, etc.	NO HABILITADO	
SERVICIO	TIPO ATENCION	DE	# DE SALAS PARA ATENCIÓN	CARTERA QUIRÚRGICA ATENCIONES	HORARIOS DE ATENCION

CENTRO OBSTETRICO	parto	1	parto normal en libre posición	24H
	Neonatología	1	atención al neonato	24H
<b>SERVICIO</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b># DE CAMAS</b>	<b>HORARIOS DE VISITA</b>	
HOSPITALIZACION	Cirugía General	2	12H00-13H00	
	Ginecología	6	12H00-13H00	
	Pediatría	4	12H00-13H00	
	Medicina interna	3	12H00-13H00	
<b>SERVICIO</b>	<b>GRUPO DE PRUEBA</b>	<b>TIPO DE EXÁMENES</b>		
LABORATORIO	Inmunología	NO		
	Inmunología	HEMATOZOARIO (IDENTIFICACION DE PLASMODIUM)		
	Química Clínica	GLUCOSA, UREA, CREATININA, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, TGO, TGP, ACIDO URICO, PROTEINAS TOTALES, ALBUMINAS, BILIRRUBINAS, CALCIO		
	Biología Molecular	PCR, ASTO, FIEBRE REUMATICA, REACCION DE WIDAL		
	Hematología	BH, PLAQUETAS, GRUPO SANGUINEO		
	Hemostasia	TP, TPT, TIEMPO DE SANGRIA, TIEMPO DE COAGULACION, INR		
	Coproanálisis	COPROPARASITARIO, SANGRE OCULTA		
	Uroanálisis	EQS		
	Serología	VIH, VDRL, HCG, HELICOBACTER, SIFILIS TEST TREPONEMICO		
		NO		
	BACHOSCOPIA			
	OTROS			
<b>SERVICIO</b>	<b>EQUIPOS</b>	<b>TIPO DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>	<b>HORARIOS DE ATENCION</b>	
IMAGENOLOGÍA	RAYOS X	RAYOS X	RADIOGRAFIAS SIMPLES	24H
<b>SERVICIO</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORARIOS DE ATENCION</b>		
APOYO TERAPEUTICO	FARMACIA	FARMACIA HOSPITALARIA	24H	
<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>TIPO ATENCION QUE REALIZA</b>	<b>PROCEDIMIENTOS QUE EJECUTA</b>	<b>HORARIOS DE ATENCION</b>	
	TERAPIA RESPIRATORIA	TERAPIA RESPIRATORIA	LUN-VIERN 8H00-16H30	

Fuente: Hospital Básico Playas

### 2.1. Área de Emergencia

El Hospital Básico Playas es un componente importante del Sistema Nacional de Salud, cuenta con un Área de Emergencia que brinda atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Posee un equipo multidisciplinario organizado para brindar atención médica,

obstétrica y de enfermería a un sinnúmero de pacientes que acuden en busca de la resolución del problema que los aqueja.

El personal médico, de obstetricia y enfermería se encuentra distribuido en 4 guardias de 24 horas de duración cada una, tres auxiliares que cumplen horarios rotativos en cada guardia, y un interno de medicina en cada una de ellas. Además labora también un terapeuta respiratorio de lunes a viernes, 8 horas diarias. Todos estos colaboradores se encuentran liderados por el Jefe de Emergencia, rol cumplido por el Cirujano del Hospital, de lunes a viernes de 8h00 a 16h30, en su ausencia uno de los médicos asume la jefatura de guardia.

Cuenta con un espacio adaptado para Triage que se encuentra al ingreso de la emergencia y que consiste únicamente en un escritorio con dos sillas, el área de Cirugía Menor con capacidad para 3 usuarios y dotada de los equipos principales para realizar procedimientos menores, sala de Observación, con capacidad para 4 pacientes y una sala Ginecoobstétrica con una cama ginecológica. Está equipado con un monitor de signos vitales, un electrocardiógrafo, un desfibrilador, un monitor fetal y demás equipos médicos y medicamentos necesarios para un correcto funcionamiento del área.

Todo paciente que se encuentra en observación y que lleva una estancia mayor a cuatro horas en el Área, es inmediatamente ingresado para pasar al área de Hospitalización mientras se confirma los diagnósticos o en caso de necesitar ser transferido a un hospital de mayor complejidad, siempre y cuando su condición clínica sea estable, de lo contrario se mantienen en la Emergencia.

Existe además un médico responsable de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), quien es el encargado de tramitar los cupos para los pacientes que deben ser referidos a nosocomios de mayor complejidad, de lunes a viernes de 8h00 a 17h00, luego de ese horario y en fines de semana, son los jefes de cada guardia los responsables de dicho trámite.

Debido a que el Área quirúrgica se encuentra inoperativa desde octubre del 2014, todo cuadro de cirugía general de emergencia detectado es referido a hospitales dentro de la RPIS, así mismo las cesáreas; únicamente se atienden partos en la sala destinada para esta labor.

Se cuenta con una ambulancia básica, para traslados de pacientes en condiciones estables. Así mismo, existen dos ambulancias de Atención Prehospitalaria, que realizan atenciones médicas en los lugares de la emergencia reportada o caso contrario trasladan a los pacientes al Área de Emergencia del Hospital Básico Playas. Éstas últimas son utilizadas también para transporte secundario, es decir el traslado de pacientes a otros hospitales de mayor complejidad cuando la condición clínica de los mismos es inestable, dado que son ambulancias equipadas con dispositivos y equipos médicos especializados, que cuentan con un médico en cada una de ellas para cada guardia.

Las instalaciones de esta área se encuentran resguardadas por guardias de seguridad, además cuenta con un circuito de cámaras en tiempo real, para evitar cualquier tipo de desmán y tener un respaldo registrado por las cámaras en caso de ser necesario.

### **CAPÍTULO 3**

#### **PERTINENCIA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad y complementariedad entre niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural – 2008)

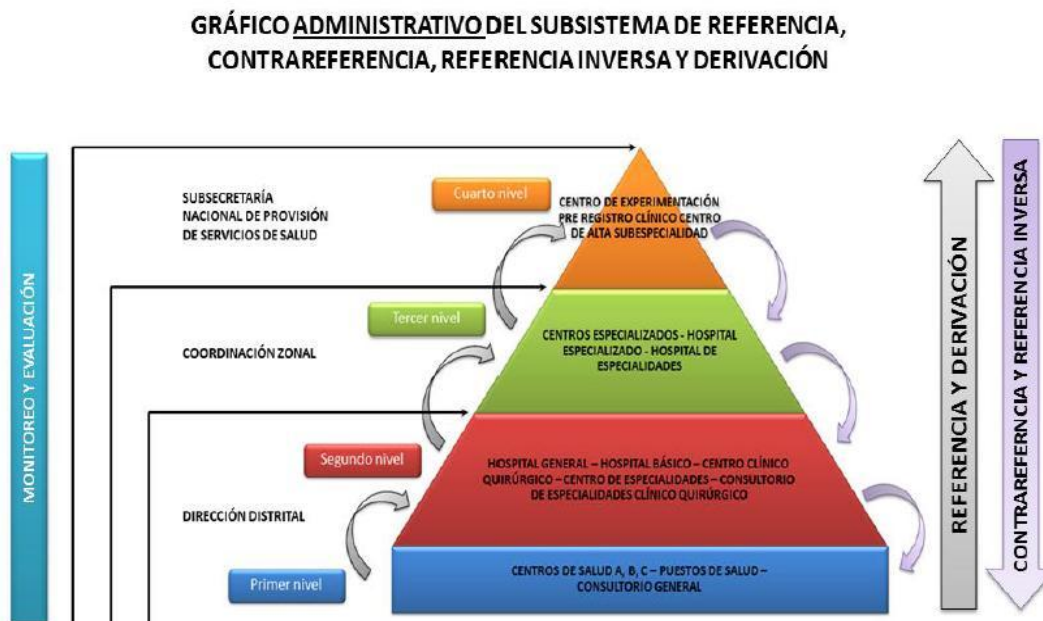
El MAIS-FCI, se orienta al cumplimiento de las políticas nacionales del Plan del Buen Vivir y es el mecanismo para el reconocimiento del mandato Constitucional sobre el derecho que tiene todo ciudadano del acceso a la atención oportuna, pertinente e integral de la salud. (Norma Técnica de Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014)

El contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia por niveles de atención y complejidad, constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y si se requiere la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad.

Para dar cumplimiento a este precepto se necesita que el personal esté debidamente capacitado para ofrecer los servicios acorde al nivel de atención que requiere el usuario según su patología, la cartera de servicios que brinda determinada casa de salud y al perfil

epidemiológico prevalente en un territorio delimitado. La implementación paralela de este Subsistema en el Primer Nivel de Atención, puerta de ingreso al Sistema Nacional de Salud, y la efectividad de su aplicación no sólo mejora la producción de este primer nivel, además permite no sobrecargar la capacidad hospitalaria, así como el uso racional y óptimo de los recursos.

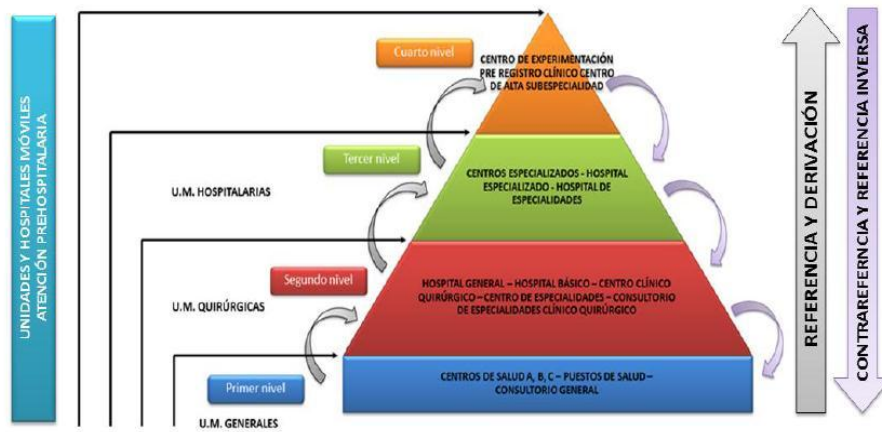
El criterio conceptual básico para un subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, es constar por lo menos en dos niveles de atención: el nivel que hace la referencia y el nivel que recibe la referencia, cuando la capacidad resolutive lo justifica.



**Figura 2:** Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación. Administrativo

**OPERATIVO DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA, DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA**

**GRÁFICO OPERATIVO DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y DERIVACIÓN 1**



**Figura 3:** Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación. Operativo

## CAPITULO 4

### METODOLOGÍA

#### 4.1. Tipo de estudio.

El estudio que vamos a realizar es de tipo no experimental, descriptivo, transversal, con un enfoque mixto.

#### 4.2. Población y Muestra.

La muestra elegida para nuestro estudio será obtenida entre la población asignada para el año 2014 del Distrito 09D22 PLAYAS-SALUD, que es la que le corresponde al Hospital Básico Playas según datos del propio hospital. El universo corresponde a 46300 personas, se utiliza como procedimiento de muestreo el NETQUEST (Ochoa, 2015), con un 5% de margen de error:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

**n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo (p.e. 136 millones de brasileños entre 15 y 65 años)



**Z** = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss. Los valores más frecuentes son:

Nivel de confianza 90% ->  $Z=1,645$

Nivel de confianza 95% ->  $Z=1,96$

Nivel de confianza 99% ->  $Z=2,575$

**e** = Es el margen de error máximo que admito (p.e. 5%)

**p** = Es la proporción que esperamos encontrar.

El cálculo según la muestra anterior aporta una muestra probabilística de 381 personas, seleccionadas de los usuarios del área de emergencia.

#### 4.3. Instrumentos

**Encuesta:** En la presente investigación se utiliza la encuesta para determinar las principales causas por las que los usuarios se autorefieren al segundo nivel de atención; el cuestionario para evaluar la pertinencia de las referencias y contrareferencias realizadas.

**Revisión de documentos:** Además se utiliza la revisión de documentos, en este caso las estadísticas del hospital al respecto de la autoreferencia.

**Entrevista a especialista:** En un tercer momento y para complementar los instrumentos anteriores se utiliza la entrevista, realizada al Director del Hospital al respecto a criterios en base de su experiencia sobre este tema.

#### 4.4. Variables.

Las variables a este estudio son las siguientes:

Variable dependiente: Demanda de usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas

Variable independiente: Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud

Durante el año 2014 fueron atendidos en total 51525 usuarios en el área de emergencia. Para fines de esta investigación que está delimitada a analizar datos comprendidos entre los meses de julio a diciembre de ese mismo año, fueron revisados datos estadísticos de la Dirección Distrital 09D22-Playas, se realizó encuestas y se empleó la observación para conocer las principales causas por las que los habitantes se autoreferían al hospital, y se revisaron las referencias hechas en el período de estudio para determinar su pertinencia.

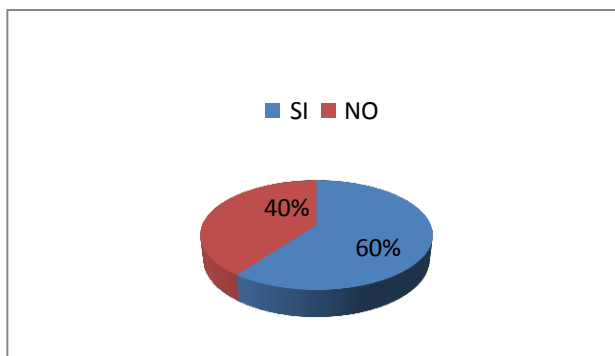
#### 4.5. Resultados de encuesta realizada a usuarios del Hospital Básico Playas en el mes de diciembre del 2014.

Se realizó un total de 381 encuestas a usuarios de entre 18 y 50 años que se encontraban en el Hospital Básico Playas durante la segunda semana del mes de diciembre del 2014. A continuación los resultados obtenidos y su respectivo análisis.

**Tabla 2** ¿Conoce usted sobre la Red Pública Integral de Salud?

RESP.	N°	%
<b>SI</b>	229	60
<b>NO</b>	152	40
<b>TOTAL</b>	381	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura 4** ¿Conoce usted sobre la Red Pública Integral de Salud?

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

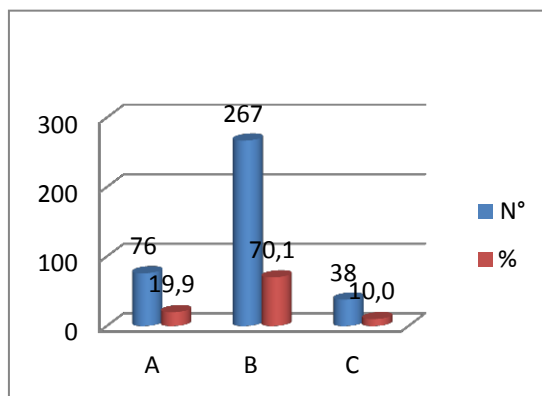
Al consultar a los usuarios, el 60% es decir 229 personas indicaron que conoce sobre la Red Pública Integral de Salud, lo que representa que la mayoría tiene conocimiento de que la atención médica será brindada para todas las personas en cualquier establecimiento de salud, misma que no podrá ser negada, y que gracias a la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, se fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud. El 40% de encuestados refirió desconocer sobre el mismo.

**Tabla 3**

¿En caso de que usted o algún familiar esté enfermo, y necesita asistencia médica, usted?

RESP.	N°	%
<b>A</b>	76	19,9
<b>B</b>	267	70,1
<b>C</b>	38	10,0
<b>TOTAL</b>	381	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura 5** ¿En caso de que usted o algún familiar esté enfermo, y necesita asistencia médica, usted:?

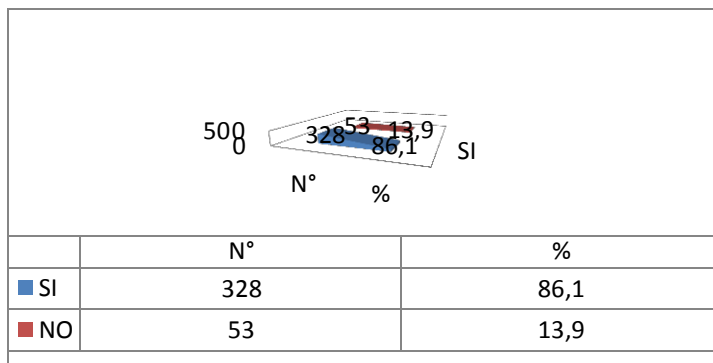
Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

El 70,1% que corresponde a 267 de los encuestados manifestó que en caso de necesitar atención médica para ellos o algún familiar se dirigen inmediatamente al Área de Emergencia del Hospital, sólo el 19,9% es decir 76 personas dicen acudir al centro de salud más cercano que es lo correcto, pues son estos Centros de Atención Primaria la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Esto nos demuestra que no es por desconocimiento que acuden directamente al Segundo Nivel.

**Tabla 4** ¿Sabía usted que para ingresar al Sistema Nacional de Salud, y acceder a la atención médica debe necesariamente hacerse atender en el centro de salud más cercano?

RESP.	N°	%
<b>SI</b>	328	86,1
<b>NO</b>	53	13,9
<b>TOTAL</b>	381	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura 6** ¿Sabía usted que para ingresar al Sistema Nacional de Salud, y acceder a la atención médica debe necesariamente hacerse atender en el centro de salud más cercano?

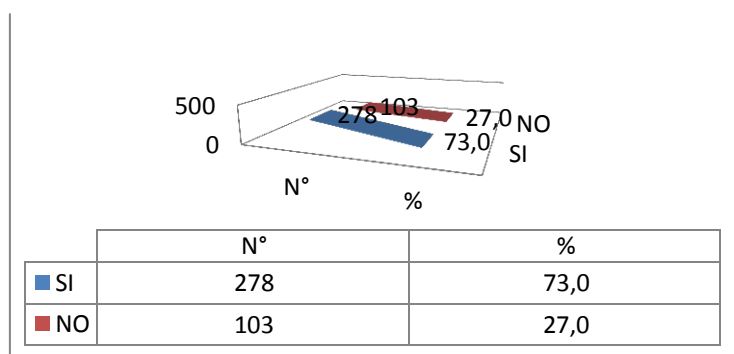
Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

Del total de encuestados, el 86,1% que corresponde a 328 personas, afirma que conoce que para ingresar al Sistema Nacional de Salud debe obligatoriamente hacerse atender en un Centro de Salud cercano a su domicilio. Por el contrario el 13,9% que representa a 53 personas, desconoce dicho precepto. Sin embargo a pesar de conocer no aplican lo que indica la norma.

**Tabla 5** ¿En alguna ocasión ha necesitado de una transferencia?

RESP.	N°	%
<b>SI</b>	278	73,0
<b>NO</b>	103	27,0
<b>TOTAL</b>	381	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura 7** ¿En alguna ocasión ha necesitado de una transferencia?

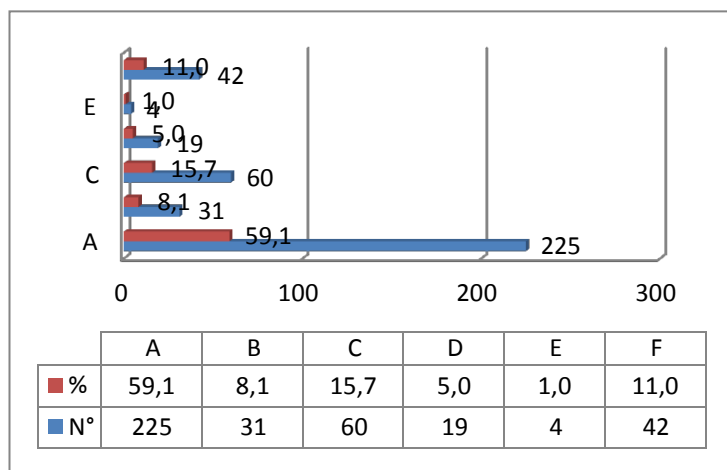
Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

El 73% de los encuestados que corresponde a 278 personas manifestó que en alguna ocasión ha necesitado de una transferencia, sin embargo este valor es subjetivo y se validará con la revisión de las transferencias desde el primero al segundo nivel de atención. Por el contrario el 27% de los encuestados que representa a 103 personas negó haber necesitado dicho trámite.

**Tabla 6** ¿Cuál ha sido la causa más frecuente por la que acude a la Emergencia del Hospital Playas?

RESP.	N°	%
A	225	59,1
B	31	8,1
C	60	15,7
D	19	5,0
E	4	1,0
F	42	11,0
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura 8** ¿Cuál ha sido la causa más frecuente por la que acude a la Emergencia del Hospital Playas?

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

De las 381 personas encuestadas, el 59,1% que corresponde a 225 usuarios refirió que la causa por la que con frecuencia asistía al hospital era fiebre, seguido de diarrea con un 15,7% es decir 60 personas, y dolor abdominal intenso con el 11% que representa 42 personas. Siendo las tres principales causas las antes mencionadas. Podemos evidenciar que la mayoría de usuarios acude al área de emergencia por presentar fiebre o diarrea, signos que deben ser valorados obligatoriamente en un centro de primer nivel de atención, pues es el médico de atención primaria quien diagnostica y determina si se atiende ambulatoriamente o refiere al segundo nivel.

#### **4.6. Resultados del análisis de documentos**

Se analizan estadísticas del hospital. Se obtienen los siguientes resultados:

##### **Morbilidades del área de emergencia del HBP. Autoreferencias.**

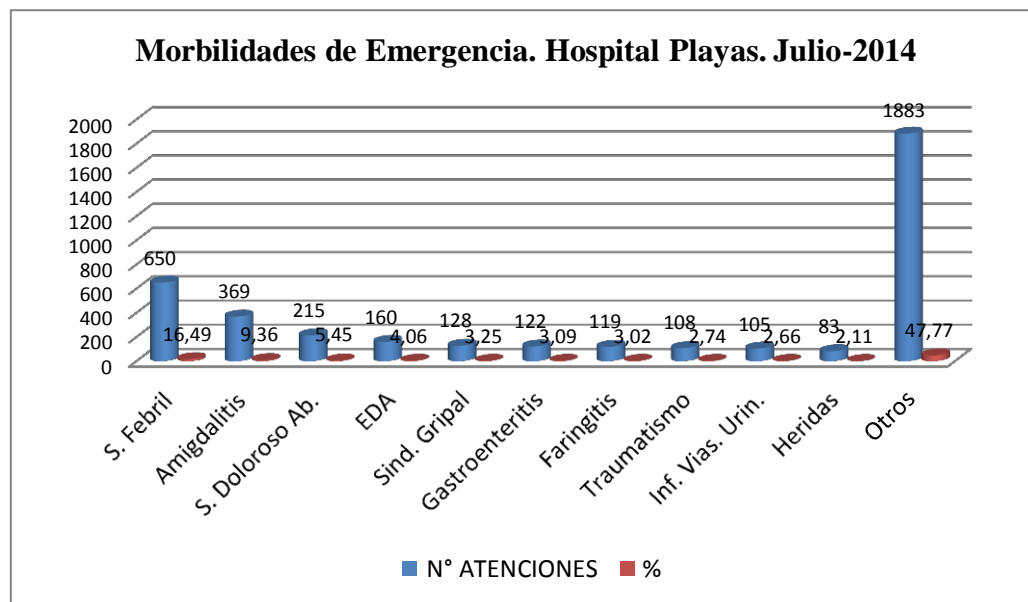
En el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas, que en promedio son atendidos por guardia 120 pacientes, se reportan dentro de los registros un sinnúmero de diagnósticos, sin embargo en el área de estadística se reportan las 10 principales causas de morbilidad, y “las demás”, se aglomeran en el término “otros” no permite identificar patologías que por su poca frecuencia de presentación no resalta.

A continuación se detalla los datos proporcionados por el Área de Estadística del Distrito 09D22 Playas, tabulados con sus respectivos análisis, de las principales morbilidades encontradas durante el periodo julio-diciembre del 2014.

**Tabla 7** Morbilidades en el mes de Julio.

PATOLOGIA	N° ATENCIONES	%
<b>Síndrome Febril</b>	650	16,49
<b>Amigdalitis</b>	369	9,36
<b>Síndrome Doloroso Abdominal</b>	215	5,45
<b>EDA</b>	160	4,06
<b>Sind. Gripal</b>	128	3,25
<b>Gastroenteritis</b>	122	3,09
<b>Faringitis</b>	119	3,02
<b>Traumatismo</b>	108	2,74
<b>Inf. Vias. Urin.</b>	105	2,66
<b>Heridas</b>	83	2,11
<b>Otros</b>	1883	47,77
<b>Total</b>	3942	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

**Figura 9** Morbilidades del mes de julio

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

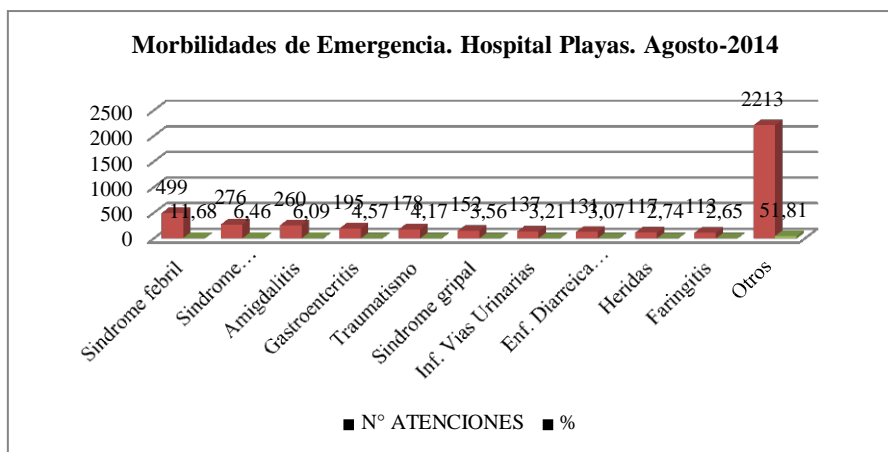


Durante el mes de julio se atendieron 3942 pacientes, el 16,49% de los usuarios que asistieron al Área de Emergencia fue diagnosticado como Síndrome Febril, el 9,36% tuvo Amigdalitis Aguda, el 5,45% presentó Síndrome Doloroso Abdominal, el 4,06% presentó Enfermedad Diarreica Aguda, el 3,25% se diagnosticó como Síndrome Gripal, el 3,09% tuvo Gastroenteritis, el 3,02% fue diagnosticado con Faringitis, el 2,74% presentó Traumatismo, el 2,66% tuvo Infección de Vías Urinarias, un 2,11% se diagnosticó como Heridas, y finalmente el 47,77% fue englobado con la denominación de “otros”. Es evidente que dentro de las 10 principales causas de morbilidad, únicamente los traumatismos y las heridas ameritaban atención de emergencia hospitalaria, y eso presumiendo que eran de gravedad, los demás diagnósticos debieron ser atendidos en un centro de salud y sólo en caso de ameritar ser referidos a la emergencia hospitalaria.

**Tabla 8** Morbilidades en el mes de Agosto

<b>PATOLOGIA</b>	<b>N° ATENCIONES</b>	<b>%</b>
<b>Síndrome febril</b>	499	11,68
<b>Síndrome Doloroso Abdominal</b>	276	6,46
<b>Amigdalitis</b>	260	6,09
<b>Gastroenteritis</b>	195	4,57
<b>Traumatismo</b>	178	4,17
<b>Síndrome gripal</b>	152	3,56
<b>Inf. Vías Urinarias</b>	137	3,21
<b>Enf. Diarreica aguda</b>	131	3,07
<b>Heridas</b>	117	2,74
<b>Faringitis</b>	113	2,65
<b>Otros</b>	2213	51,81
<b>Total</b>	4271	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura10** Morbidades del mes de agosto

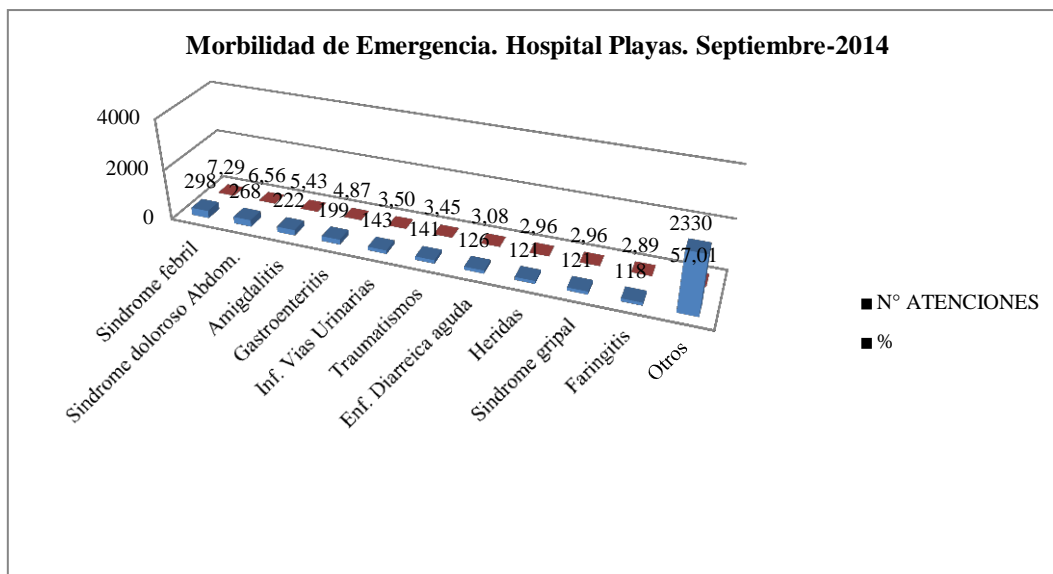
Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

Durante el mes de agosto del 2014 fueron atendidos 4271 usuarios, de los cuales el 11,68% presentó Síndrome Febril, el 6,46% fue diagnosticado con Síndrome Doloroso Abdominal, e, 6,09% tuvo Amigdalitis Aguda, el 4,57% se diagnosticó con Gastroenteritis, el 4,17% presentó Traumatismo, un 3,56% se diagnosticó con Síndrome Gripal, el 3,21% tuvo Infección de Vías Urinarias, el 3,07% presentó Enfermedad Diarreica Aguda, un 2,74% presentó heridas y un 2,65% fue diagnosticado con Faringitis. Nuevamente se encuentra que las únicas dos patologías que ameritaban atención en la emergencia hospitalaria fueron los traumatismos y las heridas.

**Tabla 9** Morbidades en el mes de Septiembre

PATOLOGIA	N° ATENCIONES	%
Síndrome febril	298	7,29
Síndrome doloroso Abdominal	268	6,56
Amigdalitis	222	5,43
Gastroenteritis	199	4,87
Inf. Vías Urinarias	143	3,50
Traumatismos	141	3,45
Enf. Diarreica aguda	126	3,08
Heridas	121	2,96
Síndrome gripal	121	2,96
Faringitis	118	2,89
Otros	2330	57,01
<b>Total</b>	<b>4087</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura11** Morbidades del mes de septiembre

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

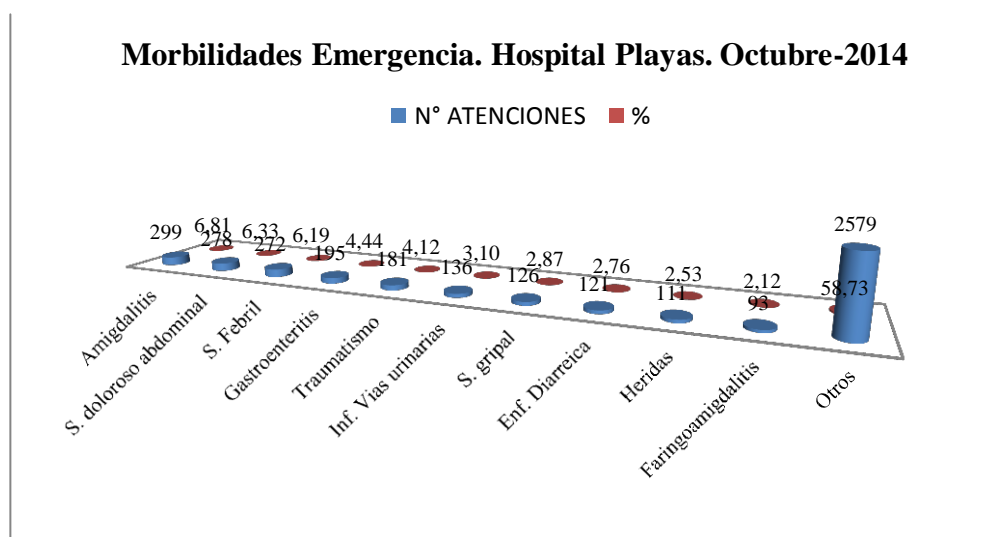
En el mes de septiembre fueron atendidos en el Área de Emergencia 4087 pacientes, y el registro de morbilidades manejados por el Epidemiólogo del Distrito reflejó que, el 7.29% fue diagnosticado como Síndrome Febril, el 6,56% tuvo Síndrome Doloroso Abdominal, el 5,43% presentó Amigdalitis Aguda, el 4,87% fue diagnosticado con Gastroenteritis, 3,50% presentó Infección de Vías Urinarias, el 3,45% ingresó por presentar Traumatismos, el 3,08% tuvo Enfermedad Diarreica Aguda, el 2,96% fue diagnosticado como Heridas, así mismo igual porcentaje presentó el Síndrome Gripal, el 2,89% presentó Faringitis, y el 57,01% fue clasificado como Otros. Se demuestra una vez más con estos datos estadísticos que solo los traumatismos y las heridas debieron ser atendidos en un segundo nivel, considerando que fueron de gravedad.

**Tabla 10**

Morbilidades en el mes de Octubre

PATOLOGIA	N° ATENCIONES	%	T. incidencia
<b>Amigdalitis</b>	299	6,81	6,46
<b>S. doloroso abdominal</b>	278	6,33	6,00
<b>S. Febril</b>	272	6,19	5,87
<b>Gastroenteritis</b>	195	4,44	4,21
<b>Traumatismo</b>	181	4,12	3,91
<b>Inf. Vias urinarias</b>	136	3,10	2,94
<b>S. gripal</b>	126	2,87	2,72
<b>Enf. Diarreica</b>	121	2,76	2,61
<b>Heridas</b>	111	2,53	2,40
<b>Faringoamigdalitis</b>	93	2,12	2,01
<b>Otros</b>	2579	58,73	55,70
<b>Total</b>	4391	100	94,84

Fuente: Estadísticas del HBP

**Figura12** Morbilities del mes de octubre

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

En el mes de octubre fueron atendidos 4391 usuarios en el área de Emergencia, de los cuales el 6,81% presentó Amigdalitis Aguda, el 6,33% fue diagnosticado como Síndrome Doloroso Abdominal, un 6,19% ingresó por Síndrome Febril, el 4,44% tuvo Gastroenteritis, el 4,12% fue diagnosticado como Traumatismo, el 3,10% presentó Infección de Vías

Urinarias, el 2,87% fue diagnosticado como Síndrome Gripal, el 2,76% tuvo Enfermedad Diarreica Aguda, el 2,53% fue ingresado por presentar Heridas, el 2,12% presentó Faringoamigdalitis y el 58,73% fue clasificado como otros.

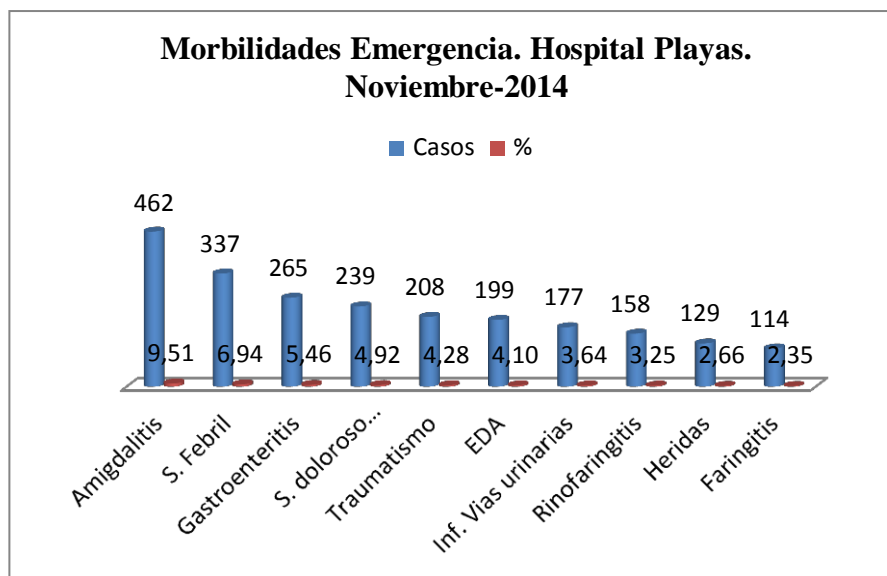
Es notorio que cada mes se presentan las mismas patologías, cambia su prevalencia, hay que resaltar también que el hecho de que únicamente se consideren las 10 primeras causas de morbilidad y que las demás se clasifiquen como Otros, impide hacer una estimación de los usuarios que en realidad han ameritado una atención hospitalaria.

**Tabla 11**

Morbilidades en el mes de Noviembre

PATOLOGIA	N°	%
<b>ATENCIONES</b>		
<b>Amigdalitis</b>	462	9,51
<b>S. Febril</b>	337	6,94
<b>Gastroenteritis</b>	265	5,46
<b>S. doloroso abdominal</b>	239	4,92
<b>Traumatismo</b>	208	4,28
<b>EDA</b>	199	4,10
<b>Inf. Vias urinarias</b>	177	3,64
<b>Rinofaringitis</b>	158	3,25
<b>Heridas</b>	129	2,66
<b>Faringitis</b>	114	2,35
<b>Faringoamigdalitis</b>	112	2,31
<b>S. gripal</b>	85	1,75
<b>Dolor</b>	81	1,67
<b>Bronquitis</b>	70	1,44
<b>Gastritis</b>	66	1,36
<b>Crisis hipertensiva</b>	63	1,30
<b>IVU embarazadas</b>	62	1,28
<b>Dermatitis</b>	47	0,97
<b>Abcesos</b>	44	0,91
<b>Lumbago</b>	43	0,89
<b>otros</b>	1895	39,02
<b>Total</b>	4856	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura13** Morbidades del mes de noviembre

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

En el mes de noviembre fueron atendidos en total 4856 pacientes en el área de emergencia, de los cuales el 9,51% presentó Amigdalitis Aguda, el 6,94% tuvo Síndrome Febril, el 5,46% fue diagnosticado como Gastroenteritis, el 4,92% presentó Síndrome Doloroso Abdominal, el 4,28% ingresó con diagnóstico de Traumatismo, el 4,10% tuvo Enfermedad Diarreica Aguda, el 3,64% presentó Infección de Vías Urinarias, el 3,25% fue diagnosticado como Rinofaringitis, el 2,66% ingresó por presentar Heridas y el 2,35% presentó Faringitis. Mientras que el 40,93% fue clasificado como Otros.

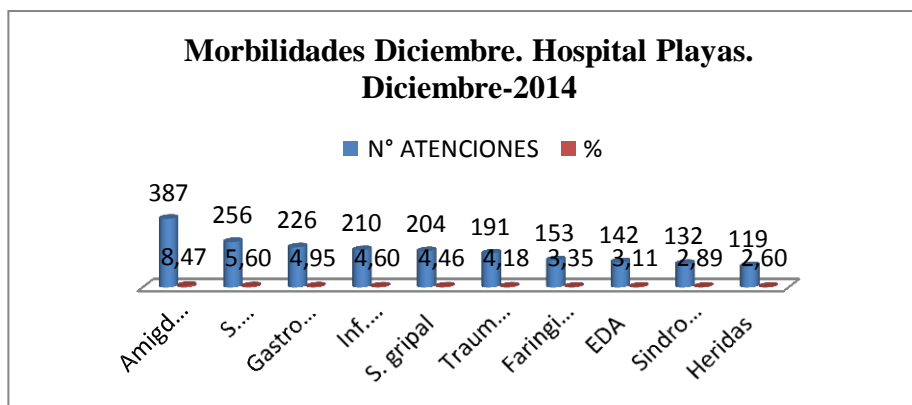
**Tabla 12**

Morbilidades del mes de Diciembre

PATOLOGIA	N° ATENCIONES	%	T. Incidencia
<b>Amigdalitis</b>	387	8,47	9,18
<b>S. doloroso abdominal</b>	256	5,60	6,07
<b>Gastroenteritis</b>	226	4,95	5,36
<b>Inf. Vías urinarias</b>	210	4,60	4,98
<b>S. gripal</b>	204	4,46	4,84

<b>Traumatismo</b>	191	4,18	4,53
<b>Faringitis</b>	153	3,35	3,63
<b>EDA</b>	142	3,11	3,37
<b>Síndrome febril</b>	132	2,89	3,13
<b>Heridas</b>	119	2,60	2,82
<b>Dolor</b>	114	2,49	2,70
<b>Rinofaringitis</b>	101	2,21	2,40
<b>IVU embarazadas</b>	71	1,55	1,68
<b>Bronquitis</b>	70	1,53	1,66
<b>Hipertensión arterial</b>	67	1,47	1,59
<b>Gastritis</b>	63	1,38	1,49
<b>Abcesos</b>	58	1,27	1,38
<b>Faringoamigdalitis</b>	54	1,18	1,28
<b>Resfriado común</b>	53	1,16	1,26
<b>Dermatitis</b>	45	0,98	1,07
<b>Otros</b>	1854	40,57	43,98
<b>Total</b>	4570	100,00	108,40

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



**Figura14** Morbilities de diciembre

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

Un total de 4570 usuarios fueron atendidos en el mes de diciembre del 2014 en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas, de los cuales el 8,47% acudió por presentar Amigdalitis Aguda, el 5,60% presentó Síndrome Doloroso Abdominal, el 4,95% tuvo

Gastroenteritis, el 4,60% fue diagnosticado con Infección de Vías Urinarias, el 4,46% presentó Síndrome Gripal, el 4,18% acudió por presentar Traumatismo, el 3,35% presentó Faringitis, el 3,11% tuvo Enfermedad Diarreica Aguda, el 2,89% presentó Síndrome Febril, y un 2,60% ingresó por presentar Heridas.

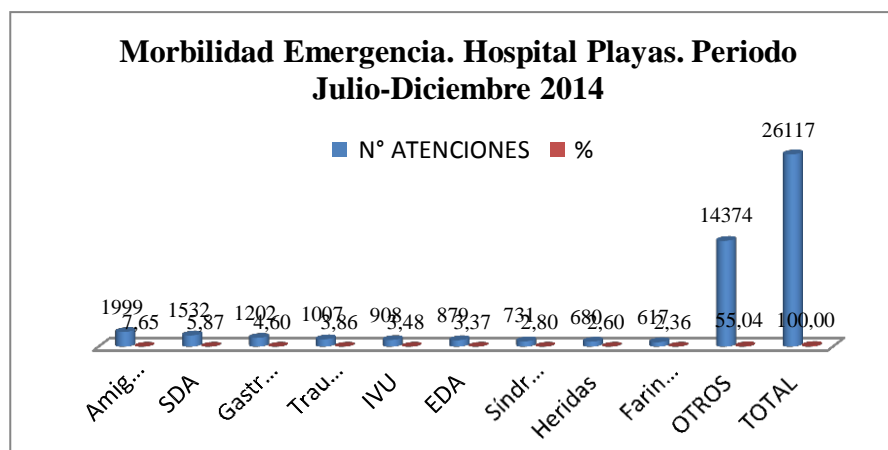
**Tabla 13**

Consolidado de atenciones en el segundo semestre del 2014:

PATOLOGÍA	N° ATENCIONES	%
Síndrome Febril	2188	9,14
Amigdalitis	1999	8,35
SDA	1532	6,40
Gastroenteritis	1202	5,02
Traumatismo	1007	4,21
IVU	908	3,79
EDA	879	3,67
Síndrome Gripal	731	3,05
Heridas	680	2,84
Faringitis	617	2,58
OTROS	14374	60,07
<b>TOTAL</b>	<b>26117</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

**Figura 15** Consolidado de morbilidades en el segundo semestre del 2014



Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas



En el período Julio-Diciembre del 2014 fueron atendidos 26117 usuarios en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas. Como se explicó anteriormente, son consideradas y reflejadas sólo las diez primeras patologías prevalentes en cada mes, lo que hace que las demás se clasifiquen como Otros, lo que en este estudio representa el 55,04%, es decir 14374 pacientes. La patología que lidera las morbilidades en el período estudiado es la Amigdalitis Aguda con el 7,65%, seguida del Síndrome Doloroso Abdominal con el 5,87%, Gastroenteritis con el 4,60%, Traumatismo con el 3,86%, Infección de Vías Urinarias con el 3,48%, Enfermedad Diarreica Aguda con el 3,37%, Síndrome Gripal que representa el 2,80%, Heridas con el 2,60%, Faringitis que representa el 2,36%.

De los diez diagnósticos citados, y considerando que fueron de gravedad, solo ameritan atención de Segundo Nivel los Traumatismos y las Heridas, pues las demás patologías debieron ser atendidas en un Centro de Salud, salvo el caso que el Médico de Atención Primaria considere necesario y envíe por medio de una Referencia al paciente al Área de Emergencia.

**Pertinencia de referencias realizadas del primer nivel de atención al área de emergencia del hospital básico playas.**

La Referencia, según se indicó anteriormente, es el procedimiento mediante el cual las entidades de salud envían a los usuarios de un establecimiento de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención cuando su capacidad instalada no permite la resolución del problema. En el Distrito 09D22 Playas existen dos Unidades Operativas de Primer Nivel de Atención, la Unidad Anidada Playas y el Centro de Salud Engabao, y uno solo de Segundo Nivel, el Hospital Básico Playas. Sin embargo cabe recalcar que es recién desde finales de

octubre del 2014 que se hace la separación administrativa, operativa y física del Hospital y la Unidad Anidada, pues se consideraron hasta ese entonces una sola entidad.

Así, al revisar los datos estadísticos se encontraron reportes de referencias realizadas desde el Centro de Salud Engabao hacia el Área de Emergencia del Hospital, más no de la Unidad Anidada Playas, puesto que no realizaban dicho procedimiento al considerarse parte del Hospital.

**Tabla 14.** Diagnósticos de referencias del centro de salud Engabao.

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<b>Amenaza de parto Pretermino</b>	Enterorragia	Quemadura 2do grado	HTA	DM2	Emb. 38SG
<b>Embarazo 38SG</b>	Litiasis Renal	Herida en muñeca y mano	Convulsiones	Apendicitis	Neumonía
	Otitis Media	SDA	Colelitiasis	DM2	Desnutrición
	Absceso cutáneo	Arritmia cardiaca	Emb. 8SG dolor pélvico	Cólico Renal	DM2
	Síndrome Gripal	Abdomen Agudo	Traumatismo de mano y muñeca		HTA (5)
	Incontinencia Urinaria	Bronconeumonía	Crisis Hipertensiva		Abdomen Agudo
	Desviación cervical	Polihidramnios severo	HDA		Amenaza de Parto Pretermino
	Psoriasis	Cuerpo extraño en tubo digestivo			
		Crisis Hipertensiva			

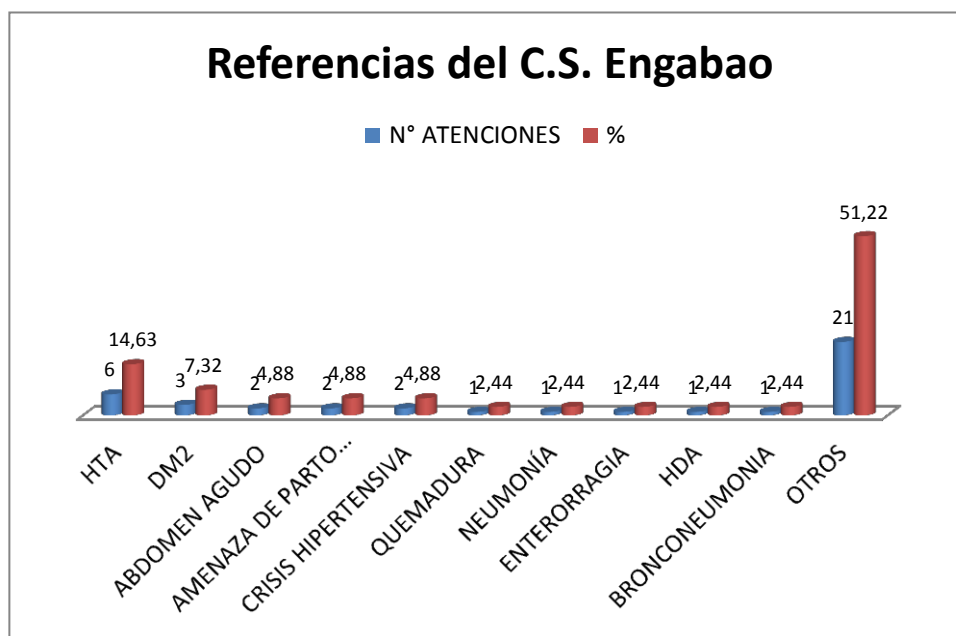
Nota: Patologías referidas al Hospital Básico Playas

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

En total fueron 41 referencias registradas en el periodo julio-diciembre del 2014. Los diagnósticos fueron registrados tal como se encuentran en las bases estadísticas; así la

Hipertensión Arterial que como tal no es una emergencia se presentó en un 14,63%, la Diabetes Mellitus 2 en un 7,32% que al igual que la anterior no son emergencias o por lo menos los diagnósticos empleados no son los adecuados, debió ser Crisis Hipertensiva y Diabetes Mellitus descompensada.

Abdomen agudo, Amenaza de Parto Pretermino y Crisis Hipertensiva se presentaron en un 4,88%, Quemadura de 2do Grado, Neumonía, Enterorragia, Hemorragia Digestiva Alta y Bronconeumonía fueron referidos en un 2,44%. Es evidente que los problemas Hipertensivos fueron los de mayor prevalencia. En la tabla se reportan también diagnósticos que no ameritan una atención de emergencia, la incontinencia urinaria, la psoriasis por ejemplo, son patologías que deben ser tratadas por consulta externa.



**Figura16** Referencias del C.S. Engabao hacia el HBP

Fuente: Estadísticas del Hospital Básico Playas

### Evaluación del promedio de atenciones por profesional médico en el área de emergencia.

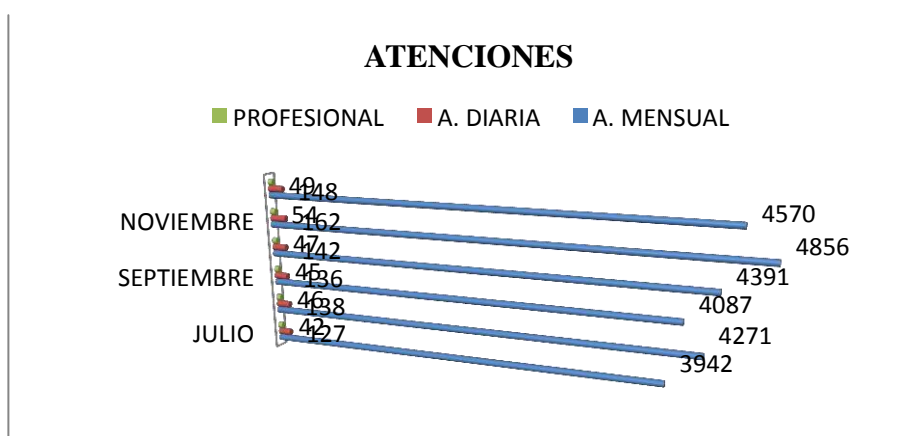
Tal como se indicó anteriormente, en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas existen 4 guardias de 24 horas, en las cuales prestan sus servicios dos médicos y un interno de medicina en cada una. Se realizó la revisión de partes del periodo julio a diciembre del 2014, y considerando que son tres profesionales los que brindan la atención en el área de medicina general de la emergencia, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 15**  
Producción de los médicos del área de emergencia

Meses	Atenciones mensuales	Atenciones diarias	Atenciones por profesional
<b>Julio</b>	3942	127	42
<b>Agosto</b>	4271	138	46
<b>Septiembre</b>	4087	136	45
<b>Octubre</b>	4391	142	47
<b>Noviembre</b>	4856	162	54
<b>Diciembre</b>	4570	148	49
<b>Total</b>	26117	853	283

Nota: Atención médica por profesionales en el Área de Emergencia

Fuente: Hospital Básico Playas



**Figura17** Producción de médicos del área de emergencia

Fuente: Hospital Básico Playas

En promedio son atendidos 142 pacientes diarios, y cada profesional atiende a 47 pacientes. Con un máximo de 162 usuarios al día y un mínimo de 127 pacientes. Lo que evidencia que el recurso humano con el que se cuenta satisface la demanda.

#### **4.7. Resultados de entrevistas**

Para la presente investigación se realizan tres entrevistas: al Dr. Rafael Vera, Director del Hospital durante 6 meses, desde diciembre 2014 a mayo del 2015; Lcda. Lilia Quijije, Líder del Proceso de Gestión de Enfermería del Hospital por más de una década, y el Dr. Gabriel Wither, Médico del Área de Emergencia. Las entrevistas fueron abiertas por lo que solo se determina un objetivo principal de la misma que plantea: Identificar criterios por parte de personal operativo y directivos del Hospital al respecto del tema estudiado.

##### **4.7.1. Entrevista al Dr. Rafael Vera**

El Dr. Rafael Vera considera que dentro de las causas de una demanda de usuarios impertinente a la emergencia del hospital se encuentra que, durante el tiempo de su estancia, no se hacía un verdadero triaje, simplemente se atendía a todos los pacientes de acuerdo a como iban llegando sin hacer una calificación de acuerdo a la gravedad, los médicos de guardia atendían a los usuarios que asistían por consultas, en su mayoría con enfermedades de primer nivel de atención y al no identificar en los partes diarios como de triaje eso repercute directamente en los datos estadísticos que maneja el hospital. Por lo tanto no se realzan las verdades patologías de emergencia.

Otro factor, según refiere el Dr. Vera, es que el centro de primer nivel se encuentra dentro del mismo espacio físico que el hospital y como en éste se maneja agendamiento telefónico, al no encontrar cita los usuarios se dirigen directamente a la emergencia del

hospital. Situación que probablemente se deba a la falta de profesionales de la salud en el primer nivel de atención, pues según está estipulado en el Modelo de Atención Integral de Salud a nivel urbano debe existir un médico, una enfermera y un técnico en atención primaria de salud por cada 4000 habitantes. En el centro de primer nivel apenas tienen 6 médicos, cuando deberían laborar 11. Esto hace que comúnmente muchos usuarios se quedan sin oportunidad de agendamiento.

También señala como causa el desconocimiento o falta de concienciación del usuario al no diferenciar entre emergencia, urgencia y consulta. Todos los pacientes alegan que si no son atendidos de inmediato se mueren. Ello causa un conflicto en el momento de la atención o derivación de los pacientes hacia otras consultas.

Dr. Rafael Vera plantea en la entrevista que la política del Estado impide que se niegue la atención médica en la emergencia de cualquier casa de salud, aspecto positivo pero que es malinterpretado por algunos pacientes.

Un aspecto fundamental y que se relaciona directamente con la propuesta que posteriormente se realiza en esta investigación es la falta de promoción y prevención de la salud, así como también la escasa difusión de las políticas públicas en cuanto a salud se refiere, una población educada y comprometida cumple con los preceptos estipulados. El Dr. Rafael Vera destaca que incluso la idiosincrasia del pueblo ecuatoriano incide significativamente, pues con tal de ser atendidos inmediatamente, por un simple resfriado común, van a la emergencia.

Como potenciales soluciones al problema Dr. Rafael Vera plantea que se puede mejorar, implementando un triaje en donde se identifiquen las emergencias y los usuarios que no ameritan ser atendidos en el segundo nivel sean enviados al centro de salud. Además,

identificar en el parte diario cuales son los del área de triaje, para conseguir datos estadísticos que reflejen las patologías pertinentes de un área de emergencia.

#### 4.7.2. Entrevista a la Lcda. Lilia Quijije

La Lcda. Quijije manifiesta que en sus años de experiencia en el manejo del Área de Emergencia considera que el principal factor que repercute en una demanda excesiva de usuarios es la costumbre de la gente que al no querer esperar por una atención de consulta externa se dirigen inmediatamente a la emergencia así su problema sea una gripe, por el tiempo corto de espera; más aún que al existir agendamiento en el primer nivel de atención los usuarios tardan meses en encontrar citas disponibles. A lo mencionado la profesional le agrega el hecho de que el centro de salud de primer nivel se encuentra dentro del mismo hospital, y al no conseguir atenderse en éste inmediatamente se dirigen a la emergencia.

Además, las personas continúan llegando a la emergencia porque no se les niega la atención por parte de los profesionales de la salud, quienes temen a las demandas, debido a que las políticas de salud actuales prohíben que se niegue la atención médica.

Dentro de los factores internos, refiere la Lcda. Quijije, hace falta la difusión de la cartera de servicios del Hospital con la respectiva indicación de las patologías consideradas emergencias que son las atendidas en una Unidad de Segundo Nivel, de tal manera se lograría a mediano plazo la concienciación de la ciudadanía.

Otra causa interna que encuentra la Lcda. es la falta de empoderamiento del personal de salud sobre las políticas de salud, el MAIS principalmente y sus objetivos del milenio, realizan su trabajo por obligación más no con la dedicación que la profesión requiere, por lo que no guían adecuadamente al usuario al momento de la atención, no promocionan la salud y su atención en el primer nivel.

Finalmente, refiere que el Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud es bueno, su correcta aplicación descongestionaría las emergencias de los hospitales, pero las condiciones propias de los usuarios no permiten que se aplique eficazmente.

#### 4.7.3. Entrevista al Dr. Gabriel Wither.

El Dr. Gabriel Wither, médico del área de emergencia del Hospital Básico Playas, y que en un período fue responsable distrital del Proceso de Provisión de Servicios de la Salud, nos indica que para su parecer la principal causa por la que los usuarios acuden directamente a la emergencia del hospital es la fácil accesibilidad, ya que no tienen que esperar para ser atendidos. A lo que se suma el hecho de que se encuentra el centro de salud dentro del área del hospital, siendo así que al ser rechazado el paciente en el anidado acuden directa y fácilmente a la emergencia.

Menciona también que en su mayoría las consultas de emergencia son patologías de consulta externa, como enfermedades respiratorias superiores y enfermedades diarreicas agudas, infecciones de vías urinarias, mismas que no son justificadas para ser resueltas en un segundo nivel de atención y al no contar con un triaje no les queda más que atender a todo paciente que llegue, puesto que está prohibido negar atención médica.

El Dr. Wither refiere que del total de atenciones médicas durante una guardia de 24 horas, 10% corresponden a patologías para resolución de un segundo nivel de atención, mismas que son registradas en un parte diario común, lo que dificulta tener un dato real de las patologías consideradas emergencias. Sostiene también que por falta de tiempo no se llenan las referencias inversas a los autereferidos.



Como posibles soluciones, el Dr. indica que debe mejorarse el área de triaje en la emergencia, para que de esa manera se atiendan sólo a quienes en realidad ameritan y los demás sean enviados con su referencia inversa correspondiente a las unidades de primer nivel; así también promocionar entre los ciudadanos la diferencia entre una atención de emergencia y una de consulta externa, y empiecen a tomar conciencia de que solo las emergencias deben ser atendidas en el hospital, caso contrario en la unidad de salud más cercana le darán la atención correspondiente.

Por último, sostiene que también se debe difundir las políticas de salud en el personal operativo, para que sean los primeros comprometidos en promocionar la atención oportuna en el primer nivel al estar en contacto con los usuarios.

## **CAPITULO 5**

### **PROPUESTA**

#### 1.1. Introducción

La presente propuesta se propone responder al objetivo de la presente investigación y parte no solo de los referentes teóricos sino además de los resultados de los instrumentos aplicados. La propuesta está dirigida a dos usuarios principales, primero a los pacientes como receptores y luego al personal de salud como ejecutor de la propuesta. Se puede aplicar a fin de ver su viabilidad y efectividad durante un año para posteriormente ver los resultados de la misma.

#### 5.2. Objetivo General

Contribuir en la organización de la demanda de usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas fomentando el cumplimiento de la Norma Técnica de Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud.

##### 5.2.1. Objetivos específicos

5.2.1.1 Potenciar la reestructuración del área de triaje en la Emergencia del Hospital Básico Playas

5.2.1.2. Implementar un programa de capacitación continua del usuario interno y externo para mejorar el flujo de atención, con difusión exhaustiva de las políticas de salud pública.

#### 5.3. Lineamientos

## 1) Referentes teóricos vinculados al triaje

### **Ventajas del triaje:**

#### A) Para los pacientes:

- Suministra información al paciente sobre su estado y el tiempo necesario de espera.
- Proporciona un primer contacto de su solicitud con la estructura sanitaria.
- Se prioriza la atención de los más complejos casos.

#### B) Para el servicio de urgencias:

- Sitúa los flujos de pacientes en relación a su gravedad. Ello permite menos complicaciones.
- Consiente la reordenación de los recursos en función de la demanda real de atención.
- Crea información ventajosa para la disposición de los recursos de los que deben situar en el área de urgencias.
- Reduce cuantiosamente la congestión del servicio, optimizando el flujo de pacientes internamente.

### **Funciones del triaje**

- Identificar ágilmente a los pacientes en situación de peligro vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.

- Establecer el área más apropiada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias.
- Comunicar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

### **Funciones de médicos y enfermeras en el triaje:**

- Recibir a los pacientes, realizar un análisis ágil para determinar el nivel de prioridad del mismo
- Usar los recursos clínicos más básicos en la valoración del paciente
- Ingresar al paciente
- Identificar el triaje
- Iniciar la explicación al paciente sobre su nivel de gravedad
- Explicar el triaje al paciente
- Informar al personal necesario sobre el caso.

2) Referentes teóricos vinculados a padecimientos de emergencia priorizados en el área de urgencias

- Proporcionar un conjunto de padecimientos o patologías que son propias de urgencias, y las que pertenecen al primer nivel de atención.
- Criterios sobre las situaciones que puede considerarse urgentes
- Procedimientos
- Protocolos de urgencias
- Protocolo de prioridades

- Amenaza inminente de la vida del paciente
- Paciente con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica pero con factores de riesgos identificados en el examen inicial. Este paciente posee riesgo de complicación
- Paciente sin riesgo de complicación. (Reyes, 2011)

3) Referentes empíricos del Hospital objeto de estudio (características, porcentaje de atención diaria, protocolos de información y actuación ante emergencias.)

4) Conocimiento del organigrama del hospital (se determinan las responsabilidades individuales y colectivas ante la información)

- Conocimiento de las funciones del personal de urgencias
- Conocimiento sobre el flujo de información en el hospital

#### 5.4. Acciones

1) Organizar un sistema de triaje funcional con información gráfica, por colores y con aclaraciones. Este debe contener los tiempos de espera, los padecimientos priorizados, los nombres de personas responsables del proceso.

2) Capacitar al personal de urgencias para reconocer situaciones de emergencia. Este personal es el encargado de informar al paciente porque su situación pertenece al primer nivel de emergencia o al segundo. Es por ello que el personal debe capacitarse en una comunicación clara, asertiva y efectiva.

3) Crear un espacio de información permanente a pacientes con dudas. Esto puede ser un mural informativo en el que el paciente que llega y no ha sido atendido pueda obtener al menos información de las consultas y la atención, o a su vez contar con la unidad de atención al usuario.

4) Potenciar la creación y divulgación de productos comunicacionales vinculados al sistema de triaje y demás políticas de salud pública. Por medios de comunicación como radio, televisión, internet, materiales audiovisuales, entre otros.

5) Promover el sistema de triaje por los medios necesarios. De acuerdo al sistema extenderlo a otros hospitales a manera de información para que se conozca cómo funciona.

6) Organizar y divulgar el sistema de protocolo del área.

#### 5.5. Responsables

Directivos del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas.

#### 5.6. Periodo

Un año. Con sub-períodos de tres meses.

#### 5.7. Comunicación

La comunicación de esta propuesta se realiza de las siguientes formas:

- Repartición de volantes en áreas del hospital.

- Divulgación por medios de comunicación tradicionales como es el caso de radio y televisión.
- Creación de contenidos de interés en redes sociales.
- Situar vallas informativas en los exteriores del Área de urgencias
- Coordinar conversatorios y talleres sobre el tema en lugares estratégicos como son la comunidad, escuelas o centros de trabajo.
- Colocación de poster en zonas estratégicas del área de urgencias, ejemplo:

#### 5.8. Recursos

No se necesitan recursos materiales para enfrentar la propuesta. Solo se necesitan recursos humanos para implementar la capacitación del personal de salud en el área de urgencias.

#### 5.9. Formas de evaluación

La factibilidad de la propuesta se evalúa a partir de la información de ésta a la dirección de la institución de salud.

La eficacia de la propuesta se evalúa a partir de periodos determinados en los que se compara el flujo de pacientes autoreferidos y referidos en relación a otros periodos. Si los números han cambiado se puede evaluar la propuesta. Además de lo anterior se pueden aplicar encuestas a usuarios del servicio en las que se determine la comprensión de la misma, la funcionalidad y potenciales cambios que sean necesarios.

## CONCLUSIONES

Se analizaron los principales referentes teóricos de la investigación entendiendo que el tema ha sido ampliamente estudiado, siendo de relevancia nacional e internacional, pues es una problemática común en los servicios de urgencia hospitalaria a nivel mundial.

Se determinó que durante el período julio-diciembre del 2014 fueron atendidos 26117 usuarios en el Área de Emergencia del Hospital Básico Playas; el 99% de las atenciones prestadas durante este segundo semestre fueron autoreferencias, de las cuales el 35% correspondieron a diagnósticos de resolución en el primer nivel de atención, el 60% está encasillado como “OTROS” lo que dificulta conocer el porcentaje real de emergencias atendidas.

Con la encuesta y las entrevistas se demuestra que la idiosincrasia y la subjetividad de la población que al considerar cualquier sintomatología como una emergencia no sigue el órgano regular y acude directamente al Segundo Nivel de Atención, no tanto por desconocimiento del sistema de salud sino por acortar tiempos de espera, aprovechándose de la preceptos legales que impiden negar la atención médica en las áreas de emergencia.

En el período estudiado se registró solo el 0,1% de referencias realizadas al Área de Emergencia del Hospital Básico Playas, todas provenientes del Centro de Salud Engabao, pues el Anidado era considerado parte del Hospital. No hay reportes de contrareferencias realizadas; tampoco envían a los usuarios autoreferidos atendidos con su respectiva referencia inversa, para que le den continuidad de atención en el Primer Nivel. Con lo mencionado queda evidenciado que no se cumple con la Norma Técnica del Subsistema de Referencia,



Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, demostrándose que su implementación y ejecución no ha sido eficaz.

Los datos estadísticos no son registrados adecuadamente, las patologías que representan una emergencia ni siquiera salen a relucir, son clasificadas dentro de Otros lo que representa en algunos casos más del 50%, dificultándose hacer una estimación real de los requerimientos para dicha área y realizar un correcto perfil epidemiológico. Las patologías reflejadas son en su mayoría de resolución en el Primer Nivel de Atención, lo que indica que no se hace realiza correctamente el triaje.

## RECOMENDACIONES

Socializar los resultados de la presente investigación con los Directivos del Hospital Básico Playas y de la Dirección Distrital 09D22, responsables de mejorar la situación y potencialmente aplicar la propuesta de este estudio.

### **Al Área de Emergencia:**

1.- Fortalecer el área y realizar un verdadero triaje, con una distribución adecuada del recurso humano, es decir que dentro de cada guardia exista rotación en las áreas, dos médicos en triaje, uno en observación y que a la vez sería responsable del área de hospitalización, del tal manera que los registros contenidos en los partes diarios sean exclusivamente de triaje, lo que contribuye al adecuado registro estadístico y a la elaboración de un perfil epidemiológico acorde al nivel de atención.

2.- Implementar una cartelera en donde esté expuesto el Triage que será realizado y cualquier notificación importante para el usuario, además de protocolizar el flujo de atención del área de emergencia, determinando responsabilidades en cada rotación.

### **Al Hospital:**

1.- Lanzar una campaña de difusión por medio de métodos audiovisuales clásicos y redes sociales, informar perennemente a los usuarios sobre el método de triaje, el Sistema Nacional de Salud, y toda la normativa pertinente para que a pesar de que conozcan que primero deben acudir al Centro de Salud, se consolide en su memoria y la apliquen. Dicha campaña debe potencializarse a nivel nacional.

2.- Mejorar el sistema de archivo para facilitar la obtención de datos en posteriores investigaciones.

3.- Insistir en el correcto llenado del formulario 053, que contesten las contrareferencias y realicen las referencias inversas siendo cuidadosos al momento de indicar los diagnósticos, evaluando mensualmente la aplicación correcta de la norma.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anales del Sistema Sanitario de Navarra. (2012). Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*.
- Álvarez, C., & Macías, J. (2001). Triage: Generalidades. *Emergencias y Catástrofes*, 125-133.
- Avila, R. (2012). *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Bonilla, J. et al (2013) *Aumento de la Demanda Asistencial en un Servicio Hospitalario de Urgencias por cuadros de dolor y su relación con la crisis económica*. AnestesiaR  
Obtenido de: <http://anestesiario.org/2013/aumento-de-la-demanda-asistencial-en-un-servicio-hospitalario-de-urgencias-por-cuadros-de-dolor-y-su-relacion-con-la-crisis-economica/>
- Congreso Nacional. (2006). *Ley orgánica de la salud*. Quito: Congreso Nacional.
- Cornejo, C., Arnáiz, M., & De los Sant, J. (2008). Triage en un servicio de urgencias hospitalarias. <http://enfermeriadeurgencias.com>.
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias, una llamada a la unidad. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 59-64.
- GETManchester. (12 de abril de 2015). *Manchester*. Obtenido de [www.triagemanchester.com](http://www.triagemanchester.com):  
[http://www.triagemanchester.com/web/presentacion\\_es\\_66.php](http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php)
- González, M. (2010). Saturación de las Urgencias Hospitalarias. Un análisis descriptivo de motivos. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 726-754.
- Hospital Santander. (24 de noviembre de 2014). *Hospital Santander*. Obtenido de <http://www.hospitalsantandercaicedonia.gov.co>:  
<http://www.hospitalsantandercaicedonia.gov.co/triaje.html>
- Loría, J., Flores, L., Márquez, G., & Valladares, M. (2010). Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y Cirujanos*, 508-514.

- Martin, G. Murillo, C. (2003) *Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional*, pág. 109 Obtenido de:[http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE\\_67\\_107133\\_\\_7F85ECA27564BEC195B95A8A2FA51C88.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_67_107133__7F85ECA27564BEC195B95A8A2FA51C88.pdf)
- Mideros, R. (2012). *Transformar la salud para caminar hacia el buen vivir*. Quito: UASB.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural – MAIS –FCI*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Norma Técnica de Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Quito: MSP.
- Miró, O., & Sesma, J. (2009). El usuario y su uso de las urgencias. *Anales Sis San Navarra*.
- Moreno, E. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 276-284.
- Ochoa, C. (2 de febrero de 2015). *NESQUEST*. Obtenido de <http://www.netquest.com>: <http://www.netquest.com/es/compania/investigacion-mercados-america-latina.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Manual de sistema de triajes para cuartos de urgencias*. Washinton: Biblioteca Sede OPS.
- Otero, R. (2006). *Oferta, demanda y calidad de atención médica. Desajustes en el mercado sanitario*. Alcalá: Universidad de Alcalá.
- Ovens, H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*, 244-246.
- Palanca-Sánchez, I., Elola-Somozam, J., & Mejía-Estebanz, F. (2010). *Unidad de urgencias hospitalarias: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pérez-Ciordia, I., & Guillén Grima, F. (2009). Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra Pamplona*.

- PPelverdadero. (19 de noviembre de 2014). *PPel verdadero*. Obtenido de <http://www.ppelverdadero.com.ec>: <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-saludable/item/hospital-del-iess-implementa-area-de-triaje-en-emergencia.html>
- Presidencia de la República. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Presidencia de la República.
- Reyes, A. (2011). *Triaje en la Sala de emergencias*. Tamaulipas: Secretaria de Salud de Tamaulipas.
- Sanabria, C. (2002). La demanda por servicios de salud, una aproximación teórica. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM*, 152.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2 de marzo de 2013). *Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec>: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>
- Senplades. (16 de febrero de 2007). *Senplades*. Obtenido de <http://plan.senplades.gob.ec>: <http://plan.senplades.gob.ec/salud1>
- Soler, W., Gómez, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*, 55-68.
- Valenzuela-Soto, R. (2009). *Sistema de Referencia y Contrarreferencia*. A S Sin.
- Velásquez, A. (18 de diciembre de 2008). *Demanda de Servicios de Salud*. Obtenido de Tesisnetsalud: <http://tesisnetsalud.blogspot.com/>



## Apéndice B

Formulario para entrevistas realizadas:

Nombre del entrevistado:

Cargo:

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. En su experiencia, ¿cuáles considera son las principales causas de demanda en el área de emergencia?	
2. ¿Por qué cree que los usuarios acuden directamente al área de emergencia del HBP?	
3. ¿Corresponden al segundo nivel las morbilidades atendidas en la emergencia del HBP?	
4. ¿Cuáles son las patologías más atendidas en la emergencia?	
5. ¿Se realiza triaje en el área de emergencia del HBP? Cómo esta implementado?	
6. ¿Tendrá alguna responsabilidad el personal operativo y administrativo en relación a la demanda de usuarios en la emergencia?	



7. ¿Cuáles son las posibles soluciones que usted recomendaría para evitar la demanda excesiva?	
8. ¿Qué opina sobre el Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del SNS?	

## Apéndice C

## Poster de Triage recomendado

TRIAGE 1	TRIAGE 2	TRIAGE 3	TRIAGE 4
EMERGENCIA	URGENCIA	PRIORITARIA	CONSULTA EXTERNA
Tiempo de espera: 1 minuto	Tiempo de espera: 30 minutos	Tiempo de espera: 60 a 120 minutos	Tiempo de espera: 48 horas
Síntomas	Síntomas	Síntomas	Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para respirar (coloración violeta/piel morada)</li> <li>• Pérdida de conocimiento, paciente convulsionado</li> <li>• Paro cardíaco o respiratorio</li> <li>• Heridas grandes con sangrado activo, moderado o severo</li> <li>• Fracturas, golpes severos múltiples en cualquier parte del cuerpo</li> <li>• Dolor en el pecho con signos vitales alterados (tensión arterial, frecuencia respiratoria, y mal estado en general)</li> <li>• Sangrado abundante de cualquier origen del cuerpo</li> <li>• Quemaduras de I y II grado que comprometan cara, cuello y genitales</li> <li>• Envenenamiento por ingestión, inhalación o contacto</li> <li>• Embarazadas con signos y síntomas de alarma relacionados con el embarazo (pérdidas vaginales, sangrado, líquido transparente, ausencia de movimiento del feto)</li> <li>• Trastorno psíquico, con agresividad actual</li> <li>• Deshidratación severa o moderada</li> <li>• Reacciones alérgicas severas</li> <li>• Mordeduras que comprometan cara, zonas vitales o con sangrado abundante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herida pequeña con sangrado leve</li> <li>• Personas con atención psiquiátrica agudizada, sin agresividad</li> <li>• Embarazadas con fiebre alta, mayor de 38 grados sin síntomas de alarma</li> <li>• Parálisis de aparición súbita</li> <li>• Dolor intenso en cualquier lugar del cuerpo</li> <li>• Niños con diarrea y vómito, con deshidratación</li> <li>• Mayores de 60 años con síntomas agudos</li> <li>• Niños menores de 5 años con temperatura mayor o igual a 38 grados</li> <li>• Ojo rojo con dolor y compromiso de agudeza visual</li> <li>• Celulitis en cara, cuello y cabeza</li> <li>• Cuerpo extraño en ojo u oído que genera dolor agudo</li> <li>• Crisis asmática con leve dificultad respiratoria y neumonía</li> <li>• Mordedura sin compromiso hemodinámica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazadas con cualquier síntoma no relacionado con el embarazo, con menos de 24 horas de evolución</li> <li>• Recién nacidos con cualquier sintomatología, diferente a la fiebre, dolor abdominal o dificultad para respirar</li> <li>• Pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión, insuficiencia renal, EPOC, asma u oxígeno dependientes, que presenten síntomas agudos sin descompensación</li> <li>• Diarrea en menor de 5 años sin signos, ni síntomas de deshidratación</li> <li>• Infecciones moderadas a severas localizadas en articulaciones o el mucosas con dolor intenso y fiebre</li> <li>• Reacciones alérgicas</li> <li>• Diabéticos con síntomas urinarios, infecciones o cambios leves de conducta</li> <li>• Dolor en pieza dentaria moderado</li> <li>• Dolor de oído moderado o severo</li> <li>• Migraña agravada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cualquier origen y tiempo de evolución, sin compromiso del estado general del paciente</li> <li>• Refriado común y dolor de garganta</li> <li>• Diarrea en mayor de 5 años sin deshidratación</li> <li>• Síntomas crónicos que hayan aumentado sin compromiso hemodinámica.</li> <li>• Malestar sin fiebre, sin antecedentes de golpes ni alteraciones de signos vitales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agrieras</li> </ul> </li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Desaliento</li> <li>• Síntomas no especificados que produzcan desconfort en el paciente</li> <li>• Síntomas urinarios bajos, sin compromiso del estado general</li> <li>• Uñas enterradas</li> <li>• Dolor de cabeza sin signos ni compromiso neuronal</li> <li>• Ulceras en la piel de más de 5 días de evolución</li> <li>• Abscesos en regiones no vitales</li> <li>• Fiebre en mayor de 5 años sin compromiso hemodinámico ni de estado de consciencia</li> <li>• Patologías que no estén especificadas como triage I, II, III</li> </ul>

Tomado de (Hospital Santander, 2014)

## Apéndice D

## Registro Fotográfico de los entrevistados



Dr. Rafael Vera



Lcda. Lilia Quijje

## Apéndice E

## Registro fotográfico del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas



Exteriores del Área de Emergencia



Área de Triage



Área de Observación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

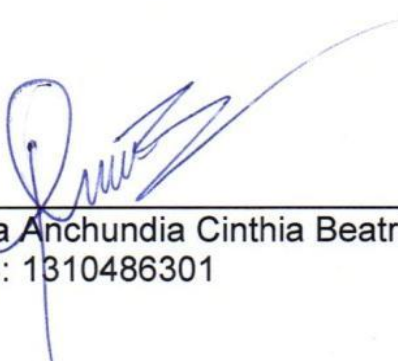
Yo, Córdova Anchundia Cinthia Beatriz, con C.C: # 1310486301 autora del trabajo de titulación: *Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que Inciden en la Demanda de Usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante Julio-Diciembre del 2014* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de mayo del 2016

f.



---

Nombre: Córdova Anchundia Cinthia Beatriz  
C.C: 1310486301



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	<i>Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que Inciden en la Demanda de Usuarios del Área de Emergencia del Hospital Básico Playas durante Julio-Diciembre del 2014.</i>		
<b>AUTORA</b>	Córdova Anchundia, Cinthia Beatriz		
<b>REVISORA</b>	Gutiérrez Candela, Glenda Mariana		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	31 de Mayo de 2016	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	78
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Sistemas de Salud, Gestión en Red, Subsistema de Referencias, Diagnóstico Situacional del Área de Emergencia, demanda		
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Subsistema, demanda, emergencia, autoreferencia, idiosincrasia, niveles.		

**RESUMEN/ABSTRACT**

Se realizó una evaluación del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud y los factores que inciden en la demanda del Área de Emergencia del Hospital Playas durante el segundo semestre del 2014. El objetivo fue determinar la efectividad del Subsistema en la organización de la demanda de usuarios para evitar la saturación, sobreutilización del personal y recursos del área. Considerando que una emergencia es una situación que pone en peligro inmediato la vida, los diagnósticos que no cumplan con éste criterio no deberían ser asistidos en el Segundo Nivel de Atención; sin embargo cada día son más los pacientes autoreferidos que no ameritan dicho servicio. El estudio es de tipo no experimental, descriptivo, transversal, con un enfoque mixto. La muestra es la población asignada para el año 2014 del Distrito 09D22 PLAYAS, cuyo universo corresponde a 46300 personas, utilizando como procedimiento de muestreo el netquest, obteniendo una muestra probabilística de 381 personas. Se atendieron 26117 usuarios, determinando que el 99% de las atenciones fueron autoreferencias, no debidas al desconocimiento, pues el 86% afirmó que para ingresar al Sistema Nacional de Salud debe necesariamente atenderse en un Centro de Salud. El 70% afirmó dirigirse inmediatamente a la emergencia, siendo las principales causas: fiebre en el 59,1% y diarrea en el 15,7%; demostrando que es la idiosincrasia y la subjetividad de la población que al considerar que cualquier sintomatología es una emergencia no sigue el órgano regular y acude directamente a la emergencia hospitalaria.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0967994522	E-mail: cinthia_2687@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen	
	<b>Teléfono:</b> +593-9-42206950 / 0999617854	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec">maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec</a>	

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	