

**INSTITUTO CENTROAMERICANO
DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



**PROGRAMA DE POSTGRADO EN
GERENCIA DE LA SALUD**

***EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA 2007
SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA***

GUILLERMO E. PORRAS MORALES

**San José, Costa Rica
Junio - 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MSc. José Pablo Gonzáles Rojas
Presidente del tribunal

Juan Carlos Beckles Araya
Director de Tesina

Harys Regidor Barboza
Examinador designado

Guillermo E. Porrás Morales
Sustentante

Agradecimientos

A mis compañeros del Servicio por su apoyo,

A los funcionarios del hospital por su cooperación

A las autoridades institucionales por permitirme realizar esta especialidad

Dedicatoria

**A mi familia por su paciencia
y comprensión**

Resumen Ejecutivo

El estudio fue realizado en el Hospital San Rafael de Alajuela, en el Servicio de Emergencias, con el fin de evaluar el cumplimiento del Plan de Mejora, elaborado en julio de 2007. El objetivo primordial del mismo, fue analizar la problemática de urgencias en relación a la poca disponibilidad de las camillas y camas, que ocasionaba retardo en la entrega de las camillas de transporte a los funcionarios de la Cruz Roja. Se analizó la información obtenida de fuentes estadística del hospital, durante los años 2005, 2006 y 2007. Concluyendo que el cuello de botella que origina el congestionamiento del Servicio, obedece a la poca capacidad de internamiento de los pacientes que se encuentra en este, provocando estancias prolongadas, con índices de ocupación altos en urgencias. Se recomienda analizar los procesos en las secciones de medicina y cirugía, con el fin de disminuir los días de estancia, aumentar el número de egresos y mejorar así la fluidez de los pacientes a los salones. Se propone que para disminuir la estancia de los pacientes con problemas quirúrgicos en el Servicio, es necesario habilitar una sala de operaciones en el segundo turno, lo que mejoraría la disponibilidad de camas, camillas y sobre todo aumentaría el nivel de satisfacción de los usuarios. Es necesario reforzar los servicios de laboratorio, farmacia, radiología, gastroenterología y el recurso del personal médico en emergencias, lo que contribuiría a mejorar la capacidad resolutiva, los tiempos de respuestas y el nivel de satisfacción de los pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

1.1 Identificación de la Institución.....	02
1.1.2 Antecedentes Históricos.....	03
1.1.3 Ubicación Geográfica.....	05
1.1.4 Organigrama.....	06
1.1.5 Servicios que Brinda.....	07
1.2 Justificación del Estudio.....	08
1.2.1 Resumen del Plan de Mejora del Servicio de Emergencias.....	09
1.3 Objetivos del Estudio.....	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 Alcances.....	14
1.5 Limitaciones.....	14

CAPITULO II

2. Marco Teórico.....	15
2.1 Marco Teórico Conceptual.....	16

CAPITULO III

3. Metodología.....	19
3.1 Marco Metodológico.....	20
3.2 Operacionalización.....	22

CAPITULO IV

4 Diagnóstico.....	23
4.1 FODA.....	30
4.2 Situación Actual.....	33
4.3 Diagrama de Procesos.....	35
4.4 Estadísticas del Servicio de Emergencias.....	38
4.5 Análisis del Ciclo de Servicio.....	51
4.6 Identificación de Momentos Críticos de Verdad.....	52
4.7 Diagrama Causa-Efecto.....	53
4.8 Gráfico de Pareto.....	56
4.5 Estudio de estancia de los pacientes en emergencias.....	57

CAPITULO V

Propuestas	70
------------------	-----------

CAPITULO VI

Conclusiones.....	83
-------------------	-----------

CAPITULO VI

Recomendaciones.....	89
----------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	93
---------------------------	-----------

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA

Misión

Ser un Centro Hospitalario líder en el campo de la prestación de servicios de salud, docencia e investigación, con un equipo humano comprometido con la calidad y el servicio al usuario, con enfoques y tecnologías innovadoras en continua evolución, garante de una gestión eficaz y eficiente.

Visión

Suministrar servicios de atención integral en salud al individuo, a la familia y a la población Alajuelense, con el fin de atender las necesidades de salud con eficiencia y equidad.

1.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fue en la sesión del 1º de junio de 1882 en la cual la Municipalidad del Cantón Central de Alajuela tomó el acuerdo de fundar un hospital y facultó al Gobernador de la Provincia, don Melchor Cañas, para que valiéndose de los medios a su alcance, llevara a cabo tal deseo. El 06 de octubre de 1882 el Presidente de la República, General Próspero Fernández, por medio de la Secretaría de Justicia y Beneficencia, dirigió una nota al gobernador Cañas, autorizándolo para que nombrara una Junta de Caridad, la cual debía formar los estatutos del Hospital San Rafael de Alajuela, tomando como base el Hospital de la Ciudad de San José. El 14 de enero de 1883, el Presidente Fernández y los Secretarios de Estado en los Despachos de Fomento y Hacienda, Víctor Guardia y Bernardo Soto, respectivamente, promulgaron un decreto ejecutivo referente a la inauguración oficial del citado hospital, acto que se fijó para el 24 de Octubre del mismo año, en una ceremonia que alcanzó características cívicas y populares inolvidables para los alajuelenses de ese entonces. Fue así como nació el Hospital en una casa propiedad del señor Ramón González y el personal con que contaba era un médico, una enfermera y un portero.

El Hospital San Rafael de Alajuela fue inaugurado el 24 de octubre de 1883 y desde esa fecha ha venido brindando sus servicios a la comunidad alajuelense.

El 12 de mayo de 1905, el Presidente Ascensión Esquivel inauguró oficialmente la planta física en la que hasta hace unos años se ubicó el Hospital San Rafael de Alajuela, la cual contaba con tres pabellones y la cocina. Aunque el Hospital San Rafael de Alajuela estuvo bajo la tutela de la Junta de Protección Social de Alajuela por 93 años, el 09 de setiembre de

1975 se acordó el traspaso a la C.C.S.S., el cual se hizo efectivo el 15 de enero de 1976.

Desde hace tiempo atrás se tenía el proyecto de construir un nuevo Hospital San Rafael de Alajuela, en un terreno de 81.482,78 metros cuadrados de los que se utilizaron un total de 31.465,00 metros cuadrados para la construcción del inmueble, estimándose una inversión de 36.744.162,4 millones de dólares.

Sin embargo, durante el desarrollo del proyecto se vio la necesidad de dotar a la ciudad de un hospital regional del sector público con visión a futuro, por lo que la construcción pronto fue convertida en un moderno edificio. El 4 de Octubre del 2004, el nuevo Hospital San Rafael de Alajuela inició sus actividades en beneficio de la comunidad Alajuelense y de todo el País, convirtiéndose en uno de los centros hospitalarios más modernos, ya que en su diseño y construcción, así como en su equipamiento se tomaron en cuenta las técnicas más avanzadas de otros países.

1.1.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

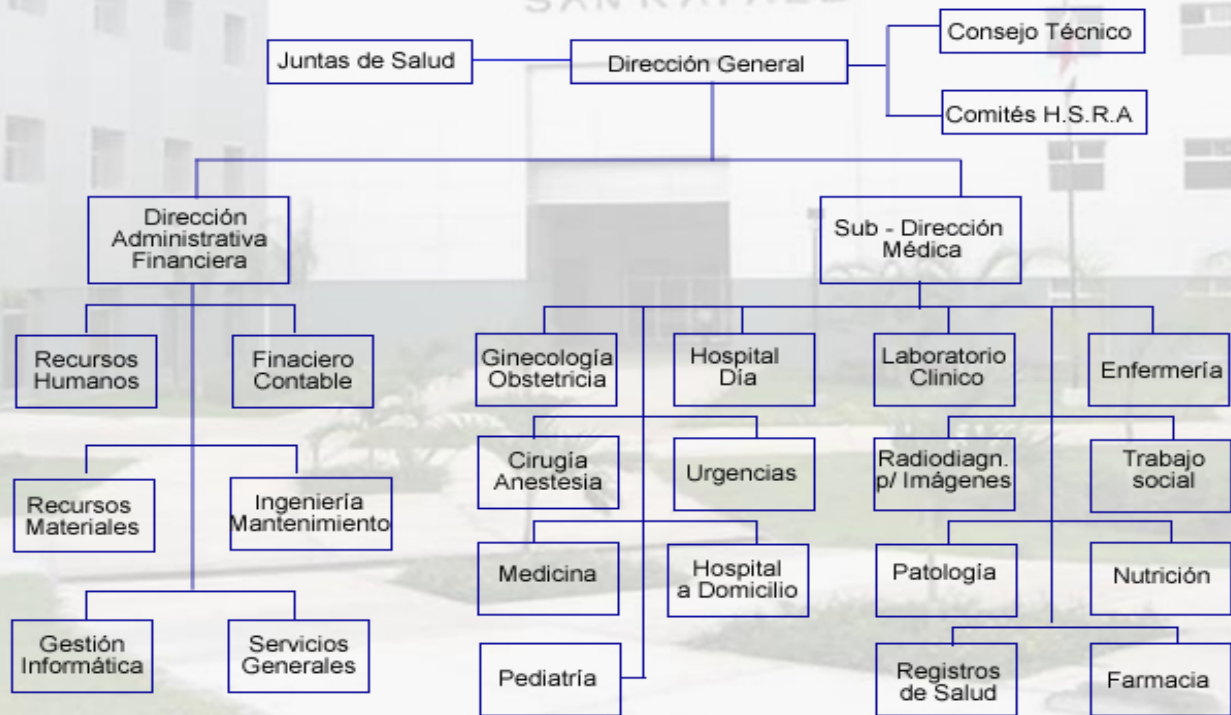
El Hospital San Rafael de Alajuela, es un hospital regional, ubicado en la provincia de Alajuela, en el Cantón central, distrito primero, frente al Mall Internacional.



Fotografía: Vista área del Hospital San Rafael de Alajuela



CCSS
HOSPITAL
SAN RAFAEL



1.1.5 SERVICIOS QUE BRINDA

Servicios Hospitalarios

El Hospital San Rafael de Alajuela es una institución pública de altas especialidades médicas que cuenta con la mejor infraestructura científica y tecnológica, tanto para diagnóstico como en tratamiento y rehabilitación; cubre las ramas de la medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, emergencias entre otras. En el área de hospitalizados cuenta con 310 camas.

Dispone de los Servicios Clínicos de: Pediatría, Anestesia. Cirugía. Ginecología-Obstetricia. Emergencias, Medicina Interna, Rehabilitación, Unidad de Cuidados Intensivos y Trabajo Social.

Tiene los siguientes Servicios de Apoyo: Laboratorio, Imagenología, Farmacia, Administrativos, Contraloría de Servicios y otros.

Le corresponde dar cobertura a una población de 629.976 personas (entre población directa e indirecta, incluye a los privados de libertad y la población flotante). Datos actualizados a marzo del 2008.

El Servicio de Emergencias atiende en promedio 10.000 pacientes por mes.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a las quejas constantes del personal de la Cruz Roja de Alajuela por el tiempo prolongado que debían esperar las ambulancias estacionadas en el parqueo del Servicio de Emergencias por sus camillas de traslados, se le instruye por parte de las autoridades superiores, tanto a nivel central como regional, al Director General de este centro, para que se analice la situación y se busquen soluciones viables para mejorar el tiempo de respuesta por parte del personal hospitalario, con el fin de regresar con prontitud las camillas de traslados, ya que esto causaba retraso en la atención de otros servicios que necesitaban brindar a la comunidad . Se plantea la hipótesis que el origen de esta condición se debe a la limitada capacidad resolutive del personal del Servicio, lo cual ha conllevado a considerar otros tópicos en relación al funcionamiento de este como son: hacinamiento, tiempo de espera prolongada para ser internados (días), falta de camas, camillas y sillas de rueda.

Por tal motivo se conforma una comisión de cuatro personas, representados por: jefatura de Laboratorio, jefatura de Medicina, supervisora de Enfermería de Emergencias y jefatura a.i de Emergencias, quienes elaboran el Plan de Mejora del Servicio de Emergencias, el cual fue entregado ala dirección del HSRA el día 4 de julio del 2007. A la fecha no se ha hecho evaluación del cumplimiento de lo pactado en dicho plan. Si bien el documento del Plan de Mejora consta de 43 páginas, se presentarán los puntos relevantes allí citados, con el fin de contar con una base de información y por ende un criterio más amplio al momento de analizar la información presentada en el estudio.

1.2.1 PLAN DE MEJORA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS **HSRA 2007**

1. *Aumento de la demanda en atención de usuario sintomático en espera de internamiento / Aumento en las estancias hospitalarias*
2. *Número de camas son pocas para la demanda creciente / Revisión de propuestas de los procesos dados por la empresa Deloitte para su implementación en la sección de de medicina, cirugía y emergencias*
3. *Disponibilidad de una sala de operaciones para emergencias quirúrgicas /Dotación de recursos humanos (anestesiólogos, enfermera instrumentista y auxiliares circulantes) /Optimizar el rendimiento de las salas de operaciones*
4. *Imagen negativa del servicio de emergencias debido al hacinamiento y tiempo de espera prolongados, tanto en la revaloración de exámenes, como en la disposición de camas para ser internados*
5. *Carencia de calidez en la atención*
6. *Aumento creciente de pacientes en la consulta de emergencias*
7. *No consideración de un área para la atención de usuarios en pre-observación /Condición incomoda y deficiente durante su permanencia en el servicio*
8. *Falta de sillas de ruedas, camillas y camas*
9. *Capacidad instalada limitada*
10. *Educación a la población sobre el uso racional del servicio /Irrespeto, maltrato y agresión de los usuarios al personal*
11. *Exposición alta al riesgo de mala praxis / Incumpliendo de labores por incapacidades*
12. *Percepción de inadecuada atención por el usuario externo*
13. *Aumento en el nivel de stress por ambos usuarios (externo e interno)*

14. *Falta de recurso humano en emergencias / Sobre carga de trabajo del personal médico /Dotar al servicio de emergencias de médicos asistentes generales para el área de consultorios y de un médico especialista en emergencias o en medicina interna los fines de semana*
15. *Poca capacidad resolutive de los servicios médicos / Poco apego a normas (supervisión del cumplimiento de las misma) /Valorar si existe abuso de los servicios de apoyo por parte del personal médico del servicio*
16. *Recurso humano especializado existente con jornadas incompletas, por funcionarios de medio tiempo*
17. *Falta de compromiso para asumir la responsabilidad en la valoración de los pacientes quirúrgicos / Falta de definición en la resolución del curso clínico del paciente quirúrgico*
18. *Tiempo de respuesta prolongado en los análisis de laboratorio /Laboratorio único para todo en hospital / Capacidad tecnológica limitada para absorber la rutina y los urgentes a la vez, alejando al laboratorio de su objetivo esencial en los tiempos de respuesta /Ausencia de un laboratorio clínico dentro del área de emergencia*
19. *Estancia prolongada en espera de estudio de gabinete en pacientes con patología gastroenterológica y cardiológico (equipo de eco cardiografía en malas condiciones) / Fortalecer los servicios de cardiología y gastroenterología / Tiempo extraordinario en cardiología para agilizar los estudios tanto en observación como en hospitalización / Gastroenterología los fines de semana para definir los pacientes y así disminuir estancias y traslados a otros centros*
20. *Fortalecer los servicios de radiología. Contar con radiólogo en los tres turnos de lunes a viernes y los fines de semana*
21. *Falta de concientización de los profesionales en salud en relación a la importancia del recurso cama*
22. *Programar visita general en conjunto con jefatura de emergencia, jefatura de cirugía, ortopedista y medicina interna del servicio, con el fin de evitar las estancia prolongadas*

23. *Aumentar la capacidad de resolución en los diferentes servicios de apoyo*
24. *Disminuir las lista de espera en los servicios finales*
25. *Capacitación del personal en el manejo del estrés*

Se aprovecha esta oportunidad para incluir dentro del Plan de Mejora, aspectos relevantes del funcionamiento de emergencias, tomando en consideración el análisis de procesos elaborado por la empresa Deloitte, el cual fue puesto en funcionamiento de manera progresiva a partir de febrero del año 2006, con el fin de mejora el que hacer diario del servicio.

1.3 OBJETIVO DEL ESTUDIO

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluación del Plan de Mejora 2007 del Servicio de Emergencias del Hospital San Rafael de Alajuela

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.2.1 *Analizar los diferentes planteamientos consignados en el Plan de Mejora 2007 del Servicio de Emergencia*

1.3.2.2 *Replanteamiento del Plan Mejora, para su aplicación durante el segundo semestre del 2008*

1.3.2.3 *Determinar los logros alcanzados en el cumplimiento de los procesos planteados por la Empresa Deloitte*

1.3.2.4 *Utilizar indicadores que orienten a justificar el origen del hacinamiento y los tiempos de espera prolongados de los pacientes, para ser internados, tomando como referencia los tiempos de estancia en el servicio, diagnósticos de consulta y la complejidad de los mismos*

1.3.2.5 *Evaluar la capacidad resolutive de los médicos del servicio, basados en la complejidad diagnóstica de los pacientes atendidos, índices de mortalidad y el número de traslados realizados*

1.3.2.5 *Valorar la capacidad resolutive de los servicios finales, basada en indicadores como: estancias hospitalarias, índices de ocupación, giro cama, rendimiento de salas de operaciones, todo ello según lo pactado en el compromiso de gestión*

1.3.2.6 Considerar con el uso de los indicadores, si existe abuso por parte del personal hacia los servicios de apoyo como laboratorio y rayos X

1.3.2.7 Estudiar si se requiere reestructurar funcionalmente el personal del Servicio, para responder a las necesidades crecientes de la población

1.3.2.8 Justificar si existen necesidades de aumentar el recurso humano a nivel del Servicio de Emergencias y de ser necesario el mismo, consignar el contenido presupuestario requerido

1.3.2.9 Considerar si en las condiciones laborales actuales, el Servicio de Emergencias cuenta con la capacidad de enfrentar situaciones que sobrepasen la capacidad instalada (según lo planteado en el plan de atención de víctimas en masa)

1.4 ALCANCES

El presente estudio tuvo como alcances, buscar las posibles causas en el retardo de la entrega de las camillas al personal de la Cruz Roja de Alajuela, tomando como fuente de referencia el Plan de Mejora 2007 del Servicio de Emergencias y replantear las propuestas hechas en el mismo para ser ejecutadas en el segundo semestre del 2008.

Determinar los logros alcanzados en términos porcentuales del cumplimiento de los procesos planteados por la Empresa Deloitte.

Debido a que el Servicio de Emergencias se considera un cuello de botella, que conlleva congestión (hacinamiento), incomodidad al usuario, se desea determinar si los factores que influyen en esta condición, son de origen meramente local (del servicio), o bien dependen también del funcionamiento de los servicios finales.

1.5 LIMITACIONES

Se presentó dificultad en la recolección de los datos estadísticos, ya que mucha de la información tuvo que tabularse manualmente, ya que no fue posible obtener la misma en formato digital, debido a la existencia dentro de la red de dos programas SIIS y MEDISYS, que no son compatibles en un 100% de compatibilidad, lo cual ocasionó a que en algunos casos, los datos fueran de períodos más cortos con respecto a otros y las informaciones se contabilizaran manualmente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

El incremento poblacional ha ido acompañado de un crecimiento en el número de consultas catalogadas como no urgencia.

Ha sido una tendencia que se viene arrastrando desde hace unos cuantos años y parece perpetuarse a ritmo sostenido, en la última década, el número de consultas por guardia creció hasta en un 77% en algunos hospitales. Algunos servicios de emergencia reciben 1.170.000 consultas anuales más que en 1995. Según los especialistas, más de la mitad de esos pacientes no presenta patologías de gravedad o urgencia y podrían ser atendidos en la consulta externo. En otros países, se hace referencia de algunos centros médicos que en 1995, las guardias de los hospitales porteños recibían 1.520.314 consultas por año y en el 2005, la cifra había aumentado a 2.694.171, un nivel de incremento inédito y difícil de "digerir" para los servicios de emergencia de ese centro.

El mayor problema de esta situación, es el aumento de la consulta "banal" (la que podría atenderse al día siguiente en la consulta externa), la cual oscila entre un 40 y 50%. Esta consulta recarga a los hospitales, aumenta los costos del sistema y baja la calidad de la atención de quienes sí necesitan.

Se señalan entre los factores potenciales de este fenómeno la ubicación geográfica de la población atendida, la falta de seguro social y factores culturales, entre otros.

Esta vivencia se presentan en otros centros hospitalarios, donde hay aumento de la demandas de las atenciones, debido a que la consulta de los distintos servicios ha terminado y solo quedan funcionando los servicios de emergencias, donde más un 50% de las patologías que se atienden no son emergencias.

Según los expertos entre el 20% y 60% de las personas que consultan al

servicio de emergencias no son emergencias. El problema es que para ver a un médico en el consultorio hay que sacar turno y concertar una cita y a veces la gente no puede faltar al trabajo o hacerse espacio en la agenda y prefiere ir a emergencias, esperar e irse con el problema resuelto. Por eso mucha gente exagera el síntoma, para que le pidan estudios que forman parte del chequeo de rutina, como una radiografía o un electrocardiograma. El problema no afecta sólo al sistema público. En los servicios privados la consulta "injustificada" también es frecuente. "Tras la evaluación del paciente, en el 70% de las consultas que se dan en el servicio, obedece a problemas que no reviste severidad, pero el paciente no lo sabe hasta que consulta", dice el doctor Pablo Pratesi, jefe del Servicio de Emergencias del Hospital Austral, donde el número de consultas diarias se quintuplicó desde el

2000.

"Es que el colapso de los servicios de emergencia no es un problema de la ciudad de Buenos Aires y tampoco de la Argentina. Es un fenómeno que se repite en todo el mundo, y nadie tiene claras las causas". Algunos autores coinciden que este es un problema a nivel mundial. Los especialistas atribuyen la saturación de los servicios de emergencias, al abuso de recursos, que dicen termina disparando la gratuidad del sistema público de salud. Otros, en cambio, prefieren hablar de falta de educación y campañas públicas sobre cómo utilizar los servicios de emergencias. Muchas personas utilizan las ambulancias para pedir un certificado médico o la usan como taxi para ir al hospital. En otros países esa mala utilización es multada o cobrada al usuario.

Al incremento de las consultas y el colapso de los servicios de emergencias, se ha sumando la agresividad de los pacientes y la falta de respeto hacia el personal de salud. La gente viene muy agresiva, maltrata, grita y desconfía.

Hay una edad para laborar en los servicios de emergencias, no es para cualquier momento de la vida. Es un sector con mucha adrenalina y se toman decisiones todo el tiempo. También el personal de ambulancias y paramédicos no están libres de esta situación. Son frecuentes los casos de Burn Out (cerebro quemado o stress laboral) y han aumentado las agresiones a médicos. "El respeto por la profesión y la función cayeron mucho", asegura Juan Ferrero, jefe de Emergencias del Hospital Durand, en Argentina. El cambio cualitativo en la demanda también aporta tensión. Se documenta aumento de las pacientes víctimas de traumas domiciliarios y peleas callejeras.

Los hospitales se encuentran con una oferta de instalaciones determinadas, que frente a la creciente demanda de prestaciones de salud, podría contribuir a perpetuar la saturación de los servicios de emergencias hospitalarios.

Costa Rica no se escapa de este fenómeno, el cual se ha hecho manifiesto tanto en hospitales nacionales como regionales, donde incluso se ha tenido que cerrar las puertas al público de los Servicios de Emergencias durante horas, debido a que se ha pasado la capacidad resolutive de los mismos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MARCO METODOLÓGICO

Se utilizó para la recolección de los datos el **diseño bibliográfico**, los cuales incluyen las fuentes primarias y secundarias.

El **tipo de investigación** es: **aplicada**, ya que se realiza con el fin de aplicar en el corto plazo de las recomendaciones dadas como producto del estudio realizado. El alcance es de **tipo longitudinal**, ya que las investigaciones que se realiza para estudiar un problema en diferentes momentos. **Según su profundidad la investigación es explicativa**, pues se realiza para identificar las causas que ocasionan el fenómeno o problema. **Según su carácter la investigación es cuantitativa**, ya que se sustenta en aspectos observables y susceptibles de cuantificar, utiliza la estadística para analizar los datos recopilados.

Área de estudio: se realizó en el Hospital San Rafael de Alajuela, donde el sujeto será el Servicio de Emergencias y el objeto es evaluar el Plan de Mejora del 2007.

Población y Muestra: la población para el estudios fueron las personas atendidas en el Hospital San Rafael de Alajuela y el **tipo de muestra aleatoria**, la cual incluye tanto a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias como los pacientes hospitalizados.

El Marco de referencia del estudio estadístico fue sobre la muestra.

Las Fuentes de la Información son: primarias o directas, secundarias y terciarias.

En relación a las **Variables de la Investigación serán de tipo cuantitativas** y se consideraron tanto variables independientes y dependientes. Así mismo se tendrán en consideración **dimensiones** de las mismas, ya que hay componentes significativos de algunas variables que posee una relativa autonomía. En la investigación se tomarán en cuenta los tres tipos de **definiciones:** conceptual (vocabulario apropiado), operacional

(utilizando indicadores que permitan conocer el comportamiento de las variables), e instrumental (determinación de los procedimientos que se utilizaron para recopilar los datos en la investigación).

3.2 OPERACIONALIZACIÓN

Objetivos específicos	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
<i>Evaluar el cumplimiento del Plan de Mejora</i>	<i>Cumplimiento del Plan de mejora</i>	<i>Porcentaje de cumplimiento</i>	<i>Ejecución del Plan de Mejora</i>	<i>Congestionamiento del Servicio Emergencias.</i>	<i>Producción hospitalaria</i>	<i>Se analizarán los índices hospitalarios</i>
<i>Replanteamiento del Plan Mejora para su potencial ejecución en el año 2008</i>	<i>Presentar nuevas propuestas basados en el análisis de los indicadores presentados</i>	<i>Análisis de las nuevas propuestas</i>	<i>Inicio de ejecución de las mismas en un corto período</i>	<i>Mejorar la calidad del servicio brindado</i>	<i>Análisis de flujo del servicio</i>	<i>Índices de estancia / capacidad de internamiento</i>
<i>Determinar los logros alcanzados de los procesos de la Empresa Deloitte</i>	<i>Cumplimiento de Procesos</i>	<i>Porcentaje de cumplimiento</i>	<i>Aplicación de los procesos</i>	<i>Mejora en el funcionamiento del servicio</i>	<i>Sistema de clasificación</i>	<i>Análisis de los tipos de atención según colores</i>
<i>Justificar el origen del hacinamiento en el Servicio de Emergencia</i>	<i>Tiempo de estancia por especialidades de los pacientes en el servicio de emergencias</i>	<i>Estancia de los pacientes</i>	<i>Días de estancia</i>	<i>Saturación del servicio</i>	<i>Movilización de los pacientes en el servicio de emergencias</i>	<i>Índices de ocupación y movilización de pacientes</i>
<i>Medir la capacidad resolutive de los servicios finales</i>	<i>Comportamiento anual según lo pactado en el PAO</i>	<i>Cumplimiento de lo pactado</i>	<i>Utilización de camas de pacientes hospitalizados</i>	<i>Estancias prolongadas / sub-utilización de salas de operaciones</i>	<i>Producción por servicios</i>	<i>Cumplimiento de parámetros según lo pactado en el PAO</i>
<i>Analizar si existe mala utilización de los servicios de apoyo</i>	<i>Cantidad de solicitudes y estudios realizados</i>	<i>Evaluar si existe mala utilización de estos recursos</i>	<i>Cantidad de estudios solicitados</i>	<i>Optimizar los recursos y tiempo de respuesta de los servicios de apoyo</i>	<i>Producción de los servicios de apoyo</i>	<i>Índices de utilización en relación al total de consultas</i>
<i>Necesidad de recurso humano en Emergencias</i>	<i>Número de pacientes atendidos</i>	<i>Cantidad de médicos por turnos</i>	<i>Pacientes atendidos por turnos</i>	<i>Sobrecarga de trabajo de los médicos</i>	<i>Número de atenciones y diagnósticos pacientes</i>	<i>Atenciones / número de médicos por turnos</i>

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO

El Hospital de Alajuela se cataloga tipo Regional o Clase B, el cual tiene la responsabilidad de brindar la atención a la siguiente población (actualizado a marzo del 2008):

➤ Población directa	336.095
➤ (Cantones de Alajuela Centro, San Pedro de Poás, Atenas)	
➤ Población indirecta	269.965
(San Ramón, Grecia, Naranjo, Alfaro Ruiz, Valverde Vega)	
➤ Privados de libertad	3.916
(Centro de atención institucional La reforma 2.080, San Rafael 725, Gerardo Rodríguez 941, Adulto mayor 160)	
➤ Población flotante *	20.000
❖ TOTAL	629.976
❖	
Consultas promedio en el Ser. Emergencias:	10.000 pts/mes

**Población flotante: se refiere a las personas que no son del área de atracción del hospital y en su mayoría por motivo de trabajo se desplazan a esta provincia y cuando requieren atención médica asistencial por algún motivo de salud, se ven en la necesidad de acudir a este centro hospitalario.*

El Hospital cuenta con la siguiente distribución de camas:

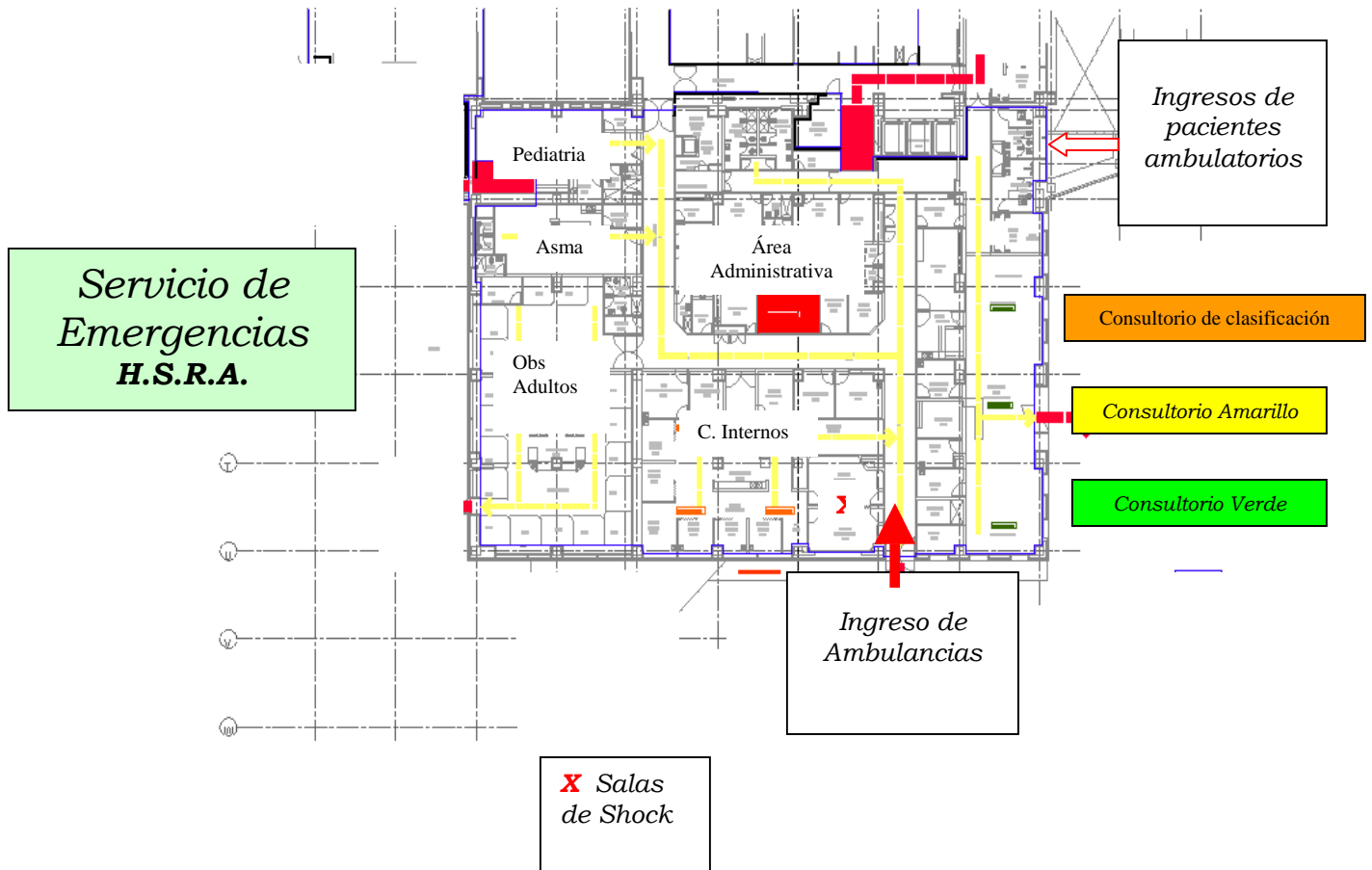
HOSPITALIZACIÓN:	CAMAS
<i>Módulo de Ginecología</i>	<i>29</i>
<i>Módulo de Obstetricia</i>	<i>36</i>
<i>Módulo de Pediatría</i>	<i>33</i>
<i>Módulo de Neonatología</i>	<i>18</i>
<i>Cirugía (incluye 12 de E. Qx)</i>	<i>72</i>
<i>Medicina (incluye 8 de UCI)</i>	<i>72</i>

De las 310 camas disponibles son están habilitadas 238, lo cual representa una capacidad funcional de del 73.5%. (72 camas sin utilizar).

Este centro hospitalario cuenta con 1100 funcionarios distribuidos en diferentes áreas operativas

El Servicio de Emergencias tiene una extensión de 1.976 metros cuadrados y se distribuye de la siguiente manera:

**DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**



Cuenta con un área de recepción de pacientes (plataforma de servicio), tres consultorios externos (clasificación, amarillo y verde), dos salas de atención de agudos (salas de shock), siete consultorios internos (se ubican tres pacientes cada uno y dos de los cuales reciben a cuatro), para una capacidad de 21 pacientes, se cuentan con 13 sillas para suero terapia, un consultorio para pacientes gineco – obstétricas, un cubículo de cirugía menor (con dos camillas), un cubículo de ortopedia, además contamos con

observación de adultos (diez y ocho camas), observación pediátrica (con ocho camas) e inhala terapia (con diez y seis espacios).

Para brindar atención a los usuarios del Servicio de Emergencias contamos con personal paramédico y médico, que se consigna a continuación:

En lo que respecta al personal médico se distribuye de la siguiente manera:

↳ De 7am a 4pm

2 médicos especialistas en medicina interna (uno cubren consultorios interno y otro observación)

5 médicos asistentes generales (dos en consultorios externos y dos en consultorios internos y uno en cirugía e inhala terapia)

➤ De 2:30pm a 10pm

Tres médicos asistentes generales (uno para consultorio verde y otros en consultorios internos)

➤ De 4pm a 7am

Salen los médicos que ingresaron en de 7am a 4pm e ingresan a laborar dos médicos especialista en emergencias (uno en consultorios y otro en observación, el médico especialista de consultorios labora hasta las 10pm). Como parte del equipo ingresan a laborar tres médicos asistentes generales, los cuales se distribuyen el trabajo con los que ingresaron a las 2:30pm, para distribuirse tres en consultorios externos y dos en consultorios internos y uno que cubre cirugía e inhala terapia y apoya pediatría en caso de emergencia. A las 10pm salen los tres médicos asistentes generales que ingresaron a las 2:30pm y uno de los médicos asistentes generales que ingreso a las 4pm, pero simultáneamente entran a laborar dos médicos asistentes generales de 10pm a 7am, de tal manera que de 10pm a 7am se encuentran laborando: un médico especialistas en emergencias y cuatro médicos asistentes generales.

El Servicio de Emergencias cuenta con una jornada laboral no tradicional, lo cual significa que cuenta con cuatro grupos fijos que laboran cada cuatro días, conformado por un médico especialista y tres médicos asistentes generales, que son los que ingresan de 4pm a 7am de lunes a jueves y los días viernes de 3pm a 7am (pero para efecto de horas laborales uno los G-1, sale a las 10pm).

Los sábados, domingos y feriados los grupos de la jornada acumulativa labora de 7am a 7am, acompañados con tres médicos de refuerzos (uno que labora 24 horas, otro 15 horas (7am a 10pm) y otro de 12 horas (10am a 10pm).

Funcionalmente el Servicio, cuenta con el apoyo de un médico asistente general exclusivo para atender el consultorio de gineco-obstetricia de lunes a viernes de 7am a 8pm. Este médico depende administrativamente del servicio de gineco-obstetricia. Sábados, domingos y feriados no contamos con este recurso.

Los médicos del servicio de pediatría se hacen cargo de observación pediátrica (no tienen permanencia estricta, sino no lo hacen en forma de rondas, para lo cual hay un rol establecido), reciben el apoyo inicial de los médicos asistentes generales del servicio en caso de alguna emergencia en dicho departamento. Sin embargo con regularidad se debe desplazar el medico G-1 a valorar casos no complicados con el fin de egresar a los usuarios.

Contamos con cirujano general en los tres turnos, el cual se encarga de atender las emergencias, valorar, dar seguimiento a los pacientes quirúrgicos y decidir la conducta final. Se hace la salvedad que dichos galenos no están en permanencia en el Servicio, su función lo hacen de acuerdo a un rol de cobertura, o bien cuando se les llama. De lunes a viernes de 3pm a 7am, solo queda un cirujano para todo el hospital. Los sub-especialidades del área quirúrgicas valoran pacientes solo de 7am a 3pm, después de esta hora siguen a cargo del cirujano general. De lunes a

viernes de 3pm a 7am, los sábados, domingos y feriados, no se cuentan con las sub-especialidades y de ser necesario el médico cirujano de turno, envía los pacientes a los centros de referencia. Solo los sábados, domingos y feriados, se cuenta con dos cirujanos (uno para dar cobertura en emergencias y otro en salones)

Tenemos un médico psiquiatra que brinda la atención de los pacientes de lunes a viernes de 1pm a 3pm.

En lo que respecta al personal de enfermería se distribuye de la siguiente manera:

En el turno de 6am - 2pm y de 2pm a 10 pm, se cuenta con cinco enfermeras (una en observación de adultos, otra en observación de niños y asma, una para camillas, una para sillas y una coordinadora, que cubre la sala de shock) y en el turno de 10pm a 6am se disminuye en número a cuatro enfermeras.

Hay nueve auxiliares de enfermería en los tres turnos y cinco asistentes de pacientes. Se cuenta también con dos secretarias por turno (una para consultorio y otra para observación).

Existe una jefatura médica y una supervisora de enfermería en el servicio, con horario de 7am a 4pm de lunes a viernes.

Durante los horas no hábiles el médico especialistas en emergencias queda responsable de la parte administrativa del servicio y en condición de director del hospital.

4.1 FODA

Se tiene como finalidad entre los objetivos estratégicos en la atención del paciente en el Servicio de Emergencias, brindar una consulta con satisfacción, evitando o previniendo errores, tomando decisiones correctas y mejorar la calidad del servicio brindado al optimizar la gestión y elevar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios. Por tal motivo se procedió a realizar un **Análisis FODA**, que nos permita hacer un diagnóstico y pronóstico de la situación de nuestra área de trabajo, con el fin de que nos sirva de base para tomar decisiones estratégicas y operativas:

FORTALEZAS: las que nos permiten tener un mayor sentido de los elementos que pueden servirnos de apoyo e impulso para lograr los objetivos. Entre ellos tenemos:

- Calidad y calidez en la atención
- Infraestructura cómoda (pero con defectos de distribución y estructurales), adecuada tanto para atención del paciente y en la sala de espera de los acompañantes
- Climatización adecuada (aire acondicionado)
- Apoyo de la Dirección General, la Sub- dirección, Asistente de la dirección y la Administración General
- Contenido presupuestario
- Equipamiento apropiado
- Resolución de patologías de alta complejidad, debido a que se cuenta con la mayoría de las especialidades en el Hospital (en horas hábiles)
- Personal calificado
- Procesos documentados e implementados
- Red de comunicación adecuada (teléfono, fax, radio)
- Servicio computarizado
- Tiempo de respuesta aceptable de los servicios de apoyo

OPORTUNIDADES: las circunstancias y acontecimientos que favorecen el logro de nuestros objetivos, entre los cuales se encuentran:

- Reuniones frecuentes con el personal Médico y la Jefatura, así mismo con la Supervisión de Enfermería y personal de enfermería
- Asistencia a consejos técnicos
- Coordinación y apoyo de Asociaciones y Junta de Salud
- Colaboración económica de la Asociación Pro-hospital para necesidades de equipamiento y otros en el servicio
- Oportunidad de capacitación administrativa

DEBILIDADES: entre los elementos encontrados que deben ser reforzados tenemos:

- Sistemas informáticos no optimizados o no implementados
- Debilidad en supervisión por parte de las Autoridades Superiores en los diferentes Servicios que directamente afectan a Emergencias (Cirugía y Medicina)
- Estancias prolongadas en los Servicios de Cirugía y Medicina
- Ausencia de rendición de cuentas por parte de los Servicios Finales, con el fin de realizar tomas de decisiones que afectan la gestión
- Ausencia de Especialistas fijos en el Servicio de emergencias

AMENAZAS: son los elementos que disminuyen la probabilidad de alcanzar los resultados deseados:

- Servicio local de laboratorio sin funcionar
- Servicio de farmacia sin cobertura las 24 horas del día
- Falta de radiólogo fines de semana y feriados para resolución de casos.

- *Falta de sala de operaciones exclusiva para segundo turno, para resolución de casos de pacientes en espera de cirugía en el Servicio de Emergencias.*
- *Falta de gastroenterólogo, bajo la modalidad de disponibilidad para resolución de casos para evitar traslados.*
- *Falta de recurso humano (personal médico) en el Servicio para brindar una atención oportuna a los usuarios: 1 médico general para sustituir una plaza prestada de cirugía general, 1 y ½ plaza de médico general para cobertura de consultorios de lunes a viernes, 1 médico G1 los fines de semana y 1 médico especialista (medicina interna o emergenciólogo) los sábados, domingos y feriados de 7am a 10pm.*

4.2 SITUACIÓN ACTUAL

Con el fin de dar a conocer mejor el funcionamiento del Servicio, es pertinente mencionar el comportamiento histórico del número de atenciones brindadas en los últimos años

Año	Atenciones
2000	112.303
2001	112.788
2002	114.645
2003	115.608
2004	108.943
2005	124.910
2006	115.900
2007	124.312
2008	126.000

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

El nuevo Hospital San Rafael de Alajuela inicia funciones en octubre del 2004. Tomando en consideración los datos de la tabla anterior, observamos que hay un crecimiento en el número de las atenciones brindadas en el Servicio de Emergencias. La disminución en las consultas en el 2006, obedece al año en que fue puesto en práctica la aplicación de los procesos recomendados por la empresa Deloitte, siendo uno de los puntos más álgidos de cualquier servicio de esta naturaleza la orientación y definición de los pacientes en la primer consulta, por lo que se establece en febrero del 2006 una consulta de clasificación por un médico antes de la confección de la hoja de puerta, con el fin de garantizar la prontitud de la atención de aquellos pacientes catalogados en categoría roja. Como parte de este plan se debía de evaluar los pacientes que no cumplían con criterios de consulta de emergencias y ser referidos a su clínica de atención respectiva. En la ejecución inicial de este plan no se considero el registro de estos pacientes

como parte de la producción, sino hasta el mes de noviembre del 2006 en que se diseña una hoja especial para realizar dicho registro, por lo cual se reflejo una disminución en la cantidad de consultas realizadas en durante ese año. Este desfase para efectos médico legal y desde el punto de vista de producción fue corregido para el año 2007.

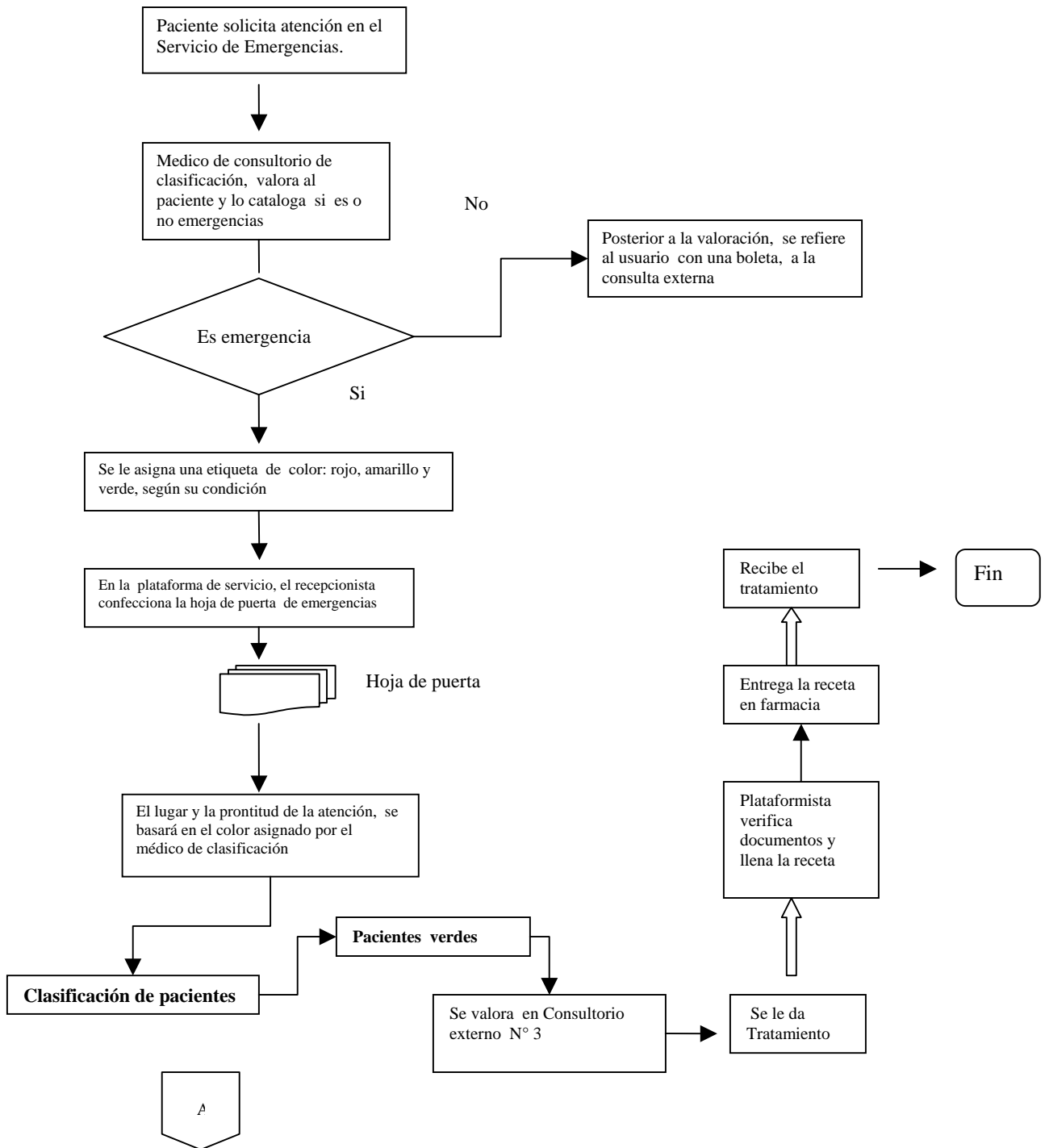
El proceso de la atención de los usuarios, inicia con el ingreso del paciente, el cual puede hacerlo por la puerta principal (ambulatoriamente) o por la puerta de las ambulancias, el paciente es valorado por el medico del consultorio de clasificación, el cual le entrega un sticker o etiqueta de color rojo, amarillo o verde según la condición de problema. Con el sticker el paciente pasa a la plataforma de servicio para que se le confeccione hoja de puerta y procede a ser atendido por el medico. Si se le asigna la etiqueta de color verde, se considera que estos pacientes no tienen prioridad en la atención y son vistos en el consultorio N° tres, donde se le valora formalmente, se le receta y se le egresa. Cuando su categoría es amarilla, son visto en el consultorio N° dos, tienen una atención más prioritaria en tiempo, aquí se solicitan estudios complementarios si así lo requieren, para su revaloración (laboratorio o rayos X), y tomar una decisión del caso, como lo son: egreso, pasar a consultorios internos (para ver evolución o aplicación de tratamiento) y revaloración posterior o requieran una valoración por especialista, o bien por su condición, requiera ser internado, por lo que se debe quedar en esta área en espera de cupo para ser ingresado.

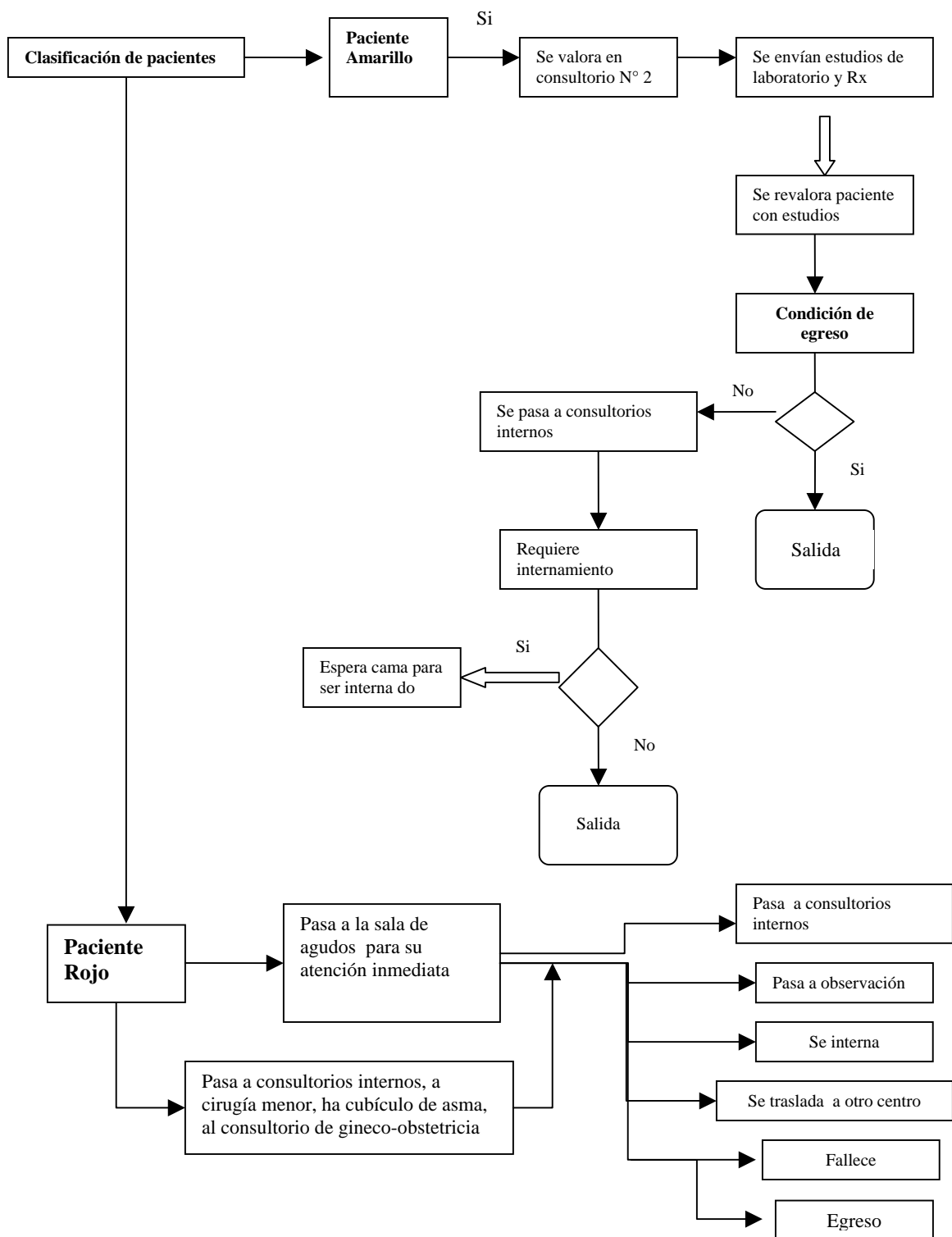
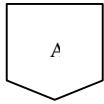
Si su categoría es roja y según su diagnóstico, puede pasar a: consultorios internos, a cirugía menor, asma, al cubículo de gineco-obstetricia, o bien pasar directo a la sala de agudos. Dependiendo de condición, desde la sala de agudos puede: pasar a consultorios, a observación, internarse, trasladarse a otro centro hospitalario o si fallece se traslada a la morgue del hospital.

A continuación se presenta de manera gráfica la dinámica del servicio a través de diagrama de procesos.

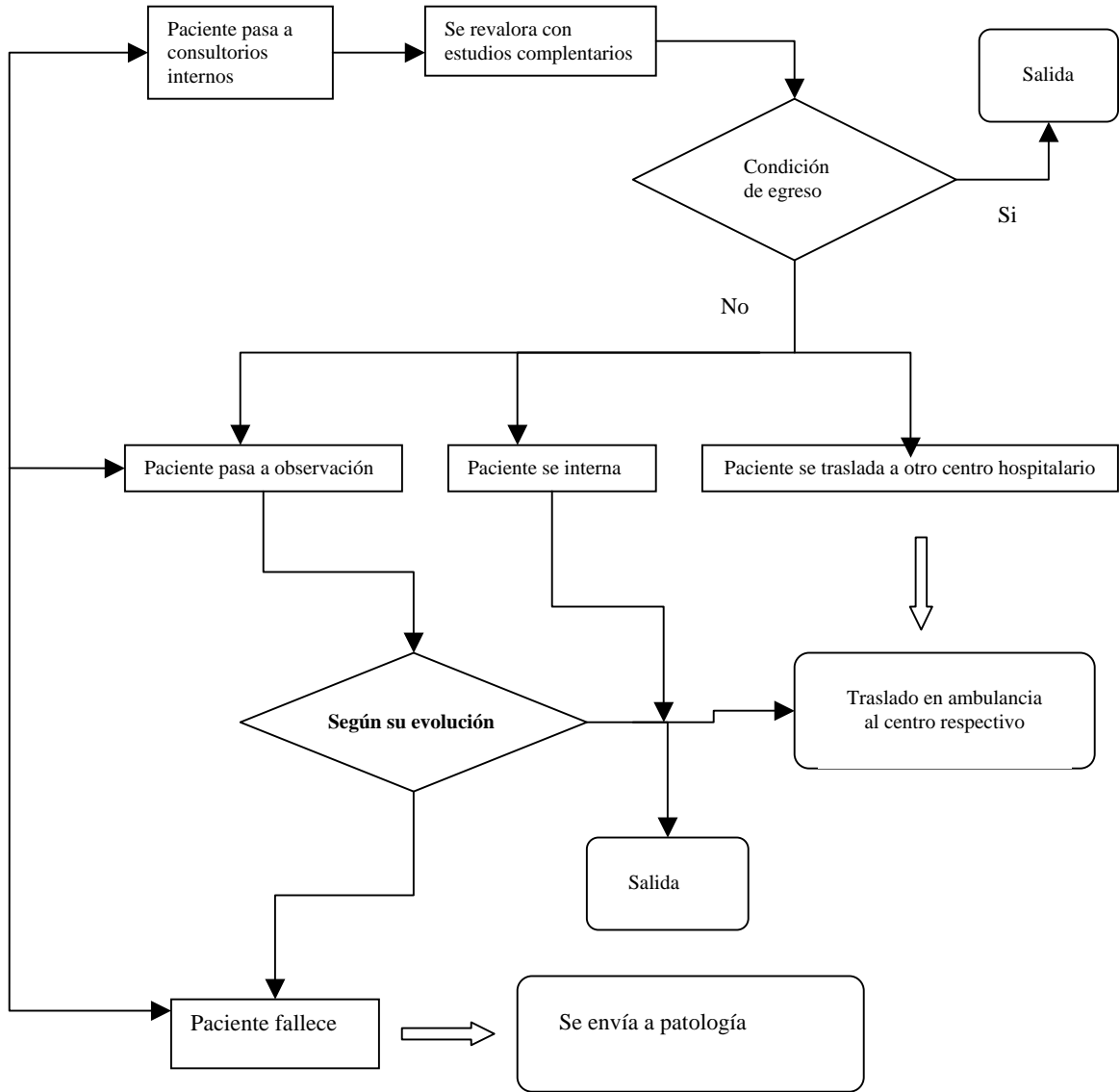
4.3 DIAGRAMA DE PROCESOS

Proceso: Atención del usuario en el Servicio de Emergencias del HSRA según la clasificación por colores





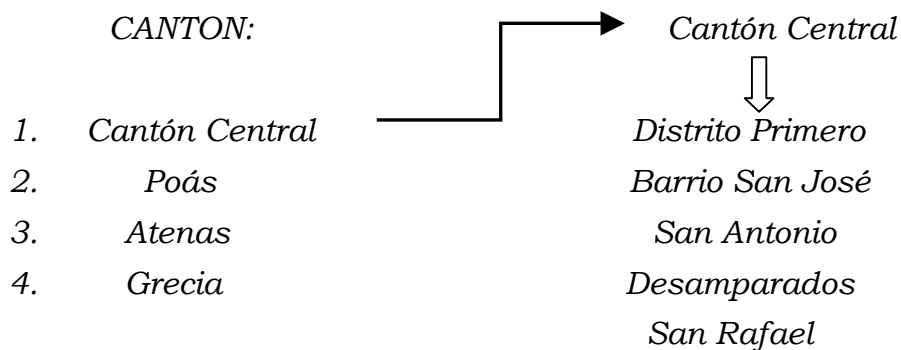
A



4.4 ESTADÍSTICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se documenta los lugares de procedencia de los usuarios que consultaron al en el Servicio de Emergencias durante el 2007, (lo cual mantiene el mismo comportamiento histórico de los últimos años):

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA 2007

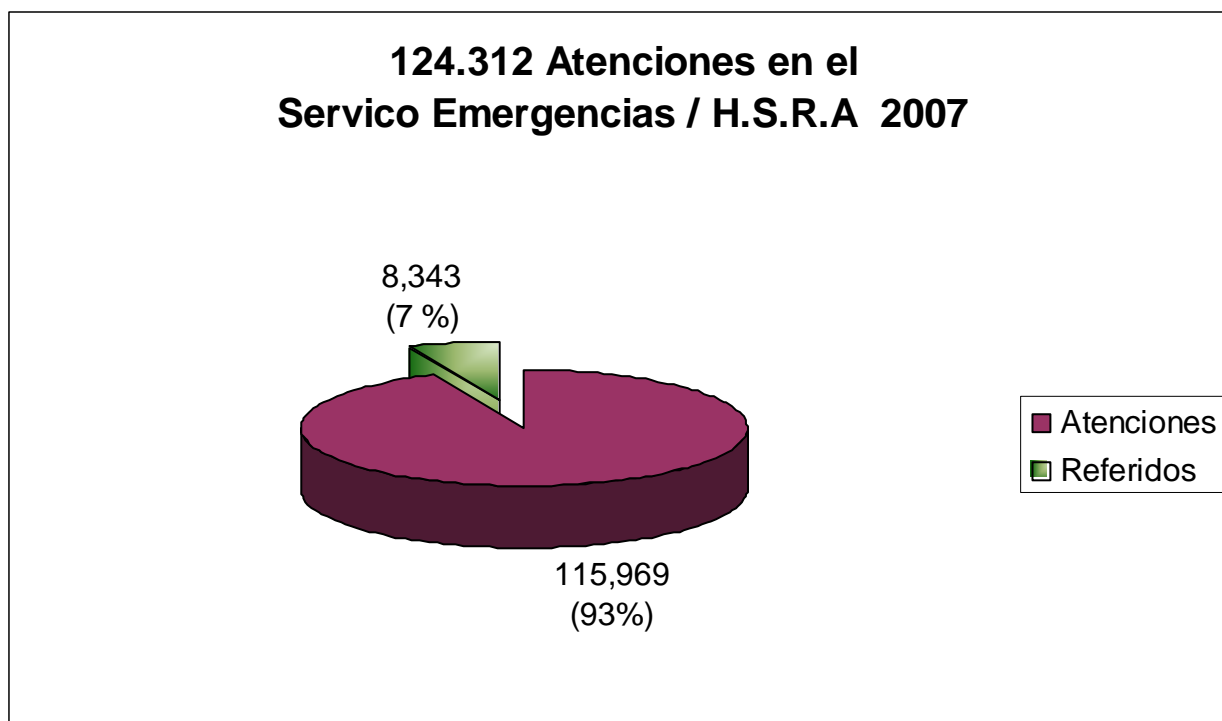


Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Observamos como la población que consulta a nuestro centro hospitalario, corresponde principalmente a la provincia de Alajuela, ocupando el primer lugar de procedencia las personas del Cantón Central (donde el distrito primero, el Barrio San José, ocupan los primeros lugares), seguidos de los cantones de Poás, Atenas y Grecia.

Durante el 2007 se brindaron en el Servicio 124.312 atenciones. Basados en el nuevo sistema de clasificación, nos permitió orientar el 7% (8.343) de los pacientes a las clínicas de apoyo, es decir pacientes que se valoran en el consultorio de clasificación y que no cumplían criterios para ser atendidos en el servicio de emergencias, por lo que se les envía con boleta respectiva, para ser atendidos en su lugar de adscripción.

Grafico N° 1. Total de Atenciones Servicio de Emergencias. H.S.R.A / Pacientes referidos a la consulta externa



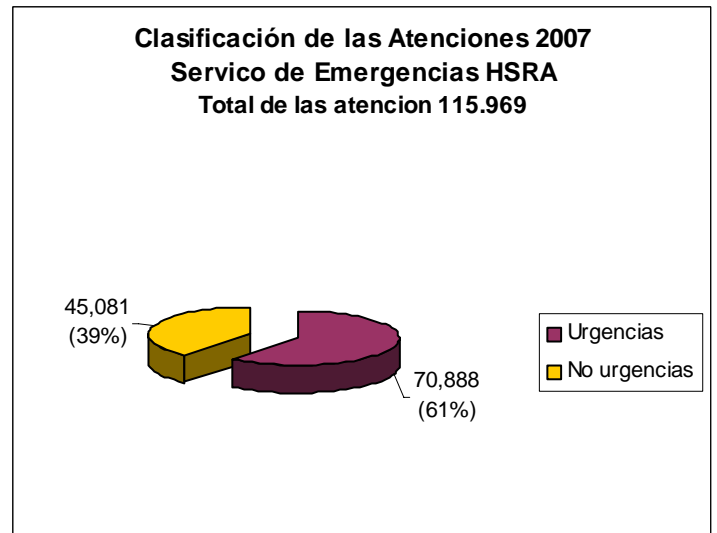
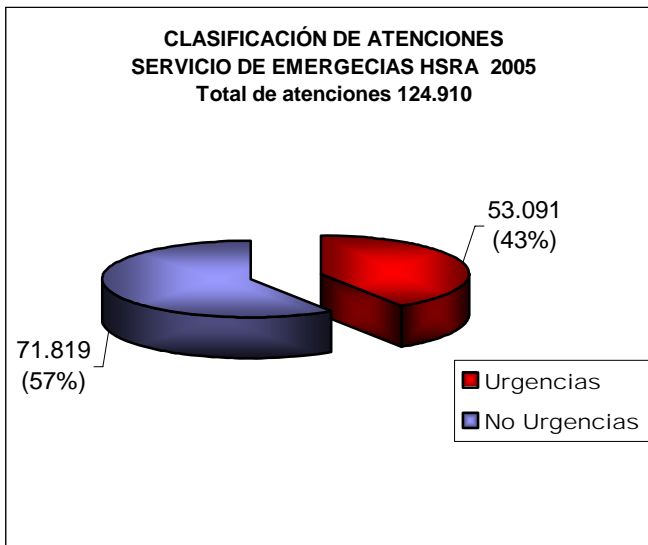
Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A

Es importante resaltar que durante el año 2006, fue un período de transición en la implementación de los procesos desarrollados por la

empresa Deloitte y se dio el error de no registrar los pacientes remitidos a la clínica, lo que se vio reflejado en el total de las atenciones para dicho año.

El sistema de clasificación recomendado por la empresa Deloitte, el cual inicia su aplicación en febrero del 2006, implementándose en un 100% en enero del 2007, nos permitió seleccionar mejor el tipo de paciente que requería ser atendido en nuestro centro hospitalario, aumentado el número de consultas catalogadas como emergencias en relación a las no emergencias, variando en comportamiento histórico (como lo podemos apreciar en comparación al año 2005).

Gráfico N° 2. Clasificación de las Consultas en Emergencia y no Emergencias



Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

De no haberse aplicado el sistema de clasificación, el total de atenciones hubiese sido de 124.312 pacientes, lo cual permitió tener un impacto positivo desde el punto de vista de costos, de capacidad de atención y tiempo de respuesta, en la prestación de servicio de aquellos usuarios que lo requerían.

Siendo el H.S.R.A., el primer hospital del país en establecer el nuevo modelo de clasificación, pretende ser ente multiplicador en la aplicación del mismo a los demás centros hospitalario nacional, con el fin de mejorar los sistemas de clasificación ya existentes. Nos encontramos con recursos limitados, que enfrentan una creciente demanda en la prestación de servicios de salud, que podría contribuir a perpetuar la saturación de los servicios de emergencias. Este aumento de la consulta clasificada como no emergencia, aumenta los costos del sistema y pueden afectar la calidad de la atención de quienes sí lo necesitan. Como parte del sistema de clasificación, se incluye los pacientes catalogados como rojo, amarillo y verde. Esta categorización por colores desde el consultorio de clasificación, nos brinda la siguiente información:

Gráfico N° 3. Clasificación de los pacientes por colores

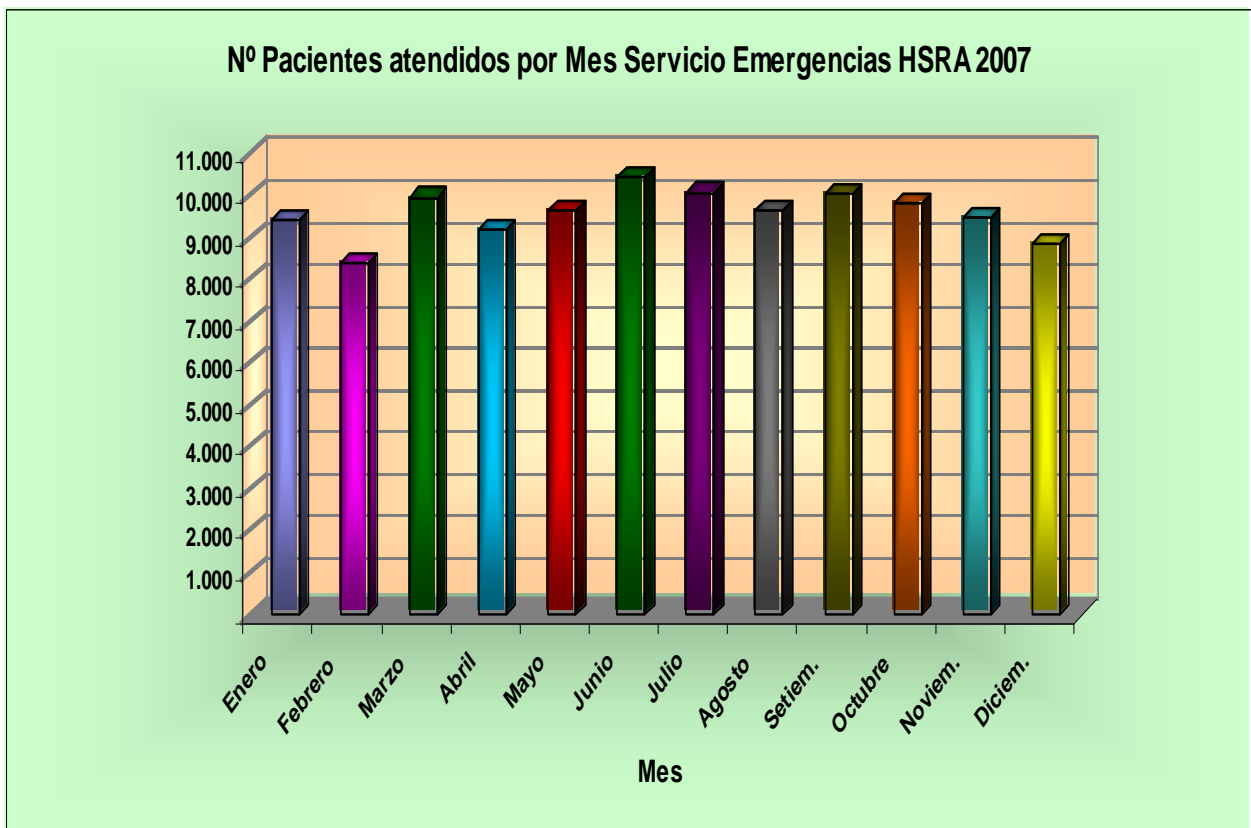


Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

El sistema de clasificación por colores, nos ha permitido dar prioridad a los pacientes catalogados con los colores rojos, enfocando nuestros esfuerzos a estos usuarios. Paralelamente se le brinda atención a los pacientes catalogados en categoría amarilla, tiendo estos prioridad sobre los catalogados como verdes.

Es importante conocer el comportamiento mensual de las atenciones, con el fin de reforzar recursos en aquellos meses de mayor demanda de consultas. Se presenta en forma gráfica el comportamiento del año 2007, el cual mantiene un comportamiento similar en los últimos años.

Gráfico N° 4. Comportamiento mensual de las atenciones en el año 2007

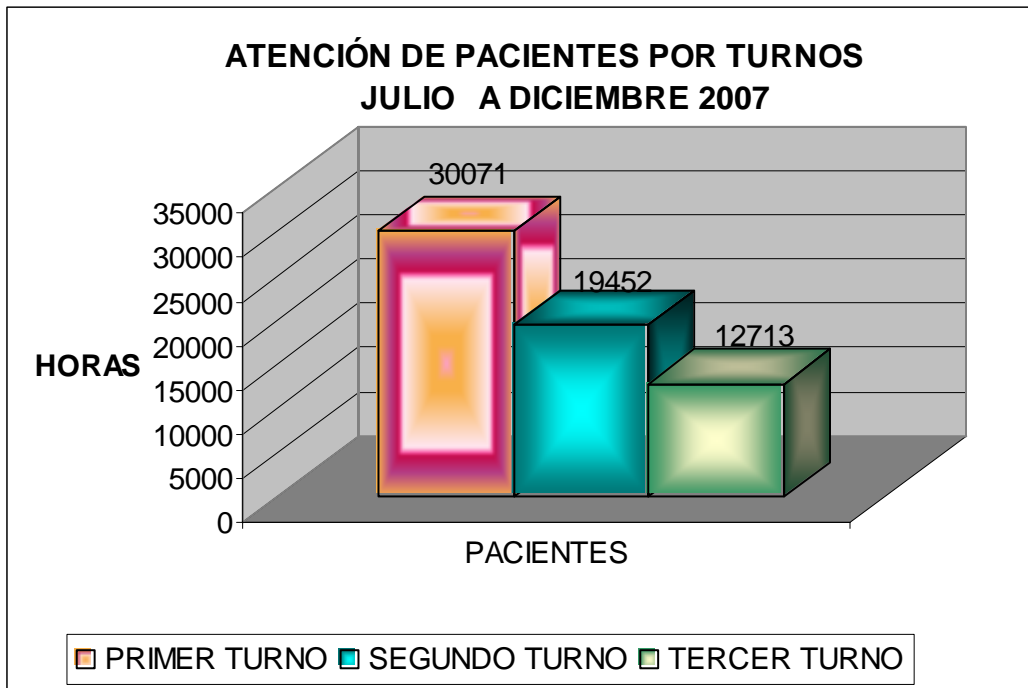


Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

En promedio de las atenciones mensuales son de 10.000 consultas, siendo los meses de marzo, junio, julio, setiembre y octubre los de mayor demanda de servicio.

Se documento además las atenciones por turnos, con el fin de evidenciar los momentos de mayor afluencia de pacientes, lo que nos muestra que el mayor número de usuarios, se presenta en el primer turno, tal como se muestra el siguiente cuadro:

Gráfico N° 5. Atenciones por turnos en el Servicio de Emergencias



Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Debemos tomar en consideración, que el trabajo es continuó, por lo que los pacientes del primer turno, que esperan resultados de los estudios complementarios serán muchas veces valorados en el segundo turno, aumentando el número real de los pacientes vistos en ese turno. Así mismo

cuando inicia el tercer turno hay un arrastre de pacientes y de revaloraciones del segundo turno.

Se han observado horas picos entre las 10am – 12md, 4pm a 6pm y 10pm a 12mn, momentos en que la presión es mayor hacia el personal que brinda la atención. Las clínicas periféricas y EBAIS, no tienen consulta de emergencias, por lo que en el primer turno los usuarios no tienen otro lugar de consulta, que el hospital. Es hasta en horas de la tarde de lunes a viernes, que el servicio puede enviar a los pacientes catalogados como no emergencias a los lugares que tienen habilitados la consulta vespertina de cómo lo son la clínica del Barrio San José y la Clínica de Alajuela Norte (esta última es la única que nos brinda ayuda los fines de semanas y feriados, en un horario de 9am a 9pm).

Es importante conocer el motivo de consulta de los usuarios al Servicio de Emergencias, lo cual se desglosa en la siguiente tabla.

Tabla N° 1. Causas de Atención de Urgencias Correspondiente al Año 2007

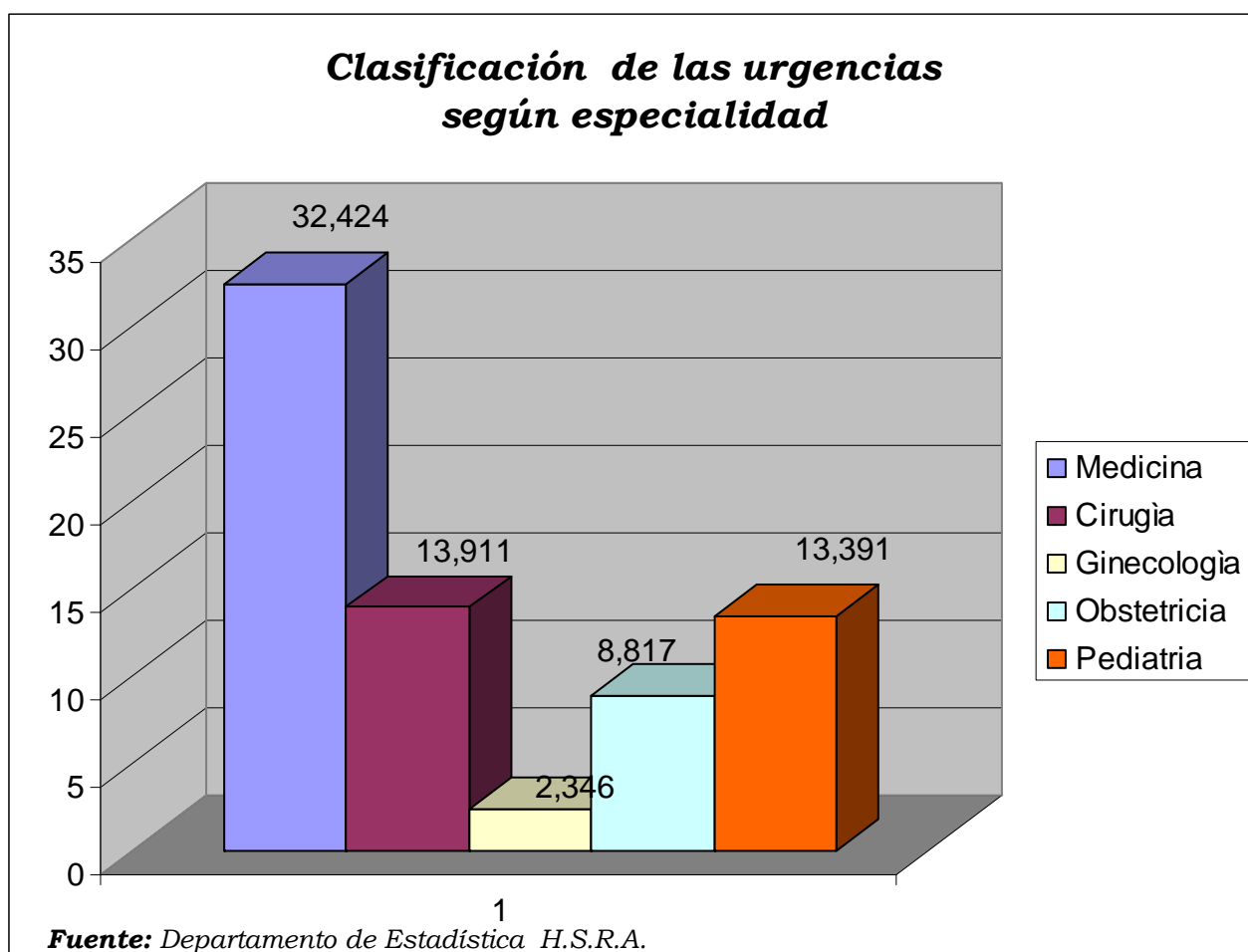
1-Médicas.....64974 (56%)	
Infecciones Vías Respiratorias.....	18985
Sistema Digestivo.....	8146
Diarrea.....	6025
Asma.....	6725
Problemas Articulares.....	5456
Hipertensión.....	3814
Patología Renal.....	3922
Síndrome Colon Irritable.....	2666
Trastornos Mentales.....	2770
Diabetes.....	2655
Cefalea.....	2242
Cardiopatía.....	2181
Epoc.....	1025
2-Patologías Quirúrgicas.....30743 (26.5%)	
Traumas.....	19884
Heridas.....	4076
Fracturas.....	3039
Cólico Reno Uréter.....	1146
Colesistopatía.....	1089
Apendicitis.....	396
3-Ginecostéticas.....7851 (6.8%)	
Embarazo.....	6100
Problemas Aparato Reproductor Femenino.....	1733

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Las atenciones pediátricas en el 2007 fueron 12.401 (10.7% de las atenciones totales) y las causas de las mismas en orden decreciente fueron las siguientes: enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades infecciosas intestinales y traumáticas. Siendo la población de 1 a 3 años, la población más afectada.

Se atendieron 70.889 pacientes catalogados como urgencias, las cuales se clasificaron según especialidad de la siguiente manera: las patologías médicas ocupan el primer lugar, seguidas por la quirúrgicas, en tercer lugar las pediátricas y en último lugar las patologías gineco-obstétricas

Gráfico N° 6. Clasificación de la Atenciones en Emergencias según especialidad / Servicio de Emergencias 2007



Al analizar el comportamiento de las atenciones por distribución de grupo etario y género en el año 2007, nos encontramos con la siguiente información:

Tabla N° 2. Distribución por Grupo etario y genero de las atenciones en el servicio de Emergencias 2007

Grupo de edad	Total	Masculino	Femenino	Porcentaje
Menos de 1 año	2776	1547	1220	
De 1 a 3 años	10353	5768	4549	8.4%
De 4 a 6 años	5636	3240	2396	
De 7 a 9 años	4248	2383	1865	
De 10 a 12 años	3304	1846	1456	
De 13 a 19 años	11966	4746	7218	9.7%
De 20 a 45 años	54151	22030 (40%)	32105 (60%)	44%
De 46 a 64 años	19502	8629	10870	15.8%
De 65 a más años	11337	5020	6312	9.2
Total	123273	55209 (45%)	67991 (55%)	

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

El grupo etario que consulta con mayor frecuencia se encuentra entre las edades de 20 a 45 años (44%), seguidos de los de 46 a 64 años (15.8%), predominando el género femenino en estas edades. Con respecto a la población pediátrica, las edades de 1 a 3 años fueron los que más consultaron.

Siendo el Hospital de Alajuela un centro de atención regional, donde tenemos limitaciones para resolver algunos casos de mayor complejidad, nos vemos en la necesidad de trasladar los pacientes a los centros de referencia, como lo son el Hospital México y el Hospital Nacional de Niños. Se presenta un consolidado de los pacientes trasladados en los últimos tres años

Tabla N° 3. Pacientes trasladados a Hospital México

TRASLADOS A ESPECIALIDADES AL HOSP. MÉXICO													
AÑO	Total	T.A.C.	Oftalm	Cir.	Med.	Urol.	Unid. Quem	Neurocir	Ortop	O.R.L.	Gast.	Card	Hemato
2005	639	131	92	132	78	27	13	29	34	49	27	9	4
2006	660	128	90	133	60	37	5	31	65	45	25	5	2
2007	668	104	63	147	77	32	7	31	62	39	30	5	6
		363	245	412	215	96	25	91	161	133	82	19	12

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Tabla N° 4. Pacientes trasladados al Hospital Nacional de Niños

TRASLADOS A ESPECIALIDADES DEL H.N.N													
AÑO	Total	T.A.C.	Oftalm	Cir.	Med.	Urol.	Unid. Quem	Neurocir	Ortop	O.R.L.	Gast.	Card	
2005	177	5	9	121	17	0	6	4	5	8	1	1	
2006	197	11	13	137	6	6	1	4	12	6	0	1	
2007	278	16	1	176	10	1	6	4	24	39	0	1	
		32	23	434	33	7	13	16	41	53	1	3	

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Los traslados realizados al Hospital México en los últimos tres años fueron en orden decrecientes por los siguientes motivos: patología quirúrgica,

realización de TAC, oftalmológicas, causas medicinas, ortopédicas y valoraciones por O.R.L.

Los traslados realizados al Hospital Nacional de Niños, es esos mismos años, fueron en orden decreciente: patología quirúrgica, valoraciones por O.R.L, ortopédicos, condiciones médicas y realización de TAC.

Tabla N° 5. Resumen de pacientes trasladados 2005 /2006 / 2007

AÑO	Total de Atenciones	Total de traslados	Hosp. México	Hosp.. Nacional de Niños
2005	124.910	1165 (0.93%)	626 (54%)	177 (15%)
2006	115.900	1377 (1.18%)	655 (48%)	197 (14%)
2007	124.312	1407 (1.13%)	661 (47%)	278 (20%)

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

En la tabla anterior, se evidencia que el porcentaje de traslados en los últimos tres años, se ha mantenido constante, excepto en el 2007 para el Hospital Nacional de Niños, el cual aumento en promedio un 5% (según los datos de los la tabla N° 4, se debió a traslados en el área quirúrgica).

Los pacientes con problemas psiquiátricos que ameritaron ser trasladados, han mantenido un comportamiento bastante estable en la relación porcentual en los últimos tres años, tan como se evidencia en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla N° 6. Pacientes trasladados al Hospital Nacional Psiquiátrico 2005/2006/2007

AÑO	<i>Pacientes trasladados</i>	<i>Porcentaje de traslados</i>
2005	187	16%
2006	257	19%
2007	296	19%

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A

Las causas de muerte, registradas durante el año 2007 en el Servicio de Emergencias fueron:

Problemas Cardiacos 43%: Insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo del miocardio, otros

Problemas Respiratorios 25%: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica -Asma bronquial -Bronco neumonía

SNC 8%: Accidente vascular cerebral

Sistema Digestivo 7%: Hepatopatía - Hemorragias gastro- intestinales.

Politraumatismo 5%

Para poder comprender mejor los procesos establecidos, fue conveniente presentar un Análisis del Ciclo de Servicio, realizar un diagrama de causa - efecto y con la información presentada, realizar un Pareto

4.5 ANÁLISIS DEL CICLO DE SERVICIO

**RECEPCIÓN / CLASIFICACIÓN /
CONFECCIÓN DE HOJA DE EMERGENCIAS /
ATENCIÓN DE LOS USUARIOS
SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA**

* Momento crítico de verdad

MOMENTO FINAL
INGRESO A SALONES DEL
HOSPITAL *
SALIDA CON TRATAMIENTO
TRASLADO A OTROS CENTROS

MOMENTO INICIAL
HACER FILA EN EL
CONSULTORIO DE
CLASIFICACIÓN O INGRESA
CON AYUDA DEL PERSONAL DE
CRUZ ROJA

ESTANCIAS PROLONGADAS
DENTRO DEL SERVICIO DE
EMERGENCIAS (CUBÍCULOS
U OBSERVACIÓN)*

POR SU CONDICIÓN AMERITA
PERMANECER EN
OBSERVACIÓN *

INGRESO AL
CONSULTORIO

PERMANECER EN CUBICULOS
**DE CONSULTORIOS
INTERNOS** PARA CONTINUAR
TX O MÁS ESTUDIOS DE
DIAGNÓSTICOS *

ES VALORADO POR UN
MÉCIO, QUIEN LE DA
ETIQUE DE COLOR
SEGÚN SU CONDICIÓN

REVALORACIÓN MÉDICA
PARA DECIDIR CONDUCTA

SE LE
CONFECCIONA LA
HOJA DE PUERTA

ESPERA DE TURNO
PARA SER LLAMADO
CON ESTUDIOS
SOLICITADOS *

TIEMPO DE ESPERA
PARA SER
ATENDIDO

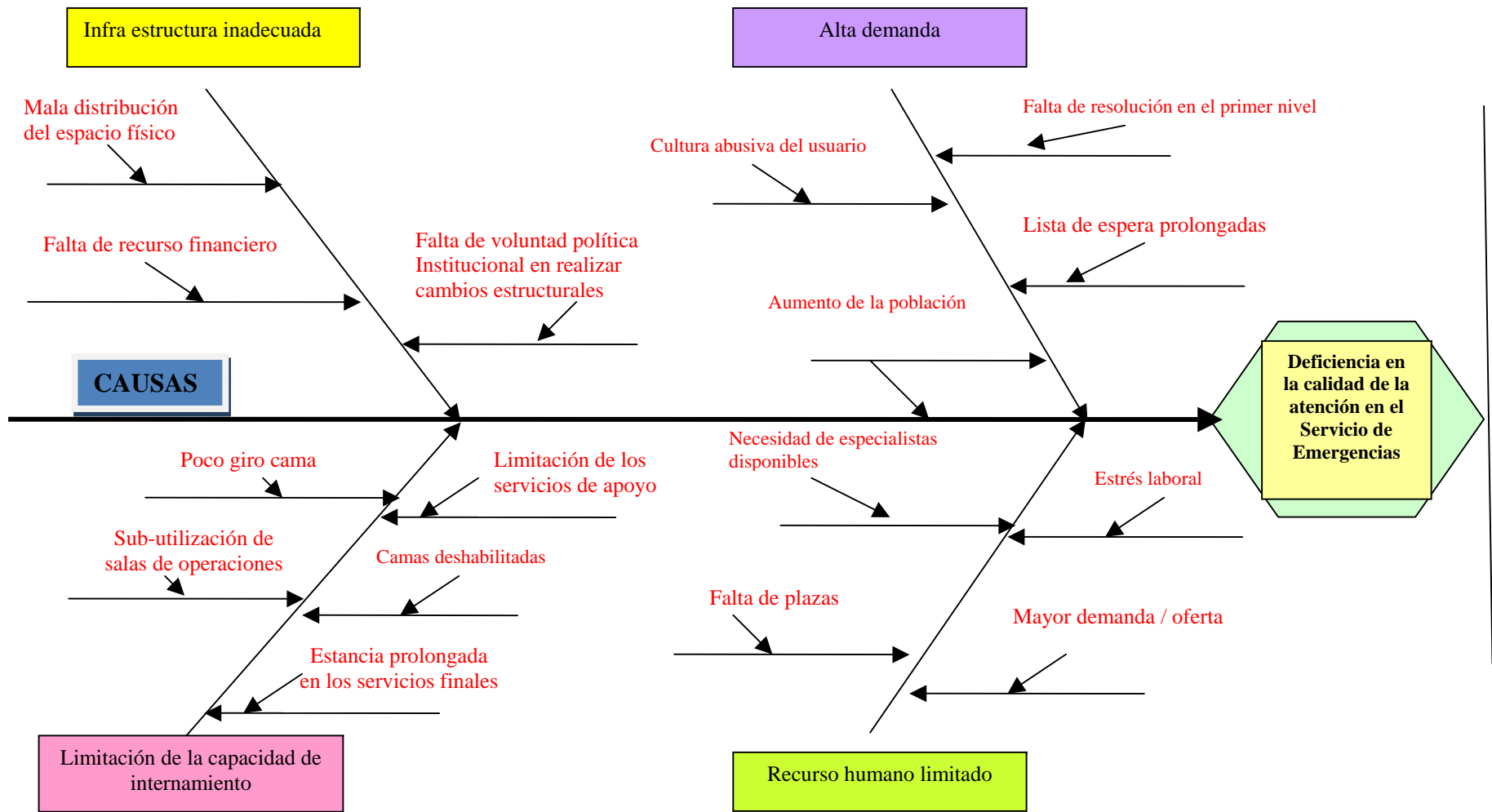
ENTREGA DE
RESULTADOS DE LAB
Y DE ESTUDIOS
ESPECIALES *

ENTREGA DE DOCUMENTOS
/ RECEPCION Y TOMA DE
MUESTRAS DE LABO-
RATORIO Y REALIZACIÓN
DE ESTUDIOS ESPECIALES

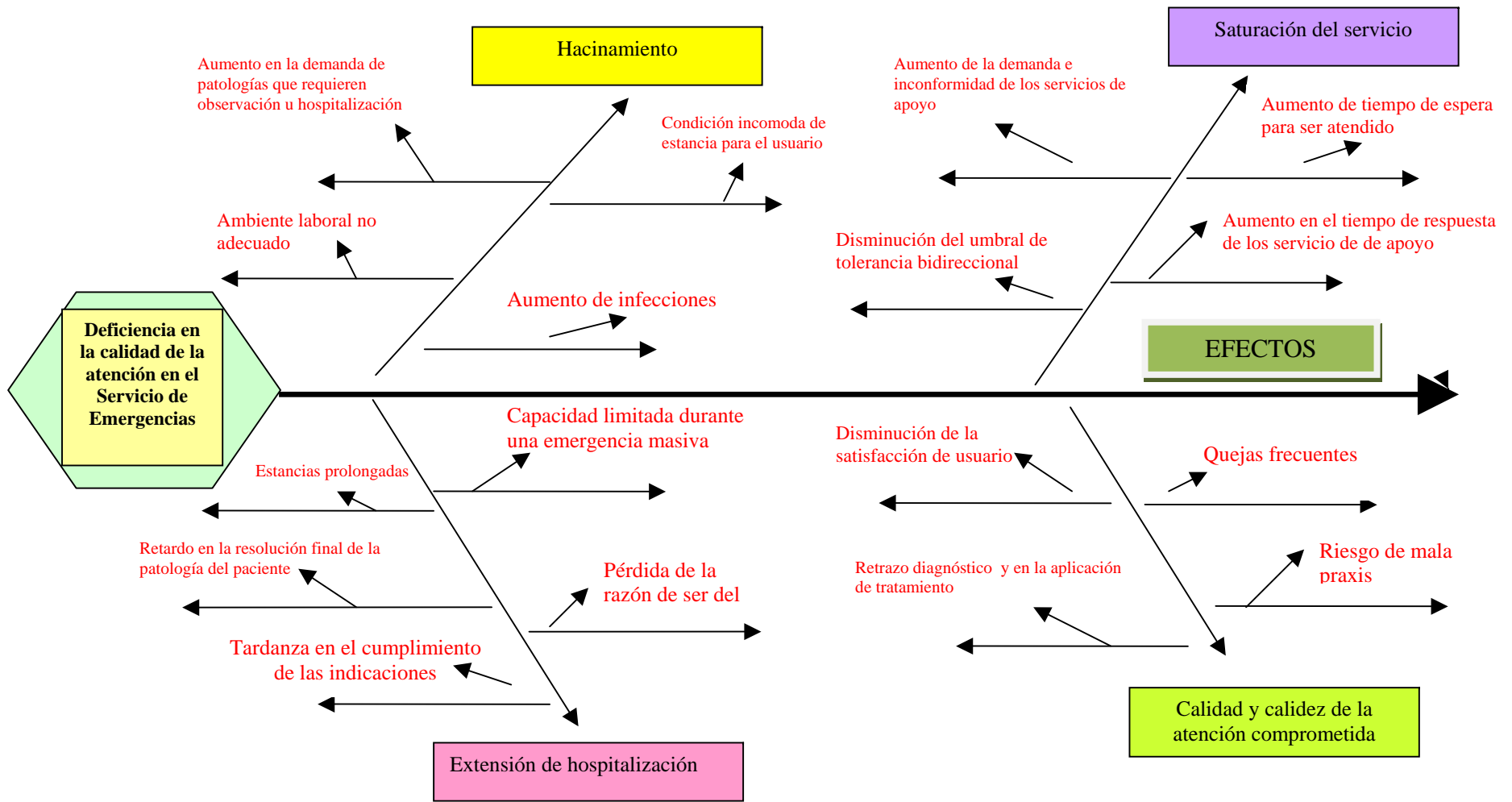
ATENCIÓN MÉDICA
Y VALORACIÓN
SE HACEN
SOLICITUDES DE
ESTUDIOS DE LAB Y
GABINETE

4.6 IDENTIFICACIÓN DE MOMENTOS CRÍTICOS DE VERDAD

MOMENTO CRITICO DE VERDAD	ACCIONES PARA ACELERAR LOS TRAMITES
1. Entrega de documentos / recepción y toma de muestras de laboratorio y realización de estudios especiales	Contar con un laboratorio clínico dentro del área de emergencias
2. Espera de turno para ser llamado con estudios solicitados	Aumentar el recurso humano para disminuir tiempo respuesta en las revaloraciones con estudios
3. Permanecer en cubículos de consultorios internos	Una vez diagnosticado su problema, internarlo o egresarlo, lo más pronto posible
4. Por su condición amerita permanecer en observación	Poca disponibilidad de camas en observación. Dependiendo de su patología debe de esperar tiempo prolongado para ingresarse. Por los que debe mejorarse el flujo de internamientos
5. Estancias prolongadas dentro del Servicio de Emergencias	Ubicar a los pacientes en las áreas de hospitalización que así lo ameritan
6. Ingreso a salones del hospital	Mejor la disposición de camas para los pacientes del Servicio de Emergencias



4.7 DIAGRAMA CAUSA – EFECTO. Deficiencia en la calidad de atención en el servicio de emergencias

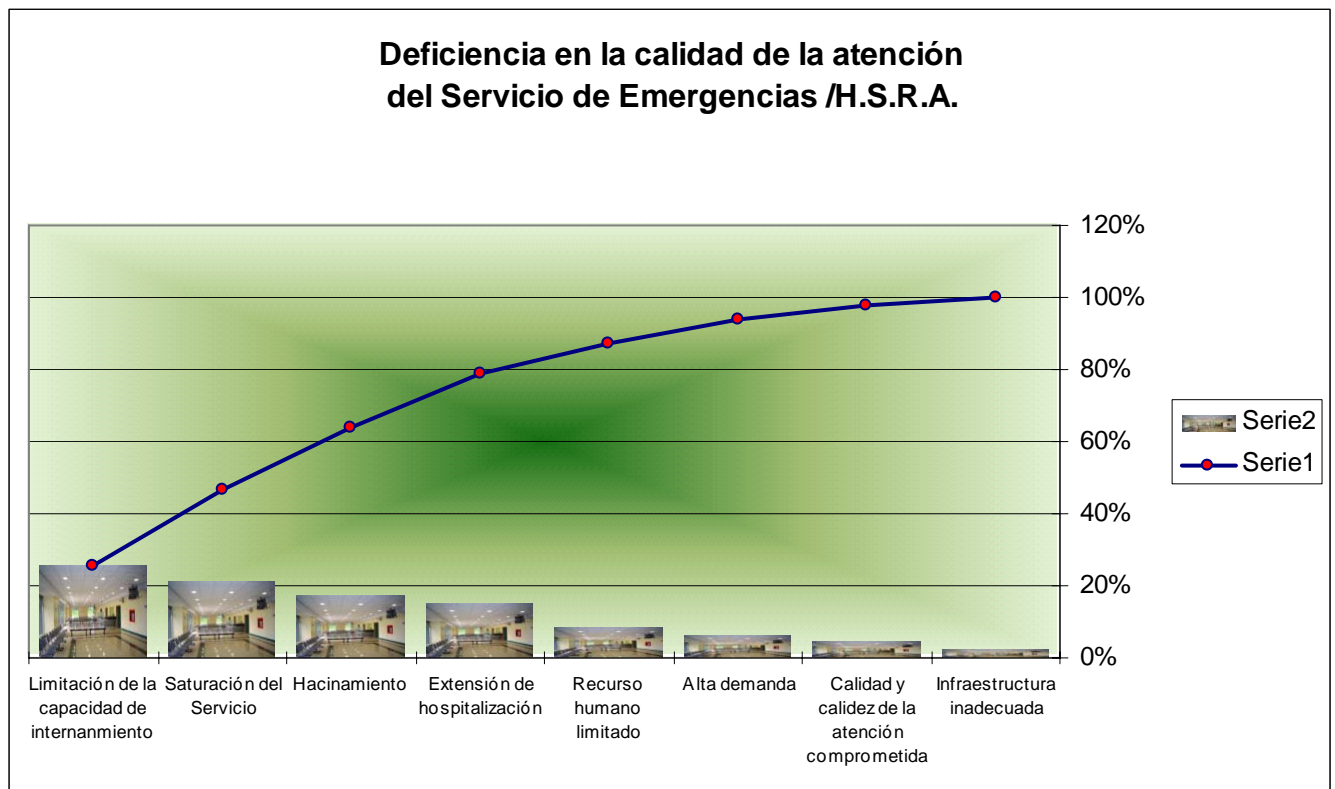


4.7 DIAGRAMA CAUSA – EFECTO. Deficiencia en la calidad de atención en el servicio de emergencias

4.8 Para el análisis de la información se utilizó el Diagrama de Pareto, asignándosele a la información valores y porcentajes.

<i>Factor que se relacional con la deficiencia en la calidad de atención</i>	Valor asignado	Porcentaje	<i>Factor que se relacional con la deficiencia en la calidad de atención</i>	Porcentaje	Importancia porcentual acumulada
<i>Infra estructura inadecuada</i>	5	2 %	<i>Limitación de la capacidad de internamiento</i>	26 %	26 %
<i>Alta demanda</i>	15	6 %	<i>Saturación del servicio</i>	21 %	47 %
<i>Limitación de la capacidad de internamiento</i>	60	26 %	<i>Hacinamiento</i>	17 %	64%
<i>Recurso humano limitado</i>	20	9 %	<i>Extensión de hospitalización</i>	15 %	79%
<i>Hacinamiento</i>	40	17 %	<i>Recurso humano limitado</i>	9 %	87 %
<i>Saturación del servicio</i>	50	21 %	<i>Alta demanda</i>	6 %	94%
<i>Extensión de hospitalización</i>	35	15 %	<i>Calidad y calidez de la atención comprometida</i>	4 %	98%
<i>Calidad y calidez de la atención comprometida</i>	10	4 %	<i>Infra estructura inadecuada</i>	2 %	100 %
Total	235	100 %		100 %	

Grafico N° 7. Diagrama de Pareto



Basados en la información anterior, la cual fue graficada en el Diagrama de Pareto, se considera que los factores como: limitación de la capacidad de internamiento, la saturación del servicio, el hacinamiento, la extensión de la hospitalización y el recurso humano limitado, son los responsables del 87% de la deficiencia en la calidad de la atención del Servicio de Emergencias.

4.9 ESTUDIO DE ESTANCIAS DE LOS PACIENTES EN EMERGENCIAS

El promedio de estancia recomendado para los usuarios en el Servicio de Emergencias, es de 12 a 24 horas.

Partiendo del supuesto que el mayor problema, lo tenemos con los pacientes del área quirúrgica y ortopédica, se decidió documentar la estancia de estos usuarios en el Servicio durante los meses de setiembre y octubre del 2007, por lo que se le dio seguimiento a todos los que ameritaban estar en algún espacio físico del área por su patología de fondo.

↳ *Del 01 al 30 de setiembre 2007, los pacientes de cirugía y ortopedia, tuvieron una **estancia promedio de 4 días**.*

↳ *Octubre 01 al 31 del 2007, los pacientes de cirugía y ortopedia, tuvieron una **estancia promedio de 4.5 días**.*

A la luz de esta información, se documenta que los pacientes tanto de cirugía como de ortopedia, durante los meses de setiembre y octubre 07, sobre pasaron la estancia recomendada, afectando la disponibilidad de camas y camillas, así como sillas de ruedas, para todos los nuevos usuarios que así lo requirieran. Como efecto secundario a esta estancia prolongada se produce congestión dentro del servicio, causando insatisfacción por lo usuarios, ya que deben estar en camillas no adecuadas, con poca privacidad, restricción de visitas de sus familiares, alimentación muchas veces no era recomendada a su problema de salud, pero sobre todo el mayor malestar recaía en el hecho de estar esperando días sin resolverse su problema de fondo (que en su mayoría era de tipo quirúrgico).

Se quiso analizar datos del año 2008, para observar si el comportamiento se mantenía o había variado en alguna dirección, ya que la vivencia en el servicio continuaba siendo la misma.

Se tomaron en consideración es esta oportunidad los pacientes de cirugía y medicina, durante los días 21/22/25/27 de Febrero del 2008. La diferencia con la muestra anterior, fue que se incluyeron los pacientes del área de medicina, con el fin de evidenciar si había algún aporte en el congestionamiento de estos en el servicio.

Los pacientes fueron estudiados tanto en el área de cubículos, como en el área de observación. Se determino el porcentaje ocupación de los pacientes y los días promedios de estancia de estos durante el período de la muestra:

Área de cubículos

- ✓ Los pacientes de cirugía tenían un 80% de ocupación de las camillas o sillas, con una estancia promedio de 5.22 días*
- ✓ Los pacientes de medicina ocupaban en 20% de las camillas o sillas, con una estancia promedio de 1 día.*

Área de Observación

- ✓ Los pacientes de medicina ocupaban el 70% de las camas, con una estancia promedio de 2.86 días*
- ✓ Los pacientes de cirugía ocupaban el 30% de las camas, con un promedio de estancia de 6 días*

Siendo observación, el espacio físico donde se requiere optimizar más los recursos, ya que la disponibilidad de las camas en esta área es vital para la movilización de los pacientes que se encuentran en los cubículos y por ende tener disponibilidad de espacios para los nuevos pacientes, se decidió analizar los diagnósticos de los pacientes egresados del servicio de observación durante el mes de octubre del 2007. El porcentaje de pacientes de los catalogados como emergencias, que estuvieron en observación durante el 2007 fue del 12% (15.510).

Tabla N° 7. Causas de egreso de observación de adultos, octubre 2007 / S.E. / H.S.R.A

<i>Causas médicas 120 (76%)</i>		<i>Causas quirúrgicas 38 (24%)</i>	
<i>Cardiopatías</i>	<i>37</i>	<i>Fracturas</i>	<i>15</i>
<i>Neumopatías</i>	<i>31</i>	<i>Politraumas</i>	<i>7</i>
<i>Accidentes cerebro</i>		<i>Colecistopatías</i>	<i>3</i>
<i>Vasculares</i>	<i>10</i>	<i>Sangrado digestivo bajo</i>	<i>3</i>
<i>Infección de tejidos blandos</i>	<i>6</i>	<i>Obstrucc. Intestinal</i>	<i>3</i>
<i>Infección Urinaria complicada</i>	<i>5</i>	<i>Enf. Diverticular</i>	<i>2</i>
<i>Sangrado digestivo alto</i>	<i>5</i>	<i>Litiasis renal</i>	<i>2</i>
<i>DM complicada</i>	<i>5</i>	<i>Otros</i>	<i>3</i>
<i>Otros</i>	<i>21</i>		

Fuente: Departamento de Estadística H.S.R.A.

Analizando el cuadro anterior, tenemos que los pacientes de observación con problemas médicos, tienen el mayor índice de de ocupación. Sin embargo al analizar los días de estancia promedio de estos pacientes fueron de 3 días para medicina contra 5 días para cirugía. Cabe resaltar la complejidad de las patologías que se atienden en esta área, tanto los pacientes médicos como los quirúrgicos, justifican la ocupación de las camas, ya que realmente requerían una vigilancia constante, seguimiento cercano, tratamientos especiales o condiciones especiales, , cual representa inversión de tiempo y recursos, convirtiéndose observación en una extensión de la hospitalización.

El análisis en relación a los datos consignados (cubículos y observación), nos puede en evidencia que los pacientes del área quirúrgica tienen mayor porcentaje de ocupación y de estancias prolongadas en el área de cubículos. Sin embargo en sector de observación de adultos, los pacientes de medicina ocupan el mayor porcentaje, sin embargo la estancia de esta especialidad

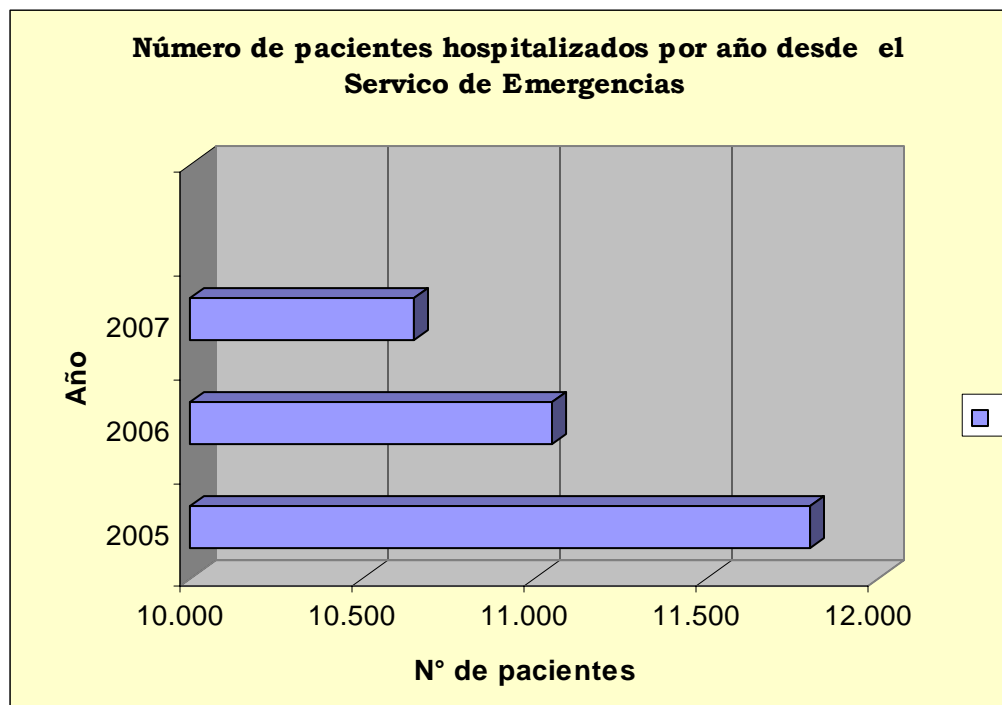
son menores que los de cirugía. Provocando lo anterior un cuello de botella a nivel de urgencias, debido a la poca movilización de los pacientes en estos dos sectores.

Este congestionamiento, ocasiona malestar en los usuarios, debido a que deben de dormir en sillas, camillas durante varios días, recibir comida no acorde con su problema de salud, poca privacidad, muchas veces su condición de salud empeora debido a infecciones adquiridas en el hospital, pueden sufrir caídas, hay limitación de las visitas por sus familiares, hay retardo en el tratamiento de sus problemas, máxime cuando la resolución final depende de cirugía. Hay también inconformidad de los usuarios internos, debido a que estos pacientes se convierten en una extensión de la hospitalización, donde hay que pasarles visitas, adecuar tratamiento, recibir las inconformidades de los usuarios, todo ello ocasiona stress laboral, cansancio físico y emocional.

Recordemos que un servicio de urgencias debe contar con sillas, camillas y camas para responder ante una eventualidad de desastre, evento natural o emergencia masiva.

Debido a la relación directa que tiene el Servicio de Emergencias con los egresos de los pacientes hospitalizados (ya que la disponibilidad de camas en este último afecta el recurso de camas y camillas en urgencias), se decidió revisar el comportamiento de los indicadores a nivel hospitalario, para documentar si el fenómeno de las estancias prolongadas en el servicio estaba relacionado con la función realizada en los salones.

Grafico N° 8. Número de pacientes hospitalizados por año desde el Servicio de Emergencias



Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Documentamos que hay una disminución del número de ingresos generados desde el Servicio de Emergencias, comportándose el mismo de la siguiente manera: el año 2005 = 11.796, el año 2006 = 11.049 y el año 2007 = 10.650 pacientes..

Este comportamiento decreciente en la cantidad de ingresos influye directamente en la capacidad de recepción de nuevos pacientes en el Servicio, lo cual también tienen repercusión en la demora de la entrega de las camillas a la Cruz Roja, ya que no hay disponibilidad de camillas o camas donde colocar sus pacientes, originando malestar en dichos funcionarios, ya que se compromete la disponibilidad de transporte de otros pacientes, al no tener camillas para realizar los mismos. Esto por ende afecta la calidad del servicio que brindan a la comunidad.

Como parte del análisis de la disminución en el número de ingresos, se realizó estudios comparativos en los últimos tres años, de pactado en el compromiso de gestión con lo efectuado en los salones de medicina y cirugía, información que se detalla a continuación

Tabla N° 8. Metas pactadas en el compromiso de gestión

Servicio	2005**		2006**		2007**	
	Egresos Pactados	Estancia Pactada	Egresos Pactados	Estancia Pactada	Egresos Pactados	Estancia Pactada
MEDICINA	3309	8,0	2400	8,0	2100	11,5
CIRUGÍA	5278	4,2	4200	4,0	4000	5,2
TOTAL	8587		6600		6100	16,7

**Incluyen los egresos de cirugía ambulatoria dentro del total de egresos del Servicio de cirugía.

Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Al comparar lo realizado (tabla N° 9), notamos que no hay cumplimiento de las metas propuestas, afectando la planificación estratégica hospitalaria (repercutiendo en las estancias prolongadas en Urgencias).

Tabla N° 9. Indicadores hospitalarios/ N° de egresos y de estancias hospitalarias / 2005 al 2007 H.S.R.A.

Servicio	Indicador	2005	2006	2007
Medicina	N° Egresos Med.	3214	2122	1935
	Estancia Promedio	8,92	12,01	13,59
Cirugía	N° Egresos Cir.	2951	2670	2627
	Estancia Promedio	7,05	8,23	8,84
	N° Cirugías	2386	2295	2266
	Indice Operatorio	80,85%	85,96%	86,26%
	% Utilización Sala	86,90%	90,04%	90,57%

Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Observamos como las estancias promedio en la sección de medicina se aumentaron en forma importante pasado de 8.92 días en el 2005 a 13.5 días en el 2007. En los pacientes quirúrgicos paso de 7.05 días a 8.84 días. Al aumentarse las estancias hospitalarias, repercute directamente sobre el número de egresos, afectando la capacidad de recepción en el número de ingresos provenientes del Servicio de Emergencias.

Tabla N° 10. Giro cama en salones de medicina, cirugía y observación 2005 al 2007 H.S.R.A

AÑO	MEDICINA	CIRUGÍA	OBSERVACIÓN
2005	3.49	4.10	?
2006	2.51	3.98	?
2007	2.19	3.27	8.97
2008	1.79	3.33	8.33

Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Evidenciamos como el giro cama ha ido disminuyendo con forme avanzamos los años, significando esto que la utilización de la cama durante el mes, va siendo cada mes menor, repercutiendo esto en la posibilidad de tener campos disponibles para poder ingresar más pacientes desde el servicio de urgencias.

Se analizó además cual fue el comportamiento de los internamientos desde Emergencias según la especialidad, en los últimos tres años, información que se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla N° 11 Ingresos generados del Servicio de Emergencias por especialidades del 2005 al 2007

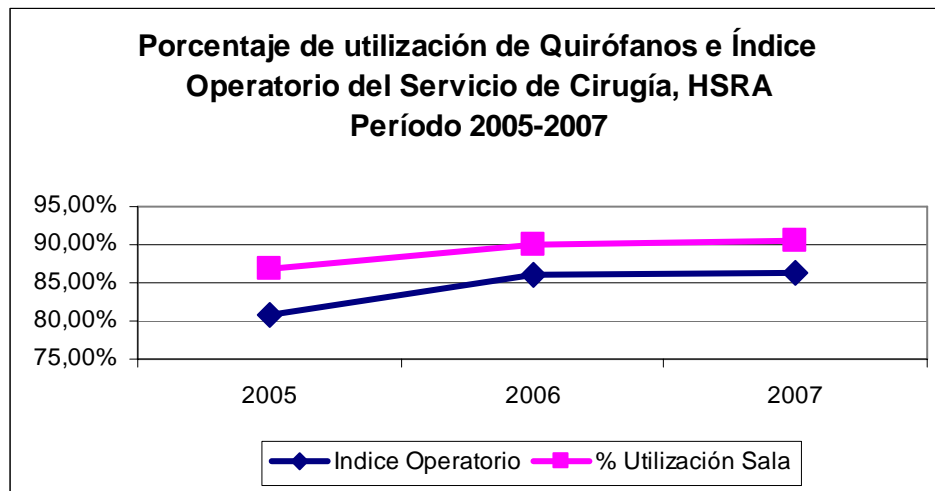
AÑO	<i>Medicina</i>	<i>Cirugía</i>	<i>Ginecología</i>	<i>Obstetricia</i>	<i>Pediatría</i>	<i>Total</i>
2005	2,727	1,885	1,106	4,796	1,465	11.976
2006	1,633	1,776	1,251	5,016	1,373	11.049
2007	1,514	1,715	1,113	4,998	1,310	10.650

Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Notamos como el área de medicina se disminuyeron en un 55% el número de internamientos del 2005 al 2007, en cirugía la disminución de los ingresos fue del un 10%. El ginecología / obstetricia y pediatría se presentaron pequeñas cambios muy discreto en la cantidad de internamientos durante el período de estudio. Siendo estas las estas dos especialidades que aportan el mayor número de ingresos por emergencias.

Se analizó también el comportamiento de las salas de operaciones de los años 2005 al 2007, con el fin de ver el rendimiento de las mismas, ya que es necesario optimizar su utilización, con el fin de dar solución y por ende la movilización de los pacientes de emergencias que requieren tratamiento quirúrgico.

Grafico N°9. Índice operatorio 2005-2007



Fuente: Departamento de estadística del HSRA

Notamos que si bien hubo una mejoría en porcentaje de la utilización de las salas de operaciones del 2005 al 2006 pasando del 80% al 90%, percibimos que entre el 2006 y 2007 se mantuvo sin cambios (en un 90% de utilización), por lo que debería de implementar medidas para lograr aproximarnos al 100% de la utilización de las mismas, con el fin de solventar la presa que se genera por los pacientes en espera de cirugía en el servicio de emergencias.

Tenemos la debilidad de la falta de un **médico radiólogo** las 24 horas de día, esto mejoraría los métodos diagnósticos y minimizaría los traslados a otros centros para realizar dichos estudios. Además se convierte en una herramienta de mucha utilidad en los casos de patologías que ponen en riesgo la vida del paciente y que la relación de tiempo/diagnóstico puede significar la vida de una persona. Usualmente amanecen en urgencias un promedio 10 a 15 pacientes que requieren ultrasonidos. Se requiere dicho especialista para realizar otros estudios como: interpretación de TAC,

procedimientos invasivos, valoración de fenómenos oclusivos vasculares, entre otros.

Se tiene también la necesidad de un **médico gastroenterólogo**, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica en las atenciones de emergencias, mejorando la calidad tanto diagnóstica como terapéutica, disminuyendo los traslados a otros centros para realizar los estudios. Si bien no se tiene una cuantificación precisa del número de casos (sabemos que en el consolidado de los traslados muy urgentes en los tres últimos años cupo el noveno lugar).

En relación a las **solicitudes de exámenes de laboratorio**, encontramos la siguiente información:

2005 —————> 509.895 (4 exámenes por pacientes)

2006 —————> 525.767 (4.5 exámenes por pacientes)

2007 —————> 545.691 (4.4 exámenes por pacientes)

El comportamiento de las solicitudes exámenes por paciente, no puso en evidencia que existe abuso en la utilización de este servicio de apoyo.

Se considera que la ubicación de un laboratorio en el servicio de emergencias, mejoraría los tiempos de respuesta de los usuarios. Tenemos el espacio físico y el sistema computarizado disponible. Solo se requiere el recurso humano para ponerlo a funcionar.

Otro parámetro de calidad, es el **número de estudios solicitados al departamento de imagenología** en los últimos tres años, los cuales se detallan a continuación:

Tabla N° 11. Estudios solicitados en el departamento de Imagenología 200-2007 desde el Servicio de Emergencias

AÑO	N° de placas	Ultra sonidos	T.A.C
2005	59.399	1.842	742
2006	58.838	1.810	716
2007	61.632	1.846	698

Fuente: Departamento de radiología

Los estudios solicitados a dicho departamento han mantenido un comportamiento sin cambios importantes, pese al aumento en el número de consultas al servicio de urgencias. Lo que sugiere que hay un uso racional en las solicitudes hechas a dicho departamento.

Otro parámetro de calidad son el **número de recetas** por años que se originan desde urgencias:

- ↳ Total de recetas en el 2005 fue de 242.541, representando 2 medicamentos por paciente
- ↳ Total de recetas en el 2006 fue de 229.399, representando 2 medicamentos por paciente
- ↳ Total de recetas en el 2007 fue de 274.307, representando 2.2 medicamentos por paciente

No hay un aumento sustancial en número de recetas en relación con el crecimiento de las consultas. Lo cual habla a favor que se ha hecho un uso racional de este servicio de apoyo.

Sin embargo el servicio de farmacia de urgencias no funciona las 24 horas del día. Cuando no funciona esta (tiene que ser atendidos en la farmacia principal) aumentando los tiempos de respuesta: para los inyectables de 30

minutos a 1:30 horas y para los medicamentos vía oral pasa de una hora a 1:30 horas. Por lo cual el beneficio del funcionamiento de esta farmacia las 24 horas al día, ira a favor de calidad y el tiempo de respuesta en la atención brindada.

Se cuestiona la **capacidad resolutive** de los servicios médicos del servicio, para analizar este punto, se analizaron los índices de mortalidad, los traslados en los últimos tres años, la utilización de los servicios de apoyo y la implementación de los procesos de la empresa Deloitte.

Porcentaje de fallecidos en el Servicio de Emergencias, de los casos catalogados como Urgencias

- 2005 —————> 0.30% (159 pacientes)
- 2006 —————> 0.28 % (180 pacientes)
- 2007 —————> 0.16% (181 pacientes)

Hay una tendencia a disminuir en el porcentaje de fallecidos, de los pacientes catalogados como urgencias.

El porcentaje de traslados en los últimos tres años, se ha mantenido constante, excepto en el 2007 para el Hospital Nacional de Niños, el cual aumento en promedio un 5% (lo cual se debió a los traslados a este centro por problemas quirúrgicos).

La información presentada, no evidencia que exista abuso en la utilización de los **servicios de apoyo** por parte del personal que labora en urgencias, se ha hecho un uso racional de los mismos y la capacidad diagnóstica no se ha basado en un aumento de solicitudes a dichos servicios.

Se menciona la necesidad de aumentar en urgencias las sillas de rueda, camillas y camas, sin embargo esto vendría aumentar el hacinamiento, por lo que debería enfocarse la atención a la mayor capacidad de internamiento, para tener mayor disponibilidad de espacio para los nuevos pacientes.

Los procesos de la empresa Deloitte se encuentran documentados e implementados en un 100% en el Servicio de Emergencias, esto ha facilitado realizar el trabajo de una forma más eficiente, ordenada y oportuna, tal como lo fue la creación de la consulta de clasificación por un médico las 24 horas al día (siendo el único hospital en el país que cuenta con dicha modalidad), lo cual permite priorizar aquellos casos que ameritan ser atendidos con mayor prontitud, de los que pueden esperar. Así mismo este sistema ha permitido enviar usuarios a la consulta externa correspondiente, sin necesidad de confeccionarle la hoja de puerta (disminuyendo el número de pacientes, mejorando tiempo de atención para los usuarios que ameritan ser atendidos y minimizando costos para el hospital). Los procesos permiten a cualquier funcionario guiarse en el quehacer diario del servicio.

Según informe presentado por la Contraloría de Servicio, en relación con el Servicio de Emergencias, solo se presentaron 23 quejas, de las cuales 8 eran directamente contra el personal médico y de estas solo 3 realmente (según su criterio), procedían a ser objeto de investigación (por la calidad o por la calidez en la atención). Siendo entonces muy pocas el número de las mismas en relación al número de atenciones. Desafortunadamente no se cuenta con informes previos para tener parámetros de comparación.

CAPITULO V

PROPUESTAS

Posterior a analizar la información de la presente investigación, se hacen las siguientes propuestas:

Aumentar el número de ingreso a salones de medicina y cirugía

El aumento en las atenciones, debería ir acompañada con un aumento de la capacidad de internamiento, con el fin de evitar la saturación en el servicio, sin embargo nuestra realidad es otra. Por lo tanto se propone:

- *Evaluar por parte de las jefaturas la sección de medicina y cirugía, los procesos recomendados por la empresa Deloitte, analizar el porcentaje de implementación de los mismos, realizar si es del caso, los cambios necesarios, con el fin de mejorar los índices de producción, sobre todo en los indicadores de estancia y egresos hospitalarios. Al ser la Dirección General, la jefatura directa de estos departamentos, deberán informar a esta, los avances realizados y los planes de contingencias tomados, con el fin de mejorar la producción hospitalaria. Creo que dichos informes deben ser presentados y discutidos en los consejos técnicos del hospital. Dichas propuestas deben ser presentadas y ejecutadas en el segundo semestres del 2008.*
- *Se deberá considerar dentro del replanteamiento, si existe necesidad de aumentar el número de camas y /u optimizar los recursos ya existente. Como pudimos observar, hay una disminución importante en el giro cama, lo cual debe someterse a análisis por parte de las jefaturas respectivas, ya que aumentamos el número de camas, automáticamente repercute en: aumento del recurso de enfermería, de los servicios finales y de apoyo. La evaluación y la ejecución de este debe hacerse en el segundo semestre del 2008 por las jefaturas de medicina y cirugía.*

Habilitación de sala de operaciones en turno vespertino

Uno de los puntos álgidos de los pacientes del servicio, es la espera prolongada para aquellos que requieren cirugía como parte de su tratamiento, lo cual debido a la falta de recurso humano para las salas de operaciones, se ven obligados a esperar días en el servicio de urgencia, retardando su egreso y potenciales complicaciones que puede derivar de esta espera, afectando la calidad y calidez de servicio brindando, dando una imagen negativa del servicio. Para solventar este problema se hace el siguiente planteamiento:

- Para poner a funcionar una sala de operaciones en el segundo turno, para los pacientes de relativa emergencia que se encuentran esperando en urgencias ocupando una cama, que al ser ingresado y solucionado su patología por la que consulto, nos dejaría libre la silla, camilla o cama para los nuevos pacientes. Para realizar dicho proyecto tenemos las condiciones de espacio físico disponible (quedan cinco salas de operaciones sin ocupar), y en relación al recurso humano, se detalla a continuación el personal requerido de lunes a viernes y el contenido presupuestario:

Medico asistente Esp. Anestesiólogo	¢ 1.076.001.28 por mes
Enfermera	¢ 713.289.90 por mes
Auxiliar circulante	¢ 358.513.00 por mes
Total	¢ 2.147.804.18 por mes

Cirujano exclusivo y permanente en el Servicio de Emergencias

- De lunes a viernes solo tenemos un cirujano por turno, sin embargo se cuenta con la plaza para otro cirujano de 3pm a 10pm (esta plaza esta siendo utilizada por el momento por un médico G-1 en emergencias de 7am a 4pm), por los cual al mover esta plaza para el segundo turno para ser utilizada por un cirujano, dejaría desprovisto de este recurso al turno de la mañana en un G-1 en urgencias. La dificultad actual, es la inopia

de especialista en cirugía general para ocupar dicha plaza. De contarse con dicho profesional, se tendría en el segundo turno un cirujano exclusivo para emergencias y otro para piso.

- *Los sábados, domingos y feriados, se cuenta actualmente con dos cirujanos de 24 horas, uno asignado para piso y otro para emergencias, por lo cual el de piso podría hacerse cargo de estas cirugías (utilizando el recurso humano existente), dejando un especialista para las emergencias que requieran atención inmediata y para evolucionar los pacientes se encuentren en el servicio.*
- *De las 72 camas sin utilizar actualmente en el hospital y que pertenecen a la sección de medicina, podrían tomarse al menos 12 (aumentando el número de camas en emergencias quirúrgicas a 24), con el fin de poder aumentar el carácter resolutivos de los pacientes en espera de cirugía que se encuentran en urgencias. Según lo expresado por la directora de enfermería, en consejo técnico ampliado, cuenta con personal para dar cobertura a dichas camas.*
- *Para mejor la valoración, seguimiento y resolución de los pacientes del área quirúrgica, es conveniente la permanencia de un médico de cirugía en el servicio de urgencias las 24 horas al día, ya que actualmente laboran por un sistema de rotación y de asistencia ante un llamado de urgencia. Este sistema no permite dar el sentido de pertenencia de los pacientes que se encuentran en emergencias. Es frecuente que los médicos del servicio, son los que tienen que brindar atención e información a los usuarios y/o familiares de los pacientes quirúrgicos.*

La responsabilidad de estas recomendaciones recae sobre la Jefatura de cirugía y anestesia. La supervisión del cumplimiento de la propuesta es competencia del Director General. Se recomienda la ejecución de este en el segundo semestre del 2008.

Cirujano pediatra

Considerando que los traslados en los últimos tres años al Hospital Nacional de Niños obedecen a razones de aspecto quirúrgico, se ve entonces la necesidad de contar con los servicios de un galeno en esta área, el costo del mismo por día sería (tiempo extraordinario), el siguiente:

	Horario	Salario
Lunes a viernes	4pm a 7am	¢159.787.97 por día
Sábados	24 horas	¢233.536.84 por días
Domingos y feriados	24 horas	¢267.666.31 por día
Total		¢5.200.572.21

Como beneficio de la implementación de cirugía pediátrica en ese horario, mejoraría la capacidad resolutive de los casos quirúrgicos, evitando su traslado a H.N.N, con la implicación familiar que esto significa. Además se disminuye el gasto y riesgo que significa un traslado a la ciudad capital.

Responsable la jefatura de pediatría y la dirección médica.

Radiólogo las 24 horas al día

Contamos con la infra estructura, el equipamiento, técnicos de radiología, que laboran en los tres turnos de lunes a lunes, se requiere para completar el equipo de trabajo un médico especialista en radiología. Este recurso humano podría utilizarse tanto para los pacientes de emergencias, los pacientes hospitalizados (disminuyendo los tiempos de estancia), como de consulta externa (disminuyendo las listas de espera, ya que muchos de estos pacientes terminan con su dolencia en el servicio de emergencias).

Responsables: jefatura de radiología y la dirección médica. Ejecución del mismo, en el segundo semestre el 2008.

A continuación se detallan los horarios y el presupuesto requerido para cumplir con esta propuesta:

<i>Puesto</i>	<i>Horario laboral y salarios</i>	<i>Salario</i>
<i>Medico Asistente Esp, Radiología</i>	<i>Lunes a viernes de 4pm a 7am</i>	<i>¢159.787.97 por día</i>
	<i>Sábados 24 hrs</i>	<i>¢233.536.84 por día</i>
	<i>Domingos y feriados 24 hrs</i>	<i>¢267.666.31 por día</i>
<i>Total</i>		<i>¢5.200.572 por mes</i>

Medico gastroenterólogo disponible

Siendo las patologías del sistema digestivo la segunda causa de atención en emergencias en el 2007 y los estudios endoscopicos la novena causa de traslados en este mismo año, nos plantea la justificación de contar con un especialista en esta rama. Se considera que el funcionario se le podría pagar sus servicios en la modalidad de disponibilidad, teniendo un costo la misma de ¢140.377.24 colones por cada día de disponibilidad (total al mes de ¢4.211.317.2). Esto con el fin de contar en urgencias con un especialista capacitado en métodos diagnósticos y terapéuticos. Esto acortaría los tiempos de estancia de los usuarios en el servicio.

El responsable de dicho plan requiere la intervención la jefatura de medicina y el aval de la dirección médica. Para su implementación en el segundo semestre del 2008.

Implementación de un laboratorio clínico en el Servicio de Emergencias

Se cuenta con la estructura física y el equipamiento para dicha área, se requiere del recurso humano, el cual se detalla a continuación:

<i>Medico M.Q.C. 3</i>	<i>¢ 1.016.026.36 por mes</i>
<i>Técnico Graduado II</i>	<i>¢ 383.352.50 por mes</i>
<i>Técnico I</i>	<i>¢ 349.002.50 por mes</i>

Recordemos que se requieren tres plazas, para cubrir los tres turnos, por lo que tendríamos que multiplicar los salarios anteriores por tres (total mensual de ¢4.487.046). A esto se le debe de sumar la cobertura los fines de semana de dicho equipo de trabajo, los cual corresponde a un monto mensual de ¢2.804.000.

Se requiere los servicios de una secretaria 2, para el laboratorio satélite de lunes a viernes de 7am a 4pm, con un costo mensual de ¢288.910.00 colones.

El beneficio de este laboratorio satélite, sería el mejorar los tiempos de respuesta, acortando estos de 90 -120min a 60-90min, lo cual a su vez permitiría mejorar los tiempos en las revaloraciones, aumentar la satisfacción del usuario y así mismo acortar los tiempo de estancia en el servicio, permitiendo tener un servicio con mayor disponibilidad de espacio. El responsable es el jefe de laboratorio y la supervisión del proyecto le corresponde al director general. Implementación en el segundo semestre del 2008.

Farmacia satélite funcionando 24 horas en emergencias

Es importante destacar que la farmacia satélite funciona de lunes a viernes de 7am a 10pm, sábados domingos y feriados de 2pm a 10pm. Con el fin de mantener un servicio las 24 horas y mantener la calidad de servicio, se requiere el siguiente personal, el cual tendría que pagarse por tiempo extraordinario:

Profesional	Horario	Costo
<i>Farmacéutica 2</i>	<i>Lunes a viernes de 10pm a 7am</i>	<i>¢459.278.61 por semana</i>
<i>Farmacéutica 2</i>	<i>Sábados de 7am a 2pm</i>	<i>¢59.382.02 por día</i>
	<i>Domingos y feriados de 7am a 2pm</i>	<i>¢39.586.09 por día</i>
	<i>Sábados de 10pm a 7am</i>	<i>¢81.649.53 por día</i>
	<i>Domingos y feriados 10pm a 7am</i>	<i>¢66.989.41 por día</i>
<i>1 Técnica en farmacia</i>	<i>Lunes Viernes 10pm a 7am</i>	<i>¢157.761.05 por semana</i>
<i>2 Técnica en farmacia</i>	<i>Sábados 7am a 2pm</i>	<i>¢ 40.795.15 por día X dos</i>
<i>1 Técnica en farmacia</i>	<i>Sábado de 10pm a 7am</i>	<i>¢ 28.046.04 por día</i>
<i>2 Técnica en farmacia</i>	<i>Domingos y feriados 7am a 2pm</i>	<i>¢ 27.195.44 por día X dos</i>
<i>1 Técnica en farmacia</i>	<i>Domingos y feriados de 10pm a 7am</i>	<i>¢ 23.010.70 por día</i>

El total de lo presupuestado para mantener esta farmacia las 24 horas del día, sería de \$16.618.738.52 (esto en la modalidad de pago de tiempo extraordinario, lo ideal sería un aumento de plazas, para disminuir el gasto).

El beneficio es mantener los tiempos de respuesta de 30 minutos para los inyectables y 1 hora para los medicamentos vía oral.

El responsable sería la jefatura de farmacia y la supervisión del plan, sería la dirección médica. Implementación en el segundo semestre del 2008.

Relacionados al personal medico del Servicio de Emergencias

- *Académico: Se esta en fase de recolección de la información, para la actualización de las Guías de Atención del 2008, con el fin de mantener la calidad académica en la prestación del servicio a los usuarios. Durante el mes de junio 2008, según el cronograma es la fecha de recolección de la información solicitada a los médicos del hospital y del servicio. En el segundo semestre del 2008, se espera tener toda la información disponible en un CD para su distribución y su potencial disponibilidad en la página Web de la institución. Responsable la jefatura de Emergencias.*
- *Solicitar a la Contraloría de Servicio que durante el año 2008 se realice informe detallado de las quejas que se presenten relacionados a urgencias. A través de ese despacho se realizará durante el mes de mayo y junio del 2008, encuesta a los usuarios, relacionada a los diferentes tópicos con respecto a los servicios recibidos, resultados que se conocerá en el segundo semestre del 2008. Responsable la contraloría de servicios y la jefatura de emergencias.*
- *Se está coordinando con la jefatura de Recursos Humanos para que en el segundo semestre del 2008, el personal del servicio reciba charlas en*

la relación a la atención al cliente. Responsable la jefatura de recursos humanos y la jefatura de emergencias.

➤ **Aumentar el recuso humano medico del Servicio de Emergencias.** En relación a la necesidad de recurso humano del servicio de emergencias, tenemos necesidad de sustituir la plaza de cirugía que ocupa un médicos asistente general en el horario de lunes a viernes de 7am a 4pm, así mismo la necesidad de un medico de lunes a viernes de 7am a 4pm que cubra asma, pediatría y apoye observación de adultos. El médico de cirugía menor brindaría apoya a los consultorios internos y es el responsable de ir con los traslados cuando estos los ameritan (su posición la cubre el médico designado para asma y pediatría).

Se requiere un médico asistente general de 10am a 2:30pm de lunes a jueves y los viernes hasta las 2pm para atender los pacientes del consultorio verde.

Sábados, domingos y feriados, se requiere un medico G-1, que atienda el consultorio de gineco-obstetricia y sea quien de la atención a los pacientes de cirugía y asma, cuando el de cirugía acompañe a los traslados.

Se solicita un médico especialista en emergencias o en medicina interna los sábados, domingos y feriados de 7am a 10pm, que atienda los consultorios internos, las salas de shock y apoye los médicos asistentes generales.

Responsables la dirección general y la jefatura de emergencias. A continuación se desglosa la información necesaria tanto presupuestaria, justificación de funciones y horario laboral, para la solicitud de este recurso humano.

Puesto	Salario	Justificación	Horario laboral
<i>Medico Asistente General</i>	<i>¢1.037.048.25 mensual</i>	<i>Sustitución de la plaza de cirugía</i>	<i>Lunes a jueves de 7am a 4pm Viernes de 7am a 3pm</i>
<i>Medico Asistente General</i>	<i>¢1.037.048.25 mensual</i>	<i>Para cubrir asma, pediatría, apoyar observación. de adultos El médico de cirugía menor apoya los consultorios internos y es el responsable de acompañar a los pacientes en los traslados cuando se ameritan. El medico que ocupe esta plaza sería el responsable de cirugía y asma en caso de que el de cirugía amerite acompañar algún paciente que se traslade</i>	<i>Lunes a jueves de 7am a 4pm Viernes de 7am a 3pm</i>
<i>Medico Asistente General</i>	<i>¢518.524.13 mensual</i>	<i>Brinda atención a los pacientes catalogados en categoría verde. En este momento no se cuenta con dicho</i>	<i>Lunes a jueves de 10am a 2:30pm Viernes de 10am a 2pm</i>

		<i>recurso humano y ocasiona congestiónamiento y malestar en los usuarios por espera prolongada</i>	
<i>Medico Asistente General</i>	<i>Los sábados ₡105.266.27 Los domingos y feriados ₡99.421.45</i>	<i>Designado para atender las pacientes gineco-obstétricas, ya que son prioridad y además darán cobertura a los pacientes de los consultorios de cirugía menor y asma, cuando este medico tenga que acompañar al paciente en el traslado. Además debe apoyar consultorios internos</i>	<i>Sábados, domingos y feriados de 10am a 10pm</i>
<i>Medico Asistente Especialista</i>	<i>Sábados ₡136.525.28 Domingos y feriados ₡139.564.66</i>	<i>Es el especialista responsable de los consultorios internos y de las salas de shock. Puede apoyar al medico de observación.</i>	<i>Sábados/domingos /feriados, de 7am a 10pm</i>

Total: plazas fijas de médicos G-1 costaría ₡2.592.350.65 y el tiempo extraordinario del especialista los fines de semana y feriados sería de ₡1.923.110.64

Si bien los costos están bien establecidos, es importante resumir los **beneficios:**

- ↪ *Aumento en la capacidad de internamientos*
- ↪ *Habilitación de una sala de operaciones en el segundo turno, para operar pacientes en espera de cirugía del servicio de emergencias*
- ↪ *Constar con médicos radiólogos y gastroenterólogo para mejorar la capacidad diagnóstica y de tratamiento de los pacientes de emergencias*
- ↪ *La apertura del laboratorio de emergencias mejoraría el tiempo de respuesta de los exámenes solicitados*
- ↪ *La apertura de la farmacia 24 horas al día, mantendría un tiempo de entrega de medicamentos similar a la que se mantiene de lunes a viernes en el I y II turno*
- ↪ *Las guías de atención 2008, son herramientas en pro de mejorar el conocimiento académico y brindar una mejor calidad de la atención.*
- ↪ *Los cursos de atención al cliente, que se desea impartir al personal de emergencias, con la colaboración del departamento de recursos humano, va orientado a mejorar la calidez de la atención*
- ↪ *El aumentar el recurso humano médico del servicio, permitiría en un ambiente laboral más acorde con la creciente demanda de la consulta, acortando los tiempos de atención y de las revaloraciones. Esto disminuiría el riesgo de mala praxis, el ambiente del servicio sería más agradable tanto para el usuario externo como interno. Ante una eventual emergencia masiva habría más disponibilidad del recurso humano laborando*

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Con la información consignada en el presente trabajo, se llegó a las siguientes conclusiones:

6.1 Hay una tendencia creciente en el número de consultas en el Servicio de Emergencias de H.S.R.A. en los últimos cinco años, pasando de 112.303 consultas en el año 2000 a 124.312 en el 2007

6.2 La cantidad de internamientos en los últimos tres años tanto en la sección de cirugía y máxime en el área de medicina han tenido una tendencia a ser menor, siendo estos de 55% para medicina y 10% para cirugía

6.3 Los índices de estancia hospitalaria han tenido una tendencia a aumentar en medicina de 8.92 a 13.59 días y en cirugía de 7.05 a 8.84 días. El giro cama en los servicios de medicina y cirugía cada vez es menor, traduciendo esto en menor posibilidad de internamientos

6.4 La cantidad de egreso a nivel hospitalario en la sección de medicina disminuyó en los últimos tres años en 1.279 internamientos y los del área de cirugía en 234 pacientes (se incluyen los pacientes de cirugía ambulatoria, lo cual afecta el número real de las cirugías de uqe corresponden a los pacientes internados)

6.5 La utilización de sala de operaciones no ha tenido cambio en su producción en los últimos años, manteniéndose en un 90 %, en los dos últimos años (se incluyen para este efecto las cirugías ambulatoria, lo cual altera el resultado real de la utilización de las salas de operaciones y no favoreciendo esto en la disponibilidad de camas necesarias para ubicar los pacientes de servicio de Emergencias que requieren internamiento)

- 6.6 *No se ha logrado la meta a en los últimos años a nivel hospitalario, de lo pactado en el compromiso de gestión, en relación a los egresos, índices de ocupación de los servicios de medicina y cirugía*
- 6.7 *La estancia de los usuarios de cirugía y ortopedia en urgencias durante los meses de setiembre y de octubre del 2007 fue de 4 y 4.5 días respectivamente*
- 6.8 *En la muestra de febrero del 2008, el índice de ocupación en el área de consultorios internos para los pacientes de cirugía fue del 80% (estancia promedio de 5.22 días) y los de medicina de un 20% (estancia promedio de 1 día). El índice de ocupación en observación de adultos fue de un 70 % para los pacientes de medicina (estancia promedio de 2.86días) y de 30% para los pacientes de cirugía (estancia promedio de 6 días). Creando esto un estancamiento (cuellote botella), de los pacientes en el servicio y menor capacidad de recepción de nuevos pacientes*
- 6.9 *Como medida paralela en la prestación de un buen servicio, se requiere fortalecer los servicios de salas de operaciones, radiología, gastroenterología, laboratorio y farmacia*
- 6.10 *Los indicadores de la medición de resolutiveidad y de la calidad de la atención fueron los siguientes:*
- ↳ Los índices de mortalidad del Servicio de Emergencias se mantienen menor del 1% en los últimos tres años*
 - ↳ El número de traslados se ha mantenido en los últimos años similar, alrededor del 1 %, siendo en orden decreciente los traslado a los centros hospitalarios de: Hospital México (en las especialidades cirugía, realización de TAC y casos oftalmológicos), Hospital Nacional de Niños*

(en las especialidades de cirugía valoración por O.R.L y ortopedia) y al Hospital Nacional Psiquiátrico

↳ *La utilización de los servicios de apoyo tanto en estudios de imágenes, laboratorio y el número de recetas, mantiene un comportamiento de pequeños cambios, que no va a acorde con el número de consultas crecientes documentadas. Concluyendo que no existe abuso por parte del personal del servicio hacia los servicios de apoyo, sugiriéndonos que se ha hecho adecuada utilización de los servicios de apoyo*

6.11 *Se debe continuar mejorando el carácter resolutivo de de los médicos del servicio, para lo cual se esta trabajando en las guías de atención del 2008. Se planea en el segundo semestre del 2008 en conjunto con recurso humanos, que el personal del servicio reciba el curso de atención al cliente*

6.12 *Por el comportamiento dinámico del servicio, el desplazamiento de los funcionarios médicos (dimensión espacial), el número de consulta creciente, el carácter resolutivo de los casos, las horas en que se presenta la mayor concentración de usuarios, el médico que se utiliza en el acompañamiento de los pacientes que requieren ser trasladados, la disminución en el número de personal los fines de semanas; creemos conveniente aumentar el número funcionarios médicos del Servicio. Esto iría en pro de responder a las necesidades crecientes de la población y brindar servicio de calidad, con un tiempo de respuesta oportuno.*

6.13 *En las condiciones laborales actuales, el Servicio de Emergencias cuenta con la capacidad limitada de enfrentar situaciones que sobrepasen la capacidad instalada (según lo planteado en el plan de atención de victimas en masa)*

6.14 Los procesos documentados por la empresa Deloitte para la estandarización el quehacer del Servicio y mejorar los tiempos de respuesta, están implementados en un 100% en el Servicio de Emergencias.

Basados en la información documentada en el presente trabajo y en relación al Plan de Mejora 2007, se resumen las siguientes conclusiones: Se ha evidenciado un aumento en el número de consultas en el Servicio de Emergencias, que se ha visto acompañado de estancias prolongadas tanto a nivel de urgencias, como hospitalario. Si bien se puede pensar en aumentar el número de camas, primero se debe optimizar este recurso, para lo cual se debe de retomar los procesos y el porcentaje de implantación de los mismos a nivel de medicina y cirugía, ya que a nivel de emergencias se encuentran implementado en un 100%.

Se necesita poner a funcionar una sala de operaciones en el segundo turno para disminuir la presa de pacientes en urgencias, máxime considerando que esto genera en mayor hacinamiento de usuarios.

El tiempo de respuesta de los servicios de apoyo como laboratorio, la falta de radiólogo, gastroenterólogo, cirujano pediatra entre otros, afecta la capacidad resolutive del servicio, aumenta las estancias, favoreciendo al congestionamiento y la imagen negativa del servicio.

Los índices de mortalidad, de traslados, el uso racional de los servicios de apoyo, hablan a favor de la capacidad resolutive del personal médico que labora en emergencias.

El aumentar el número de número de sillas de ruedas, camillas y camas en urgencias, no soluciona el problema de acortar el tiempo de entrega de las camillas de transporte a la Cruz Roja, sino que más bien vendría a empeorar el congestionamiento ya existente, aumentar la insatisfacción del usuario y mayores efectos secundarios a este, como lo son: infecciones, caídas, mala praxis, entre otros.

Al mejorar la capacidad de internamientos desde el servicio de emergencias a los salones, vendría a optimizar la disponibilidad de las sillas, camillas y camas para los nuevos usuarios, así como para recibir los pacientes que trae la Cruz Roja (desocupando sus camillas de transporte en un tiempo razonable).

El laborar en un servicio saturado, causa una percepción del usuario externo de inadecuada atención, imagen negativa del servicio, stress en el usuario externo e interno, cansancio laboral, sobrecarga de trabajo, riesgo de mala praxis, desorden en el desarrollo de los procesos y limita la capacidad resolutiva del departamento ante una emergencia mayor.

Muchos de estos puntos, deben de ser retomados, analizados y resueltos a nivel local (jefaturas de servicios) y por la Dirección General. Sin embargo otros, dependen del análisis y aprobación de la Dirección Regional y Gerencia Médica.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

7.1 Como estrategia para influir en la tendencia creciente en el número de personas que consultan al Servicio de Emergencias de H.S.R.A., se recomienda nivel local:

- Continuar con la divulgación de información a través de banners, volantes informativos, leyenda en los stickers
- El médico del consultorio de clasificación, de una explicación breve al usuario, el por qué no es candidato a recibir la atención y referirlo a su centro de adscripción
- Utilizar el sistema circuito cerrado de televisión para transmitir charlas educativas y del uso correcto de los servicios de emergencias. Se le solicitará a la jefatura de informática la viabilidad del plan durante el segundo semestre del 2008
- Le corresponde a nivel central hacer campañas a nivel nacional con el fin de motivar a la población nacional de hacer uso racional y adecuado de los servicios de emergencias
- Es competencia de la Dirección Regional y de la Dirección General de este centro, valor costo/beneficio, de la apertura de la Clínica Alajuela Norte las 24 horas (ya que actualmente labora hasta las 9pm), como consulta extemporánea y los usuarios no cuentan con otra área de atención, que el Servicio de Emergencia

7.2 La Dirección General debería solicitar revisión de los procesos documentados por la empresa Deloitte en los servicios de medicina y cirugía, con el fin de verificar el cumplimiento porcentual de los mismos. Esto con el fin de verificar si hay recomendaciones o cambios, que ayuden a mejorar los índices hospitalarios y la capacidad de internamientos, lo cual repercutiría positivamente en el descongestionamiento de urgencias.

7.3 Le corresponde a la Dirección General de este centro convocar a reuniones periódicas con las diferentes jefaturas con el fin de presentar rendición de cuentas y buscar las justificantes y acciones correctivas de los ítems que no se estén cumpliendo. Es de reflexión en este punto el evaluar por cada jefatura los días de estancia, el índice de ocupación y el número de egresos, con el fin de optimizar los recursos

7.3 Evaluar en conjunto con la Dirección Médica y las jefatura de los diferentes servicios por lo menos cada quince días o cada mes, el comportamiento de los índices establecidos, con el fin de buscar acciones correctivas en los casos que no se cumplan los mismos

7.4 Mantener un Servicio de Emergencias con disposición de espacio físico (camas, camillas y sillas de rueda), recurso humano en número adecuada, en condiciones físicas y mentales óptimas, para atender las emergencias que se presentan y estar preparados para aquellas eventualidades que sobre pase la capacidad instalada. Para cumplir con este enunciado es necesario que el servicio mantenga un movimiento de camas muy constante (giro camas o camillas), lo que significa una estancia no mayor a 24 horas de los pacientes en el servicio (lo cual a su vez depende de la movilización de las camas del salón), para tener espacios libres en emergencias. La dirección general (o a quien él designe), debe darle seguimiento al comportamiento de las estancias prolongadas tanto en piso como en emergencias

7.5 Es importante la permanencia de un médico cirujano en el Servicio de Emergencias (de lunes a viernes en el primer turno), uno el segundo turno (el código de la plaza ya existe, lo que no hay es cirujano disponible), y sábados, domingos y feriados, donde ya hay dos cirujanos de planta laborando actualmente, uno de los cuales puede hacerse responsable y permanecer en emergencias las 24 horas. Esto da un mayor sentido de pertenencia al profesional, tener un campo de visión más amplio de los usuarios que se encuentran en el servicio y definir los pacientes durante su jornada laboral

7.6 Para mejorar los tiempos de respuesta en los servicios de laboratorio y farmacia, se requiere aumento del recurso humano y de horarios de funcionamiento de estas áreas

7.7 El aporte del radiólogo y gastroenterólogo, en la definición de los pacientes del servicio, mejoraría la capacidad diagnóstica y en algunos casos de tratamiento de los pacientes en emergencias. Además esto nos permitiría en muchos casos disminuir los traslados a otros centros hospitalarios

BIBLIOGRAFÍA

1. Colapsa servicio de emergencias en Heredia
http://www.nacion.com/ln_ee/2007/julio/12/pais1165210.html.
 Tomado el 9 de abril 2008

2. Hospital San Rafael de Alajuela.
http://www.ccss.sa.cr/html/sitios/Web_H.S.R.A/historia.htm. Tomado
 el 30/03/2008

3. *Círculos de Calidad. El enfoque espiral para aumentar la calidad, productividad y creatividad.* Inoue M, Murray D. pp 129-139. Editorial tecnológica de Costa Rica. Cuarta reimpresión. 2003

4. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML
Flujo y Saturación de Los. Servicios de Emergencia. German Chacaltana, M.D.. Jefe del **Servicio** de Emergencia. Hospital Rebagliatti. Lima, Perú ...
www.reeme.arizona.edu/materials/Flujo%20y%20Saturación%20Servicios%20de%20Emergencia.pdf - Páginas similares Tomado el 9 de abril 08

5. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML
La problemática de la congestión de los servicios de ur- emergencias 2001;13:90-96. 96. cias de los pacientes de medicina interna ...
www.semes.org/revista/vol13_2/90-96.pdf -Tomado el 9 de abril 08

6. Los **servicios de emergencia** reciben 1.170.000 consultas anuales más que en 1995. ... Algunos especialistas atribuyen la **saturación de los servicios** de ...
www.clarin.com/diario/2006/05/29/sociedad/s-03215.htm - 42k -
<http://www.clarin.com/diario/2006/05/29/sociedad/s-03215.htm>
 Tomado 9 de abril 08

7. Procedimiento para la elaboración del Diagrama de Pareto en MS Excel.
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/diagparetoexcel.pdf>. Tomado 2 de junio 08