



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD  
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**Análisis situacional del Servicio de Emergencia en la Unidad Municipal De  
Salud Norte. Periodo Junio - Noviembre 2011**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud

**Autor :** Barrera Sáenz Cesar Arturo

**Director:** Henriquez Trujillo Aquiles Rodrigo

QUITO - ECUADOR

2011



## **AUTORÍA**

Yo, CESAR ARTURO BARRERA SAENZ como autor(a) del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

f).....

**AUTOR(A) DEL PROYECTO**

**C.I.:**

## **CESIÓN DE DERECHOS**

Yo CESAR ARTURO BARRERA SAENZ, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

-----  
**AUTOR(A) DEL PROYECTO**

**C.I: 1708328107**

## **AGRADECIMIENTO**

Especialmente al I. Municipio de Quito quien financió este Diplomado

.....  
**NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR(A)**

v

5

## DEDICATORIA

Grace, Stephanie y David.

---

**ANALISIS SITUACIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LA UNIDAD  
MUNICIPAL DE SALUD NORTE PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE 2011**

RESUMEN .....	9
CAPITULO I .....	10
3.1. Introducción.....	10
3.2. Objetivos.....	12
3.2.1. General .....	12
3.2.2. Específicos.....	12
3.3. Hipótesis .....	12
CAPITULO II .....	16
2.1. Metodología .....	16
2.1.1. Análisis de la demanda. ....	16
2.2. Diagnóstico situacional.....	17
2.2.1. Historia y Constitución.....	17
2.2.2. Diagnóstico externo.....	17
2.2.3. Diagnóstico Interno. ....	18
2.2.4. Diagnóstico epidemiológico.....	19
2.5. Determinación de las Fortalezas y Debilidades. / Amenazas y Oportunidades .	23
2.6. Organización estructural.....	24
2.7. Direccionamiento estratégico .....	25
2.7.1. Misión.....	25
2.7.2. Visión .....	25
2.7.3. Estructura física .....	26
2.8. Recursos humanos .....	27
2.8.1. Objetivo General del Servicio de Emergencia de la UMSN. ....	29
2.8.2. Objetivos Específicos del Servicio de Emergencia de la UMSN. ....	29
2.9. Marco Teórico. ....	30
2.10. Mejora de procesos.....	31
2.11. Definiciones .....	31
2.12. Organización de los Servicios De Emergencias .....	33
2.12.1. Modelo angloamericano .....	33

2.12.2. Modelo Franco germano .....	33
2.12.3. Generales .....	33
CAPITULO III .....	35
3.1. Propuesta de cambio .....	35
3.1.1. Gestión basada en Calidad. ....	35
3.2. Características del servicio propuesto. ....	36
3.3. Características del personal. ....	37
3.3.1. Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia.....	37
3.3.2. Perfil del Trabajador de Salud en Servicios de Emergencia .....	37
3.3.3. Capacitación .....	37
3.4. De los Recursos Materiales.....	37
3.4.1. Equipamiento .....	37
3.4.2. Transporte.....	38
3.4.3. Comunicaciones .....	38
3.5. De la Infraestructura .....	38
3.6. Equipamiento Biomédico: .....	39
3.7. Recursos Humanos por Niveles de Atención.....	39
3.8. Diagnostico .....	40
3.9. Normas Y Registros .....	40
3.10. Resultados y Conclusiones .....	41
BIBLIOGRAFÍA .....	42

## Índice de Cuadros y Apéndices

M.S.P. decreto <b>0318</b> Jueves, 26 mayo de 2011. Registro. Oficial. No. 457.....	13
Determinación de las Fortaleza Debilidades, .Amenazas, Oportunidades.....	20
Organización estructural.....	22



## RESUMEN

Enmarcados dentro de la normativa legal en la que se encuentra la Unidad Municipal de Salud Norte en la tipología que emite el Ministerio de Salud Pública conlleva a aclarar la necesidad de tener un servicio de Emergencia.

Fundamentada esta temática, el siguiente paso es indicar que es un servicio de Emergencia o Urgencia, esclarecer los conceptos y el respaldo bibliográfico que tienen los tópicos relacionados

La gestión, uso, demandas y el desarrollo de programas relacionados, recursos materiales y humanos con que cuenta el servicio, el efecto significativo e independiente sobre la frecuencia de su uso, son parte del presente estudio.

El comportamiento de la población que acude es motivo de interés al analizar y destacar el particular de la existencia de una proporción sorprendentemente alta de pacientes de baja gravedad y por iniciativa propia.

La mejora de Atención primaria, filtros previos y la definición exacta de quienes deben acudir así como que se les debe ofrecer, con las particularidades propias de la institución y del sistema que representa son aspectos a tomar en cuenta entre los objetivos de esta investigación.

# CAPITULO I

## 1.1 Introducción.

Actualmente existe un debate sobre la necesidad de que funcione o no el Servicio de Emergencia en la Unidad Municipal de Salud Norte como requisito indispensable para cumplir con la normativa legal vigente en el país. Por tal razón se realiza una investigación de cómo funciona actualmente el servicio de Emergencia mediante un estudio descriptivo observacional como paso previo a una implementación de un plan de gestión del mismo

El Ministerio de Salud Pública el Jueves, 26 de mayo de 2011 expide en el Registro. Oficial. No. 457 (decreto **0318**) la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

En su parte pertinente indica: Los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por nivel de atención y de acuerdo a su capacidad resolutive en:

Primer nivel de atención.

Segundo nivel de atención.

Tercer nivel de atención

Riggs (1981), en base a datos suministrados por la American Hospital Association, refiere un incremento en las personas que acude a los servicios de Emergencia de los Estados Unidos de 42 millones de personas en 1960 a 81.3 millones en 1979. En aquella época se reforzaron los recursos y el personal sanitario, el problema parecía resuelto pero vuelve a surgir 10 años mas tarde (Derlet & Richard, 2000). Cifras recientes señalan un aumento de la demanda en un 14% desde 1992 a 1999, desde 89.8 millones a 102.8 millones, con un aumento de la tasa de visitas por enfermedad de 21 a 24 visitas por casa 100 personas y año (Burt & McCaig, 2001). En Canadá, país cercano a USA geográficamente y en desarrollo económico, aunque con cobertura sanitaria universal, Walker (1982) describe un aumento del 227% en las visitas realizadas a los servicios de urgencias en la ciudad de Ontario desde 1965 a 1973.

En el entorno europeo nos encontramos con situaciones semejantes. En el Reino Unido se estima que el incremento de la demanda se encuentra en torno al 5% anual, considerando algunos autores que puede amenazar el futuro del sistema

sanitario nacional (Morgan et al, 1999). En Lausanne (Suiza) se mide un aumento del 1.5% de las consultas en urgencias entre 1993 y 1996 y del 5.9% entre 1996 y 1999 mientras que la población residente solo aumento el 0.5% (Santos-Eggimann, 2002).

Respecto al nivel de gravedad de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias tenemos cifras variables según el método usado. En Dublín (Irlanda), de un total de 4.684 pacientes Murphy et al (2000) clasifican como pacientes “semiurgentes” o “demorables” a 4.459 (95%), los 225 restantes los clasifica como “amenaza vital” o “urgentes”. En Suecia se detecta entre el 39 y 64% de visitas tipo “medicina general” (Magnusson, 1980). En Francia miden entre un 29 y 35% de visitas no urgentes a los SUH (Lang et al, 1996). En Portugal (Pereira et al, 2001) detecta el 31.3% de inadecuación usando criterios explícitos, señalando los escasos estudios que disponen en su entorno para objetivar la situación.

Actualmente las unidades de salud de acuerdo al sistema regionalizado de servicios de salud, su capacidad resolutive y las características estructurales y de proceso se distribuyen en primero, segundo y tercer nivel para desarrollar un trabajo articulado entre todos los componentes del sector público y conformar la Red Pública Integral de Salud.

El servicio de Emergencia a pesar de ser uno de los puntos más básicos de la atención sanitaria se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal, y el reconocimiento profesional y académico de este último (Tudela & Módol, 2003)

Gestionar implica coordinar e incentivar a las personas de cualquier organización para conseguir los fines de esta. Pretende formar, informar e incentivar a los profesionales sanitarios para que tomen las decisiones con mejor relación coste-efectividad (no se trata de ahorrar, sino de gastar más adecuadamente). La gestión forma parte de esas reformas que actualmente se están dando en las organizaciones sanitarias, en un intento de unir la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles.

El diseño de un sistema de gestión de un servicio de emergencias debe basarse en **preguntas clave** como:

- ¿Qué actividad asistencial estamos realizando?
- ¿Existe una buena estructura física?

- ¿Qué relaciones existen con el entorno de las emergencias?
- ¿Qué recursos humanos y materiales estamos utilizando?
- ¿Con qué nivel de calidad?

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. General**

- Elaborar una investigación de la gestión actual del Servicio de Emergencia de la Unidad de Salud Municipal Norte.

### **1.2.2. Específicos**

- Identificar problemas de gestión y de calidad del servicio
- Realizar el diagnóstico del problema de salud identificado

## **1.4. Hipótesis**

Los Hospitales de segundo nivel de atención (II-3) – catalogados como Centro – clínico quirúrgicos ambulatorio (Hospital del día) ente los que se encuentra la Unidad de Salud Municipal Norte de acuerdo a la normativa actual del M.S.P. requieren para su funcionamiento un servicio de Emergencia que puede funcionar únicamente por 12 horas al día.

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Niveles de atención	Niveles de Complejidad	Categoría de Establecimientos de salud	Nombre
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud rural
	4° nivel	I-4	Centro de salud urbano
	5° nivel	I-5	Centro de salud de 12 horas
	6° nivel	I-6	Centro de salud de 24 horas
Segundo nivel de atención	1° nivel	II- 1	Consultorio de especialidad(es) clínico - quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2° nivel	II-3	<b>Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)</b>
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	1° nivel	III-1	Centros especializados
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	Hospital de especialidades

CUADRO N° 1

M.S.P. decreto **0318** Jueves, 26 de mayo de 2011. Registro. Oficial. No. 457

## II NIVEL DE ATENCIÓN

El II Nivel de atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

### AMBULATORIO

II.1 Consultorio de Especialidad(es) Clínico-Quirúrgicas

II.2 Centro de Especialidades.

**II.3 Centro Clínico-Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)**

### HOSPITALARIO

II. 4 Hospital Básico.

II. 5 Hospital General.

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles quirúrgicas y de especialidad, que prestarán servicios programados e itinerantes; su

misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

## DEFINICIONES DEL II NIVEL DE ATENCIÓN

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

### AMBULATORIO

II. 1 Consultorio de Especialidad(es) Clínico-Quirúrgicas. Es un establecimiento de salud independiente cuya asistencia está dada por un profesional de la salud legalmente registrado, de las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley.

II. 2 Centro de Especialidades. Es un establecimiento de salud con personería jurídica y Director Médico responsable legalmente registrado que da atención de consulta externa en las especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley, con servicios de apoyo básico.

II. 3 Centro Clínico-Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)

Es un establecimiento, ambulatorio de servicios programados, de diagnóstico y/o tratamiento clínico o quirúrgico, utilizando tecnología apropiada. Dispone de camillas y camas de recuperación para una estancia menor a 24 horas. Cuenta con, las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados. **Dispone de servicios de: Consulta externa, centro quirúrgico, emergencia y enfermería; puede contar con los servicios de apoyo de: nutrición, psicología, laboratorio clínico e imagen. Las camas de este centro no son censables.**

### HOSPITALARIO

II. 5 Hospital Básico. Establecimiento de salud que brinda atención Clínico - Quirúrgica y cuenta con los servicios de: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica, Medicina Transfusional, farmacia

institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; Atención Básica de Quemados, Rehabilitación y Fisioterapia, Trabajo Social; cuenta con las Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología) Odontología, Laboratorio clínico, Imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.

II. 6 Hospital General. Establecimiento de salud que brinda atención clínico - quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley.

Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación), farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; Unidad de Diálisis, Medicina Transfusional, Trabajo Social, Unidad de Trauma, Atención Básica de Quemados.

Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrarreferencia.

## CAPITULO II

### 2.1. Metodología

#### 2.1.1. Análisis de la demanda.

La Unidad Municipal de Salud Norte ubicada en Quito – Ecuador dirección Unión y Progreso OE4353 y Diego de Vásquez (Frente a la Ciudadela La Ofelia) es categorizada como un hospital básico.

Se estudia la epidemiología en los primeros 8 meses de atención en este año (Anexo1), y el sistema de gestión de urgencias definido como sus recursos materiales y humanos para la atención a este tipo de demanda asistencial.

Las pautas de conductas sanitarias a la asistencia urgente e inmediata, se traduce en un incremento de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro sistema de atención sanitaria, sea servicio hospitalario o de Atención Primaria, pudiendo llegar fácilmente a situaciones de saturación, siendo obligado, en estos casos, dar respuestas organizativas.

¿Qué es la demanda asistencial urgente?

Por **urgencia** entendemos una serie de procesos, que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección (resolutiva o paliativa) en un corto espacio de tiempo. Es una situación de salud que también se presenta repentinamente sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable (dentro de las 2 o 3 horas). Por ejemplo, traumas menores como fracturas simples de huesos largos, dolores agudos tipo cólico, etc.).

“Urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad” (Asociación Médica Americana, OMS & Consejo de Europa)

Se puede clasificar las urgencias en función del nivel de gravedad, tradicionalmente se diferencian tres niveles de urgencias (Urgencias y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo. España 1991).

1. *Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas a la atención primaria habitual*



2. *Urgencia no vital, también denominada no grave.*
3. *Problemas de urgencia vital, también denominadas emergencias, urgencias graves, o urgencias verdaderas*

Por **emergencia** entendemos que se trata de un proceso en el cual sí que existe un riesgo vital para el paciente debiendo atenderse el proceso en tiempos muy cortos. Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida Ejemplos de posibles casos: Pérdida de conocimiento, abundante pérdida de sangre o hemorragia, dificultad respiratoria prolongada, dolor intenso en la zona del pecho, convulsiones, electrocución, asfixia por inmersión, caídas desde alturas, accidentes de tránsito. Síndrome Coronario Agudo, Hemorragia Digestiva Alta, etc.

## **2.2. Diagnóstico situacional.**

### **2.2.1. Historia y Constitución.**

En 1987 se funda el Centro de especialidades, Patronato Norte. Se aprovecha y adecua un edificio diseñado en principio para el terminal terrestre del norte.

Desde abril del 2001, por ordenanza metropolitana, los servicios de atención médica hospitalaria a cargo del Patronato Municipal de Amparo Social “San José”, se convierten en Unidad administrativa adscrita al Municipio de Quito bajo la dependencia de la Dirección Metropolitana de Salud.

Esta decisión permite establecer políticas coordinadas de salud, en base a principios de calidad, calidez, solidaridad, universalidad, eficacia y eficiencia, con equipos capacitados de profesionales médicos, administrativos y de apoyo, para establecer un Sistema Metropolitano de Salud.

### **2.2.2. Diagnóstico externo.**

La Unidad está ubicada en la parroquia de Cotocollao, junto al mercado de La Ofelia, en un edificio acondicionado a las necesidades del hospital, en el que se han instalado salas de espera, consultorios, quirófanos, laboratorios para atender 21 especialidades médicas con el trabajo de 49 médicos especialistas, 1 psicólogo clínico, 3 odontólogos, 18 enfermeras, 11 tecnólogos médicos y 10 auxiliares de enfermería, a más del personal administrativo, de mantenimiento y choferes que requiere un hospital de este tipo. (Total 139 empleados)

Es un centro de segundo nivel de atención de especialidades médicas. Cuenta con cuatro quirófanos, Hospitalización con 10 camas, área de rehabilitación, Consulta externa, Laboratorio, Área de Imagenología (Ecografía y Rx.) Tiene relación con tres CAPS (Rumiurco, Carcelén y Calderón). Es parte de las tres Unidades Municipales de Salud que son unidades prestadoras de servicios de salud inscritas en un proceso de integración, como parte de un proyecto global en el que la atención se complementa con los recursos de otras instituciones como las del Ministerio de Salud Pública y con la relevante participación de la comunidad.

Ha establecido un sistema de trabajo que permite agilidad en el flujo de atención y a corto plazo dentro del proceso de modernización de la institución, cambiará su imagen actual, aumentará su funcionalidad, la comodidad y mejorará la calidad de atención para sus pacientes.

### **2.2.3. Diagnóstico Interno.**

El modelo actual consiste en un triaje no protocolizado que se realiza en el área de obtención de turnos en donde una licenciada de enfermería escucha la sintomatología del paciente y la necesidad de atención. Entonces se indica a paciente que se dirija al servicio de Emergencia el cual labora de 8:00 hs a 16:00 hs. El paciente acude al mismo por sus propios medios o trasladado por otra persona siempre se pedirá la comparecencia de un familiar. Conocedores del servicio varios pacientes acuden por iniciativa propia o derivados de los CAPs

Cuenta con 1 sala de espera, 1 consultorio, 5 camillas y un cuarto para enfermos semi críticos como área de transferencia.

Los pacientes y familiares esperan la atención en forma secuencial a menos que requieran una curación urgente o emergente. Se atiende en forma inmediata al paciente con inestabilidad hemodinámica.

La atención esta brindada por un médico general y el aporte de 3 enfermeras. Las interconsultas con los médicos especialistas se realizan en casos extremos y dependen de la disponibilidad de los profesionales ya que no existen procesos para esta tarea.

Las resoluciones quirúrgicas solo se pueden realizar es horario de 8:00 hs hasta 12:00 hs por el horario actual de los médicos que están relacionados con el centro quirúrgico.

Las referencias se realizan por lo general al Hospital Pablo Arturo Suarez en una ambulancia que no se encuentra equipada con los estándares necesarios para considerarse como tal.

La organización no se ajusta a la demanda asistencial, ya que la gran mayoría de los casos se consideran como demandas de atención primaria fuera de horario, bien por falta de conveniencia para el paciente, o por insuficiencia del centro para atender a todas.

#### **2.2.4. Diagnóstico epidemiológico**

Conocer la realidad epidemiológica local es un elemento fundamental para la práctica médica, tanto en el trabajo clínico diario como en la gestión de los centros de salud. La caracterización epidemiológica y clínica permite detectar los problemas de salud más frecuentes en distintos grupos de la población, información relevante al momento de destinar recursos, evaluar programas y en la capacitación del personal.

Procedo a describir la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población que acude al Servicio de Emergencia de la Unidad de Salud Norte cuya descripción requiere de la identificación de las características de morbilidad que la definen.

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin identificar necesidades y prioridades en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

La disponibilidad de datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la realidad sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud.

La búsqueda de medidas objetivas que permitan la caracterización de la situación de salud ha ido variando conforme el concepto de salud lo ha hecho.

La nueva concepción de salud obliga a pensar que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales.

Por ello el análisis de la situación de salud debe considerar tres componentes principales:

1. El análisis de los factores condicionantes principalmente se basa en la descripción y análisis de la situación demográfica y socioeconómica de la población. Su fundamento se basa en lo que se conoce como “estilo de vida”, que viene a ser el comportamiento individual sostenido que está vinculado con los patrones sociales y culturales de residencia que explican un proceso de salud-enfermedad determinado.
2. El Análisis Del Proceso Salud Enfermedad es el método más utilizado para la caracterización de los problemas de salud en la Población utilizando indicadores de mortalidad y morbilidad

Para la descripción de la morbilidad se utiliza la clasificación internacional de Enfermedades, (CIE-10).

3. El análisis de los problemas de salud prioritarios. El perfil epidemiológico debe concluir en la jerarquización de los problemas de salud identificados.

#### **2.2.4.1. Pacientes y métodos**

Este trabajo corresponde a un estudio de corte transversal descriptivo retrospectivo. Mediante muestreo no probabilístico consecutivo se revisaron todos los datos de atención de urgencia, cursados en el periodo de enero a septiembre de 2011 (n=2.516). Se incluyeron todos los datos válidamente emitidos durante el periodo estudiado y fueron excluidos los anulados por errores en el registro de datos. Se consignaron los indicadores de edad, sexo, día y horario de consulta, tipo de patología, destino al egreso, derivación y constatación de lesiones. El tipo de patología fue clasificado según el sistema afectado. Los datos fueron tabulados y graficados con el software Microsoft Excel.

#### **2.2.4.2. Resultados**

De las 2.516 atenciones de urgencia, 45,2% (n=1.137) correspondieron varones y 54,8% (n=1379) a mujeres. La edad promedio de los pacientes consultantes fue de 31,4 ± 23 años (rango 0 – 97); 30 años en varones y 32,6 en mujeres. En promedio se realizó una atención de 14 pacientes al día.

El 21,4% de los pacientes (n=538) estaban en el rango de 0 a 9 años, 14,2% (n=357) entre 10 y 19, 17,2% (n=432) tenían entre 20 y 29, 12,9% (n=324) de 30 a

39, 10,9% (n=274) entre 40 y 49, 9,8% (n=246) desde 50 a 59 años; en el rango de 60 a 69 años hubo un 5,9% (n=148), 4,2% (n=105) tenían 70 a 79, 2,6% (n=65) 80 a 89 y 0,6% (n=15) entre 90 y 99. No se encontró registro de la edad de 5 pacientes (0,2%).

Al estudiar los casos de acuerdo al motivo de consulta, de acuerdo al grupo de patologías o sistema involucrado, las primeras 2 causas fueron respiratorias y digestivas, 16,5% (n=415) cada una; luego las patologías por heridas y traumatismos con 13,6% (n=342). Entre estos 3 grupos se concentra un 46,6% de las consultas de urgencia. En el caso de los varones, las 3 primeras causas fueron respiratorias, digestivas, y traumáticas; con 18,2%, 16,3% y 15,2% respectivamente. En las mujeres, estas 3 causas se mantienen como las 3 más importantes, pero con una mayor importancia relativa de las digestivas 21,6%, luego respiratorias 12,7% y en tercer lugar infección de vías urinarias 9,9%.

Las patologías respiratorias corresponden a infecciones respiratorias altas virales, seguido de crisis de asma y síndromes bronquiales obstructivos e infecciones respiratorias bajas. En el caso de las patologías digestivas, los diagnósticos más frecuentes fueron gastroenteritis agudas, síndromes diarreicos agudos y trastornos digestivos funcionales. Colecistitis aguda y cuadros de apendicitis fueron patologías de baja representación. En el caso de la patología traumática aguda, un 34,6% fueron contusiones, 27,2% fueron heridas y 19,4% correspondió a esguinces y fracturas.

Finalmente, en cuanto al destino al egreso de urgencia, un 85,6% fue enviado de regreso a domicilio, un 5,4% fue derivado a un servicio hospitalario de mayor complejidad y un 0,7% fue hospitalizado

#### **2.2.4.3. Discusión.**

La distribución por sexo muestra una mayor consulta por pacientes de sexo femenino, con alrededor de un 55% de las consultas. De acuerdo a la edad, promedio fue de 31,4 años; El número de consultas según edad muestra una curva descendente, tanto en varones como mujeres, que va desde un 21,4% en menores de 10 años hasta un 0,64% en el grupo de 90 a 99 años. La población consultante menor de 15 años, población pediátrica, correspondió a un 26,84% del total de datos de urgencia emitidos. Esto habla de la gran importancia que tiene el conocimiento de

la patología de urgencia pediátrica; 1 de cada 4 pacientes evaluados tuvieron menos de 15 años de edad.

La mayor utilización de la urgencia para atención de infecciones virales respiratorias y gastrointestinales, hace necesario evaluar el impacto de la consulta “no urgente” y las posibles soluciones a este problema. Una de las aproximaciones más difundidas es la priorización de los pacientes según urgencia mediante un sistema de triage

Las patologías más frecuentes fueron en primer lugar las respiratorias y las digestivas, en su gran mayoría patologías autolimitadas, sin riesgo vital ni gran compromiso general. Esta es una realidad que se repite en centros de urgencia, nacionales e internacionales. Otras patologías de gran frecuencia son las traumáticas, otorrinolaringológicas, dermatológicas y oftalmológicas. En la gran mayoría, son pocos cuadros clínicos los que componen la mayoría de estas consultas de urgencia, destacando contusiones y heridas en el caso de las primeras, amigdalitis y otitis medias agudas en las segundas y dermatitis de contacto e infecciones cutáneas en las terceras, mientras que las conjuntivitis de diversa etiología y los cuerpos extraños oculares son las consultas oftalmológicas más frecuentes.

Esta caracterización implica que el manejo óptimo de pocas causas de consulta por parte del médico de urgencia permitirá la resolución efectiva de la gran mayoría de las consultas por patología no urgente.

Una vez evaluados y eventualmente tratados, la mayoría de los pacientes son enviados a su domicilio, con manejo ambulatorio. Sólo un 5,4% de los pacientes fueron derivados a un centro de mayor complejidad y un 0.7% tuvo necesidad de hospitalizarse (incluye casos que requirieron atención quirúrgica como pacientes de apendicitis aguda).

## 2.5. Determinación de las Fortalezas y Debilidades. / Amenazas y Oportunidades

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto Municipal</li> <li>• Sistema subvencionado</li> <li>• Equipos de última tecnología</li> <li>• Acceso gratuito</li> <li>• Apertura de escuchar de autoridades</li> <li>• Dependiente de una Secretaría</li> <li>• Profesionales de Salud con gran preparación educacional</li> <li>• Quirófanos, Recuperación, Hospitalización</li> <li>• Médicos en varias especialidades</li> <li>• Lcdas. en enfermería mayoría con Cuarto nivel en Administración</li> <li>• Organización horizontal a nivel de la Unidad de salud.</li> <li>• Personas pobres se encuentran beneficiadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde la declaratoria de Gratuidad en la salud pública, presupuesto suficiente de acuerdo al Plan Anual de Contratación-PAC</li> <li>• Poder desarrollar un sistema de salud de calidad, eficiente y efectivo inmerso en el sistema único de salud como un pilar consolidado de salud</li> <li>• Contar con sistemas tecnológicos de punta y que no sean dependientes de casas comerciales en particular</li> <li>• Se basa la atención en sistemas de APS y se maneja un sistema organizacional propio</li> <li>• La salud siempre será una apertura para demostrar el interés hacia las clases sociales</li> <li>• Interés de capacitación a los profesionales de salud</li> <li>• Infraestructura que ha crecido</li> <li>• Médicos especialistas reconocidos con años de experiencia</li> <li>• Al ser gratuita la atención pueden recibirla pacientes de escasos recursos económicos</li> <li>• Existe una Secretaría Metropolitana de Salud que organiza las políticas y recursos de esta área</li> </ul>

<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p>No incentivos. No existe valoración de acuerdo a la responsabilidad y trabajo</p> <p>Gratuidad: Derecho incomprendido por los pacientes</p> <p>No se conoce nivel de complejidad de salud de la Unidad</p> <p>No existe un reglamento interno</p> <p>Excesivo direccionamiento político en los cargos. RRHH no descentralizado</p> <p>Personal administrativo y técnico con bajo nivel educacional</p> <p>Inicio y crecimiento sin planificación y en forma desordenada</p> <p>Desmotivación por falta de crecimiento institucional. No especialización en áreas técnicas</p> <p>Excesiva demanda. No hay protocolos</p> <p>Cambio permanente de directivos. No existe normalización. Se atiende a beneficiarios del IESS.</p> <p>Visión política</p> <p>No planificación técnica</p>	<p>No realizar correctamente o no ejecutar el PAC, muchas veces por falta de factores técnicos lo que disminuirá las asignaciones futuras</p> <p>Tendencia en el país en proyectar un cambio en los hábitos y conductas de las organizaciones, relativos a la calidad, nivel o grado de satisfacción, valor percibido, puede llegar a que salud no sea competencia Municipal</p> <p>Por el sistema de compras públicas actual muchos equipos no alcanzan el nivel tecnológico esperado</p> <p>Un sistema aislado se convierte en uno paralelo al del MSP</p> <p>Toma de decisiones de acuerdo al directivo de turno que siempre se contraponen, especialmente con relación al personal</p> <p>Desinterés en presupuestar capacitación en áreas técnicas</p> <p>Infraestructura adaptada, sin planificación</p> <p>Capacitación orientada a lo social, no a lo técnico. Falta un programa de docencia</p> <p>No existe población determinada.</p> <p>La Secretaría no tiene descentralización en RRHH</p> <p>La calidad varía por las especificaciones técnicas que no siempre son manejadas por personal técnico calificado.</p>

## 2.6. Organización estructural

El sistema de organización de la institución define la organización de sus áreas de tal forma que el modelo lineal es el más usual, en el servicio de



Emergencia el puesto más alto es el coordinador de gestión del centro quirúrgico y emergencia, quien depende directamente de la Dirección Médica



## 2.7. Direccionamiento estratégico

### 2.7.1. Misión

Servir, sin fines de lucro, a la comunidad que necesita servicios de salud integral y quirúrgica emergente y urgente con tecnología de punta, con profesionales altamente calificados.

### 2.7.2. Visión

Ser un referente en la prestación de servicios de salud con calidad y calidez en el tratamiento integral del paciente que necesita servicios de salud emergente y urgente con instalaciones físicas que permitan brindar servicios de varias

especialidades en atención con administradores y profesionales altamente capacitados que se identifican por su entrega personal y compromiso social.

### **2.7.3. Estructura física**

Denominamos estructura física a lugar donde vamos a prestar la asistencia.

1. Área de Admisión
2. Sala de Espera
3. Área de Clasificación
4. Consultas
5. Área de Observación
6. Área de Tratamientos Cortos y Unidades de Corta Estancia
7. Área de Semicríticos
8. Área de pruebas Complementarias: englobaría tanto a Laboratorio de Urgencias como Sala de Radiodiagnóstico y Ecografía.
9. Quirófanos de Urgencias.
10. Áreas no asistenciales: aseos de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, almacén de medicación y fungibles, Office, etc.

Todas estas áreas deben de tener un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión habrá que incluir pues, circuitos o flujo gramas que especifiquen qué actividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban y con qué otras actividades se relacionan.

La gestión de un servicio de emergencias debe contemplar cuáles son sus relaciones con el entorno de urgencias y emergencias, es decir, con qué otros intervinientes se tienen que relacionar en el proceso asistencial urgente.

Este tiene que tener relaciones con los primeros intervinientes, sean sanitarios o no; así debe establecer por una parte protocolos de actuación y derivación con servicios de urgencias extra hospitalarios y con otros sistemas como bomberos, fuerzas de orden público, organizaciones (por ejemplo, Cruz Roja), etc., y por otro, con otros servicios hospitalarios que deberán continuar el proceso asistencial, como son los servicios específicos hospitalarios, asistencia social, hospitales de mayor nivel, etc.

La adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el proceso asistencial urgente es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones a la hora de marcar sus objetivos estratégicos. La **continuidad asistencial** es el objetivo a conseguir y por tanto una dimensión de la calidad que incide directamente sobre un proceso más adecuado y unos resultados mejores. La coordinación inter niveles es un término que describe una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan sobre un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se pretenden obtener implican a todos los que intervienen en el mismo. La integración asistencial sería la respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos bajo una única estructura de gestión.

Es frecuente en los últimos años la elaboración de protocolos de carácter inter nivel, con participación de colectivos profesionales pertenecientes a diferentes niveles asistenciales y categorías. Sin embargo, su traslado a la práctica clínica suele ser escasa, poco homogénea y dispersa. Es necesario incorporar herramientas de gestión que estimulen la cooperación y vincular los incentivos de gestores y profesionales a la consecución de resultados. La incorporación de la gestión por procesos integrales o inter niveles puede ser una apuesta interesante, siempre que esté acompañada de apoyos claros desde la dirección y de incentivos asociados a su desarrollo.

## **2.8. Recursos humanos**

La planificación y gestión de los recursos materiales implica la participación de todos los profesionales del área de urgencias. Es obvio que sin unos recursos materiales adecuados sería muy difícil lograr el resultado previsto en el servicio de urgencias, esto es, la recuperación de la salud al igual que se necesitan unos recursos humanos específicos y competentes para la atención a la demanda asistencial urgente.

La existencia de recursos materiales no significa solo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia, esto es, para lo que deben usarse obteniendo la máxima rentabilidad. Un sistema de gestión de urgencias debe contemplar pues, el mantenimiento de los

recursos materiales existentes, así como la baja de recursos innecesarios y adquisición de nuevos recursos con evidencia científica demostrada.

La gestión por competencias se plantea como una filosofía de gestión integrada de recursos humanos, una estrategia innovadora que incorpora modelos y herramientas novedosas en la gestión de las personas dentro de las organizaciones. Se trata de una filosofía de gestión de la que participan todos los procesos de gestión de personas, que operativiza el trabajo diario, facilita la generación de valor añadido en términos de conocimiento, y aporta al profesional el máximo nivel de empleabilidad posible.

La aplicación de la gestión por competencias ofrece un estilo de dirección que prioriza el factor humano y en el que cada persona aporta sus mejores cualidades personales y profesionales a la organización. Las aplicaciones operativas de la gestión por competencias se traducen, fundamentalmente, en conocer a las personas y sus competencias, para seleccionar y fidelizar a los mejores profesionales, así como para estimular el desarrollo del potencial individual. El concepto de competencias hace referencia a las características subyacentes de la persona, relacionadas con su actuación frente al trabajo que realiza, forman parte de ellas los conocimientos, actitudes y habilidades que hacen del desempeño profesional una variable que puede gestionarse.

Para ello se hace imprescindible definir las competencias necesarias para el desempeño de los distintos puestos de trabajo, evaluarlos y establecer sistemas de retribución y reconocimiento basados en el desempeño. Una **competencia** es una **capacidad** susceptible de ser evaluada y que se considera necesaria para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir resultados deseados por la organización.

Las **competencias** pueden **de conocimientos**, como “**lo que sé**” de acuerdo a los conocimientos teóricos prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional de la persona necesaria para el desempeño del puesto de trabajo. Las **competencias de habilidades**, definidas como “**lo que sé hacer**” son capacidades y destrezas genéricas y específicas que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo. Las **competencias de actitud** “**lo que soy o lo que deseo ser**” como las características o rasgos de personalidad que subyacen en la persona y que son determinantes de la actuación de éxito en su puesto de trabajo.

La competencia en cualquier área de trabajo la determinan tanto los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar dicho trabajo como las actitudes del trabajador. Los conocimientos y habilidades se obtienen mediante cursos específicos, pero las actitudes positivas, si no se tienen previamente, hay que crearlas y mantenerlas (lo que es más difícil), y esto es una de las funciones principales del gestor del área de urgencias. Para este fin deben existir una serie de medidas (participación en objetivos, implicación de profesionales, incentivos) destinadas a mantener una actitud positiva dentro del servicio de urgencias y solo así podremos mantener un equipo de profesionales implicados en la mejora día a día del área de urgencias.

El denominador común de los profesionales que trabajan en los diferentes servicios de urgencias es la heterogeneidad de perfiles, de niveles de formación y experiencia y de situaciones laborales. Hay muchas actividades subcontratadas.

La implantación del 911, representa unos de los elementos más importantes para la accesibilidad a la atención de urgencias y emergencias de los últimos años.

## **2.9. Objetivo General del Servicio de Emergencia de la UMSN.**

- Ofrecer atención de salud especializada de calidad técnica y humana a la población del DMQ.
- Contribuir a mejorar el estado de salud de la población vulnerable y de escasos recursos del norte del DMQ.
- Adecuar la oferta de los servicios de segundo nivel de atención que ofrece la USSJN a las necesidades de atención médica y de salud de la comunidad como parte de un sistema de salud

## **2.10. Objetivos Específicos del Servicio de Emergencia de la UMSN.**

- Visión preventiva y de promoción de la salud
- Intersectorialidad
- Sistema integral de urgencias y emergencias
- Continuidad en la atención
- Calidad en la atención

## 2.11. Marco Teórico.

Es importante desarrollar un conjunto balanceado de indicadores que reflejen todos los aspectos del servicio. Lo más común es recurrir inicialmente a la información disponible, debe tenerse cuidado para identificar brechas existentes. Existen diferentes formas de hacerlo.

### Las tres E`s

Una forma común de desarrollar indicadores de gestión es emplear las tres dimensiones de: economía, eficiencia y efectividad.

Las medidas básicas al construir las tres E`s son:

Costo: el dinero utilizado para adquirir recursos

Input: los recursos (humanos, materiales y tecnológicos) empleados para proveer el servicio.

Output: el servicio proporcionado al usuario, por ejemplo, en términos de tareas completadas.

Resultado: el impacto y valor real del servicio entregado.

Las tres dimensiones del desempeño se definen de la siguiente manera:

**Economía:** “la adquisición de recursos humanos y materiales de la calidad y cantidad apropiada al menor costo (personal, materiales, tecnología)”. Un ejemplo, es el costo de comprar libros nuevos para una biblioteca pública.

**Eficiencia:** “la producción máxima de productos en base a una determinada cantidad de insumos o la utilización mínima de recursos para la cantidad y calidad requeridas del servicio prestado”. Por ejemplo, el costo por visita a bibliotecas públicas.

**Efectividad:** “lograr que la organización cumpla las demandas ciudadanas y lograr que un programa o actividad logre sus objetivos o metas”. Un ejemplo es el porcentaje de usuarios de bibliotecas que encontraron el libro o la información que buscaban y que estuvieron satisfechos con el servicio. La efectividad se trata de asegurar que el servicio que está logrando lo que se diseñado que haga.

Algunas organizaciones agregar una cuarta E, equidad. Esta dimensión captura el grado de equidad para que el servicio sea accesible, y determinar si los servicios son apropiados para las necesidades de los usuarios.

## Mejora de procesos

Se deberá realizar modificaciones incrementales con el objetivo de hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, desarrollando cambios positivos en beneficio del cliente y de la organización para elevar estándares de desempeño en un proceso con un funcionamiento rutinario. De esta forma se va a lograr eliminar procesos repetitivos y contribuir en la adaptación a los avances tecnológicos (**Rure, 1991**).

Una vez implementado el modelo de gestión por procesos dentro del Hospital se recomienda su evaluación mediante encuestas de servicio al paciente al cumplir su primer año y de manera periódica de manera que se pueda tener una retroalimentación constante y mejoramiento continuo.

A medida que se conozca el impacto del sistema dentro del servicio al paciente se recomienda.

- Elaborar un perfil de la propuesta de intervención del problema de salud diagnosticado
- Aplicar la propuesta de intervención al problema seleccionado
- Brindar prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad
- Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia.

Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia.

Establecer periodos de revisión de los registros para la toma de información

## Definiciones

El grupo de trabajo para la Ordenación de las Urgencias en AP de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) propone la siguiente clasificación (Melguizo et al, 1992):

***Urgencia subjetiva:*** *solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano (paciente / cuidadores), según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico se considera injustificable o demorable.*

**Urgencia objetiva:** *solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano (paciente / cuidadores), según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico precisa atención sanitaria por comprometer la vida o la salud de la persona.*

**Emergencia vital:** *situación de riesgo vital para el ciudadano que aparece de forma súbita, es detectada y atendida inicialmente por personas o entidades no sanitarias (transeúntes, bomberos, policías, etc.) que requiere iniciar asistencia especializada inmediata donde ocurre el evento y durante el traslado habitualmente es imprescindible el apoyo técnico del hospital en Urgencias, el Quirófano o la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Si persiste la gravedad y amenaza de la vida se considera un enfermo crítico*

**Pacientes críticos,** es decir, aquellos que necesitan medidas de reanimación y soporte vital avanzado, lo que implica una atención calificada lo más inmediata posible.

**Daño:** Compromiso del estado de salud en grado diverso.

**Desastre:** En el departamento / servicio de emergencias es cuando el número de pacientes o la gravedad de sus padecimientos y lesiones son tales que es imposible seguir operando normalmente, la atención solo es posible con ayuda externa.

**Sala de Observación:** Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

**Sala de Reanimación (Shock Trauma):** Área destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I.

**Situación de múltiples víctimas.** Cuando el departamento / servicio de emergencia médica es incapaz de controlar la situación en los primeros 15 minutos, ya sea por que el número de pacientes o la gravedad de los mismos exceden su capacidad inicial de respuesta.

**Triaje:** Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, debe funcionar en todos los Establecimientos de Salud, prioritariamente en aquellos



donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado.

## **Organización de los Servicios De Emergencias**

**2.12.1. Modelo angloamericano.** Implantado en Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido, inicia su desarrollo en Estados Unidos a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalario. En este modelo, la medicina de emergencia se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continua en los servicios de emergencias en de los hospitales donde los médicos de emergencia les proporcionan la asistencia definitiva. “los pacientes son llevados al hospital”

**2.12.2. Modelo Franco germano.** Es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Está implantado en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia. A diferencia del modelo angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentre el paciente con la intención de prestarle un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital. En el nivel prehospitalario los médicos, habitualmente anestesiastas, proporcionan la mayoría de los cuidados y allí mismo los pacientes son clasificados para ser admitidos directamente en los servicios especializados correspondientes.

### **2.12.3. Generales**

- Los establecimientos de acuerdo a su demanda y accesibilidad podrán contar con Servicios de Emergencia que atiendan como mínimo 12 horas al día (Ministerio de Salud Pública de Perú Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud 2004). Corresponden a establecimiento de Salud de baja capacidad resolutive, sin embargo el área de emergencias debe contar con equipamiento básico que permita reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.

- El Servicio de Emergencia debe contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio de Emergencia.
- Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional. (Ministerio de Salud Pública de Perú Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud 2004)

La demanda asistencial urgente implica, pues, una visión integral de los procesos de urgencias, donde el servicio de urgencias tiene que relacionarse con los demás implicados en el proceso, tanto con los servicios de urgencias y emergencias extra hospitalarios como con los distintos servicios hospitalarios de destino de pacientes una vez diagnosticados e iniciado su tratamiento en el área de urgencias, hasta el alta hospitalaria.

## CAPITULO III

### 3.1. Propuesta de cambio

El desarrollo de sistemas de calidad total es uno de los factores que más puede contribuir a implantar modelos de gestión. La ventaja principal de los sistemas de calidad es que implican un esfuerzo previo por realizar estándares y por la medición de resultados. Además de propiciar una cultura de la calidad entre los profesionales sanitarios, los planes de calidad total han de ser de una metodología con la que aquellos puedan llevar a cabo tareas de gestión. Modelos de calidad total hay muchos, pero lo importante es que ofrezcan el modo de implicarse en la gestión. Los Servicios de Emergencia para ser acreditados deben cumplir una serie de requisitos, como la elaboración de una guía práctica clínica, protocolos, programa de mejora de proceso y protocolos de consumo, actividades de formación, investigación y publicación, junto con una oferta de servicios.

Para la gestión basada en la calidad en un servicio de urgencias, se debe hacer un planteamiento sistemático y probado de planificación y gestión de actividades, siendo importante conocer tanto las necesidades de los usuarios para ajustar los servicios a sus requerimientos como los defectos de los servicios brindados para poder corregirlos.

#### 3.1.1. Gestión basada en Calidad.

Para conseguir estos fines deberemos seguir seis pasos fundamentales:

1. **Planificación;** cómo queremos ser. Aquí puede ser de utilidad la aplicación de gestión por procesos y su control estadístico.
2. **Conocimiento de los requerimientos de los usuarios;** mediante encuestas, grupos focales, análisis de las quejas y reclamaciones. Es necesario aplicar las necesidades de los usuarios en nuestro servicio.
3. **Conocimiento de la variación de costos resultantes de la gestión de la calidad;** es decir, como ser eficientes (ser eficientes no implica forzosamente un

ahorro de los recursos, sino utilizarlos cuando sean necesarios). Hay que conocer nuestras limitaciones.

**4. Toma de conciencia y aceptación del compromiso con el sistema de calidad adoptado;** Es necesario el trabajo en equipo para resolver problemas y planificar actividades. Aquí son útiles los comités de garantía de calidad y los círculos de mejora.

**5. Medición de los resultados;** Comparación con sistemas similares en el ámbito nacional e internacional.

**6. Corrección de errores.**

### **3.2. Características del servicio propuesto.**

- En los Servicios de Emergencia, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida
- Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado de acuerdo a la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del staff de emergencia.
- En caso de necesidad, se programará personal de llamada que es convocado por el Líder del servicio. Se debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes.
- El personal asistencial que se encuentra designado no debe ser programado en otras tareas no inmersas
- Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Trabajo Social, quien se encargará de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente.

### **3.3. Características del personal.**

#### **3.3.1. Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia**

• Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia. Se considera también al Médico General con experiencia en el Servicio de Emergencia no menor de 03 años y con capacitación actualizada en Emergencias

#### **3.3.2. Perfil del Trabajador de Salud en Servicios de Emergencia**

- Perfil del Médico Asistente de Emergencia. *Se detalla en anexo adjunto.*
- Los perfiles del Licenciada/o en Enfermería

#### **3.3.3. Capacitación**

Los Servicios de Emergencia deberán tener un programa de capacitación anual.

Este programa contendrá:

- Cursos obligatorios para todo el personal:
  - a. Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
  - b. Manejo Básico y avanzado del poli traumatizado
- Revisión de temas de actualización científica relacionados con Emergencia.
- Revisión de revistas.
- Muerte y complicaciones.
- Auditoria Médica.
- Discusiones Clínico Radiológicas.
- Administración hospitalaria.
- Desastres
- Medicina legal

El personal asistencial rotará temporal y periódicamente por los servicios de Emergencia.

### **3.4. De los Recursos Materiales**

#### **3.4.1. Equipamiento**

- Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.

- Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes, que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.

#### **3.4.2. Transporte**

- Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, el cual debe ser coordinado y adecuado a la realidad local.

#### **3.4.3. Comunicaciones**

- Los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial. La comunicación telefónica es por línea propia del servicio o del Centro Asistencial. La comunicación radial es local y troncalizada.
- La comunicación radial deberá efectuarse por medio de tres canales o Centros Asistenciales entre sí, o El centro regulador de transporte de pacientes en situación de emergencia (911) o Jefes de Guardia entre sí.
- La radio y el teléfono se ubican dentro del Servicio y en lugares que no interrumpen las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.
- La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

### **3.5. De la Infraestructura**

El Servicio de Emergencia se ubica en el Primer Piso y tiene fácil acceso.

Se cuenta con las siguientes áreas:

- Área de Triage.
- Área de Admisión.
- Área de Espera con Servicios Higiénicos.
- Área para Servicio Social.
- Consultorio diferenciado por especialidad.
- Tópico de Inyectables y Nebulizaciones.
- Consultorio de Emergencias.
- Sala de Yeso.
- Área de Hidratación.
- Sala de Observación diferenciada: adultos y niños
- Sala de Operaciones.

- Área de esterilización rápida.
- Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos.
- Servicios Básicos:
  - Luz auxiliar y grupo electrógeno.
  - Áreas con señales de ubicación y de seguridad.
  - Extintores portátiles.
  - Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.
  - Ambiente para materiales de limpieza.
- Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos.
- Área de aseo del Servicio, depósito de residuos.
- Área de Espera de familiares
- Área para camillas y silla de ruedas.
- Estacionamiento de Ambulancias.
- Área para Policía Nacional.

### **3.6. Equipamiento Biomédico:**

Los Servicios de Emergencia contarán con equipos médicos, material médico fungible, insumos y fármacos de acuerdo al nivel de categorización del Hospital y la demanda que tenga que resolver.

Listado de Equipos Médicos.

Listado de Material Médico.

Listado de Fármacos

### **3.7. Recursos Humanos por Niveles de Atención.**

Médicos Emergenciólogo.

Cirujanos Generales

Pediatra

Gineco-Obstetra

Anestesiólogo.

Traumatólogo

#### **3.7.1. Programación de llamada**

Cardiólogo

Urólogo  
Oftalmólogo  
Otorrinolaringólogo  
Neurólogo.  
Otras especialidades de acuerdo a demanda.

01 Licenciada/o en enfermería por cada 06 pacientes  
Camillero./ Chofer de Ambulancia  
Secretaria Clínica

### **3.8. Diagnostico**

- Servicio de Rx. portátil
- Servicio de Ecografía
- Apoyo de Laboratorio Central del Hospital: 24 horas.

### **3.9. Normas Y Registros**

Deberá tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:

1. Manual de Organización y Funciones.
2. Instructivo de los procesos técnico administrativo del Servicio de Emergencias.
3. Guías de los Daños más frecuentes.
4. Guías de los Procedimientos más frecuentes
5. Registro de Indicadores de Producción.
6. Registro de Indicadores de Eficiencia.
7. Registro de Indicadores de Calidad.
8. Registro Epidemiológico de Emergencias por Triage (según Prioridad de pacientes), por Tópicos diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencias
9. Registro de Complicaciones e Infecciones Intrahospitalarias.
10. Plan de Emergencias y Desastres del Servicio de Emergencia y del Hospital



## **Resultados y Conclusiones**

La gestión actual del Servicio de Emergencia de la Unidad de Salud Municipal Norte tipificada como Hospital de segundo nivel (II-3) Centro clínico – quirúrgico. Ambulatorio (Hospital del día) es necesaria para cumplir con la normativa actual del Ministerio de Salud Pública.

Se requiere un servicio de Emergencia en nuestra Unidad y ya que no tenemos una legislación en cual basarnos sobre el horario en este tipo de institución nos ampararíamos en la Legislación Peruana que especifica que este tipo de Hospitales cumple sus objetivos con horario de 12 horas.

Con respecto a la Identificación de los problemas de gestión y de calidad; estos deben debe focalizarse en aspectos del servicio que son importantes para la organización. Esto significa, que la organización debe saber qué está buscando y lograr (sus objetivos estratégicos), y como lo logrará. También, la organización debe tener claro como determinar si está alcanzando sus objetivos (García, 2005).

Al realizar el diagnóstico del problema de salud identificado lo que si vemos claramente es la deficiencia de personal calificado tanto cuantitativa como cualitativamente, si bien la estructura y equipamiento deben ir a la par es necesaria la apertura de las autoridades locales en la provisión de recursos humanos calificados, pilar importante del desarrollo institucional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz, J.M., Martínez R, Gea M.T., Rodrigo V., Antón P., y Gómez F. (2006).Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Medicina Clínica*.
2. Asplin, B.R., (2004) Show me the money. Managing access, outcomes, and cost in high-risk populations. *Ann Emerg Med*.
3. Bennett, K.J., Baxley E, Probst J.C. (2003). The impact of resident physician coverage on emergency department visits in South Carolina. *South Med J*
4. Bucheli B, Martina B. (2004). Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. *Eur J Emergency Med*.
5. Cantero, J., Sánchez-Cantalejo E., Martínez J., Maeso J., Rodríguez J.J., Prieto MA et al. (2001). Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención Primaria*.
6. Carret M.L., Fassa A.G., Kawachi I., (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*
7. Chan B.T., Ovens H.J., (2002) Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*.
8. Chan T.C., Killeen J.P., Kelly D, Guss D.A., (2005) Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times. Lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emergency Med*.
9. Derlet R.W., Richards J.R., (2000) Overcrowding in the Nation's Emergency Department: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emergency Med*.
10. Díaz P. García de Castro S., (2006). Pacientes sin domicilio fijo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*.
11. Dong S.L., Bullard M.J., Meurer D.P., Blitz S, Akhmetshin E, et al. (2007). Predictive Validity of a Computerized Emergency Triage Tool. *Acad Emergency Med*.
12. Florence C.S., (2005). No urgent care in the emergency department: can we save by shifting the site of care? *Ann Emergency Med*

13. Forster A.J., (2005) An agenda for reducing emergency department crowding. *Ann Emergency Med.*
14. Fuda K.K., Immekus R., (2006) Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emergency Med.*
15. García P., Mínguez J., Ruiz J.L., Millán J., Trescoli C., Tarazona E. (2008).Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias.*
16. Gill JM, Mainous A.G., 3rd, Nsereko M., (2000). The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med.*
17. Gisondi M., Tanabe P., Lucenti M., Metcalf S., Engeldinger L., Graham L. (2006). Should You Close Your Waiting Room? An operational solution to ED overcrowding. *Ann Emergency Med.*
18. Gresenz C.R., Studdert D.M., (2004). Disputes over coverage of emergency department services: A study of two health maintenance organizations. *Ann Emergency Med*
19. Han J.H., Zhou C., France D.J., Zhong S., Jones I., Storrow A.B., Aronsky D., (2007). The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Acad. Emergency. Med.*
20. Hansagi H., Olsson M., Hussain A., Ohlén G., (2008). Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users? *Eur J Emergency Med.*
21. Huang J.A., Weng R.H., Tsai W.C., Hu W.H., Yang D.Y., (2003). Analysis of emergency department utilization by elderly patients under National Health Insurance. *Kaohsiung J Med Science.*
22. Hunt K.A., Weber E.J., Showstack J.A., Colby D.C., Callahan M.L., Characteristics of frequent users of emergency departments. (2006). *Ann Emergency Med.*
21. Kwack H., Sklar D., Skipper B, Kaufman A., Fingado E., Hauswald M., (2004). Effect of managed care on emergency department use in an uninsured population. *Ann Emergency Med.*
22. Lambe S., Washington D.L., Fink A., Herbst K., Liu H., Fosse J.S, et al. (2002). Trends in the use and capacity of California's emergency departments. *Ann Emergency Med.*

23. Lang E., Afilalo M., Vandal A.C., Boivin J.F, Xue X., Colacone A., Léger R., Shrier I., Rosenthal S., (2006). Impact of an electronic link between the emergency department and family physicians: a randomized controlled trial. *Can. Med Assoc J.*
24. Lee-Lewandrowski E., Corboy D., Lewandrowski K., (2003). Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay. *Arch Pathol Lab Med.*
25. Magid D.J., Asplin B.R., Wears R.L., (2004). The Quality Gap: Searching for the Consequences of Emergency Department Crowding. *Ann Emerg Med.*
26. Márquez J.J, Domínguez B., Méndez J., Gómez B., Toronjo S., Del Río E., Caballero F., (2007). Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias.*
27. NTNº MINSA / DGSP V.01 NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DEL SECTOR SALUD – Peru 2004.
28. Ochoa J., Ramalle-Gómar E., Villar A., Ruiz J.I., Bragado L., Gimeno C., (2000). Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barcelona)*
29. Ochoa J., (2002). SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barcelona).*
30. Patel S., Dubinsky M.D., (2002). Outcomes of referrals to the ED by family physicians. *Am J Emerg Med.*
31. Pope D, Fernandes C.M.B., Bouthillette F., Etherington J., (2000). Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Can Med Assoc J.*
32. Reed M., Fung V., Brand R., Fireman B., Newhouse J.P., Selby J.V., Hsu J., (2005). Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. *Med Care.*
33. Ross M.A., Compton S., Richardson D., Jones R., Nittis T., Wilson A., (2003). The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patient. *Ann Emerg Med.*
34. Sánchez J., Bueno A., (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.*

35. Sánchez M., Miró O., Coll-Vinent B., Bragulat E., Espinosa G., Gómez-Angelats E., Jiménez S., Queralt C., Hernández-Rodríguez J., Alonso J.R., Millá J., (2003). Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barcelona)*
36. Sánchez M. (2004). ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barcelona)*.
37. Sánchez-López J., Luna J.D., Jiménez-Moleón J.J., Delgado-Martín A.E., López B., Bueno-Cavanillas A., (2004). Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. *Med,Clin (Barcelona)*.
38. Santos-Eggimann B., (2002). Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *BMJ*
39. Sarver J.H., Cydulka R.K., Baker D.W., (200). Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*.
40. Schull M.J, Morrison L.J, Vermeulen M., (2003). Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ*.
41. Sokol M.C., McGuigan K.A., Verbrugge R.R., Epstein R.S., (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*.
42. Tornè E., Guarga A., Torras M.G, Pozuelo A., Pasarín M, Borrel C., (2003). Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria*.
43. Vázquez B., Pardo G., Fernández G., Canals M., Delgado M,A, Navas M, (2000). ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria*.
44. Washington D,L, Stevens C,D, Shekelle P,G., (2002). Next-day care for emergency department users with nonacute conditions. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*.