



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la gestión administrativa y técnica en el servicio de  
Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2013**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTORA: Calderón Suasnavas, Gabriela Fernanda MD

DIRECTORA: Ludeña Jaramillo, Jannet Lucía Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Doctora.

Jannet Lucía Ludeña Jaramillo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: Mejoramiento de la gestión administrativa y técnica en el servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2013 realizado por Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, diciembre del 2013

f).....

## DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría: Mejoramiento de la gestión administrativa y técnica en el servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Jannet Lucía Ludeña Jaramillo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente 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 “

f).....

Autor: Calderón Suasnavas Gabriela Fernanda

Cédula: 1716633902

## DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo, a mis padres y mis hermanas y al personal que labora en el servicio de emergencia del HCAM quienes participaron fervientemente para el bien de su servicio y el Hospital.

La Autora

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al personal administrativo y operativo del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín por su predisposición a participar en la elaboración de este proyecto.

La autora

## INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS .....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.....	5
1.1. Problematización.....	6
1.1.1 Identificación del Problema.....	6
1.1.2 Descripción.....	6
1.1.3 Análisis del Problema.....	7
1.1.4 Delimitación.....	10
1.2. Justificación.....	11
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1 General.....	13
1.3.2 Específicos.....	13
CAPÍTULO 2.....	14
2.1. Marco Teórico.....	15
2.1.1 Marco Institucional.....	15
2.2. Marco Conceptual.....	22
2.2.1 Calidad.....	22
CAPÍTULO 3.....	30
3.1 Diseño Metodológico.....	31
3.1.1 Matriz de involucrados.....	31
3.1.2. Árbol de problemas.....	35
3.1.3. Árbol de objetivos.....	36
3.1.4 Matriz de Marco Lógico.....	37
CAPÍTULO 4.....	43
4.1 Matriz de resultado 1.....	44

4.1.1	Análisis del Resultado.....	47
4.1.2	Conclusiones.....	59
4.2	Matriz de resultado 2. ....	60
4.2.1	Análisis de resultado.....	64
4.2.2	Descripción.....	64
4.3	Matriz de resultado 3. ....	108
4.3.1	Análisis de Indicadores.....	111
4.3.2	Descripción de Actividades.....	111
4.3.3	Conclusiones.....	113
4.4	Matriz resultado 4. ....	114
4.4.1	Análisis de Indicadores.....	117
4.4.2	Desarrollo de Actividades.....	117
4.5	Análisis del fin y propósito. ....	129
4.5.1	Encuesta de satisfacción del usuario externo.....	130
4.5.2	Programa de capacitación para el mejoramiento del área administrativa y técnica del servicio de emergencia del HCAM.....	135
CAPÍTULO 5.....		141
5.1	Conclusiones. ....	142
5.2	Recomendaciones.....	143
5.3.	Bibliografía.....	144
5.4.	Apéndices .....	149
5.4.1	Apéndice 1 .....	149
5.4.2	Apéndice 2 .....	154
5.4.3	Apéndice 3 .....	159
5.4.4	Apéndice 4 .....	162
5.4.5	<i>Apéndice 5</i> .....	163
5.4.6	Apéndice 6 .....	164
5.4.8	<i>Apéndice 8</i> .....	177

## **RESUMEN**

El servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) se ha constituido durante mucho tiempo en uno de los servicios de atención de mejor calidad del país.

La falta de capacitación continua del personal, la no aplicación de normas, entre otros, llevaron al principal problema del servicio. el cual ha sido manejar una gestión administrativa y técnica inadecuada que no estuvo preparada para los cambios que se han estado dando en las leyes de la salud.

El proyecto propuso mejorar la Gestión Administrativa y Técnica del servicio por medio de capacitaciones que dieron a conocer herramientas gerenciales básicas; se elaboró un manual de normas, reglamento interno y un protocolo de triage, los cuales llevaron a obtener un servicio mejor organizado.

El proyecto se ejecutó durante julio y agosto del 2013, en el Servicio de Emergencia del HCAM, previa línea de base que se realizó mediante una encuesta cuyos resultados fueron desalentadores. Luego de realizar la mayoría de actividades del cronograma, la encuesta final dio una mejoría de satisfacción de un 30 %, misma que se prevé seguirá mejorando.

**PALABRAS CLAVES:** emergencia, calidad, normas, reglamento, protocolo.



## **ABSTRACT**

Emergency Service at Hospital Carlos Andrade Marin (HCAM) has long constituted one of the services of better quality care in the country. Unfortunately in recent years, the attention of this service has deteriorated.

The lack of ongoing staff training, the non-application of standards, rules and procedures, management protocols, among others show that Emergency Service at Hospital Carlos Andrade Marin (HCAM) is using an inadequate administrative and technical management and was not prepared for the changes that took place in the laws of health.

This project purpose was to improve the technical and administrative management of the service through training that introduced basic management tools. A manual describing a standard for procedures was created along with a set of rules of procedures and triage protocol. This led to a better organized service.

The project was executed during July and August of 2013, after analyzing the results of a baseline survey which were disappointing. After performing most activities in the schedule, the final survey gave an improvement of 30% patient satisfaction, which is expected to keep improving.

**KEYWORDS:** emergency, quality, standards, rules, protocol.

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es parte del sistema de salud del IESS, el cual como todos los servicios, debe disponer de un plan estratégico operativo, manual de normas, reglamento interno, protocolos de manejo y plan de contingencia; sin embargo, el servicio no dispone de muchos de estos documentos o no se han aplicado en su totalidad, esto se dio por una inadecuada Gestión Administrativa y Técnica del servicio que llevó a una baja calidad de atención al paciente.

El principal motivo para el desarrollo de este proyecto fue el paciente o usuario externo que forma parte del IESS, el cual se merece una atención de excelente calidad.

El desconocimiento de bases sobre gerencia o administración correcta de organismos de salud, la falta de capacitaciones, un servicio mal organizado, llevó a una inconformidad y desmotivación laboral, ambiente no adecuado para atención de los pacientes y congestión, que impidió ser oportunos en la atención.

Por todas estas razones se desarrolló el presente proyecto, se crearon normas del servicio, reglamento interno y protocolo de manejo en triage , capacitaciones con talleres al personal administrativo, no administrativo y operativo del servicio, la difusión de las mismas que fueron fundamentales, ya que fue necesario que cada miembro que forma parte del servicio, las conozca y las pueda llevar a la práctica, una implementación posterior de las mismas sería una gran meta para mejorar aún más la gestión administrativa y técnica del servicio, mejorándolo constantemente.

El conocimiento de herramientas gerenciales básicas del personal administrativo del servicio de emergencia del HCAM se llevó a cabo con talleres participativos, con facilitadores con gran trayecto en el área laboral y administrativa.

Para llegar a una aplicación apropiada de normas de las funciones administrativas en el servicio fue necesario realizar el Manual de Normas, ya que el servicio no disponía de uno, se logró aprobarlo por parte de la dirección de docencia y al momento para está en etapa de disposición por la Dirección para ser aplicado formalmente, sin embargo, ha empezado a aplicarse.

Para lograr una adecuada coordinación entre los diferentes servicios de especialidad y emergencia se elaboraron flujos de atención para el manejo a paciente en emergencia que forman parte del manual realizado y de triage.

Cabe mencionar que el servicio de emergencias del Hospital es su cara, el primer impacto en la calidad de atención lo tiene el paciente que se atiende en él, de ahí la importancia de que la inversión de las autoridades en este servicio debe ser importante, al hablar de inversión no me refiero solamente al aspecto económico sino al social, a la mejora del clima laboral, a la construcción de una política organizacional importante, a la aplicación de sistemas de organización empresarial eficiente, al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad, en fin, a la orientación de todos los esfuerzos para llenar las expectativas del paciente, nuestra razón de ser o existir.

## **CAPÍTULO 1**

## **1.1. Problematización.**

### **1.1.1 Identificación del Problema.**

El principal problema que este servicio presentó, estuvo englobado en la gestión administrativa y técnica que mantuvo un déficit, el mismo que se superó a mediano plazo con la participación activa de los actores sociales y el mejoramiento de normas e intervención con medidas compatibles con la modernidad, las mismas que permitieron dinamizar los procesos encaminados al mejoramiento continuo de los servicios de salud que oferta el área de emergencia del hospital.

### **1.1.2 Descripción.**

El Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es parte del sistema de salud, el cual como todos los servicios, dispone de plan estratégico, operativo, organigrama estructural y funcional determinado en la resolución CI 056<sup>1</sup> la misma que no se aplica en su totalidad, ocasionando un debilitamiento directriz, como consecuencia de lo cual se han enlentecido los procesos, llevando a un malestar general en el personal del servicio y de las áreas de apoyo, se congestionó la atención de pacientes, a pesar de requerir celeridad en la intervención de su problema. El actuar de esta manera, ha sido percibido por los pacientes y familiares, que de acuerdo a la encuesta realizada expresaron su insatisfacción y demostraron enfáticamente la inseguridad en el proceso implementado para lograr su atención.

Este tipo de comportamientos se han presentado con mayor frecuencia en la tarde y noche, reflejados en los datos estadísticos de morbilidad, que presentaron un alto índice de requerimiento por parte de pacientes que no lograron acceder a la consulta externa de otras unidades de la red de salud, provocando un cuello de botella en el triage y en el área de llegada. La calificación del riesgo al que el paciente está expuesto por la patología que presenta, en la mayoría de casos ha determinado que sea atendido por Consulta Externa, para lo cual se procede a referirlo a una Unidad de primer nivel, utilizando el sistema informático implementado.

Es allí donde se ha generado el reclamo del paciente y de los familiares, que sin considerar la priorización de la atención de otros pacientes que presentan patologías de mayor complejidad y que en muchos casos comprometen la vida de la persona, exigen ser

---

<sup>1</sup> CI= Comisión Interventora

atendidos. Todo esto, ha contribuido al congestionamiento en la atención de los pacientes y al incumplimiento de los servicios de apoyo como laboratorio e imagen, que ante el exceso de pacientes, tardan mucho en enviar los resultados y los reportes.

Se concluye que este ha sido el escenario en que el personal ha desarrollado sus actividades y procesos encaminados a solventar la demanda en el servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín.

### **1.1.3 Análisis del Problema.**

Desde los inicios el hospital Carlos Andrade Marín se planteó ser el referente nacional de la prestación de los servicios de salud de los afiliados al IESS, al principio el hospital fue considerado como un elefante blanco que nunca se llenaría, esto no es cierto en la actualidad, pues poco a poco ha ido incrementándose la demanda de la población afiliada, mientras que el portafolio de servicios que oferta se ha mantenido estático, generando interferencias en el desarrollo de las actividades tendientes a solventar la salud de sus derecho habientes.

Durante mucho tiempo el Hospital Carlos Andrade Marín, centro de salud de tercer nivel de complejidad, se ha constituido en un pilar fundamental para la docencia y la investigación, estas dos grandes cualidades le han potencializado para ser considerado como la unidad principal de la atención de salud del país, compitiendo con otras similares a nivel de Sud América, obteniendo los mejores calificativos que le ubicaban en lugares estelares.

En la actualidad la Constitución del 2008 cataloga a la salud como un derecho y gratuita. El marco legal permite a los pacientes reclamar sus derechos y exigir que se cumpla con una atención de calidad y calidez por parte de los prestadores. En cuanto a la Seguridad Social, las resoluciones últimas, específicamente la atención a cónyuges e hijos de afiliados hasta los 18 años, ha hecho que la oferta de atención de las Unidades del IESS sea insuficiente y los hospitales se encuentran colapsados.

Este cambio ha generado en los trabajadores la inserción en la aplicación de nuevos modelos de gestión empresarial que en su momento eran gestionados por empresas privadas de salud, pero hoy se evidencia que estos modelos se los puede aplicar en el sector público a fin de posicionarnos en el mismo nivel de cualquier unidad de salud privada del país. Para ello se requiere que las decisiones macro institucionales sean coherentes con las necesidades reales y potenciales de la población derecho habiente, sin olvidar que la gestión de nivel gerencial requiere de personal altamente capacitado, motivado y comprometido con su profesión y con la Institución que le cobija.

Los diversos modelos de gestión adoptados por quienes se encuentran gerenciando esta Casa de Salud, no han solventado con eficiencia y eficacia el requerimiento de la atención de salud y específicamente, la atención del servicio de emergencia de este hospital. Lo mencionado ha llevado a un índice de insatisfacción del denominado cliente externo e interno, motivado por la aplicación de herramientas gerenciales poco confiables que no respondieron a los objetivos propuestos, así como también la falta de participación en la implementación de las políticas de uso del presupuesto, consecuencia de lo cual no se evidencian cambios técnico administrativos que le permitan mejorar su imagen institucional.

Mediante la encuesta que se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín durante el mes de Febrero del 2013, a un total de 251 clientes internos del servicio es decir personal que laboran en el mismo, y un total de 151 clientes externos, pacientes que hicieron uso del servicio, se pudo lograr el siguiente análisis:

Con respecto al usuario externo de 151 pacientes encuestados en el servicio de emergencia en el mes de febrero del 2013, el 100 % consideró que el tiempo de espera para atención en ventanilla duró más de 20 minutos, el tiempo de espera para atención médica duró más de 30 minutos, el médico no le informó acerca de su condición de salud, la entrega de medicamentos duró más de 20 minutos. Es alarmante concluir que el 100 % de los pacientes prácticamente se demoran más de una hora en ser atendidos, tomando en cuenta que es el servicio de emergencia, incluso algunas veces los pacientes se demoraron hasta 6 horas en ser atendidos desde que ingresaron al hospital hasta ser dados de alta, tan solo en el área de consulta de emergencia. En el área de hospitalización de emergencia hay pacientes que llegaron a estar hasta más de 24 horas cuando el límite es de 6 horas. (Apéndice 1 y 2)

De los pacientes entrevistados el 94.7 % consideran que la atención médica, de enfermería y del personal de ventanilla fue regular, el 4.6 % mala y solo el 0.7 % consideró buena. El 100 % consideró que la atención en general del servicio de emergencia necesitó adecuarse a las nuevas necesidades del servicio y lo que es más decepcionante es que el 100 % consideró que el trato del personal fue descortés. Si tomamos en cuenta que el ambiente en el que se desenvuelve el cliente interno es indispensable para que el cliente externo se lleve una buena impresión de los servicios recibidos, podemos casi asegurar que este ambiente es inadecuado. (Apéndice 1 y 2)

En cuanto al tiempo de espera de los resultados de laboratorio e imagen, de los 151, respondieron a la pregunta 150, pero se concluye que prácticamente el 100 % espera más de 40 minutos en recibir dichos resultados. (Apéndice 1 y 2)

Con respecto al cliente interno, es decir personal que labora en la Institución, el 100% consideró que el servicio de emergencia no estuvo preparado para afrontar la demanda actual de pacientes, 100 % considera que el modelo de gestión actual no permite actuar al personal con eficiencia, 100 % considera que el triage no estuvo acorde a las exigencias actuales del servicio, 100 % consideró que la persona que realiza el triage no es idóneo y el 100 % consideró que el proceso de triage no es el adecuado. (Apéndice 1 y 2 )

El triage inadecuado fue uno de los motivos principales por la cual el servicio de emergencia colapsó. El triage en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín se realizó por un médico residente asistencial, y fue asistido por una enfermera. Cabe recalcar que el medio ambiente en el que se desenvuelve el médico de triage llevó a mucho estrés y maltrato por parte del paciente, ya que su trabajo es clasificar al paciente de acuerdo a la emergencia y de no ameritar atención, debe referirlo a un dispensario; sin embargo, debido a la gran cantidad de pacientes que acuden a diario, el maltrato por parte de los mismos es muy común, por lo mismo, es fácil concluir que si el medio ambiente no es el adecuado pues el trabajo tampoco lo será.

El 98 % de los usuarios internos encuestados consideró que el espacio físico para atender a los pacientes no estuvo acorde a la demanda y el 1.2 % consideró que sí. (Apéndice 1 y 2 )

El 98 % respondió que la distribución de los ambientes no es el adecuado para la atención de los pacientes, así mismo el 94.8 % consideró que se debería atender a los pacientes en áreas específicas, seleccionadas por patología clínica. (Apéndice 1 y 2 )

El 97.6 % considera que la capacidad instalada y el modelo de gestión no ha permitido la resolución del problema de congestión del servicio. El 98 % de los usuarios internos no ha conocido acerca de un programa de capacitación y entrenamiento para el personal del hospital. (Apéndice 1 y 2 )

Con el advenimiento de las reformas a la Ley de Seguridad Social, la demanda de atención se incrementó aproximadamente en el tres cientos por ciento respecto del año 2011, ya que la referida Ley le posibilita la atención a los hijos de afiliados hasta los 18 años y al cónyuge, y al no estar preparados tanto en infraestructura, insumos y personal para enfrentar esta creciente demanda, se han firmado convenios con instituciones privadas a fin de descongestionar el área de Emergencia del hospital y el área de hospitalización, situación que para algunos afiliados resulta beneficioso y para otros incrementa el problema por cuanto la resolución de su problema de salud no ha sido efectiva. A pesar de mantener dichos convenios, se puede decir que la duración de los insumos y medicamentos en stock planificados para el año, en el primer semestre se encuentran agotados, lo que limita al



personal médico a utilizar las dosis completas de medicamentos y en cuanto a insumos, el no disponer de ellos impide brindar atención integral al paciente.

La conjunción de estos grandes problemas requieren necesariamente la intervención de un nuevo modelo de gestión técnico administrativo que permita reorientar el ámbito de acción y competencia del personal, que a través la observación crítica del problema se enfoquen las respuestas más viables y factibles de ser instauradas y que tengan sostenibilidad y aseguren la prestación de los servicios de salud. El cambio se hace urgente por cuanto se debe tener como herramienta clave, un sistema de gestión que haga más eficaz y eficiente la atención.

Es importante recalcar que la mala atención del Servicio es multifactorial, entre otras cosas, el espacio físico en el que se atiende no es adecuado y no cubre la demanda de comodidad de los pacientes. El modelo de atención integral de salud, una vez en plena aplicación, debe ser un factor que contribuya a la adaptación integral obligatoria del servicio para poder llenar las expectativas del sistema de salud. El sistema de gestión del Servicio al momento no podía cumplir con los objetivos institucionales y, menos aún, los objetivos nacionales. Un alto porcentaje de atenciones de Emergencia corresponden al primer nivel y debería atenderse en consulta externa, al no cumplirse con esto, se utilizan recursos escasos del servicio en atender a pacientes que no deberían ser atendidos. La red de prestadores del IESS también tiene que ver con la mala atención de Emergencia del HCAM pues, no reciben a pacientes de tercera edad o crónicos, esto contribuye al aumento de la demanda insatisfecha y al hacinamiento en el HCAM.

#### **1.1.4 Delimitación.**

La intervención estuvo direccionada al servicio de Emergencia del hospital Carlos Andrade Marín, el mismo que ha sido parte del conjunto de subsistemas de salud del Hospital, ubicada en el primer piso de la segunda etapa del ala norte, luego de establecer su línea de base de donde se desprendieron los problemas y las necesidades relacionadas con el accionar del personal, la prestación del servicio, la infraestructura con la que cuenta y la satisfacción del usuario.

## **1.2. Justificación.**

Las organizaciones son tan eficientes como lo son sus sistemas de gestión y su diseño organizacional, la mayoría de éstas cuando han tomado conciencia del mal manejo que han tenido previamente y han reaccionado ante la ineficiencia que representa tener una organización funcional tradicional, han cambiado la manera de manejar su empresa o institución.

La estructura funcional sigue un esquema antiguo o tradicional. Una estructura por procesos incrementa la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de los objetivos de la organización pero mantiene la jerarquía, característica de la estructura funcional.

Por esta razón se planteó desarrollar e impulsar una nueva metodología de gestión que permita aplicar las herramientas gerenciales de corte moderno que se acoplen y den respuesta a las demandas y necesidades de este servicio.

Las investigaciones y el apareamiento de normas internacionales aplicadas en el entorno hospitalario, deben ser tomadas en cuenta para reorientar las acciones, dado que los sistemas de gestión moderna determinan la competitividad y por ende la necesidad de mejorar la calidad de la prestación.

Con la aplicación de todas estas normas y metodologías el usuario es quien se beneficia de manera directa ya que la calidad de atención se evidencia en la eficacia, eficiencia y humanismo que garantiza confianza y fidelidad al servicio por parte del paciente, de esta manera se recupera la imagen y el prestigio institucional.

El sistema de gestión en salud tiene un organismo rector de las políticas de gestión y desarrollo (MSP), el cual estandariza las normativas que se encuentran en vigencia en lo relacionado a la atención en salud.

No hay que olvidar que las políticas de cobertura en la prestación de los servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, han proyectado la atención a los familiares con derecho y a los afiliados o asegurados al IESS. Esta extensión de cobertura, que al momento llega a los 6 millones de usuarios, se ha hecho sin planificación, simplemente como una disposición política, al no estar debidamente preparadas las unidades operativas, la atención tiende a desmejorar hasta alcanzar niveles altos de insatisfacción, por esta razón es importante que las autoridades sean permeables al cambio, que permita cumplir con los objetivos macro institucionales.

La actual Constitución de la República del Ecuador, determina la posibilidad de que el usuario demande de la atención con calidad y eficacia, para lo cual las instituciones deberán prepararse tecnológicamente y operativamente de tal forma que no se vulneren estos derechos consagrados.

Cabe destacar que para efectos de instaurar cambios significativos, en lo relacionado a la prestación de servicios de salud, interactúan acciones conjuntas de los actores determinantes de este cambio.<sup>7,8,9</sup>

Solamente las organizaciones con sistemas de gestión modernos que les permitan la adaptación rápida al entorno cambiante, serán las que subsistan, las otras están destinadas a la desaparición. El Hospital Carlos Andrade Marín y, en particular, el Servicio de emergencias debe mejorar su sistema de gestión de manera inmediata si quiere mantener una buena relación con sus afiliados. La gestión por procesos se hace urgente adoptarla para lograr orden y control de las actividades. Lograr una administración moderna, que incluya procesos gerenciales, operativos y de apoyo, va a contribuir al mejoramiento de la calidad de atención y a un trabajo más eficiente.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 General.**

Mejorar la calidad de atención al paciente mediante una adecuada Gestión Administrativa y Técnica para elevar la eficiencia de la atención del área de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito, durante el año 2013.

#### **1.3.2 Específicos.**

- Capacitar al personal administrativo sobre las Herramientas Gerenciales básicas aplicables a la gestión del Servicio de Emergencia del HCAM.
- Aplicar de manera apropiada las Normas de Funciones Administrativas en el Servicio.
- Aplicar correctamente las normas de manejo del paciente en emergencia por parte del personal operativo.

## **CAPÍTULO 2**

## **2.1. Marco Teórico**

### **2.1.1 Marco Institucional.**

#### **2.1.1.1 Aspecto Geográfico.**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad autónoma con personería jurídica, descentralizada, creada bajo los principios de solidaridad, universalidad y equidad. Se encarga de aplicar el Sistema de Seguro General Obligatorio que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social. Uno de los seguros que oferta es el de Salud, para lo cual cuenta con una red de unidades en todo el país.

El Hospital Carlos Andrade Marín está ubicado en Quito capital de la República del Ecuador, es una unidad de tercer nivel de complejidad dentro del sistema de salud del IESS, otras unidades de tercer nivel se encuentran en Cuenca y Guayaquil. La edificación está situada en el sector de Miraflores, avenida 18 de septiembre y Ayacucho, sector centro norte de la ciudad.

El HCAM es la unidad de más alto nivel de complejidad del IESS, que cuenta con 98 unidades a nivel nacional y 650 unidades de seguro social campesino. La historia cuenta que esta casa de salud fue construida en la Quinta Miraflores, en una extensión geográfica de 41.829,24 mt<sup>2</sup> de los cuales la edificación ocupa un área de 40.662 mt<sup>2</sup>, limitada al norte por la Av. Universitaria y 18 de Septiembre, al sur por la calle Portoviejo, y por el Oeste la Av. América, la edificación está construida por etapas, en la segunda etapa del primer piso se ubica el servicio de Emergencia cuyo in eso se realiza por la calle 18 de Septiembre, brindando facilidades para el acceso de los usuarios y ambulancias que demandan atención. La construcción se inicia en el año 1961, y en la presidencia del Dr. José María Velasco barra un sábado 30 de Mayo de 1970 se inaugura esta casa de salud, hecho trascendental para la población afiliada y el país

### **2.1.1.2 Dinámica Poblacional.**

De acuerdo a los informes estadísticos de enero a diciembre 2012, se registra una atención aproximada de 115.200 pacientes, con diversas patologías, las mismas que son referenciadas en un 50% de las unidades operativas de menor complejidad que no poseen la capacidad resolutoria para atender la condición de salud del paciente, tanto a nivel local como nacional, siendo el otro 50% generado por la necesidad propia de pacientes que requieren el uso de este servicio de forma directa.

Es menester considerar que el uso de este servicio en algunos casos es requerido por pacientes que por su cercanía del lugar de vivienda buscan atención de primer nivel. La demanda de este servicio está dada por una gama importante de afiliados que componen la gran población de asegurados agrupados por Jubilados, Afiliados Activos, Voluntarios, Seguro Campesino, Beneficiarios de Montepío, hijos menores de 18 años y actualmente los cónyuges. Además se atienden no afiliados mediante sistema de facturación al MSP o a la Institución a la que pertenecen.

### **2.1.1.3 Misión del servicio de emergencia del HCAM.**

El Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín ofrece atención profesional individualizada, integral, urgente, oportuna, continua y de calidad técnica científica dirigido a la curación y tratamiento del usuario, a través de la capacitación del personal de enfermería para lograr desempeño inmediato y eficaz. (Plan Estratégico Institucional)

### **2.1.1.4. Visión del servicio de emergencia del HCAM.**

El Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, brinda una atención de especialidad humanista e integral de alta tecnología, oportuna y eficiente a los afiliados, posee la mayor infraestructura del país y es el centro para la atención inicial del paciente crítico, impartiendo liderazgo institucional con un personal capacitado. (Plan Estratégico Institucional)

El Servicio de Emergencia atiende de manera integral y oportuna a los pacientes con necesidad de atención catalogada como emergente por el sistema de triage con que cuenta, se atiende con la colaboración de las 32 especialidades con que cuenta el Hospital, cuenta con consultorios, atención pediátrica y de adultos, servicio de laboratorio y de imagen, cuidados generales y críticos, personal de emergenciólogos especializados, enfermería, auxiliares y técnicos. Además tiene un área de hospitalización de corta estancia.

### **2.1.1.5 Organización administrativa.**

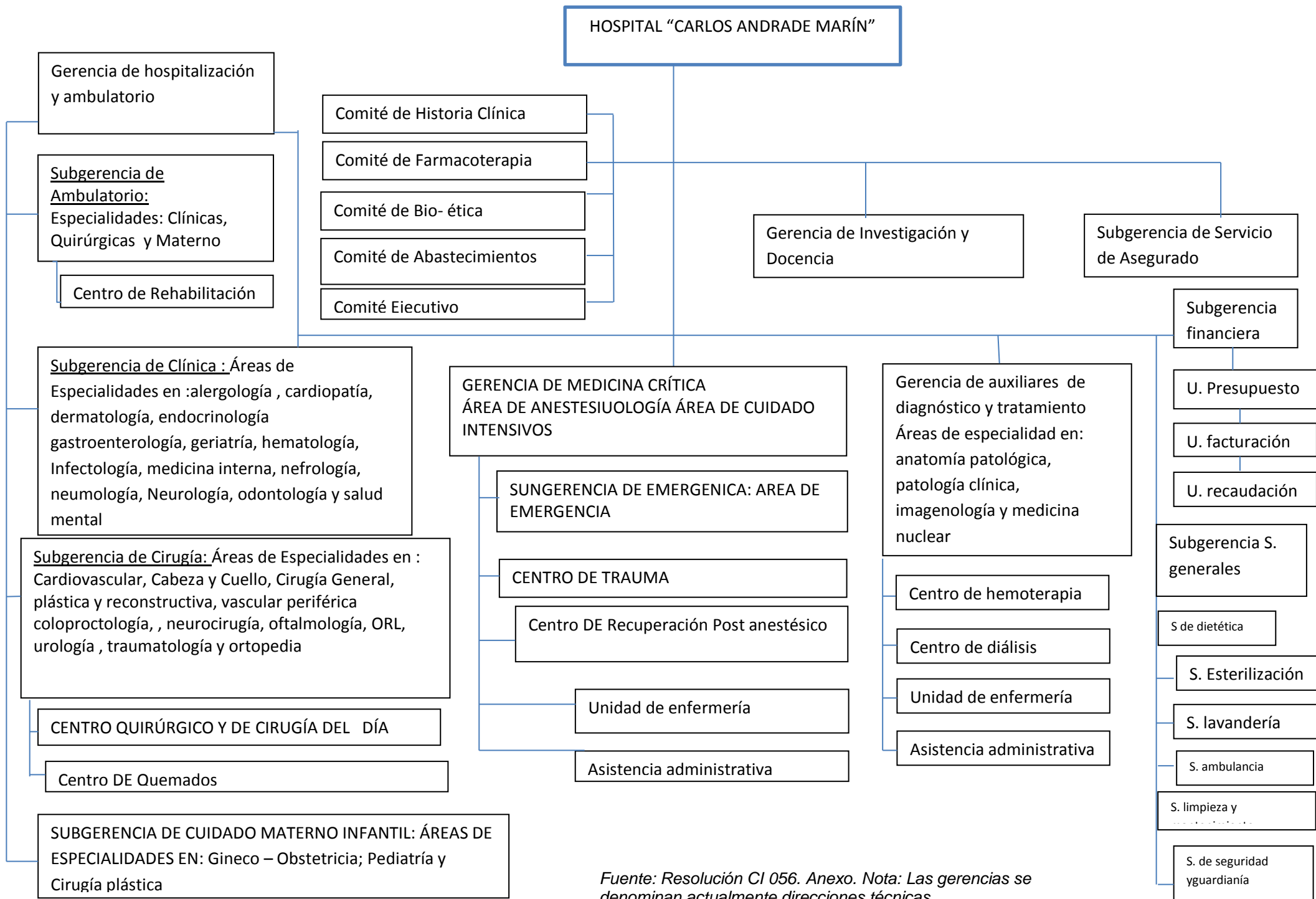
La estructura organizacional y funcional de esta casa de salud, está reglamentada en la Resolución C.I. 056, en la cual se determina los niveles de control y coordinación técnico administrativa de los diferentes servicios operativos sean médicos, de apoyo al tratamiento y rehabilitación, así como los de apoyo administrativo, en el anexo se encuentra el diagrama de esta resolución.

Esta estructura por largo tiempo ha establecido una organización de corte piramidal, la que contrasta con los modelos de gestión actuales, mismos que son por su función, de carácter horizontal, viabilizando la ejecución de los procesos de salud implementados.

El actual modelo de gestión administrativa se centra en la resolución C.I.056, que para efectos de dar cumplimiento de lo establecido se divide en 4 gerencias, actualmente direcciones técnicas, donde el Servicio de Emergencia es parte de la Dirección Técnica de Medicina Crítica y del Departamento de Emergencia.

En el staff de personal médico y paramédico se encuentran: un médico tratante Jefe del Servicio, una Enfermera Supervisora del mismo, aproximadamente 10 médicos tratantes, 30 médicos residentes, 50 enfermeras, 30 auxiliares de enfermería, 30 camilleros, 6 ambulancias con 6 paramédicos y 6 choferes, todos ellos distribuidos en tres turnos rotativos.





Fuente: Resolución CI 056. Anexo. Nota: Las gerencias se denominan actualmente direcciones técnicas

### **2.1.1.6 Servicios que presta la Institución.**

El hospital por ser una unidad de referencia nacional, ubicado en el tercer nivel de complejidad, mantiene un portafolio de servicios que le permiten solventar la demanda de atención especializada que un muchos casos no son resueltas en otras unidades operativas, incluso en los últimos meses se ha construido el Centro de Investigación Nuclear, considerado como el segundo en el Ecuador y uno de los principales de Sud América.

La oferta de servicios está dada por las siguientes especialidades pos área:

#### *2.1.1.6.1 Clínica.*

Medicina Interna, Infectología, Endocrinología, Hematología, Gastroenterología, Salud Mental y Psiquiatría, Neurología, Neumología, Cardiología, Dermatología, Alergología, Oncología y Radioterapia, Fisiatría y Rehabilitación, Nefrología,

#### *2.1.1.6.2 Cirugía*

Cirugía General, Vascular, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Cardiotorácica, Urología, U.C.I., Emergencia, Traumatología, Unidad de Quemados, Hemodinámica, Trasplante Renal, Máxilo Facial, Odontología

#### *2.1.1.6.3 Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.*

Laboratorio Clínico, Patología, Genética, Imagenología, Farmacia, Nutrición

#### *2.1.1.6.4 Materno Infantil:*

Ginecología, Obstetricia, Neonatología y Pediatría.

### **2.1.1.7 Datos estadísticos de Cobertura.**

El hospital Carlos Andrade Marín, desde su inauguración se lo ha ubicado en el tercer nivel de complejidad, con una capacidad instalada de 755 camas censables, con 32 servicios médicos, con una atención de cobertura de 24 horas los 365 días del año. Cabe señalar que es la primera casa de salud en abrir sus puertas a la atención de Emergencia con el respaldo de los servicios de radiología y otros.

Actualmente el servicio de Emergencia esta remodelado en cuya infraestructura alberga a 62 camillas, 10 consultorios, un laboratorio Clínico, servicio de Imagenología, área de triage, un espacio físico destinado para sala de espera, dos ventanillas para trámites administrativos (calificación de derechos), una sala de curaciones, estación de enfermería,

Las patologías atendidas en esta Unidad, están organizadas de tal manera que las de mayor prevalencia determinan a su vez el perfil epidemiológico con las principales causas de morbilidad.

TABLA 1. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA 2012 SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

Ord.	Patología Atendida	Cantidad	Porcentaje
1	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	189.000	21,5%
2	Enfermedades del sistema Genitourinario	156.200	17,7%
3	Enfermedades Pediátricas (respiratorias y parasitarias)	151.200	17,1%
4	Enfermedades de las Glándulas Endócrinas y de la Nutrición	88.200	10,0%
5	Medicina Critica (IAM HSA ACCIDENTES ASALATOS)	75.600	8,5%
6	Enfermedades del aparato Digestivo	70.560	8,0%
7	Apendicitis y Colelitiasis	57.960	6,6%
8	Insuficiencia Cardíaca Congestiva e I. Renal Crónica	50.400	5,7%
9	Enfermedades del aparato Respiratorio ( E.P.O.C. Neumonía)	45.360	5,1%

Fuente: Estadística anual del Servicio de Emergencia del HCAM, año 2012

AUTOR: MD. Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas

**Análisis:** Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo incluyen los traumatismos y fracturas, y fueron las patologías más frecuentes en la atención de emergencias, le siguen las infecciones urinarias y respiratorias pediátricas, las mismas que han aumentado por la atención a niños hasta los 18 años. Las afecciones crónicas son menos frecuentes pero afectan mayoritariamente a la población adulto mayor, que alcanza un porcentaje bajo de la población total.

### **2.1.1.8 Características Geofísicas.**

La estructura de esta casa de salud, está construida por hormigón, ladrillo, vidrio y baldosa de cerámica, el espacio físico destinado para el servicio de emergencia, ha sido paulatinamente remodelado, debido a la falta de criterio técnico profesional en el diseño de la infraestructura hospitalaria, de tal manera que con la adquisición de nuevos equipos siempre las áreas ya establecidas para recibir a éstos serán objeto de derrocamiento y renovación.

El servicio de Emergencia dispone de algunos ambientes pero no reúnen las condiciones aceptables de diseño y arquitectura funcional hospitalaria, no acorde a la necesidad de los pacientes, teniendo que en mucho de los casos improvisar la atención médica en los espacios libres.

En lo relacionado con la iluminación, sistema de climatización y servicios de agua, energía eléctrica y suministro de vapor de agua, y gases nobles, estos se disponen las 24 horas del día, pero el hacinamiento de pacientes altera el ambiente terapéutico y ocasiona en el personal del servicio modificaciones en el estado anímico y de los niveles neurovegetativos, psicológicos, físicos y mentales, los que en mucho de los casos desencadenan en ausentismo por la presencia de enfermedades profesionales o de stress laboral.

### **2.1.1.9 Políticas de la Institución.**

Todas las unidades de salud del seguro social están regidos por la Ley de Seguridad Social modificada por última vez en el registro oficial número 587 del 2 de mayo de 2009.

La máxima autoridad es el Consejo Directivo, entidad tripartita conformada por un delegado de los afiliados, uno de los empleadores y uno de la función ejecutiva que lo preside.

En razón de que las nuevas tendencias de gestión empresarial a sido adoptada por una gran cantidad de instituciones del servicio público, se requiere acoplar los procesos de gestión del servicio a los objetivos macro institucionales y gubernamentales, cuya política de gestión establece principios de calidad elevada y eficiencia con calidez y humanismo.

La ley de seguridad social carece de reglamento y, en su lugar, la operacionalización de la misma se realiza mediante resoluciones del Consejo Directivo.

Cabe recalcar que todas las prestaciones que el IESS ofrece están enmarcadas en la ley de seguridad social, la misma que obliga a sus prestadores a brindarse de forma oportuna e inmediata. En el servicio de urgencias esta normativa es implementada en función de la oferta y capacidad resolutive, que en muchos casos se torna ineficiente.

Entre otras políticas de servicio, el Consejo Directivo amplió la cobertura a los hijos menores de 18 años y cónyuges de los afiliados, esta ampliación ha generado un desbordamiento de la cobertura, y para paliar esta situación las autoridades han realizado convenios con otras casas de salud de carácter privado, con lo cual se ha disminuido la saturación de la demanda en el HCAM y sus servicios, situación que no ha permitido solventar totalmente este problema.

## **2.2. Marco Conceptual.**

Con el propósito de sustentar la propuesta de mejoramiento continuo en el servicio de emergencia del hospital, se ha revisado varias referencias bibliográficas, las cuales han permitido observar la problemática en un contexto integral, donde las soluciones sean las más adecuadas y respondan a las necesidades actuales sin que pierdan vigencia y logren mantenerse en el tiempo, de tal manera que se consolide un modelo a seguir en otras instituciones de salud.

Para entender de manera universal el lenguaje utilizado en el desarrollo del proyecto se detalla los diferentes conceptos inherentes al tema planteado:

### **2.2.1 Calidad.**

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. La Gestión de Calidad es un conjunto de decisiones que se toman en la organización o empresa con el objetivo de la mejora de la calidad de los productos, los servicios, los procesos y la gestión empresarial en general ; busca lograr la satisfacción del cliente (interno y externo) mediante la mejora continua , con la responsabilidad de todo el personal.

#### **2.2.1.1 Calidad Total.**

Es una práctica gerencial para el mejoramiento continuo de los resultados en cada área de actividad de la empresa y en cada uno de los niveles funcionales, utilizando todos los recursos disponibles y al menor costo. El proceso de mejoramiento se orienta hacia la satisfacción completa del consumidor, considerándose al recurso humano como el más importante de la organización.

#### **2.2.1.2 Evaluación de Calidad.**

La evaluación de calidad es un sistema usado para establecer estándares para el cuidado del paciente, para monitorear cuán bien esos parámetros se cumplen, y para corregir cualquier desviación respecto a esos estándares. (Schneiderman N, ACEP, 1987)

#### **2.2.1.3 Capacidad resolutive.**

Es la dotación de infraestructura de servicios médicos que una unidad de salud posee y dispone para atender a la población que demanda de estos servicios, la misma que le permite resolver eficazmente la problemática de salud del demandante.

#### **2.2.1.4 Atención al Cliente.**

Es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un suministrador con el fin de que el cliente obtenga el producto en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo.

#### **2.2.1.5 Modelo de gestión técnica.**

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector.

#### **2.2.1.6 Gestión Administrativa.**

Es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud utilizando las herramientas de gestión de manera objetiva y permite una adecuada planeación, toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. Es un conjunto de acciones mediante las cuales el directivo desarrolla sus actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo que son el planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

#### **2.2.1.7 Gestión de Procesos.**

Se definen como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado y una salida que a su vez satisfacen los requerimientos del cliente. Puede considerarse también como una metodología corporativa cuyo objetivo es mejorar el desempeño de la organización.

### **2.2.1.9 Manual Administrativo.**

Según Duhalt Kraus Miguel A, un manual es “un documento que contiene en una forma ordenada y sistemática, información y /o instrucciones sobre historia, organización, política y procedimiento de una empresa, que se consideran necesarios para la mejor ejecución del trabajo“. Los objetivos de este tipo de manuales son el presentar una visión de conjunto de la organización, el precisar las funciones asignadas a cada unidad administrativa, el establecer claramente el grado de autoridad y responsabilidad de los distintos niveles jerárquicos, el ayudar a la correcta atención de las labores asignadas al personal, permiten el ahorro de tiempo y esfuerzo en la realización del trabajo, pueden funcionar como medida de relación y coordinación con otras organizaciones.

### **2.2.1.10 El Manual de Normas y procedimientos.**

Tiene como objetivo expresar en forma analítica los procedimientos y normas administrativos por medio de los cuales se lleva a cabo la actividad operativa del organismo, el seguir este tipo de manual aumenta la confianza del personal para que utilice los sistemas y procedimientos administrativos prescritos al realizar su trabajo.

El procedimiento determina el cómo deben de realizarse las actividades de transformación de insumos en productos, por lo tanto en el procedimiento se deben de identificar algunos elementos y flujos de información que son necesarios para el desarrollo del trabajo administrativo.

El manual de procedimientos es un documento independiente del llamado Manual de Calidad, pero resulta ser complementario. El manual de calidad describe un sistema de gestión de calidad de la organización y el manual de procedimientos describe las actividades y métodos de trabajo como parte del sistema.

Las ventajas de contar con un manual de procedimientos permiten disminuir la improvisación y los errores, permiten ser documentos de consulta, dan una visión global y sistemática del trabajo administrativo, emprenden acciones de mejora, dar funciones y responsabilidad a cada miembro de la organización.

#### **2.2.1.11 Enfermo**

Persona con alteración de su estado de equilibrio biopsicosocial. Una enfermedad es un proceso y un estatus consecuente de una afectación de un ser vivo, que se caracteriza por una alteración que perjudica su estado de salud.

#### **2.2.1.12 Usuario.**

Persona que acude a una Unidad de Salud por presentar un estado de enfermedad o por atención preventiva de su salud. Se interpretará de forma igual el término paciente y usuario.

#### **2.2.1.13 Situación de Emergencia.**

“Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa , habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes o cualquier otra forma de agresión material “ (Ley de Amparo del Paciente).

La Ley de Amparo del Paciente considera también que “todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo”, después de todo el Gobierno es el que asumirá la responsabilidad de pagar por los servicios recibidos, por lo tanto también es prohibido que los servicios de salud tanto públicos o privados “exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido , atendido y estabilizado en su salud”, así que será prioridad que el paciente supere su estado de emergencia.

#### **2.2.1.14 Urgencia.**

Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado no es oportuno.



#### **2.2.1.15 Nivel de Atención.**

Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo, con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud a la población.

#### **2.2.1.16 Primer Nivel de Atención.**

Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema de atención, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegurando la complejidad, continuidad e integridad en la atención, es ambulatorio. Comprende el puesto de salud, consultorio general, centro de salud rural ,centro de salud urbano de 24 horas.

#### **2.2.1.17 Segundo Nivel de Atención.**

Este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y los servicios que requieran hospitalización básica y general, es el escalón de referencia inmediata del nivel de atención I. Comprende consultorio médico u odontológico de especialidades, centro de especialidad, centro clínico –quirúrgico ambulatorio (modalidad hospital del día), hospital básico y hospital general

#### **2.2.1.18 Tercer Nivel de Atención.**

Comprende centro especializado, hospital especializado, hospital de especialidades. El Hospital de Especialidades son los establecimientos de mayor complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en especialidades y subespecialidades de medicina y odontología. Dispone de servicios auxiliares de apoyo diagnóstico entre los cuales son laboratorio clínico general y especializado, laboratorio de anatomía patológica, Imagenología y apoyo de gabinete, servicios de tratamiento: rehabilitación y fisioterapia, medicina transfusional y servicios técnicos de apoyo en enfermería, trabajo social, alimentación, nutrición y dietética, farmacia institucional y farmacia interna, dispone de servicios administrativos gerenciales y de apoyo. Desarrolla acciones de fomento, protección y recuperación de la salud; cuenta con servicio de docencia y de investigación, servicio de ambulancia avanzada.

### **2.2.1.19 Seguridad Social.**

El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social, y como tal su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia.

### **2.2.1.20 Afiliado.**

Según la ley de seguridad social, son sujetos “obligados a solicitar protección “ del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella; en particular: el trabajador en relación de dependencia; el trabajador autónomo; el profesional en libre ejercicio ; el administrador o patrono de un negocio; el dueño de una empresa -unipersonal; el menor trabajador independiente; y los demás asegurados obligados al régimen del Seguro General Obligatorio en virtud de leyes y decretos especiales. Son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora “habitualmente “en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia.

### **2.2.1.21 Jubilado.**

El jubilado es toda persona que ha cumplido los requisitos de tiempo de imposiciones y edad de retiro, o padece una lesión permanente, física, o mental total o parcial y percibe una pensión regular del Estado o del seguro social, o una renta vitalicia de una compañía aseguradora, por condición de vejez o invalidez.

### **2.2.1.22 Consentimiento Informado.**

Documento médico legal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el procedimiento, después de haber comprendido la información que se la ha dado.

### **2.2.2.23 Reglamento interno.**

Es un conjunto de disposiciones internas de una organización o, en este caso servicio de especialidad, en el que se describen las medidas de orden técnico, orden administrativo,

aspectos funcionales, derechos, obligaciones del personal administrativo y directivo y para los usuarios externos.

El diseño organizacional en los servicios hospitalarios debe aplicarse de acuerdo con los objetivos. Actualmente tanto a nivel empresarial como institucional, se aplica el diseño por procesos, incluso el MSP ha publicado el Acuerdo Ministerial de Gestión por procesos para las Unidades de Salud por niveles. Este modelo es de aplicación obligatoria para todos los hospitales del Ministerio de salud Pública y se va a aplicar en el IESS también de manera obligatoria.

La administración participativa y cada vez más horizontal también se está aplicando a nivel privado, en el ámbito gubernamental es más complicado porque se requiere de la eliminación de varios niveles jerárquicos, muchas de las veces, con influencias políticas. Casi todos los países aplican normas y protocolos en Emergencias, en el presente, no cabe la atención sin aplicación de protocolos, incluso el no hacerlo puede acarrear sanciones legales al profesional. El triage constituye el principal filtro para la atención en Emergencia, debe por tanto, aplicarse de manera adecuada el protocolo correspondiente, el no hacerlo, hace que la atención sea desordenada.

En los servicios de emergencia la sobrecarga de trabajo lleva a una disminución considerable de la calidad de atención al usuario externa y de trabajo por parte del usuario interno, existen varias soluciones a este problema como son el disminuir la demanda de usuarios mediante la mejora de la asistencia pre hospitalaria (como con la elaboración de protocolos de manejo) y la educación de la población con respecto a la salud.

#### **2.2.2.24 Triage.**

El término proviene de la palabra francesa “trier” que significa escoger, separar o clasificar, es un proceso que permite la adecuada gestión del riesgo clínico. El realizar el triage en el servicio de emergencia consolida un sistema eficaz para disminuir la demanda de pacientes que acude al servicio, facilitando el trabajo del personal de salud y disminuyendo la ansiedad de los enfermos y familiares por la espera. Este procedimiento se inició en las guerras o campos de batalla con el ejército de Napoleón en donde empezó como un sistema para que los soldados que requirieron de cuidado más urgentes fueran atendidos con prontitud, con el paso del tiempo esta experiencia se aprovechó para su aplicación en la población civil y al momento existen cinco modelos de triage: la escala de triage australiano, el Triage del Departamento de Urgencias de Canadá, el Sistema de triage de Manchester, Índice de gravedad de urgencias y el modelo de triage andorrano.

Triage Estructurado: es el procedimiento de clasificar y da priorizar a los pacientes que acuden al servicio de emergencia, ya que el paciente más grave debe ser atendido primero y con rapidez. Este tipo de Triage se caracteriza por que requiere de una estructura física, profesional y tecnológica adecuada. Este proceso lleva la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o prioridad de la asistencia la cual debe realizarse en poco tiempo, de manera ágil y efectiva para garantizar la seguridad del paciente y no es necesario establecer un diagnóstico.

La calidad del triage puede ser evaluado con los siguientes índices de calidad: el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio (10 minutos o menos), el tiempo de duración del triage (cinco minutos o menos )y la proporción de pacientes que dejan el hospital sin ser vistos por el médico que debe ser de menos del 2 %.

#### ***2.2.2.25 Ley orgánica de la Salud.***

Forma parte del Marco Legal del Régimen de la Salud, el cual consta de 6 libros cuyos capítulos consagra la Salud como un derecho humano fundamental y por medio del estado reconoce y garantiza a las personas el derecho de una calidad de vida que asegure la salud de la población del Ecuador.

#### ***2.2.2.26 Ley de Seguridad Social.***

Es la norma jurídica establecida por el estado que se basa en el Seguro General Obligatorio el cual forma parte del sistema nacional de seguridad social y ésta ley se fundamenta en los siguientes principios : solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

## **CAPÍTULO 3**

### 3.1 Diseño Metodológico

Para el desarrollo del proyecto se consideró al diseño metodológico y a la matriz del marco lógico por ser herramientas útiles que permiten visualizar el conjunto de problemas, y de igual manera la matriz del marco lógico viabiliza, guía, orienta las acciones tendientes a alcanzar los objetivos y retroalimenta la ejecución de las acciones; al mismo tiempo permite aplicar las técnicas para la recolección de datos, como: Observación Directa, Entrevistas y Encuestas.

#### 3.1.1 Matriz de involucrados.

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
1) Directivos del Hospital Carlos Andrade Marín	Brindar atención de calidad con eficacia y oportunidad.  Aplicación del proceso administrativo a la atención del paciente, con humanismo.	Recursos humanos, financieros, infraestructura, tecnológicos.  <b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1 , 10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7. Normativas del IESS.	Limitada función administrativa que repercute en un stock inadecuado de medicamentos, suministros para laboratorio, limitado equipamiento para diagnóstico de imágenes.  Limitado espacio físico.  Desorganización del servicio y también institucional por una inadecuada gestión administrativa y falta de planificación.

<p>2) Servicio de Emergencias</p>	<p>Brindar atención de mejor calidad al usuario interno del hospital.</p> <p>Aplicar una adecuada gestión administrativa en el servicio.</p>	<p>Recursos: humanos, infraestructura.</p> <p><b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1 , 10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7 . Normativas del IESS.</p>	<p>Inadecuada coordinación entre los distintos servicios médicos con emergencia.</p> <p>Limitado espacio físico.</p> <p>Limitación de personal de salud.</p>
<p>3) Personal Médico</p>	<p>Aprender y poner en práctica los conocimientos adquiridos, en el proceso de formación.</p>	<p>Recursos: talento humano.</p> <p><b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1 , 10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7 . Normativas del IESS y del HCAM.</p>	<p>Inconformidad y desmotivación laboral por limitado de conocimiento y capacitación.</p> <p>Limitado personal médico y el no seguimiento de normativas de manejo de pacientes como protocolos unificados en la institución.</p>

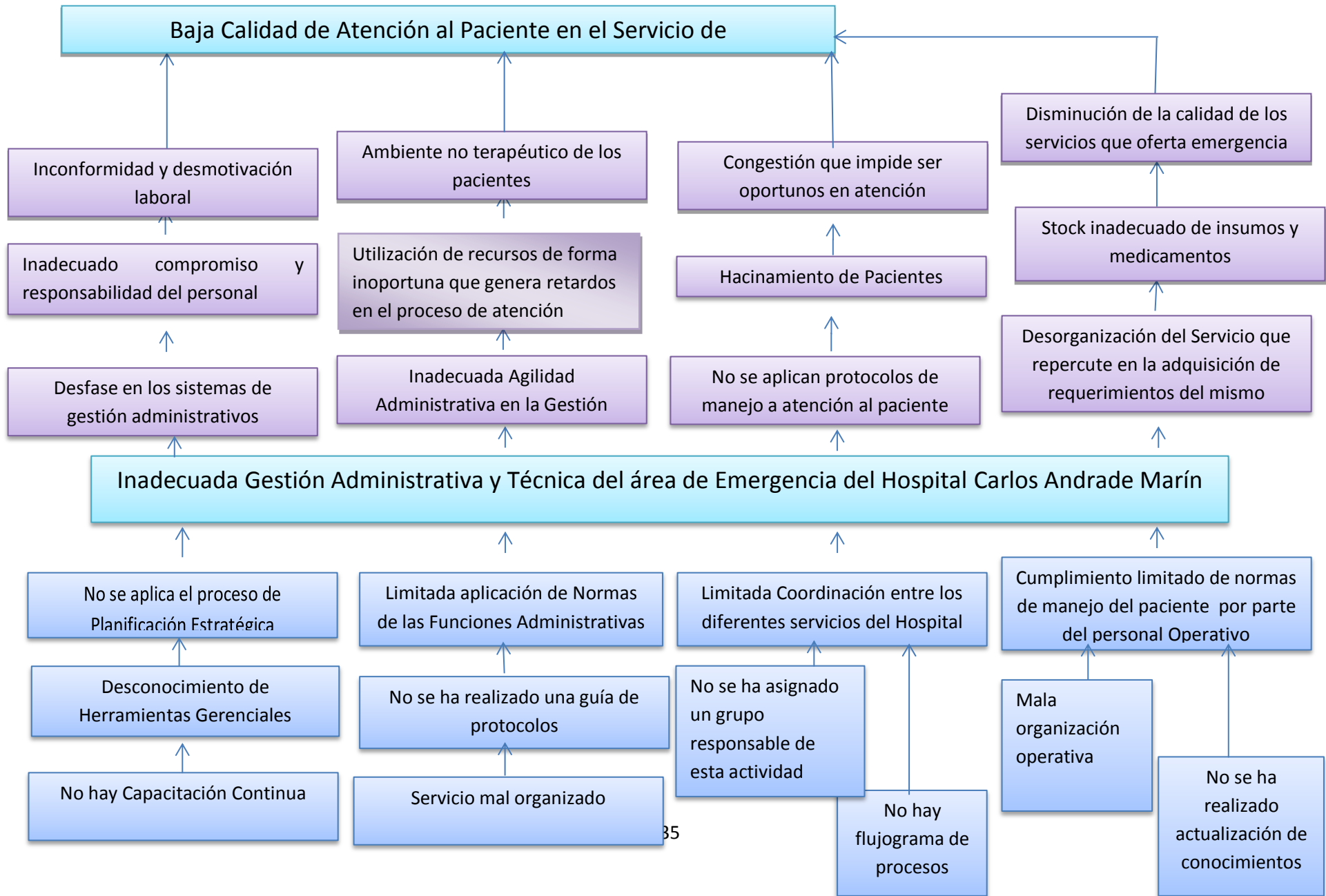
<p>4) Personal de enfermería.</p>	<p>Liderar los procesos de atención de enfermería.</p>	<p>Recursos humanos Recursos Materiales <b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1 , 10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7. Normativas del IESS y del HCAM.</p>	<p>Sobrecarga de trabajo  Trabajo rutinario  Personal desmotivado  Estrés laboral  Limitado seguimiento de las normas internas de enfermería. Inadecuada organización del servicio por la no existencia de un flujograma o mapa de procesos.</p>
<p>5) Usuarios del servicio de emergencia del HCAM</p>	<p>Demandar atención médica oportuna y de calidad</p>	<p>Recursos: participación activa. <b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1,10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7 . Normativas del IESS.</p>	<p>Insatisfacción por el tiempo de espera en el tratamiento de la enfermedad.  Los tiempos de espera en los servicios de apoyo no son oportunos.  Hacinamiento en el área de espera y tratamiento.</p>



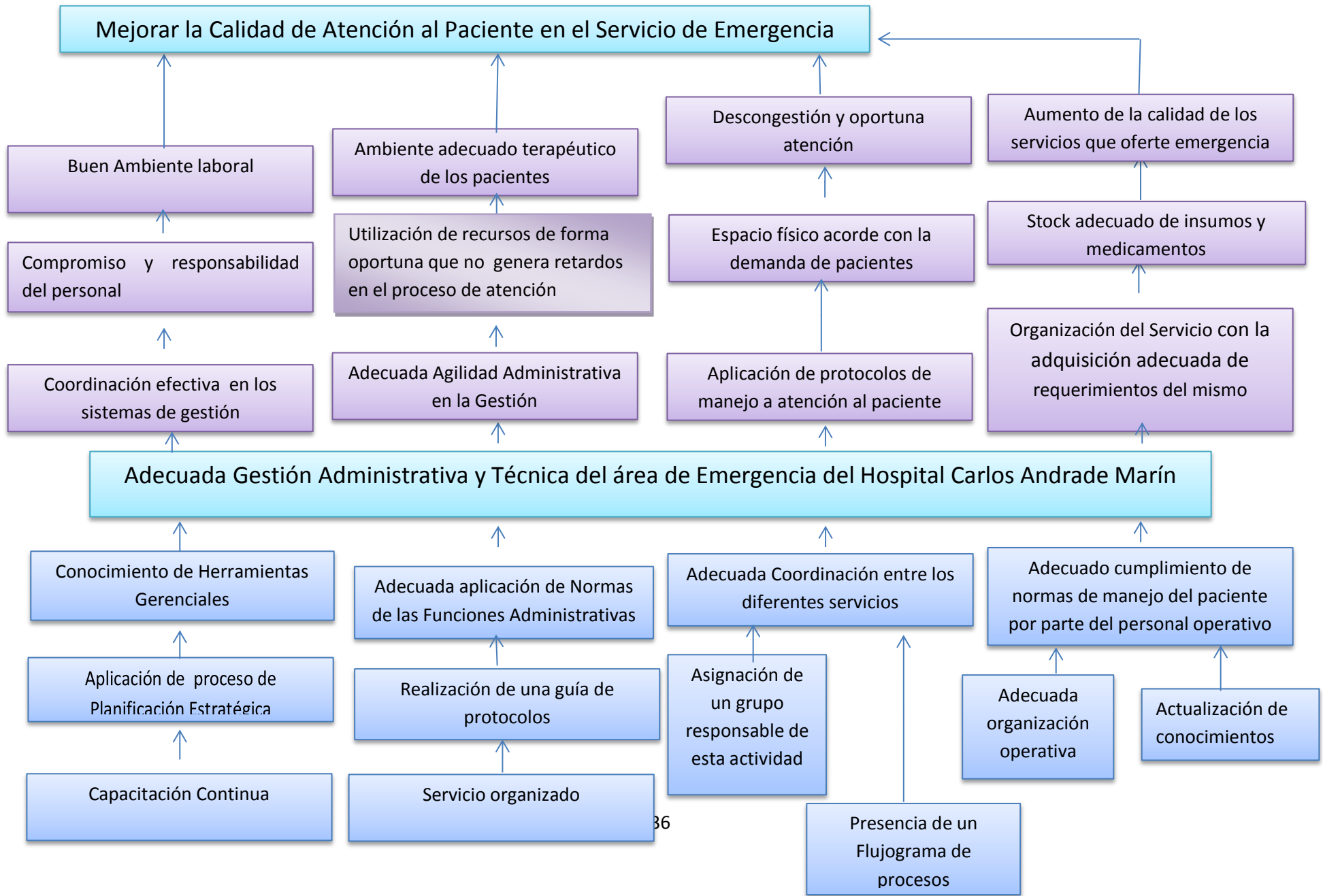
6) Servicios Varios	Trabajar en equipo con agilidad, responsabilidad, honestidad y reserva.	Recursos Humanos Recursos materiales <b>Mandato:</b> internas del Hospital , IESS,	Estrés laboral por el hacinamiento de pacientes personal desmotivado por la falta de conocimiento y oportunidades de capacitación continua.
7) Maestrante	Liderar el cambio de gestión, mediante la implementación del nuevo modelo	Recursos: talento humano, financiero. <b>Mandato:</b> General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 1 , 10 , 23, 24 , 36, 37, 42, 48 , 50 , 51, 52 , 74. Ley de derecho y amparo al paciente Art. 7 . Normativas del IESS. Estatuto UTPL	Influencias internas y externas negativas.  Herramientas administrativas contrapuestas a las tendencias actuales.

FUENTE: Elaborado por la autora

### 3.1.2. Árbol de problemas



### 3.1.3. Árbol de objetivos



### 3.1.4 Matriz de Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Mejorar la calidad de atención de salud del paciente afiliado al IESS.</p>	<p>Incremento al 50 % de satisfacción del usuario externo del servicio de emergencia del HCAM hasta finalizar el proyecto.</p> <p>100% de usuarios son atendidos con calidad en el servicio de emergencia del HCAM hasta finalizar el proyecto.</p>	<p>Encuestas realizadas a los usuarios externos que hacen uso del servicio de emergencia.</p>	<p>Personal administrativo y técnico que cumpla sus actividades con eficacia.</p>
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica del área de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín</p>	<p>Cumplimiento del 100 % de las actividades programadas hasta la finalización del proyecto en el servicio de emergencia del HCAM.</p>	<p>Listas de asistencia.</p> <p>Actas de reuniones</p> <p>Documentos</p>	<p>Respaldo administrativo.</p>
<p><b>COMPONENTES</b></p> <p>1.-Personal administrativo capacitado sobre herramientas gerenciales básicas.</p>	<p>El 100 % del personal administrativo capacitado en el manejo de las herramientas gerenciales básicas del servicio de emergencia del HCAM hasta finalizar el proyecto.</p>	<p>Listas de personas capacitadas</p> <p>Evaluación de personas capacitadas</p> <p>Memorias de talleres</p>	<p>Compromiso del personal administrativo.</p>

<p>2.- Normas de las funciones administrativas aplicadas en forma adecuada.</p>	<p>100 % de aplicación adecuada de las normas de las funciones administrativas hasta finalizar el proyecto en el servicio de Emergencia del HCAM.</p>	<p>Reporte diario y mensual. Monitoreo permanente con encuestas y evaluación de resultados.  Normas escritas.  Convenios establecidos.</p>	<p>Directivos motivados a participar.  Apoyo Institucional       Red de Salud</p>
<p>3.- Coordinación entre los diferentes servicios y emergencia funcionando en forma adecuada.</p>	<p>100% de los servicios del hospital siguen normativas o protocolos para coordinación del manejo de los pacientes en el servicio de emergencia del HCAM hasta finalizar el proyecto.</p>	<p>Evaluación del personal de salud mediante encuestas Monitoreo continuo Reportes mensuales  Normas Establecidas  Convenios establecidos</p>	<p>Apoyo Institucional  Apoyo de los directivos de cada servicio del hospital.     Red de Salud</p>

4.- Normas de manejo del paciente en emergencia por parte del personal operativo aplicadas en forma correcta.	Manejo satisfactorio al 100 % de las guías de manejo para el personal operativo del servicio de emergencia del HCAM hasta finalizar el proyecto.	Normas escritas	Apoyo del personal Operativo.
---	--	-----------------	-------------------------------

Fuente: Elaborado por la autora

### 3.1.5 Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
<b>Componente 1</b>  1.1 Taller participativo de Planificación estratégica con el personal administrativo del servicio de emergencia	MD. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( Jefe del Servicio de Emergencia )	Lunes 1 de julio del 2013  Martes 2 de julio del 2013	120 dólares
1.2 Taller Participativo acerca de Organización por Procesos con el personal administrativo del servicio de emergencia	MD. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del Servicio de Emergencia )	Miércoles 3 de julio del 2013	120 dólares
1.3 Taller participativo Gestión de Salud con el personal administrativo del servicio de emergencia	M.D.Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del Servicio de Emergencia )	Jueves 4 de julio del 2013  Viernes 5 de julio del 2013.	120 dólares

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>Componente 2</b>			40 dólares
2.1 Socialización del Reglamento Interno por parte del personal administrativo hacia el usuario interno del servicio de emergencia.	M.D.Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Lunes 8 de julio del 2013, 7h00 am-8h00 am.	
2.2 Elaboración del Manual de normas de emergencia	M.D. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Segunda, tercera y cuarta semana de julio del 2013.	40 dólares
2.3 Socialización del Manual de normas de Emergencia.	M.D. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Primera semana de Agosto del 2013.	40 dólares
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>Resultado 3</b>			40 dólares
3.1 Reunión con jefes o delegados de servicios principales para acuerdos de gestión de coordinación.	M.D. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )  Jefe del servicio de Medicina Interna o su delegado.  Jefe del servicio de Cirugía General o su delegado. Jefe del Servicio de Terapia Intensiva o su delegado.	Tercera Semana de julio del 2013.	

3.2 Establecimiento de flujogramas de manejos.	MD. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor (jefe del servicio de emergencia)	Tercera semana de Julio del 2013.	25 dólares
3.3 Difusión del flujogramas de procesos entre los servicios de Medicina Interna, Cirugía General , Terapia Intensiva con el servicio de Emergencia	M.D. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Primera semana de Agosto	50 dólares
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>Componente 4</b>			
4.1 Difusión de normas establecidas por el personal de enfermería del servicio de Emergencia.	M.D. Gabriela Calderón Dr. Mauricio Gaibor Jefa de Enfermeras del servicio de Emergencia. Jefe de Enfermeras del HCAM.	Cuarta semana de Julio del 2013.	40 dólares
4.2 Difusión de normas médicas del servicio de emergencia.	M.D. Gabriela Calderón . DR. Mauricio Gaibor	Cuarta semana de Julio del 2013.	60 dólares





## **CAPÍTULO 4**

#### 4.1 Matriz de resultado 1.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	DETALLES ANEXOS	INDICADOR	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES
<b>Componente 1</b>  1.1 Taller participativo de Planificación estratégica con el personal administrativo del servicio de emergencia	Las actividades planificadas se cumplieron de manera total. Se realizó un taller con la participación de la casi totalidad de personal de Emergencia que no estaba atendiendo, esto a pesar de que se planificó la capacitación para el personal administrativo	Se realizó la convocatoria para la capacitación con 1 semana de anticipación, misma que fue firmada por el Dr. Gaibor. La asistencia fue bastante nutrida. La expositora-facilitadora fue la Dra. Mónica Villalobos PhD, quien al final entregó un ejemplar a los asistentes de su libro Guía Metodológica para	El indicador fue cumplido en su totalidad pues todo el personal administrativo fue capacitado y además asistieron muchas personas del nivel operativo.  La evaluación expost reveló un conocimiento adecuado en el 100%.	MD. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( Jefe del Servicio de Emergencia )	Lunes 1 de julio del 2013  Martes 2 de julio del 2013	Durante el taller hubo la participación activa de todo el personal y sirvió como escenario para receptor varias inquietudes que retroalimentaron a los administradores.  Al final se hizo el compromiso de elaborar el Plan Estratégico del Servicio

		elaborar planes Estratégicos y diseñar procesos en salud.				
1.2 Taller Participativo acerca de Organización por Procesos con el personal administrativo del servicio de emergencia	Asistió la totalidad de personas del área administrativa y varias personas de las otras áreas. Las actividades se cumplieron de forma total.	Conferencia participativa y taller que abarcó conceptos básicos de procesos, diagramas de flujo y formas de elaborar un mapa de procesos con diagrama de Potter. La expositora-facilitadora fue la Dra. Judith Borja Msc, Directora Técnica de Críticos del HCAM	El indicador se cumplió de manera total. 100% de trabajadores administrativos asistieron al taller.	MD. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del Servicio de Emergencia )	Miércoles 3 de julio del 2013	El taller se realizó en el aula vip del HCAM y se pudo constatar una gran participación activa de todos los asistentes. Nuevamente, se presentaron quejas y problemas del servicio que sirvieron de retroalimentación a las autoridades.

<p>1.3 Taller participativo Gestión de Salud con el personal administrativo del servicio de emergencia</p>	<p>Asistieron todos los trabajadores del área administrativa y varios trabajadores de otras áreas. Se cumplió la capacitación programada.</p>	<p>El Dr. Diego Calderón Msc, Director Técnico de Docencia del HCAM, fue el encargado de exponer el tema y promover un diálogo participativo para establecer al final, cuál sería el diseño de gestión administrativa en el caso de Emergencia. Se cumplió con el cronograma.</p>	<p>Indicador cumplido. 100% de personal administrativo acudió y participó de manera activa en la capacitación.</p>	<p>M.D.Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del Servicio de Emergencia )</p>	<p>Jueves 4 de julio del 2013  Viernes 5 de julio del 2013.</p>	<p>Las actividades se realizaron en el aula vip y se tuvo una gran asistencia del personal no administrativo. Se logró adelantar un diagnóstico situacional del Servicio de manera participativa.</p>
--	---	---	--	---	---	---

#### **4.1.1 Análisis del Resultado**

La gestión (administración) de toda organización moderna depende cada vez más, de la participación de los involucrados, más aún para los casos de instituciones de salud cuyo producto es un servicio intangible. Toda planificación debe ser participativa, pero el nivel de participación depende del conocimiento que se tenga. Al establecer la línea de base (situación actual), se pudo evidenciar el escaso conocimiento de administración y de sus herramientas, por parte de los colaboradores, incluido el nivel directivo.

La realización de una capacitación dirigida en especial al nivel administrativo se consideró esencial. El Taller de Planificación Estratégica cumplió con su objetivo de mejorar el conocimiento sobre planificación estratégica en el área de la salud. El indicador propuesto fue la asistencia y participación del personal administrativo y la meta planteada fue del 100%. La totalidad de personal administrativo asistió y, lo más importante, tuvo una participación activa en el taller.

La evaluación final para este resultado, constituirá la elaboración del Plan estratégico participativo para el servicio de emergencia, el cual nunca fue elaborado por los involucrados (internos y externos) sino que se contrató una empresa para que lo desarrolle, esto trajo como consecuencia el desconocimiento de los trabajadores de misión, visión, objetivos, en fin, se trabajaba sin brújula. Actualmente se han iniciado reuniones para conocer el plan estratégico de la Institución y poder elaborar uno con los trabajadores del área.

La evaluación ex ante de los tres talleres arrojó como resultado que un 80% de las personas no tenía un buen conocimiento sobre administración. Se realizaron 10 preguntas y se puso como punto de corte entre deficiente conocimiento y adecuado conocimiento a la nota de 5/10, hasta 5 desconocimiento y desde 6 conocimiento.

##### ***4.1.1.1 Desarrollo del Taller.***

Se elaboró la agenda de capacitación que abarcó los temas de planificación estratégica, Gestión por procesos y Gestión en Salud.

El Jefe de Servicio realizó la convocatoria al personal administrativo y al personal en general. Se solicitó a la Dra. Mónica Villalobos PhD que participara como expositora y facilitadora y aceptó gustosa. La Dra. Villalobos tiene amplia experiencia en planificación estratégica en el área de la salud y fue profesora de la maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local por la UTPL, es autora de varias publicaciones sobre planificación estratégica y ha trabajado en asesoría para varias instituciones. Se desarrolló una

conferencia participativa y un ejercicio de análisis FODA con los participantes. Al final del taller, se hizo entrega de la obra: Guía Metodológica para elaborar planes Estratégicos y diseñar procesos en salud, de manera gratuita a todos los asistentes.

El esquema desarrollado en el taller es el que se describe en el libro y es aplicable a toda institución de salud. Tiene la gran ventaja de que es dirigido, por lo poco complicado, a todo el personal de salud, independientemente de su grado de escolaridad. El taller fue el escenario propicio para realizar un diagnóstico situacional del servicio que, en mi criterio, es muy realista y permite la identificación de “brechas” entre lo que se tiene y lo que se quiere tener.

Cabe mencionar que la asistencia sobrepasó las expectativas y que contamos con la presencia de varias autoridades del Hospital. La lista de asistentes se adjunta en el documento en los anexos.

Puede decirse que se cumplió el objetivo a pesar de que la evaluación final debe ser en el quehacer diario, en especial para los trabajadores administrativos.

#### **4.1.1.2 Evaluaciones ex ante y ex post.**

##### *4.1.1.2.1 Taller de Planificación Estratégica.*

1.- CONSIDERA USTED MISIÓN INSTITUCIONAL

- a) Una encomienda que se le hace a una empresa
- b) Lo que hace, su razón de ser
- c) Instituciones para monjas

Tabla 2. CONSIDERA USTED MISIÓN INSTITUCIONAL

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :11	Incorrecto : 4
Correcto: 9	Correcto : 16

Fuente: elaborado por la autora

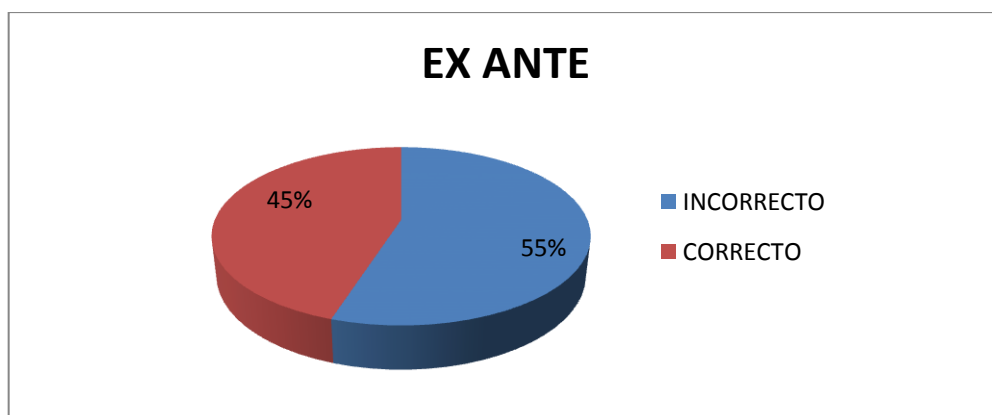


Gráfico1a. CONSIDERA USTED MISIÓN INSTITUCIONAL

Fuente: Elaborado por Autora

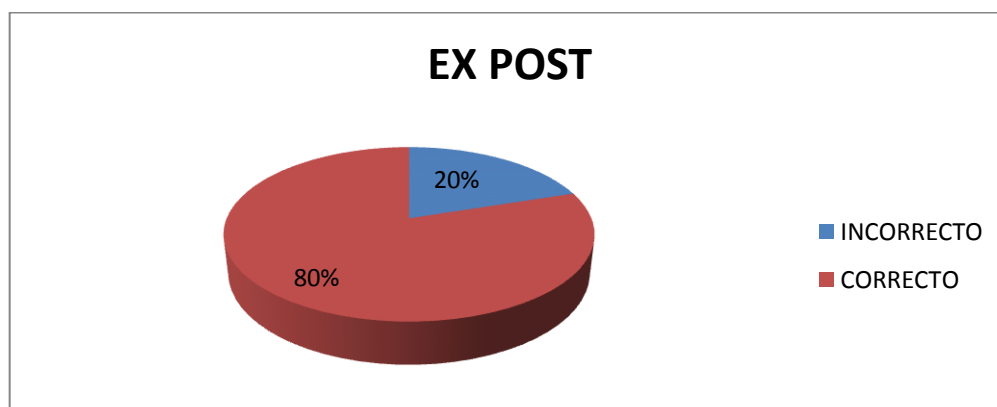


Gráfico1b. CONSIDERA USTED MISIÓN INSTITUCIONAL

Fuente: Elaborado por Autora

## 2.- CONSIDERA USTED VISIÓN INSTITUCIONAL

- a) Los objetivos de la empresa
- b) Rumbo o destino de la organización, imagen de lo que aspiramos construir
- c) Como ven las empresas los competidores



Tabla 3. CONSIDERA USTED VISIÓN INSTITUCIONAL

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto : 16	Incorrecto : 3
Correcto: 4	Correcto : 17

Fuente: elaborado por la autora

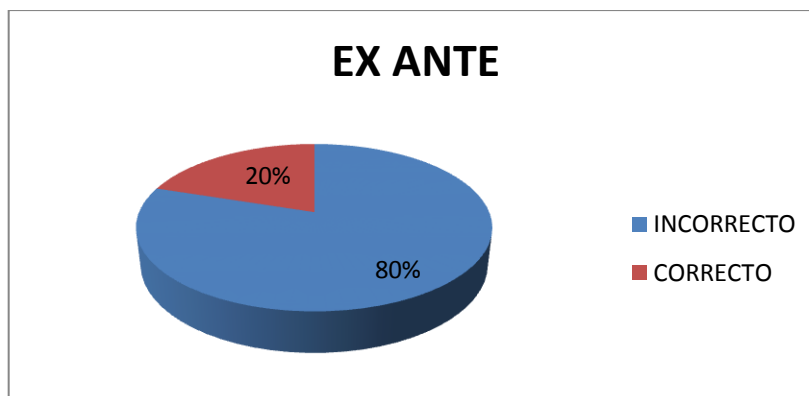


Gráfico 2 a. CONSIDERA USTED VISIÓN INSTITUCIONAL

Fuente: elaborado por la autora

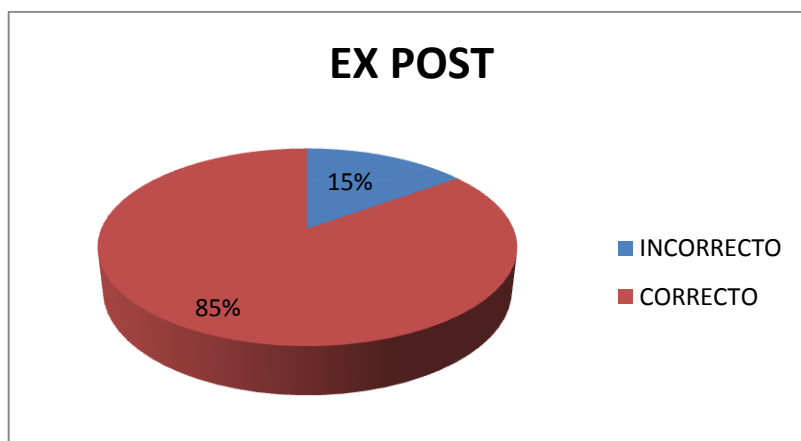


Gráfico 2 b. CONSIDERA USTED VISIÓN INSTITUCIONAL

Fuente: elaborado por la autora

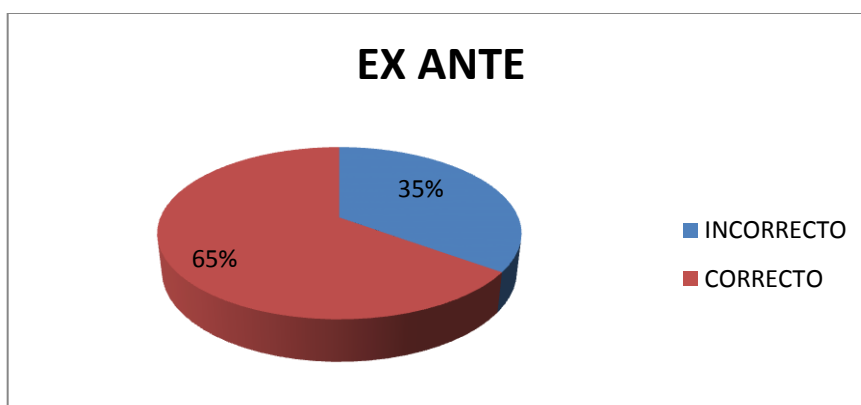
3.- CONSIDERA QUE UN PLAN ESTRATÉGICO DEBE DE SER ELABORADO DE MANERA PARTICIPATIVA

SI NO

Tabla 4. CONSIDERA QUE UN PLAN ESTRATÉGICO DEBE DE SER ELABORADO DE MANERA PARTICIPATIVA

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto : 7	Incorrecto : 2
Correcto: 13	Correcto : 18

Fuente: elaborado por la autora



Gráfica 3 a. CONSIDERA QUE UN PLAN ESTRATÉGICO DEBE DE SER ELABORADO DE MANERA PARTICIPATIVA

Fuente: elaborado por la autora

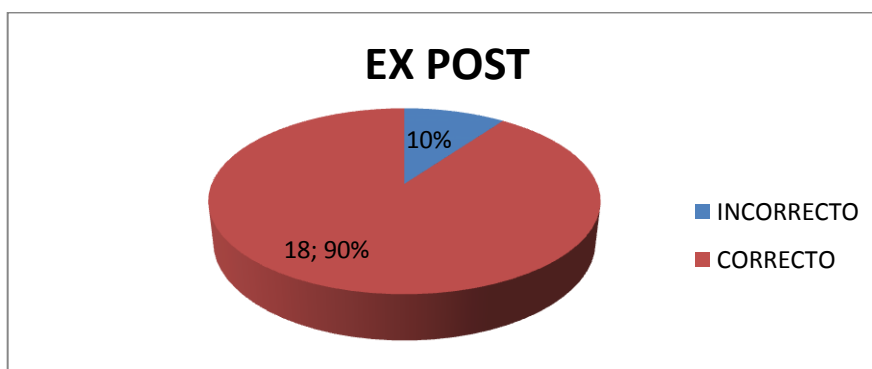


Gráfico 3 b. CONSIDERA QUE UN PLAN ESTRATÉGICO DEBE SER ELABORADO DE MANERA PARTICIPATIVA

Fuente: elaborado por la autora

#### 4.1.1.2.2 Taller de Gestión de Salud.

3.- EL MAPA DE PROCESOS DEBE:

- a. Ser coherente con el orgánico estructural
- b. No es necesario que sea coherente

Tabla 5. MAPA DE PROCESOS

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto : 16	Incorrecto : 3
Correcto: 4	Correcto : 17

Fuente: elaborado por la autora

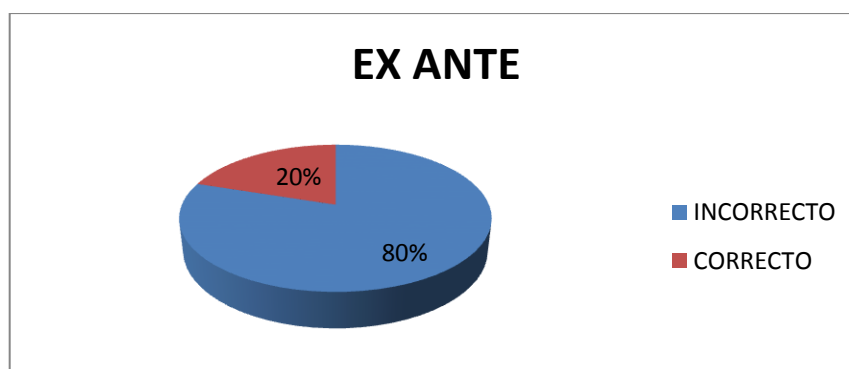


Gráfico 4 a. MAPA DE PROCESOS

Fuente: elaborado por la autora

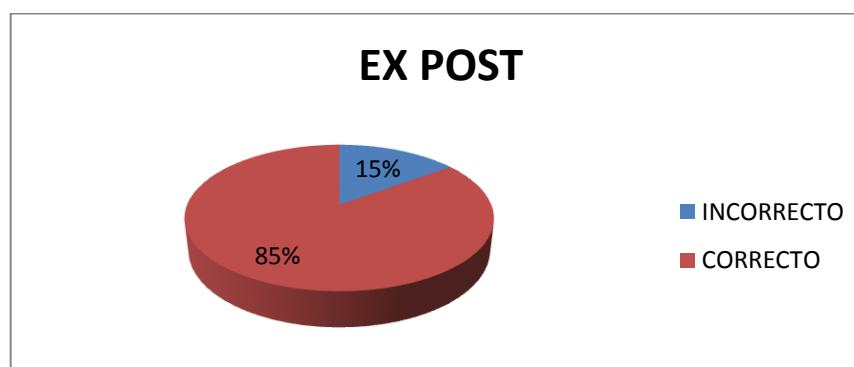


Gráfico 4 6. MAPA DE PROCESOS

Fuente: elaborado por la autora

5.- EL VALOR AGREGADO SE CONSIDERA INDISPENSABLE EN LOS PROCESOS

- a. Gerenciales
- b. De apoyo
- c. Principales u operativos

Tabla 6. EL VALOR AGREGADO SE CONSIDERA INDISPENSABLE EN LOS PROCESOS

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :14	Incorrecto : 2
Correcto: 6	Correcto : 18

Fuente: elaborado por la autora

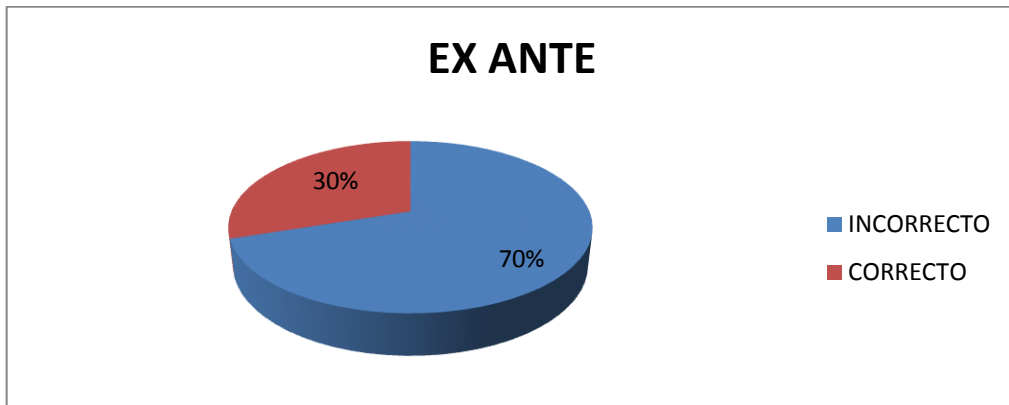


Gráfico 5.a. EL VALOR AGREGADO SE CONSIDERA INDISPENSABLE EN LOS PROCESOS

Fuente: elaborado por la autora

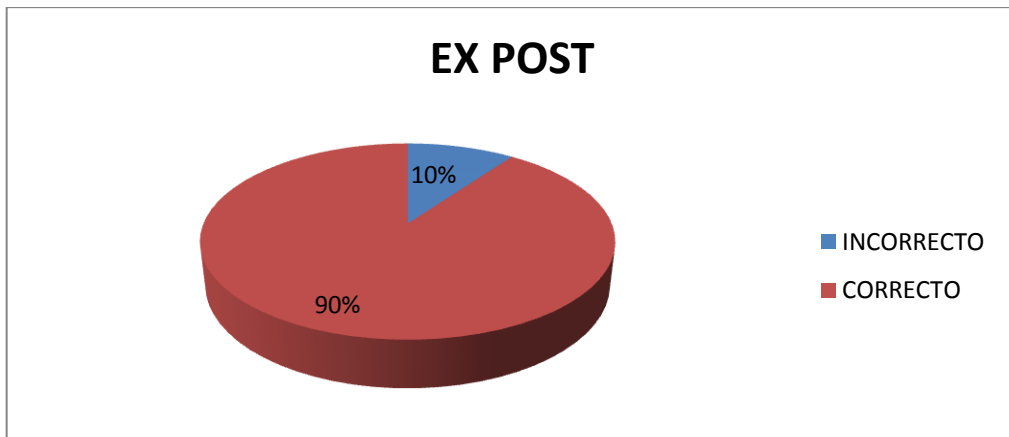


Gráfico 5.b. EL VALOR AGREGADO SE CONSIDERA INDISPENSABLE EN LOS PROCESOS

Fuente: elaborado por la autora

7.- CUÁL ES EL PRODUCTO EN LA ATENCIÓN DE SU SERVICIO:

- a. Paciente atendido
- b. Paciente ingresado
- c. Paciente en observación

Tabla7. CUÁL ES EL PRODUCTO EN LA ATENCIÓN DE SU SERVICIO

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :8	Incorrecto : 3
Correcto: 12	Correcto : 17

Fuente: elaborado por la autora

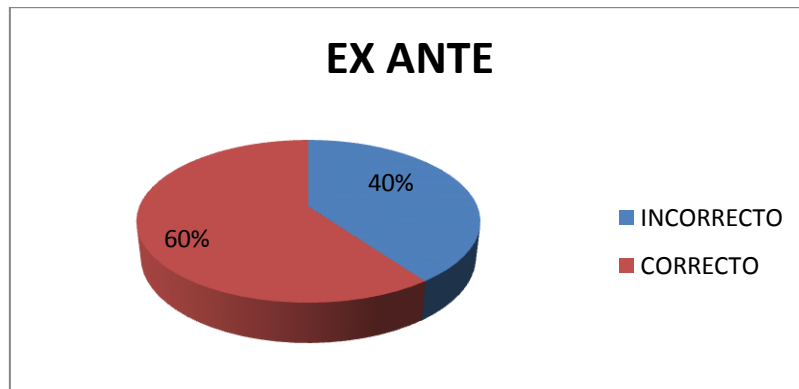


Gráfico 6 a. CUÁL ES EL PRODUCTO EN LA ATENCIÓN DE SU SERVICIO

Fuente: elaborado por la autora

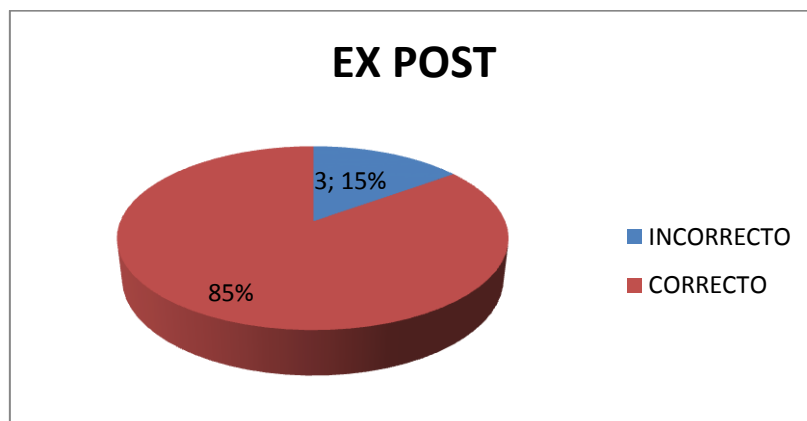


Gráfico 6 a. CUÁL ES EL PRODUCTO EN LA ATENCIÓN DE SU SERVICIO

Fuente: elaborado por la autora

#### 4.1.1.2.3 Taller de Organización por Procesos.

6.- Las organizaciones de salud se consideran sistemas:

- a. Abiertos
- b. Cerrados

Tabla 8. LAS ORGANIZACIONES DE SALUD SE CONSIDERAN SISTEMAS

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :12	Incorrecto : 2
Correcto: 8	Correcto : 18

Fuente: elaborado por la autora

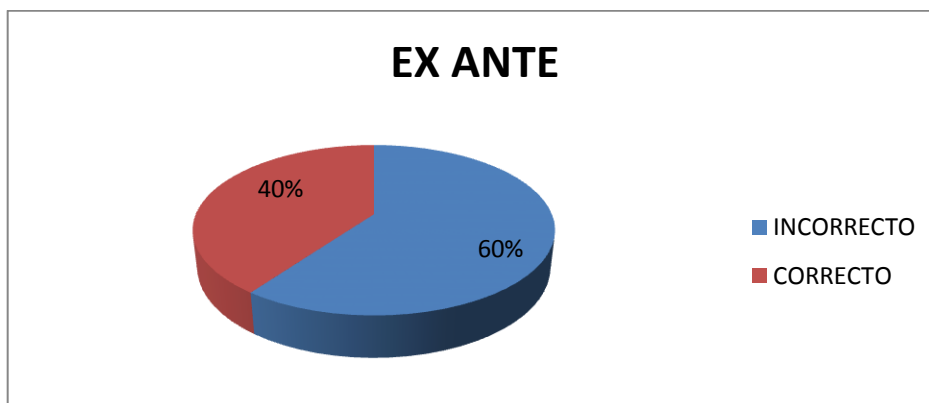


Gráfico 7 a. LAS ORGANIZACIONES DE SALUD SE CONSIDERAN SISTEMAS

Fuente: elaborado por la autora

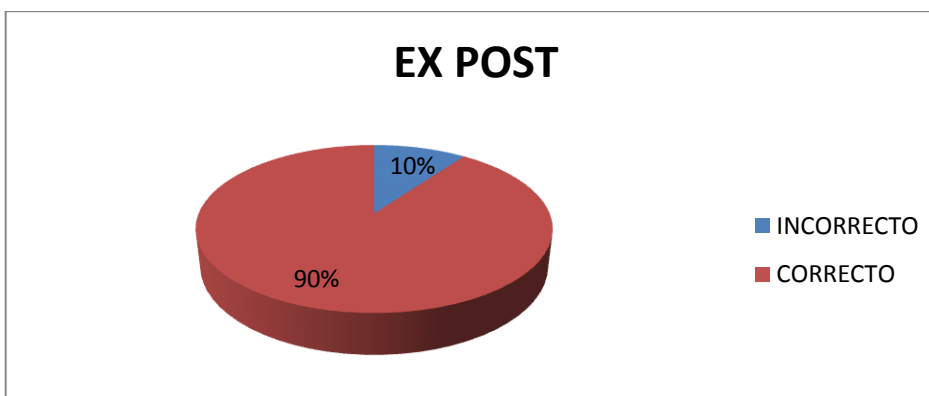


Gráfico 7 B. LAS ORGANIZACIONES DE SALUD SE CONSIDERAN SISTEMAS

Fuente: elaborado por la autora

8.- La calidad toma en cuenta los requerimientos y expectativas

- a. Del médico
- b. Del cliente interno
- c. Del staff administrativo
- d. Del cliente externo

Tabla 9. LA CALIDAD TOMA EN CUENTA LOS REQUERIMIENTOS Y EXPECTATIVAS

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :7	Incorrecto : 1
Correcto: 13	Correcto : 19

Fuente: elaborado por la autora

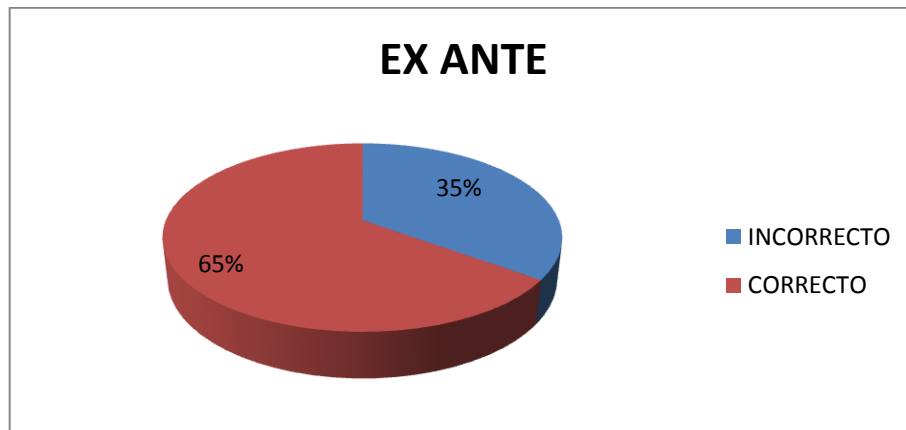


Gráfico 8 a.LA CALIDAD TOMA EN CUENTA LOS REQUERIMIENTOS Y EXPECTATIVAS

Fuente: elaborado por la autora

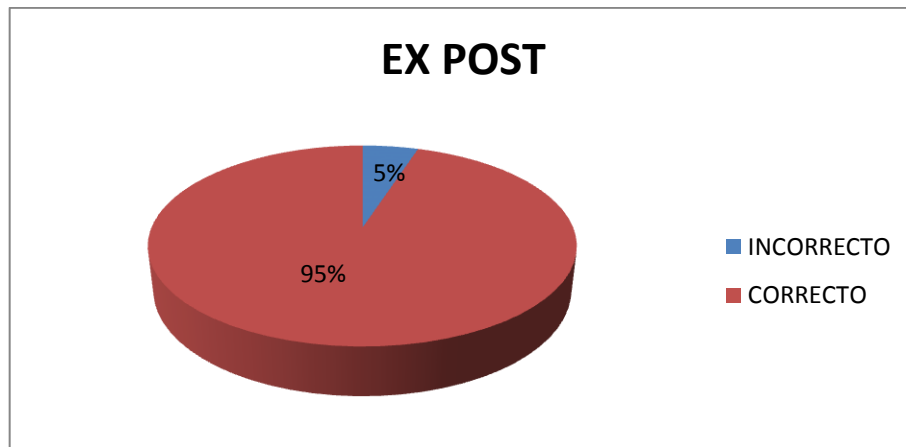


Gráfico 8 b.LA CALIDAD TOMA EN CUENTA LOS REQUERIMIENTOS Y EXPECTATIVAS

Fuente: elaborado por la autora

9.- Clima laboral se considera:

- a. La temperatura en el área de trabajo
- b. Cualidades del ambiente de trabajo
- c. Nada tiene que ver con el trabajo

Tabla 9. CLIMA LABORAL SE CONSIDERA

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto :15	Incorrecto : 3
Correcto: 5	Correcto : 17

Fuente: elaborado por la autora

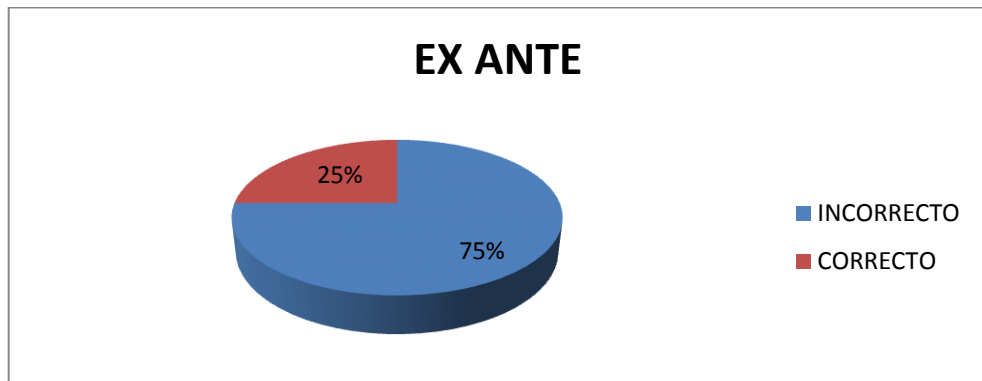


Gráfico 9 a. CLIMA LABORAL SE CONSIDERA

Fuente: elaborado por la autora

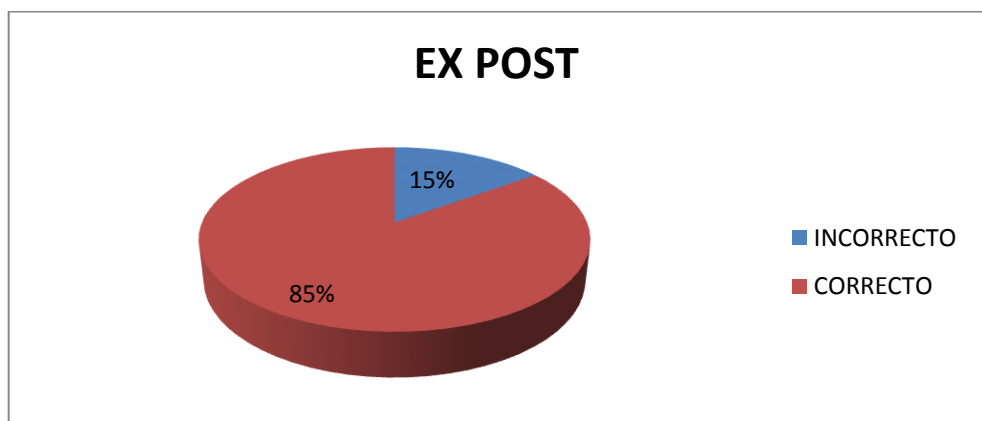


Gráfico 9 b. CLIMA LABORAL SE CONSIDERA

Fuente: elaborado por la autora



10.- Qué tipo de trabajo considera Usted más importante en salud:

- a. Individual
- b. Equipo
- c. Grupo

Tabla 10. QUÉ TIPO DE TRABAJO CONSIDERA USTED MÁS IMPORTANTE EN SALUD

RESPUESTAS EX ANTE	RESPUESTAS EX POST
Incorrecto : 8	Incorrecto : 1
Correcto: 12	Correcto : 19

Fuente: elaborado por la autora

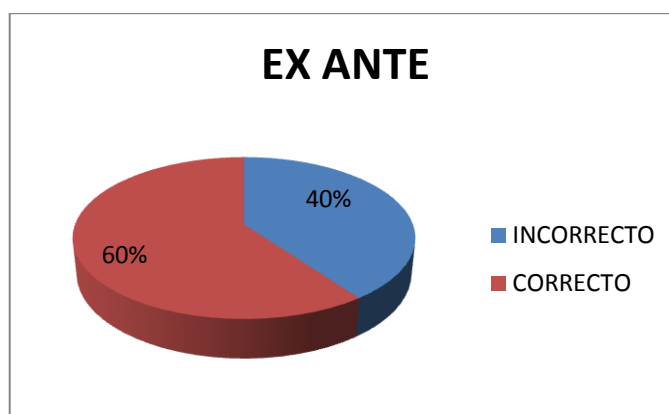


Gráfico 9 a. QUÉ TIPO DE TRABAJO CONSIDERA USTED MÁS IMPORTANTE EN SALUD

Fuente: elaborado por la autora

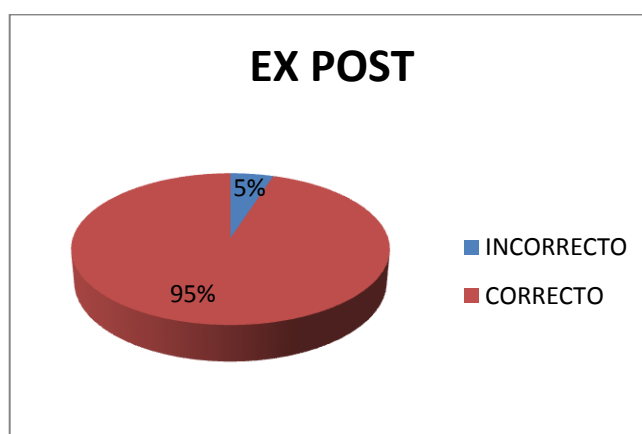


Gráfico 9 b. QUÉ TIPO DE TRABAJO CONSIDERA USTED MÁS IMPORTANTE EN SALUD

Fuente: elaborado por la autora

#### **4.1.2 Conclusiones.**

- Es necesario el conocimiento básico de administración en unidades de salud para poder desarrollar modelos de gestión
- La capacitación abarcó temas básicos generales pero precisos para la inducción del personal administrativo, en procesos de planificación a largo plazo.
- El taller sirvió además para crear conciencia de la necesidad de cambio y la situación desfavorable que se vive en el Servicio.
- El primer paso se ha dado y los trabajadores tienen el deseo de hacer mejor las cosas.

#### 4.2 Matriz de resultado 2.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	DETALLES ANEXOS	INDICADOR	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES
<p><b>Componente 2</b></p> <p>2.1 Socialización del Reglamento Interno por parte del personal administrativo hacia el usuario interno del servicio de emergencia.</p>	<p>Se elaboró el Reglamento Interno del Servicio del Hospital.</p> <p>La socialización se ha realizado mediante la entrega del documento aprobado por la Dirección Técnica de Docencia, tanto en físico como</p>	<p>Se realizaron 3 reuniones con el delegado del jefe de servicio para realizar el análisis y correcciones del borrador presentado por la Dra. Calderón. La reunión final se realizó con el Jefe de Docencia y el</p>	<p>El Reglamento interno del Servicio fue entregado hacia las autoridades del servicio y la dirección Técnica de docencia y se ha aprobado.</p> <p>El indicador de socialización al 100% de</p>	<p>M.D.Gabriela Calderón</p> <p>Dr. Mauricio Gaibor (jefe del servicio de emergencia)</p> <p>Personal del Servicio</p>	<p>Julio semanas 2,3 y4</p> <p>Agosto semana 3 (socialización).</p>	<p>La actividad consistía en realizar la Socialización del Reglamento y del Manual de Normas por parte del personal administrativo, se constató que el servicio no tenía reglamento interno, ni tampoco Normativa por lo tanto se procedió a elaborarlos, el tiempo llevado a cabo fue de un 1 mes.</p> <p>Se realizó la</p>

	por correo electrónico.	Coordinador del área de enfermería, quienes aprobaron el documento final.  ANEXO: reglamento y certificado de aprobación.	empleados se ha cumplido, la aplicación se podrá medir cuando las autoridades del Hospital así lo dispongan formalmente.			socialización de documento aprobado por Docencia. La aplicación deberá ser dispuesta por la dirección general del Hospital.
2.2 Elaboración del Manual de normas de emergencia	Se elaboró totalmente el Manual de normas y procedimientos, con la participación de personal de Emergencia y la autora del Proyecto.	Se realizaron 4 reuniones con la representante del Servicio y la Dra. Calderón para analizar y corregir el borrador presentado por la maestrante.  El documento	El indicador de elaboración se cumplió al 100%, la aplicación se deberá medir cuando la Dirección del Hospital disponga lo disponga	M.D.Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )  Delegado del Servicio	Segunda, tercera y cuarta semana de julio del 2013.  Semana 3 de agosto (socialización)	Se realizó el Manual de Normas al momento está aprobado.  Al ser un documento que regula el quehacer del Servicio, su aplicación formal debe ser dispuesta por la Dirección del Hospital, lo cual está pendiente.

	El Manual ha sido estudiado y aprobado por la Dirección Técnica de Docencia. El documento final ha sido entregado al personal.	se aprobó en reunión con Docencia y ha sido enviado a la Dirección del Hospital. Este manual ha sido socializado al personal.	formalmente.			
2.3 Socialización del Manual de normas de Emergencia.	Todo lo programado para la socialización se cumplió, cabe decir: reunión con el personal, entrega de copias del documento y, finalmente, se envió correos	Las actividades para socialización que se realizaron fueron una reunión con el personal para la presentación del manual. Esta actividad se	Se entregó el manual al 100% de trabajadores.  A la reunión asistió todo el personal administrativo  Se enviaron	M.D.Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Primera semana de Agosto del 2013.	Lastimosamente no ha sido posible realizar la socialización del reglamento interno y de la normativa del servicio, ya que antes deben ser aprobados por la dirección del hospital y del servicio.

	electrónicos a los médicos.	<p>cumplió.</p> <p>Además se procedió a la entrega del documento en copias aprobado por Docencia, a todo el personal. Se enviaron además correos electrónicos al personal médico.</p> <p>ANEXO: listado de asistentes</p>	<p>correos a todos los médicos</p>			
--	-----------------------------	---	------------------------------------	--	--	--

#### **4.2.1 Análisis de resultado.**

Toda actividad dentro de una organización debe guardar orden y cumplir con normas que regulen el quehacer de cada individuo que forma parte de ella. El arbitrio no cabe. El Servicio de Emergencia del HCAM carecía de Reglamento Interno y de manual de normas y procedimientos, dicho en otras palabras, no había orden en su funcionamiento.

El componente planteado es la elaboración y posterior aplicación de un Reglamento Interno que vaya a poner orden en las obligaciones y en las actividades diarias. La elaboración del Reglamento llevó un mes y se planteó la estrategia de trabajar sobre un borrador inspirado en otros reglamentos. El resultado final fue un documento que va, sin duda alguna, a contribuir en el mejor cumplimiento de la misión del servicio.

Cabe indicar que la aplicación del reglamento interno queda pendiente, pues, al ser un cuerpo legal, debe ser dispuesta su aplicación por las autoridades del Hospital. Se logró cumplir con el indicador para estar encaminados al propósito de este trabajo.

El Manual de Normas de atención contiene las funciones que deben desempeñar los actores de los procesos, pero, además, se complementa con diagramas de flujo que van a constituir una guía para que todos hagan “lo mismo” y no hayan desviaciones de los procesos. Se logró elaborar un manual que abarca todos los procesos y actividades que se realizan en el servicio.

La difusión se ha logrado en el 100%, depende además de que los trabajadores lean, comprendan y apliquen el manual y el Reglamento, los primeros pasos se han dado. La socialización se ha cumplido pero debe mantenerse una cultura de transmisión de normas y valores como parte de la inducción del nuevo personal.

#### **4.2.2 Descripción.**

El Reglamento Interno del Servicio y el Manual de Normas fueron elaborados con un representante de Emergencia, la autora del trabajo y, en ocasiones, con la intervención del jefe de servicio. Se trabajó con un documento base elaborado por la maestrante. Se mantuvieron varios contactos por medio de internet para solventar inquietudes que se daban en el desarrollo de los documentos. Se realizaron reuniones de trabajo que dieron al final los productos que fueron enviados a la Dirección Técnica de Investigación y Docencia, instancia que debía dar su aprobación luego del análisis sugerencias. Finalmente se recibió el documento de aprobación de ambos cuerpos y se ha enviado a la dirección para que disponga su aplicación.

#### **4.2.2.1 Reglamento interno**

SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN  
REGLAMENTO INTERNO DEL SERVICIO





## **INTRODUCCIÓN**

Con el propósito de sustentar el mejoramiento continuo en el servicio de emergencia del Hospital está la necesidad de realizar un reglamento interno que defina contenidos generales y específicos respecto a temas técnicos y administrativos que esté al alcance de los usuarios y sirva de norma general.

El Reglamento Interno del Servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín ha sido elaborado bajo las normas que establece el reglamento de la Ley Orgánica del Servidor Público (LOSEP), la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), la Ley Orgánica de la Salud, La Ley Orgánica de Derechos y Amparo al Paciente, Ley de Seguridad Social, el Reglamento de Unidades Asistenciales Docentes, Reglamento Interno del HCAM y Reglamentos Universitarios.

Los contenidos descritos en el presente reglamento constituyen un marco general que debe ser actualizado toda vez que existan cambios que así lo ameriten.

## **OBJETIVO**

Disponer de un documento que concentre la información más relevante que debe estar al acceso del usuario interno y externo del Servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín.

## **ALCANCE**

Usuarios internos y externos del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, personal administrativo y operativo del mismo y de otros servicios de apoyo.

## DEFINICIONES

**Enfermo:** persona con alteración de su estado de equilibrio biopsicosocial.

**Usuario:** persona que acude a una Unidad de Salud por presentar un estado de enfermedad o por atención preventiva de su salud. Se interpretará de forma igual el término paciente y usuario

**Situación de Emergencia:** “es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa , habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes o cualquier otra forma de agresión material “ (Ley de Amparo del Paciente).

**Urgencia:** enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado no es oportuno.

**Nivel de Atención:** Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo, con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud a la población.

**Primer Nivel de Atención:** Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema de atención, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegurando la complejidad , continuidad e integridad en la atención, es ambulatorio. Comprende el puesto de salud, consultorio general, centro de salud rural ,centro de salud urbano de 24 horas.

**Segundo Nivel de Atención:** este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y los servicios que requieran hospitalización básica y general, es el escalón de referencia inmediata del nivel de atención I. Comprende consultorio médico u odontológico de especialidades, centro de especialidad, centro clínico –quirúrgico ambulatorio (modalidad hospital del día ), hospital básico y hospital general

**Tercer Nivel de Atención:** comprende centro especializado, hospital especializado, hospital de especialidades. El Hospital de Especialidades son los establecimientos de mayor complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y

hospitalización en especialidades y subespecialidades de medicina y odontología. Dispone de servicios auxiliares de apoyo diagnóstico entre los cuales son laboratorio clínico general y especializado, laboratorio de anatomía patológica, Imagenología y apoyo de gabinete , servicios de tratamiento: rehabilitación y fisioterapia, medicina transfusional y servicios técnicos de apoyo en enfermería, trabajo social, alimentación, nutrición y dietética, farmacia institucional y farmacia interna, dispone de servicios administrativos gerenciales y de apoyo. Desarrolla acciones de fomento, protección y recuperación de la salud; cuenta con servicio de docencia y de investigación, servicio de ambulancia avanzada.

**Seguridad Social:** el Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social, y como tal su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia.

**Afiliado:** según la ley de seguridad social, son sujetos “obligados a solicitar protección “ del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella; en particular: el trabajador en relación de dependencia; el trabajador autónomo; el profesional en libre ejercicio ; el administrador o patrono de un negocio; el dueño de una empresa unipersonal; el menor trabajador independiente; y los demás asegurados obligados al régimen del Seguro General Obligatorio en virtud de leyes y decretos especiales. Son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora “habitualmente “en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia.

**Jubilado:** el jubilado es toda persona que ha cumplido los requisitos de tiempo de imposiciones y edad de retiro, o padece una lesión permanente, física, o mental total o parcial y percibe una pensión regular del Estado o del seguro social, o una renta vitalicia de una compañía aseguradora, por condición de vejez o invalidez.

**Triage:** es el paso central en el departamento de emergencia, clasifica el riesgo clínico de la urgencia del paciente.

**Consentimiento Informado:** documento médico legal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto

ha expresado voluntariamente su intención de participar en el procedimiento, después de haber comprendido la información que se la ha dado.

## **CAPÍTULO I**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1. El presente reglamento tiene por objeto regular la organización y funcionamiento del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

Artículo 2. Para los efectos del presente reglamento, se hará referencia a los artículos que conforman el reglamento de la Ley Orgánica del Servidor Público (LOSEP), la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), la Ley Orgánica de la Salud, La Ley Orgánica de Derechos y Amparo al Paciente, Ley de Seguridad Social, el Reglamento de Unidades Asistenciales Docentes, Reglamento Interno del HCAM y Reglamentos Universitarios.

Artículo 3. El único documento habilitante para la atención es la cédula de identidad, con la cual se procederá a calificar el derecho.

Artículo 4. Para la organización y funcionamiento óptimo del servicio de emergencia del HCAM se conforma de las siguientes áreas: atención médica y administrativa.

Artículo 5. Son actividades del servicio de emergencia: triage, atención médica, auxiliares de diagnóstico y farmacia.

Artículo 6. El servicio de emergencia atenderá pacientes que previamente hayan sido evaluados por triage o que, por su estado de gravedad, deban ser atendidos de manera inmediata.

Artículo 7. El Servicio de emergencia del HCAM es un servicio que corresponde al tercer nivel de atención.

Artículo 8. Atenderá a pacientes afiliados cotizantes, jubilados, seguro campesino, voluntarios, hijos hasta los 18 años de edad y personas que por ley, sean incluidos entre las personas con derecho a atención.

Artículo 9. Serán atendidos todos los pacientes que así lo ameriten, sean afiliados o no, si su estado es grave.

Artículo 10. Los pacientes no afiliados que no correspondan al artículo anterior, podrán ser atendidos de acuerdo con la disponibilidad de espacio y mediante sistema de facturación.

## **CAPÍTULO II**

### **DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA**

Artículo 11. La administración del servicio de Emergencia del HCAM estará conformada por: Director Técnico de Críticos, Jefe departamental, jefe de servicio como instancias administrativas.

Artículo 12. En el servicio de Emergencia el jefe del Servicio es la autoridad máxima y es el responsable de que los servicios sean prestados con dignidad, ética profesional y estricto apego a los derechos humanos y de los derechos de los trabajadores. Son de su incumbencia la promoción de las medidas necesarias para el correcto funcionamiento de la unidad, así como para el desarrollo de sus servicios y tendrá las siguientes funciones:

- I. Ejecutar
- II. Presentar a la dirección
- III. Proponer
- IV. Planear , dirigir y controlar el funcionamiento del servicio
- V. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

Artículo 13. Para ser Jefe del servicio de Emergencia se debe cumplir con los requisitos que constan en las resoluciones CI 056 y CD 311 del Seguro Social.

Artículo 14. El personal puede trabajar bajo nombramiento provisional y nombramiento definitivo. Deberán en todo caso, cumplir con lo estipulado en la LOSEP.

Artículo 15. El personal de becarios posgradistas, internos rotativos y pasantes universitarios, deberán ganar ese derecho cumpliendo los requisitos de la Ley orgánica de Educación Superior y sus reglamentos.

Artículo 16. El personal de apoyo de enfermería estará a cargo de una supervisora designada por la Subdirección de Enfermeras.

Artículo 17. El personal deberá someterse a las evaluaciones periódicas por su superior, como lo estipula el Ministerio de relaciones laborales.

### **CAPÍTULO III**

#### **DE LA INFRAESTRUCTURA**

Artículo 18. La infraestructura física deberá cumplir con estándares internacionales.

Artículo 19. El Jefe de Servicio tiene la obligación de realizar las requisiciones necesarias para cumplir con los requisitos mínimos para una atención digna. Esto incluye necesidades de logística y talento humano.

Artículo 20. El Jefe de Servicio y las autoridades deberán establecer la capacidad máxima para la atención, evitando el hacinamiento y precautelando la oportunidad y calidad de la atención.

Artículo 21. El Jefe de Servicio deberá elaborar el Plan Anual de Compras de acuerdo con las necesidades y los requerimientos de cada área de trabajo.

Artículo 22. Las necesidades de infraestructura física deberán ser presentadas con proyecto y debidamente justificadas para ser aprobadas por las autoridades competentes.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DE LA JORNADA LABORAL, VACACIONES Y PERMISOS.**

Artículo 23. La atención en el área de Emergencias es ininterrumpida, deberá garantizarse atención durante las 24 horas del día y todos los días del año.

Artículo 24. Al ser servidores públicos, según el Art. 24 de la LOSEP la jornada de trabajo será de ocho horas diarias durante los cinco días de la semana, con cuarenta horas semanales y si por la misión que cumpla la institución o sus servidores no pudieran sujetarse a la jornada ordinaria y se requiera de jornadas, horarios o turnos diferentes o especiales se establecerán jornadas especiales. Los horarios diferenciados deberán mantener una continuidad en el servicio.

Artículo 25. En la jornada especial se garantizará la atención permanente y continua a la ciudadanía. Las labores que se desarrollen en días sábados y domingos como parte de la jornada especial de trabajo no tendrán recargo alguno.

Artículo 26. Bajo ningún concepto, la utilización de los períodos para almuerzo o refrigerio dependiendo de la jornada, podrá generar la paralización del servicio público, para lo cual

se debe organizar adecuadamente el uso del tiempo implementando un sistema de turnos que garantice la continuidad del servicio y atención al ciudadano.

Artículo 27. DE LAS VACACIONES.- se realizará un cronograma de vacaciones que deberá ser aprobado por el jefe de servicio, dicho cronograma será analizado en cada guardia ya que no podrán salir de vacaciones las mismas fechas dos médicos que realicen turnos el mismo día. En el caso de médicos posgradistas e internos rotativos se deberá coordinar con las Universidades y el área de Docencia. Con respecto a los médicos tratantes del servicio de emergencia, los cuales trabajen las ocho horas diarias bajo el horario ordinario de trabajo, serán aprobadas de igual manera por el jefe del servicio, el cual autorizará las vacaciones de cada miembro del servicio.

Artículo 28. Las vacaciones se concederán en la fecha prevista en el calendario, y únicamente el jefe inmediato, la máxima autoridad o su delegado, por razones de servicio debidamente fundamentadas y de común acuerdo con la o el servidor, podrá suspenderlas o diferirlas dentro del período correspondiente a los doce meses siguientes en que la o el servidor tiene derecho a vacaciones, debiendo dejarse constancia en el documento escrito y la modificación del calendario será debidamente comunicado. En todo caso se deberá considerar que las y los servidores no pueden acumular las vacaciones por más de sesenta días.

Artículo 29 .Los permisos con cargo a vacaciones para el personal administrativo y operativo deberá ser aprobado por el jefe del servicio con mínimo 15 días antes de la fecha.

Artículo 30. Los permisos con cargo a vacaciones para médicos posgradistas del servicio, serán aprobados con 15 días previos a la fecha por el jefe del servicio, este permiso debe autorizarse finalmente por el área de Docencia del Hospital.

Artículo 31 . Las vacaciones de todo el personal, incluido los estudiantes de posgrado e internos rotativos, son remuneradas.

Artículo 32. El personal del Hospital debe regirse a lo que al respecto conste en la LOSEP y los estudiantes de posgrado y becarios deben hacerlo con lo que digan los reglamentos de la Universidad y los Convenios interinstitucionales.

Artículo 33. DE LOS HORARIOS DE TRABAJO: La jornada laboral deberá ser de 8 horas diarias para los empleados con relación de dependencia. Los horarios deberán garantizar una atención ininterrumpida. Los estudiantes de posgrado e internos rotativos se rigen por los reglamentos respectivos.

Artículo 34. Los permisos por calamidad doméstica, enfermedad, maternidad y paternidad, deberán sujetarse a la LOSEP en el caso de trabajadores y a los reglamentos universitarios y convenios en el caso de estudiantes.

Artículo 35. Para los casos que no consten en el presente reglamento, deberá sujetarse a las leyes y reglamentos vigentes.

## **CAPITULO V**

### **DE LA DOCENCIA Y CAPACITACIÓN**

Artículo 36. La Capacitación y Educación Médica Continua estarán a cargo de la Dirección Técnica de Investigación y Docencia, en coordinación con Talento Humano.

Artículo 37. El coordinador docente del área de Emergencias elaborará un Programa Docente Anual y lo presentará al Jefe de Servicio para su aprobación.

Artículo 38. La Docencia y la Investigación en los estudiantes de posgrado, internos rotativos y pasantes universitarios deberá ser presentada por las Instituciones de educación Superior y ejecutadas, en lo que compete, en el área de Emergencias.

Artículo 39. Los protocolos de Investigación y los trabajos de tesis de grado deberán ser presentados y aprobados por el coordinador docente y el jefe de Servicio, previo a la presentación a la Dirección de Docencia.

Artículo 40. Los trabajos de investigación que se realicen en el área de Emergencias deben ser aprobados por el Jefe de Servicio y podrán ser presentados para su publicación en la revista del Hospital.

Artículo 41. Deberá auspiciarse y promoverse la realización de trabajos de investigación, siempre con la aprobación del Jefe de Servicio y de la Dirección de Docencia.

## **CAPITULO VI**

### **DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Artículo 42. Para la atención de Emergencia debe primero realizarse un triage, en el cual califican o no la pertinencia de la atención.

Artículo 43. El triage deberá realizarse por un médico de preferencia emergenciólogo, en ningún caso lo realizará un interno rotativo.



Artículo 44. De aprobarse la atención en triage, deberá calificarse el derecho y tomarse signos vitales.

Artículo 45. La atención médica deberá realizarse por el emergenciólogo o por el posgradista con responsabilidad del tratante.

Artículo 46. Los exámenes de laboratorio y auxiliares de diagnóstico deberán ser atendidos de manera prioritaria. El tiempo para entrega de resultados deberá ser de máximo dos horas. Deben Solicitarse los exámenes complementarios de acuerdo con protocolos.

Artículo 47. Después de la atención, de ser necesario, puede ingresarse a la Unidad de Hospitalización de corta estancia o al servicio respectivo.

Artículo 48. De no ser necesaria hospitalización, deberá ser dado de alta o se deberá referir a la Consulta Externa.

Artículo 49. Por ningún motivo el paciente podrá permanecer más de 6 horas en el área de Emergencia, en el caso de no haber espacio para hospitalización o para atención, deberá transferirse a una Unidad de la Red Pública Integral de Salud.

## **CAPITULO VII**

### **OBLIGACIONES, PROHIBICIONES Y SANCIONES**

Artículo 50. Las obligaciones, prohibiciones y sanciones para los trabajadores de Emergencias son las estipuladas en las leyes y reglamentos pertinentes. En lo referente a estudiantes, rigen los reglamentos universitarios y los convenios marcos así como el Código de Disciplina vigentes.

## **CAPITULO VIII**

### **LABORES QUE DEBEN REALIZAR LOS MEDICOS TRATANTES, MEDICOS POSGRADISTAS**

Artículo 51. Los médicos tratantes pasarán visita 3 veces al día, será él quien haga las prescripciones médicas. En caso de facilitar su clave para que el residente pase la visita, será responsabilidad total suya la prescripción.

Artículo 52. Los médicos residentes no podrán pasar visita solos, siempre lo harán bajo guía y responsabilidad del médico tratante.

Artículo 53. Los médicos posgradistas no realizarán la consulta ellos solos, siempre lo harán bajo la responsabilidad del médico tratante.

Artículo 54. Los procedimientos de alta complejidad en Emergencias serán realizados por el médico tratante o por el médico residente bajo la tutoría del tratante, en cualquier caso, la responsabilidad será del médico tratante.

Artículo 55. Las demás funciones que realizarán los médicos residentes becarios y los internos rotativos constan en los Reglamentos respectivos.

## **CAPITULO IX**

### **DE LOS EXÁMENES MÉDICOS, MEDIDAS PROFILÁCTICAS Y SEGURIDAD LABORAL**

Artículo 56. Todo el personal que labora en Emergencias debe cumplir con los requisitos de vacunas y certificados médicos que la ley exige. El Hospital se encargará de los exámenes clínicos y de laboratorio.

Artículo 57. El personal que tenga el certificado médico emitido por el Ministerio de Salud Pública, deberá entregar una copia en la Unidad de Recursos Humanos.

Artículo 58. Todo accidente e incidente laboral con corto-punzantes debe ser notificado para tomar las medidas preventivas del caso.

Artículo 59. Es obligación del Jefe de Servicio emprender campañas de información sobre medidas higiénicas como el lavado de manos y seguridad laboral, se coordinará con el Servicio de Salud Laboral.

## **CAPITULO X**

### **SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO**

Artículo 60. Todo el personal debe cumplir con las normas de bioseguridad exigidas por el MSP, el no hacerlo, puede ocasionar accidentes laborales e incluso sanciones por no cumplir la norma.

Artículo 61. Todo el personal de Emergencias debe tener la certificación del MSP de haber aprobado el curso de manejo de desechos.

Artículo 62. Todos los trabajadores deben haber aprobado por lo menos el curso Salva Corazones si son auxiliares y tecnólogos. En el caso de los médicos deberán haber aprobado el de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) básico.

Artículo 63. El Jefe de Servicio velará por el cumplimiento de todas las normas de bioseguridad e higiene del trabajo que exigen las leyes.

## **CAPITULO XI**

### **DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Artículo 64. El Servicio de Emergencias funcionará bajo sistema de referencia y contrarreferencia cuyas regulaciones están estipuladas en la Ley Orgánica de la Salud, la atención con referencia de niveles de menor complejidad deberá cumplir con lo siguiente:

- a. Documento de referencia firmado por el médico responsable de la Unidad que refiere.
- b. Se debe constatar la disponibilidad de espacio físico en el área de Emergencia, para ello se deberá contactar previamente con el Jefe de Servicio o el médico tratante a cargo.
- c. Deberá ser transportado el paciente de acuerdo con la complejidad del caso por un médico residente o un médico tratante.
- d. Por ningún motivo deberá ser transportado el paciente en transporte particular, lo hará en ambulancia y bajo las condiciones técnicas que garanticen el traslado.
- e. De no cumplirse con los requisitos anteriores, el paciente podrá ser devuelto a la Unidad que refiere, si sus condiciones lo permiten, y el Jefe de Servicio podrá solicitar sanción para quien ordenó la transferencia.

Artículo 65. Una vez solucionado el problema por el cual fue transferido el paciente y recibe el alta del Hospital, el médico residente deberá llenar la contrarreferencia y será firmada por el médico tratante.

Artículo 66. Para el caso de transferencias de la Red de Salud, se procederá de la misma manera que para el sistema de salud del IESS.

## **CAPÍTULO XII**

### **DE LOS SERVICIOS DE APOYO**

Artículo 67. Los servicios de apoyo que no son parte del área de Emergencia, deberán brindar atención prioritaria a sus pacientes.

Artículo 68. Todas las áreas del Hospital constituyen servicios de apoyo para el área de Emergencia. Para los casos de contingencia se deberá proceder de acuerdo con el plan respectivo.

Artículo 69. El incumplimiento de lo requerido por el servicio de Emergencia podrá ocasionar sanciones administrativas.

Artículo 70. La asignación de camas de hospitalización en todos los servicios, deberá dar prioridad a los pacientes de emergencia.

### **CAPÍTULO XIII**

#### **DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Artículo 71. Todo paciente que va a ser atendido en Emergencias debe firmar el respectivo consentimiento informado, de no estar en condiciones de hacerlo, deberá firmarlo el familiar autorizado.

Artículo 72. Pacientes en estado de inconciencia y que acuden sin familiares, deberán ser atendidos y posteriormente se firmará el consentimiento.

Artículo 73. En casos graves con inminente riesgo de muerte y en los que se necesite de atención inmediata, de no haber personas que firmen el consentimiento, éste se dará por firmado en aplicación al derecho de respeto por la vida.

### **CAPÍTULO XIV**

#### **DE LAS VISITAS**

Artículo 74. Las visitas en el área de Emergencias no son permitidas, se permitirá el acompañamiento de un familiar en el caso de pacientes que así lo ameriten por su condición.

Artículo 75. Un familiar debe estar permanentemente en la sala de espera para recibir los informes periódicos sobre el paciente y para atender cualquier solicitud especial por parte del personal médico.

Artículo 76. Los informes de pacientes se realizarán de manera periódica por el personal asignado, por ningún motivo los internos rotativos y personal no autorizado puede dar información.

### **CAPÍTULO XV**

#### **DE LOS CERTIFICADOS DE REPOSO Y EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Artículo 77. Los certificados de reposo después de la atención, deberán ser emitidos por el médico tratante que atendió.

Artículo 78. Por ningún motivo se prescribirá más de tres (3) días de reposo después de una atención en Emergencia.

Artículo 79. El manejo de la Historia clínica es responsabilidad del médico tratante y de los médicos residentes.

Artículo 80. Los estudiantes de pregrado y los internos rotativos no están facultados para el manejo de la historia clínica, no tienen por tanto, clave y usuario para ingresar al sistema. De manejar datos en la historia con la clave de otro médico, la responsabilidad recaerá sobre el dueño de la clave.

### **DISPOSICIÓN FINAL**

El presente Reglamento Interno entrará en vigencia previa la aprobación por la Dirección Técnica de Docencia, revisión del área jurídica y la aprobación del Comité Técnico del Hospital

Quito, DM a 8 de agosto de 2013

#### **4.2.2.2 Manual de normas y procedimientos**

**HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**



### ***MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN***

MD GABRIELA CALDERÓN

AGOSTO 2013

## Contenido

1. Introducción
2. Base Legal
3. Alcance
4. Objetivos del Manual
5. Normas
  - 5.1 Generales
  - 5.2 Específicas
6. Flujogramas de Atención
  - 6.1 General
  - 6.2 Triage
  - 6.3 Atención con Referencia
  - 6.4 Interconsultas
7. Simbología
8. Glosario de términos
9. Anexos

## 1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Carlos Andrade Marín es una unidad de nivel 3 de complejidad, atiende especialidades y subespecialidades médicas, al momento tiene una capacidad de hospitalización de 594 camas censables. Atiende Consulta Externa, Hospitalización, Emergencias y estudios complementarios de todo nivel. A sus 43 años, el HCAM al momento ha resultado insuficiente para satisfacer la demanda de atención de los afiliados a la Seguridad Social.

El Servicio de Emergencias del Hospital permanece casi siempre abarrotado de pacientes y, en la actualidad, no cuenta con un sistema de gestión actualizado que le permita cumplir a cabalidad con su misión.

El presente manual es una herramienta que va a contribuir a la mejor eficiencia del proceso de atención por medio de una aplicación apropiada de normas de las funciones administrativas.

El aplicar una herramienta de control para corregir desviaciones en la atención, aumentará la eficiencia de los usuarios internos y externos ayudando en la coordinación del trabajo evitando duplicidad en las funciones y sobre todo constituirá una base para el análisis posterior del trabajo en el servicio y el mejoramiento de los sistemas, procesos y métodos.

El manual contiene las normas establecidas por la Constitución de la República del 2008, de la Ley Orgánica de la Salud, de la ley de Amparo y Derecho del Paciente y además de la Ley de Seguridad social actual vigente.

También contiene los procedimientos que se realizan en el servicio de emergencia desde que ingresa el paciente al HCAM y de los protocolos a seguir de las principales patologías que se presentan en dicho servicio.

De esta forma, este manual pretende ser una guía para el personal que interviene en la atención del usuario externo en el servicio de emergencia del HCAM.



## 2. BASE LEGAL

### 2.1. *Constitución de la República del año 2008*

- Art. 32 de la sección Salud de las Normas Pertinentes de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, la Salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.
- En el Art. 365 de las Normas Pertinentes de la Constitución de la República del Ecuador del 2008 considera que por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

### 2.2. *Ley Orgánica de la Salud.*

- Art. 1 de La Ley Orgánica de la Salud, tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley, la cual se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

### 2.3. *Ley de Derechos y Amparo al Paciente*

- Art. 7 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente considera; Situación de Emergencia a *“toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e*

*inevitables, tales como; choque o colisión , volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre , aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo , centros educativos, casa, habitación , escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes , de fuego, contundentes, o cualquier otra forma de agresión material”.*

- El Art. 8. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.
- El Art. 9. Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido , atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.
- Art. 10. El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo.
- Art. 12. Bajo ningún motivo un servicio de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El servicio de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.
- Art. 13. Los responsables de un servicio de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.

#### 2.4. Ley de seguridad Social

- Art. 2. Son sujetos “obligados a solicitar la protección” del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella; en particular:
  - a.- El trabajador en relación de dependencia;
  - b.- El trabajador autónomo;
  - c.- El profesional en libre ejercicio;
  - d.- El administrador o patrono de un negocio;
  - e.- El dueño de una empresa unipersonal;
  - f.- El menor trabajador independiente; y,
  - g.- Los demás asegurados obligados al régimen del Seguro General Obligatorio en virtud de leyes y decretos especiales.
  
- Art. 102. ALCANCE DE LA PROTECCIÓN. – El Seguro General de la Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señalados en este Título. La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo. El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención del embarazo, parto y puerperio.
  
- Art. 104. CONTINGENCIA DE ENFERMEDAD.- En caso de enfermedad, el afiliado tendrá derecho a:
  - a) La asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, con sujeción a los protocolos de diagnóstico y terapéutica elaborados por los especialistas médicos del IESS y aprobados por la administradora de este Seguro; y
  - b) Un subsidio monetario de duración transitoria, cuando la enfermedad produzca incapacidad en el trabajo. Los familiares del afiliado no tendrán derecho al subsidio.

- Art.107 TIEMPO DE ESPERA Y CONSERVACIÓN DE DERECHOS.- Se causará derecho a las prestaciones de este Seguro cuando el afiliado o la afiliada hayan cumplido:
  - a) Seis (6) imposiciones mensuales ininterrumpidas, para contingencia de enfermedad;
  - b) Doce (12) imposiciones mensuales ininterrumpidas , para el subsidio monetario de enfermedad

El afiliado o afiliada que dejare de aportar, conservarán su derecho a las prestaciones de enfermedad o maternidad hasta dos (2) meses posteriores al cese de sus aportaciones. Se exceptúa del tiempo de espera para contingencia de enfermedad al jubilado y al derecho habiente de orfandad en goce de persona de pensiones.

- Art. 108. LINEAMIENTO DE POLÍTICA.- El Seguro General de Salud Individual y Familiar dividirá administrativamente los proceso de aseguramiento, compra de servicios médico- asistenciales, y entrega de salud a los afiliados

La compra de servicios médico-asistenciales comprende la acreditación de los prestadores, la contratación de los proveedores, la vigilancia del cumplimiento de los contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.

La entrega de las prestaciones de salud a los afiliados se sujetará al sistema de referencia y contra- referencia y la efectuarán las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados, de conformidad con la reglamentación de la Administradora de este Seguro y a los términos contenidos en el contrato respectivo.

### **3. ALCANCE**

El manual comprende desde las Normas que debe seguir toda institución de salud a nivel nacional, hasta las normativas a seguir por parte de la seguridad social, las cuales son base legal del IESS y por lo tanto del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM)

El Servicio de Emergencias del HCAM en la ciudad de Quito, tiene como cliente a afiliados activos, pensionistas, hijos de afiliados hasta los 18 años, cónyuge de afiliado.

Este manual busca el mejoramiento de la gestión administrativa y técnica del Servicio de Emergencia del HCAM, mediante la aplicación apropiada de las normas y procedimientos que deben realizarse en el servicio.

#### **4. OBJETIVOS**

- Aplicar apropiadamente las normas de las funciones administrativas mediante una herramienta que regule la actividad del Servicio de Emergencias del HCAM para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención
- Establecer criterios de cumplimiento obligatorio para ordenar las actividades.
- Constituir una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

#### **5. NORMAS**

##### **5.1 GENERALES**

- a) El servicio de Emergencia del HCAM debe funcionar las 24 horas del día durante los 365 días del año.
- b) El servicio de Emergencia deberá contar con el apoyo de laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para la atención en el Servicio de Emergencia.
- c) El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo de personal de seguridad.
- d) Toda atención así como evoluciones de los pacientes de emergencia deberá ser registrada bajo el sistema informático del hospital AS 400.
- e) El servicio de emergencia debe contar con el otorgamiento de información y permanencia de familiares, de acuerdo al estado del paciente.
- f) El paciente que se atiende en el servicio de emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, previo a todo acto o procedimiento terapéutico o diagnóstico antes de realizarse. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad, o tiene problemas de salud que impidan la correcta toma de

decisiones, la información se pondrá en conocimiento del familiar directo o representante legal.

## 5.2 ESPECÍFICAS

### 5.2.1 RECURSOS HUMANOS

- a) En el Servicio de Emergencia del HCAM, el personal de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia. Las necesidades de becarios e internos serán cubiertas, de manera preferencial, por la Dirección de Docencia.
- b) Se deberá cumplir con los estándares de la OMS en cuanto a personal médico y paramédico que atienden en el Servicio.
- c) El servicio de Emergencia debe contar, además del personal propio del servicio con el apoyo del personal médico de todas las especialidades.
- d) En caso de necesidad, se convocará a personal de otros servicios para realizar las actividades necesarias en el servicio de Emergencia por parte del Jefe de Guardia.
- e) De no contar con espacio para la atención, al ser un paciente con una situación de Emergencia, se referirá a otra casa de Salud que forme parte de la Red de Salud en convenio con el IESS para la resolución de la emergencia lo más pronto posible con el mecanismo de transporte de ambulancia del personal y bajo la responsabilidad de un médico.
- f) El Jefe de servicio será el encargado de la planificación de necesidades de talento humano y realizará la requisición correspondiente a la Dirección.
- g) El servicio de Emergencia contará con el apoyo de Asistencia Social quien se encargará de la identificación y ubicación de los familiares con problemas sociales o de abandono que se encuentren en el servicio de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar además trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Así mismo se encargará de los trámites de referencia a otras unidades de salud públicas o privadas en convenio con el Seguro.
- h) En el horario en el cual no exista personal de Trabajo Social, realizará dichas actividades y estarán a cargo del jefe de guardia.

### 5.2.2 DE LOS RECURSOS MATERIALES

- a) El servicio de emergencia debe contar con los equipos médicos mínimos indispensable de acuerdo a su nivel de atención. Los recursos deben corresponder a una Unidad de Tercer Nivel de complejidad.
- b) Debe tener establecido un sistema de traslado de pacientes, el cual debe de ser coordinado y adecuado a las necesidades del servicio.
- c) El servicio de emergencia deberá tener un sistema de comunicación telefónica y radial. La radio y el teléfono deben estar ubicados dentro del Servicio. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.
- d) La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios de otras especialidades se realizará por el sistema previa a la solicitud de interconsulta.

### 5.2.3 DE LA INFRAESTRUCTURA

- a) El Servicio de Emergencia se ubica en el primer piso y debe tener fácil acceso. Se contará con las siguientes áreas:
  - Área de Triage
  - Área de Admisión
  - Área de espera con servicios higiénicos
  - Área para servicio social y jefatura de Guardia
  - Consultorios de Emergencia de acuerdo a la demanda y capacidad
  - Consultorio de emergencias Ginecológicas
  - Consultorio de emergencias de traumatología
  - Consultorio de emergencias de Oftalmología
  - Emergencias Pediátricas
  - Área de curaciones
  - Sala de observación
  - Área de Críticos (cuarto 3 )
  - Área para pacientes infecto contagiosos
  - Área de residencia para el personal médico

- Servicios Básicos, áreas con señalización de ubicación y seguridad, extintores portátiles, servicio sanitario diferenciado para pacientes y personal, ambiente para materiales de limpieza.
- Área de depósito de Insumos: medicinas, ropa, materiales y equipos
- Área de espera de familiares.
- área para camillas y silla de ruedas
- Estacionamiento de ambulancias.
- Oficina de jefatura médica y de enfermería de emergencia.

#### 5.2.4 APOYO DIAGNÓSTICO

- a) Servicio de diagnóstico de Imagenología (radiografía, ecografía, tomografía) las 24 horas.
  - b) Apoyo de Laboratorio de exámenes de emergencia las 24 horas.
- Los exámenes de laboratorio de emergencia se realizarán respetando criterios preestablecidos en el Servicio (protocolos).
  - Los exámenes de imágenes de emergencia se realizarán con criterios preestablecidos y disponibilidad de reactivos. Se deberá tener acuerdos entre ambos servicios.
    - c) Los resultados de laboratorio se expiden en el menor tiempo posible y deberán incluir los valores normales y sus unidades respectivas, una vez obtenido los resultados debe ser inmediatamente entregado al médico de emergencia quien anotará en la Historia Clínica el resultado y lo interpretará.
    - d) Si se solicita un examen de imagen el paciente será trasladado por el personal de salud designado o con un médico según la gravedad del paciente quien anotará los resultados en la historia clínica al recibirlos.
    - e) Los exámenes de laboratorio serán entregados en un máximo de 2 horas después de entregada la muestra.
    - f) Los exámenes de imágenes serán entregados en un tiempo de 2 horas.
    - g) El jefe del servicio será el responsable de supervisar el uso racional de exámenes auxiliares de emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación.



#### 5.2.5 DEL PACIENTE

- a. Debe el paciente estar calificado con derecho a atención por admisión hospitalaria.
- b. En caso de estar en mora patronal, el cobro de la atención será asumido en su totalidad por el patrono.
- c. Será calificada la atención como emergente por el médico de triage
- d. De ameritar atención inmediata por peligro inminente de muerte, entrará directamente a la sala de atención.
- e. Luego de ser evaluado por el médico de triage, el paciente será derivado al área de admisión. Si se trata de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión.
- f. La recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia a un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad.
- g. Todo paciente que llega al servicio de emergencia debe ser admitido y atendido hasta estabilizarlo, posteriormente se procederá a referirlo a otro centro asistencial si en caso lo amerite.
- h. Luego del ingreso la primera área a evaluar al paciente es el triage, ahí se decidirá dónde debe ser atendido y evaluado el paciente.
- i. De no cumplir parámetros de atención de emergencia se referirá al paciente hacia el dispensario correspondiente para atención de primer o segundo nivel.
- j. Si amerita atención de emergencia de tercer nivel de salud se realizará la apertura de historia clínica para atención.
- k. El servicio de Emergencia debe contar con el personal de Admisión las 24 horas del día, mientras se brinde atención en el servicio. Ésta área debe tener acceso a información actualizada de la Historia Clínica del Paciente.
- l. Cuando el paciente es referido, se debe seguir las normas de referencia y contra referencia vigente.
- m. Si el paciente de emergencia tiene indicación de intervención quirúrgica deberá ser preparado por el personal de enfermería del área respetando la privacidad del paciente.
- n. El ingreso a hospitalización de un paciente del servicio o área de emergencia, se realizará previa coordinación con el servicio de destino, con la respectiva información hacia el paciente y su familiar directo, será trasladado al servicio

de ingreso de acuerdo a su gravedad, con camillero, enfermera o además un médico.

- o. Los pacientes con indicación de ingreso a una especialidad no debe permanecer en emergencia por más de 6 horas y de no haber espacio físico deberá ser referido a otra unidad de salud en convenio con el IESS.
- p. Los pacientes hospitalizados en otras especialidades no deberán retornar el servicio de emergencia durante su permanencia en el Hospital.
- q. Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la su hospitalización en otro servicio.
- r. De acuerdo con la referencia del paciente a otra casa de salud de convenio con el IESS o red de Salud Nacional, la referencia debe estar acompañada por una epicrisis donde figuren datos de filiación, resumen de la historia clínica, examen físico completo, diagnósticos establecidos al momento de la referencia, tratamientos efectuados y resultados de exámenes solicitados. Toda la documentación será otorgada al personal responsable del paciente y el trámite de referencia será realizado por trabajo social del servicio de emergencia o por el jefe de guardia del hospital a cargo.
- s. El traslado del paciente con referencia, será realizado bajo la responsabilidad de un médico perteneciente al área de ambulatorio, o en su caso por el médico asignado por el jefe de guardia y en la ambulancia del HCAM.
- t. Si el paciente es dado de alta del servicio de emergencia debe quedar registrado siempre en la historia clínica bajo la responsabilidad del médico tratante de emergencia el mismo que debe explicar al paciente y/o familiar responsable, los aspectos relacionados con su cuidado y certificado médico si el caso lo amerita y la enfermera a cargo del paciente entregará la nota de egreso.
- u. El médico de emergencia otorgará reposo médico por no más de tres días de acuerdo con los criterios preestablecidos en el Servicio.
- v. En caso de retiro voluntario o solicitado, el médico tratante informará al paciente y/o familiares sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica, se deberá hacer constar en la historia clínica y el pedido de retiro deberá ser firmado.
- w. En caso de fallecimiento de un paciente el médico tratante será quien informe a los familiares y se deberán seguir los pasos que la ley contempla para la necesidad de autopsia.

- x. En cada cambio de turno debe realizarse la entrega-recepción de guardia a través de un reporte verbal.

### 5.2.3 TRIAGE

- a) El área de triage estará conformado por el médico encargado del triage y una enfermera quien realizará el control de las funciones vitales del paciente. El médico determinará la prioridad de la atención a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo de Triage.
- b) El profesional de salud encargado del Triage estará permanentemente en coordinación con el Médico emergenciólogo y jefe de guardia.
- c) El triage estará a cargo de un médico emergenciólogo o de un becario de año superior.

### 5.2.4 CRÍTICOS

- a) El paciente que necesite reanimación irá directo a la sala de críticos sin necesidad de pasar por triaje o admisión, y el tiempo de permanencia en el mismo debe ser el estrictamente necesario hasta que se estabilice y permita su traslado que corresponda para su tratamiento definitivo.
- b) Todo traslado del paciente a otra área o servicio debe ser indicado por el médico tratante, así también designará el personal encargado del traslado de acuerdo al estado del paciente y previa coordinación con el área del destino.

### 5.2.5 CONSULTA DE EMERGENCIA

- a) La consulta de emergencia deberá ser realizada por un médico tratante.
- b) Sólo en caso de contingencia se facultará a los médicos posgradistas y residentes asistenciales para la atención.
- c) La responsabilidad de la atención recaerá siempre en el médico que abra la agenda con clave y usuario.

#### 5.2.6 INGRESO A OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA

- a) El paciente que ingrese a observación de emergencia (cuarto 8) será derivado directamente del triage o de consulta de emergencia con criterios preestablecidos o protocolo.
- b) La periodicidad de evaluación de los pacientes se realizará cada 2 horas o con más frecuencia de acuerdo a su estado clínico, los resultados de los exámenes se analizarán en las notas de evolución e incluirán el estado actual del paciente, con apreciaciones diagnósticas y comentarios respectivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas.
- c) La estancia del paciente en la Sala de Observación de emergencia está en relación directa a la decisión médica de acuerdo a la evolución de su estado de salud. El paciente no debe permanecer un tiempo mayor a 6 horas.
- d) En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el médico emergenciólogo tratante solicita la interconsulta, registrando en la historia clínica y precisando el diagnóstico presuntivo, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida.
- e) La respuesta del especialista solicitado, o en su caso de no haber especialista, del médico responsable en ese momento, de ser atendida inmediatamente al ser recibida, no se pasará de 1 hora.
- f) La interconsulta solicitada por emergencia tiene prioridad de atención y debe ser contestada inmediatamente al ser recibida por el especialista requerido.

#### 5.2.7 MÉDICOS TRATANTES

- a) Los médicos tratantes del servicio de emergencia del HCAM seguirán un horario asignado a cada uno para cumplir sus actividades, trabajarán ocho horas diarias o a su vez realizarán turnos cumpliendo las 160 horas asignadas por ley al mes.
- b) Los médicos tratantes de emergencia deben cumplir con los requerimientos del Hospital para ejercer su cargo.
- c) El médico tratante debe ser emergenciólogo.

- d) El servicio de emergencia siempre estará a cargo de uno o más médicos tratantes, bajo ninguna circunstancia el servicio estará bajo responsabilidad de algún médico residente o posgradista.
- e) Se asignará a un médico tratante coordinador quien será responsable del servicio en el horario asignado, sea en la mañana, tarde o noche.
- f) El médico tratante usará mandil, o uniforme al realizar sus actividades de trabajo en el servicio de emergencia.
- g) Se asignará un médico tratante coordinador de docencia del servicio de emergencia por parte del jefe del servicio.

#### 5.2.8 MÉDICO POSGRADISTA

- a) El médico posgradista del servicio de emergencia realizará turnos cada cuarto día en su servicio y además acudirá todos los días de lunes a viernes en el horario asignado por su jefe de servicio y el departamento de docencia.
- b) El médico posgradista del servicio de emergencia usará uniforme azul y mandil y estarán a cargo bajo un médico tratante para las actividades asistenciales
- c) Pasará visita junto a él, bajo ningún motivo el posgradista pasará visita solo.
- d) Se designará un médico posgradista, que debe de ser el de mayor rango, como responsable de cada guardia.
- e) El médico posgradista de emergencia recibirá formación académica en horas fuera de sus labores asistenciales.
- f) Los médicos posgradistas recibirán docencia en servicio, el programa será elaborado por el coordinador docente del área y deberá complementarse con la malla curricular de la especialidad.
- g) Los médicos posgradistas del servicio de Emergencia deberá rotar de manera periódica por el servicio y áreas críticas del mismo de acuerdo con el cronograma del posgrado.

#### 5.2.9 DEL MÉDICO RESIDENTE ASISTENCIAL

- a) El médico residente asistencial asignado al servicio de emergencia, realizará turnos de 24 horas cada 4 días, cumpliendo las 160 horas asignadas por ley y realizará las actividades que sean asignadas por el jefe del servicio.

- b) El médico residente asistencial deberá siempre utilizar uniforme de color azul y mandil.
- c) Las actividades de docencia en servicio deben cumplirlas y, las de posgrado no son obligatorias.

#### 5.2.10 DEL INTERNO ROTATIVO

- a) Los internos rotativos que sean asignado al servicio de emergencia estarán bajo la responsabilidad del jefe de coordinación de docencia del servicio de emergencia.
- b) Los internos rotativos que sean asignados al servicio de emergencia estarán a cargo en cada guardia bajo la responsabilidad del médico tratante coordinador y del jefe de guardia del servicio.
- c) Los internos rotativos que sean asignados al servicio de emergencia recibirán tutoría fuera de los horarios de actividades diarias las cuales no serán interrumpidas bajo ninguna circunstancia.
- d) Los médicos residentes cumplirán actividades docentes en servicio con los internos rotativos durante las guardias.
- e) Los internos rotativos dependen directamente de la Dirección de Docencia en cuanto a programación de rotaciones y control disciplinario.

#### 5.2.11 DEL EXTERNO

- a) Los externos asignados al servicio de emergencia siempre serán identificados al usar el uniforme respectivo.
- b) Los externos asignados al servicio de emergencia cumplirán el horario establecido por docencia y realizarán turno de doce horas cada cuarto día.
- c) En cada guardia los externos rotativos asignados al servicio de emergencia estarán bajo la responsabilidad de los médicos residentes y posgradistas del servicio, así como bajo la tutela y responsabilidad del médico tratante de turno.
- d) Los externos asignados al servicio de emergencia realizarán las actividades que sean asignadas por el médico tratante de turno y jefe de guardia del servicio.
- e) El coordinador de externado programará ñas actividades docentes en los turnos en las que participarán de manera obligatoria los externos.

- f) De ser necesario el jefe de guardia del hospital asignado en cada guardia, puede disponer de cambios y remitir a los externos a otro servicio.

#### 5.2.12 DE ESTUDIANTES

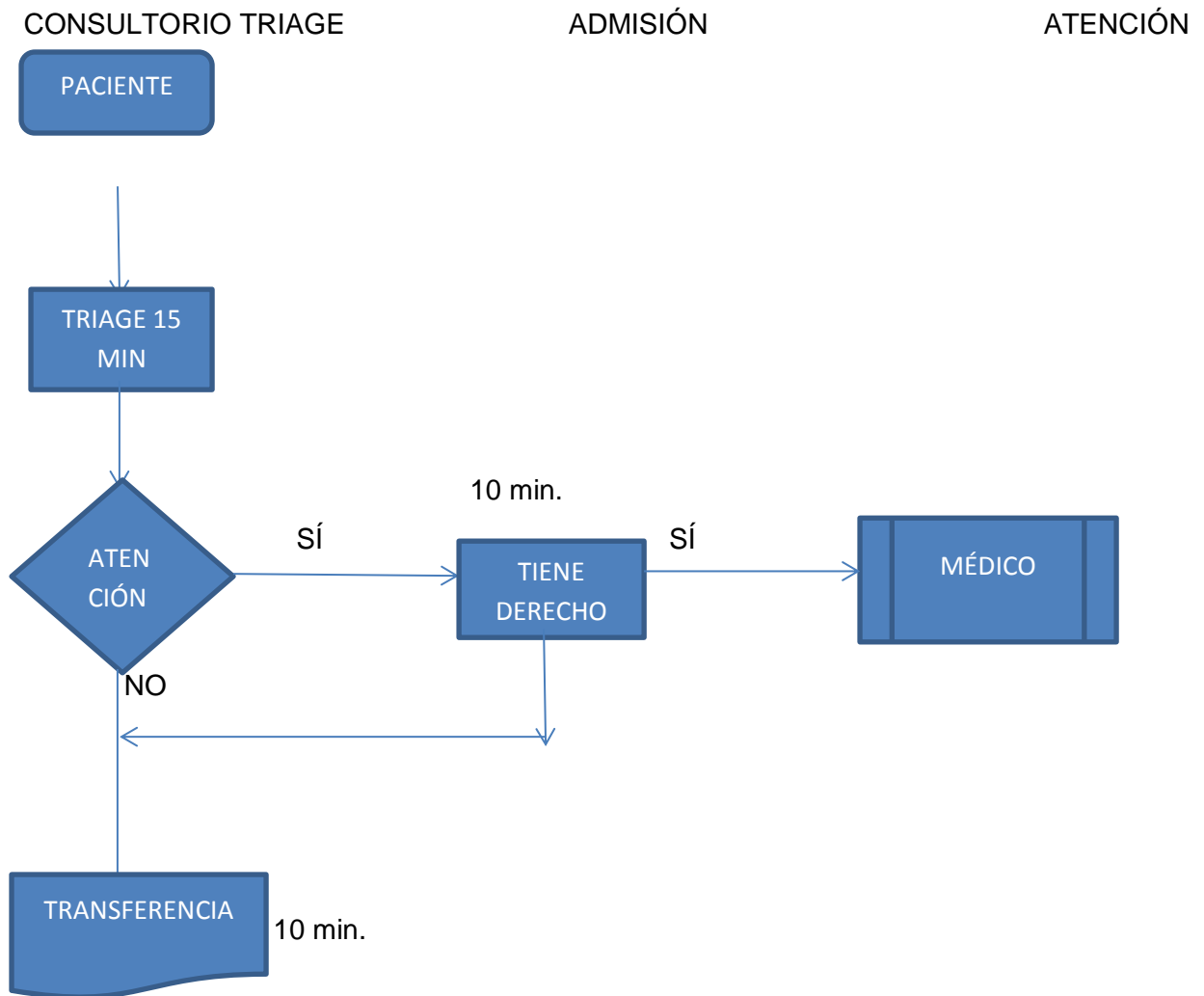
- a) Los estudiantes que acudan al servicio de emergencia, sean estudiantes de medicina o enfermería deben estar bajo la responsabilidad de su tutor de cada universidad, no se permitirá su ingreso al servicio si no está con mandil o uniforme correspondiente.
- b) Por ningún motivo se permitirá el ingreso de estudiantes sin la aprobación de la Dirección Técnica de Docencia.

#### 5.2.13 DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

- a) El servicio de emergencia estará bajo la responsabilidad del Jefe del Servicio de emergencia que será designado por las autoridades superiores del Hospital.
- b) El personal de enfermería del servicio de emergencia estará bajo la responsabilidad de la Supervisora de emergencia designada por la coordinadora de enfermería del hospital.
- c) El jefe o jefa del servicio de emergencia estará a cargo de todo el personal de Emergencia.
- d) El personal administrativo de Emergencia está a cargo del Jefe de Servicio. Deberá aprobar el curso básico de salva corazones.
- e) La programación de necesidades de personal administrativo está a cargo del jefe de servicio.
- f) El personal que trabaja en Emergencia debe cumplir con todas las normas de bioseguridad y salud laboral.
- g) El jefe de servicio informa las necesidades de capacitación del personal administrativo a Recursos Humanos.

## 6 FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN

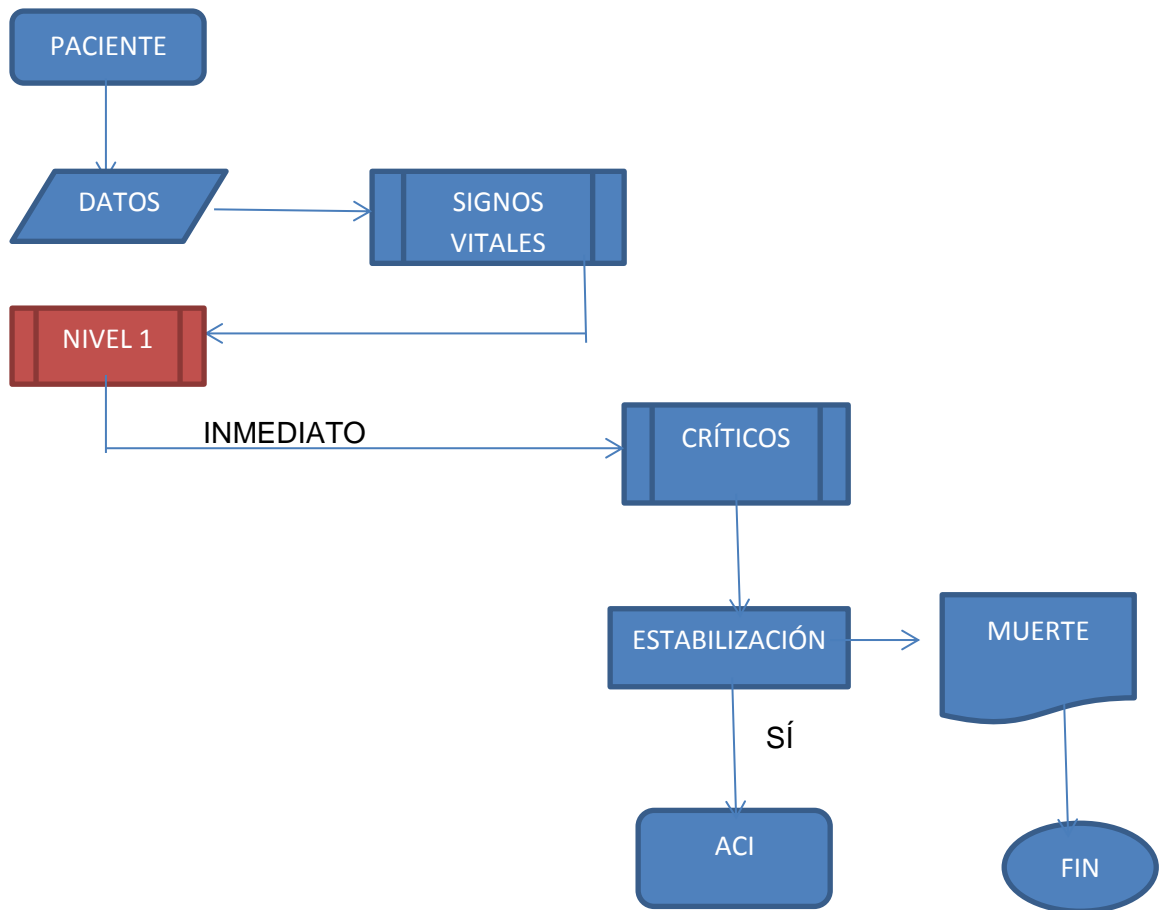
### 6.1. GENERAL





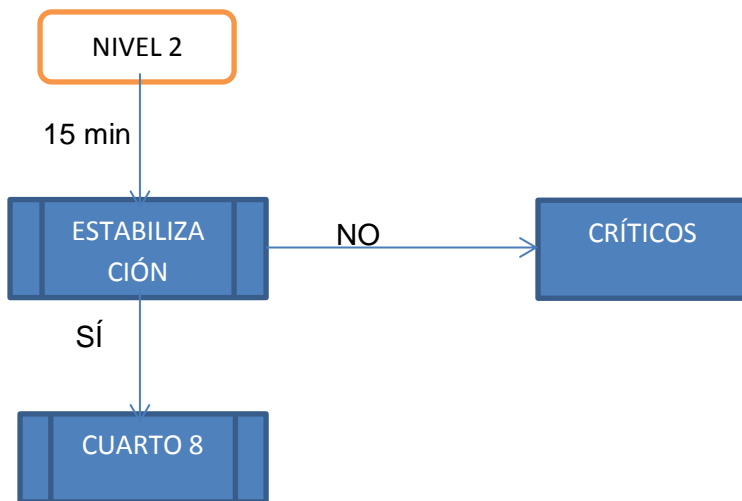
## 6.2. TRIAGE: NIVEL 1

CONSULTORIO      TRIAGE      ENFERMERÍA      ATENCIÓN EMERGENCIA      MORGUE

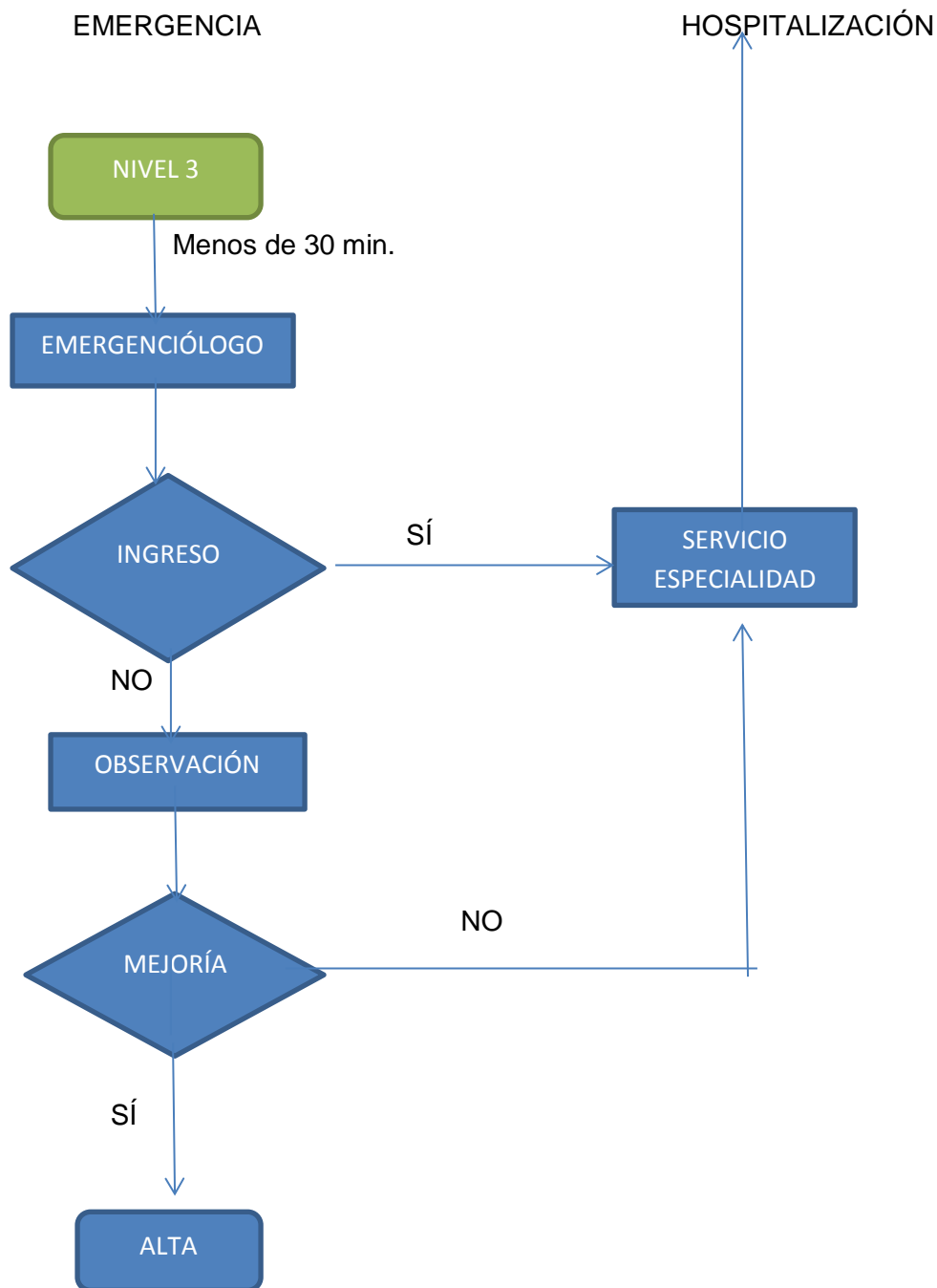


## 6.2.2 NIVEL 2: PROBABLE DETERIORO

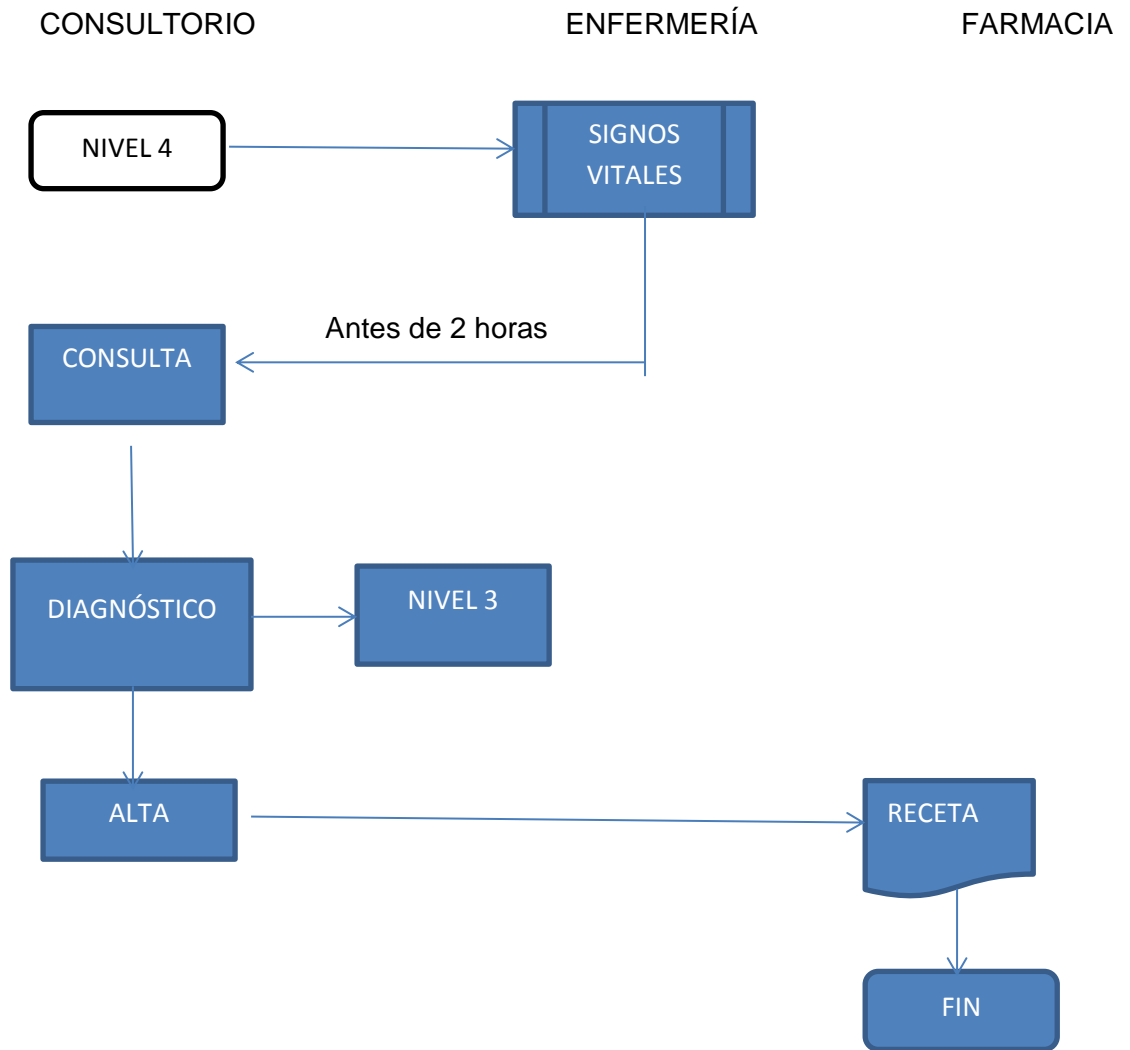
EMERGENCIA



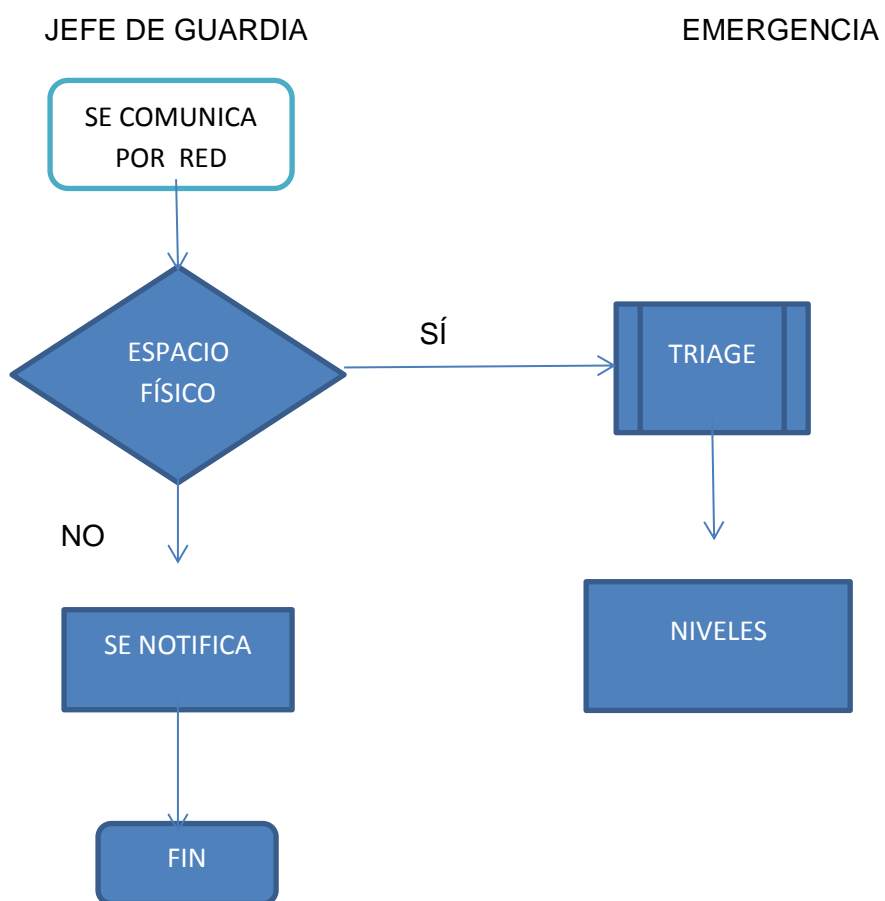
### 6.2.3 NIVEL 3: ATENCIÓN POR EMERGENCIÓLOGO



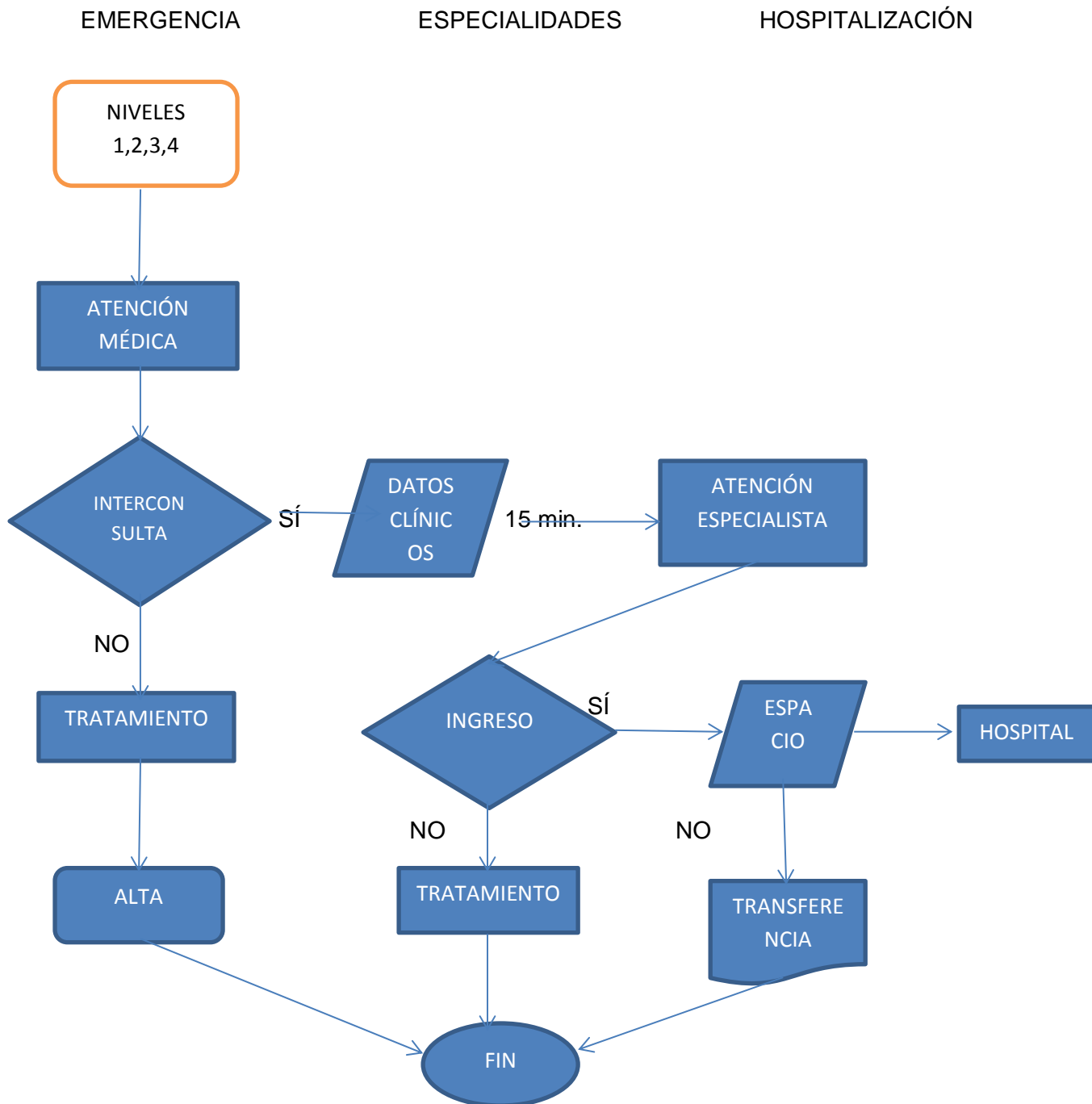
### 6.2.4 NIVEL 4: CONSULTA DE EMERGENCIA



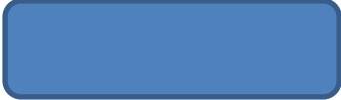
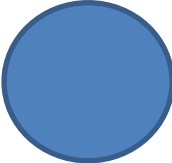

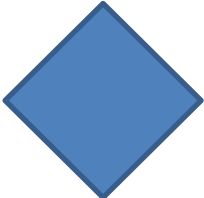

### 6.3 ATENCIÓN CON REFERENCIA






## 6.4 INTERCONSULTAS



## 7. SIMBOLOGIA

Símbolo	DESCRIPCIÓN
<p>Inicio o fin de proceso</p> 	<p>Se usa para identificar el inicio o fin de un proceso. Cuando se lo utiliza para indicar el principio de un proceso se utiliza con la palabra INICIO y al finalizar el proyecto se utiliza la palabra FIN.</p>
<p>Operación o paso</p> 	<p>Representa la actividad o proceso, que muestran las principales fases del proceso y se emplea cuando la acción cambia, de igual manera se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso, y se anota dentro del círculo el número de secuencia.</p>
<p>Línea continua</p> 	<p>Es la línea continua que marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área: su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña flecha; puede ser utilizado en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo utilizado.</p>
<p>Decisión</p> 	<p>Cuando se quiere preguntar si se procede o no se procede. Identificando dos o más alternativas de solución. De forma didáctica, se describe brevemente en el centro del símbolo, lo que va a suceder con un signo de interrogación.</p>
<p>Conector de Hoja en un mismo procedimiento</p> 	<p>Es usado para utilizar hojas de tamaño extenso, nos muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro de la figura se coloca una letra en mayúscula del alfabeto.</p>

<p>Documento Impreso</p> 	<p>Se aplica en formas impresas, documentos , reportes , listados, se anota después de cada operación, inspección o actividad combinada, indicando dentro del símbolo el nombre del formato; cuando se requiera indicar el número de copias de documentos utilizados o que existan en una operación se escribirá la cantidad en la esquina inferior izquierda.</p>
<p>Fuera de Flujo</p> 	<p>Es utilizado cuando por necesidades del procedimiento, una actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se utiliza el símbolo fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.</p>
<p>Actividad Combinada</p> 	<p>En un mismo paso se realiza tanto para operación como para verificación.</p>

Elaborado por: Dra. Gabriela Calderón Suasnavas

Revisado por: Dr. Mauricio Gaibor



## 8 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Cliente interno: es toda aquella persona o departamento dentro de la organización que recibe el servicio de un proveedor (interno o externo).
- Cliente Externo: Es toda aquella persona que recibe el producto o servicio de una organización.
- Diagrama de Flujo: Es un medio gráfico que sirve , principalmente , para describir las etapas de un proceso y entender cómo funciona; b) apoyar el desarrollo de métodos y procedimientos; dar seguimiento de los productos (bienes o servicios ) generados por un proceso; identificar a los clientes y proveedores de un proceso: planificar , revisar y rediseñar procesos con alto valor agregado, identificando las oportunidades de mejora; diseñar nuevos procesos, documentar el método estándar de operación de un proceso; facilitar el entrenamiento de nuevos empleados ; hacer presentaciones directas.
- Epicrisis: documento médico legal, en el cual se resume la historia clínica del paciente, su evolución y tratamiento.
- Manual: Es el conjunto de políticas y procedimientos (en papel o medio electrónico) que describen el trabajo que realiza un área dentro de la organización.

#### **4.2.2 Conclusiones.**

- El Servicio de Emergencias estuvo trabajando sin orden y sin normas, esto contribuyó a brindar una mala atención al usuario.
- El Reglamento Interno va a contribuir de manera importante al ordenamiento de las actividades. Se logró que los directivos y los trabajadores asuman la necesidad de contar con este documento legal.
- El manual de normas va a regular el trabajo y los procesos operativos que se desarrollan en el Servicio. Los médicos, enfermeras y personal administrativo se han comprometido en cumplirlo y contribuir así al mejoramiento de la atención.
- El conocimiento de estos documentos deben ser parte de la cultura organizacional y deben facilitarse en la inducción de personal.

### 4.3 Matriz de resultado 3.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	DETALLE ANEXOS	INDICADOR	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES
<p><b>Resultado 3</b></p> <p>3.1 Reunión con jefes o delegados de servicios principales para acuerdos de gestión de coordinación.</p>	<p>No se cumplió en su totalidad ya que a la reunión acudieron el jefe del servicio de emergencia, y médicos tratantes del mismo.</p>	<p>Se decidió por la inasistencia de los servicios convocados, que se elaborarían los flujogramas de atención por parte del servicio de emergencia y que los diagramas se entregarían para conocimiento y cumplimiento por todos los servicios.</p>	<p>100 % de los servicios deberán cumplir con los diagramas de flujo y los tiempos a pesar de no haber participado en la elaboración</p>	<p>M.D.Gabriela Calderón</p> <p>Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )</p> <p>Jefe del servicio de Medicina Interna o su delegado.</p> <p>Jefe del servicio de Cirugía General o su delegado.</p> <p>Jefe del Servicio de Terapia Intensiva o su delegado.</p>	<p>Tercera Semana de julio del 2013.</p>	<p>La reunión no se llevó a cabo con todos los representantes o jefes del servicio, pero con el personal operativo y administrativo que acudió se logró establecer acuerdos para la realización de los flujogramas de atención del servicio.</p>

<p>3.2 Establecimiento de flujograma de procesos entre los servicios de Medicina Interna, Cirugía General , Terapia Intensiva con el servicio de Emergencia</p>	<p>Se establecen los flujogramas de atención del servicio.</p>	<p>Los flujogramas principales han sido incorporados al manual de normas y procedimientos. La elaboración se cumplió con el cronograma de elaboración del manual de normas.</p> <p>ANEXO: Manual con flujogramas.</p>	<p>100% de flujogramas planificados de realizar han sido elaborados y aprobados por Docencia</p>	<p>MD. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor (jefe del servicio de emergencia )</p>	<p>Tercera semana de Julio del 2013.  Se cumplió junto al desarrollo del manual de normas.</p>	<p>Se realizan los flujogramas de atención del paciente en emergencia, de triage , y de valoración por los servicios de especialidad</p>
---	--	---	--	--	--	--

3.3 Difusión del flujograma de procesos entre los servicios de Medicina Interna, Cirugía General , Terapia Intensiva con el servicio de Emergencia	La actividad no se pudo cumplir ya que para poder realizar la difusión de los documentos, deben ser estos previamente aprobados por la dirección del Hospital. El documento ha sido aprobado por Docencia.	Se realizó la difusión de los protocolos en el servicio de emergencia, se decidió difundir el documento una vez dispuesta su aplicación por la Dirección de Hospital.	No se puede medir por cuanto no se ha dispuesto su aplicación	M.D. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de emergencia )	Primera semana de Agosto	Para poder difundir los flujogramas los cuales se incluyen en el Manual de Normas han sido entregados a la dirección de docencia e investigación, sin embargo para difundirlos y aplicarlos es necesario que se lleguen a implementar los mismos en la institución.

#### **4.3.1 Análisis de Indicadores.**

El Hospital Carlos Andrade Marín atiende en 32 especialidades y subespecialidades médicas. Para poder cumplir con el indicador de participación de los servicios en la elaboración de los flujogramas de atención, se decidió convocar a los servicios que más volumen de pacientes tienen en emergencia. A pesar de esto, no acudieron los jefes de servicios convocados ni su delegado (Medicina Interna, Cirugía General y Terapia Intensiva). Los flujogramas contribuyen a una adecuada coordinación entre los servicios. Se elaboraron diagramas de la atención de emergencia, del triage, de la atención con referencia de nivel inferior y, lo más importante, de atención con interconsultas de especialidad y se pusieron tiempos para cada proceso.

Los diagramas que fueron programados de elaborar, se cumplieron en el 100%. La difusión formal solo podrá realizarse cuando la autoridad máxima del Hospital así lo disponga, desde esa fecha, su aplicación será obligatoria.

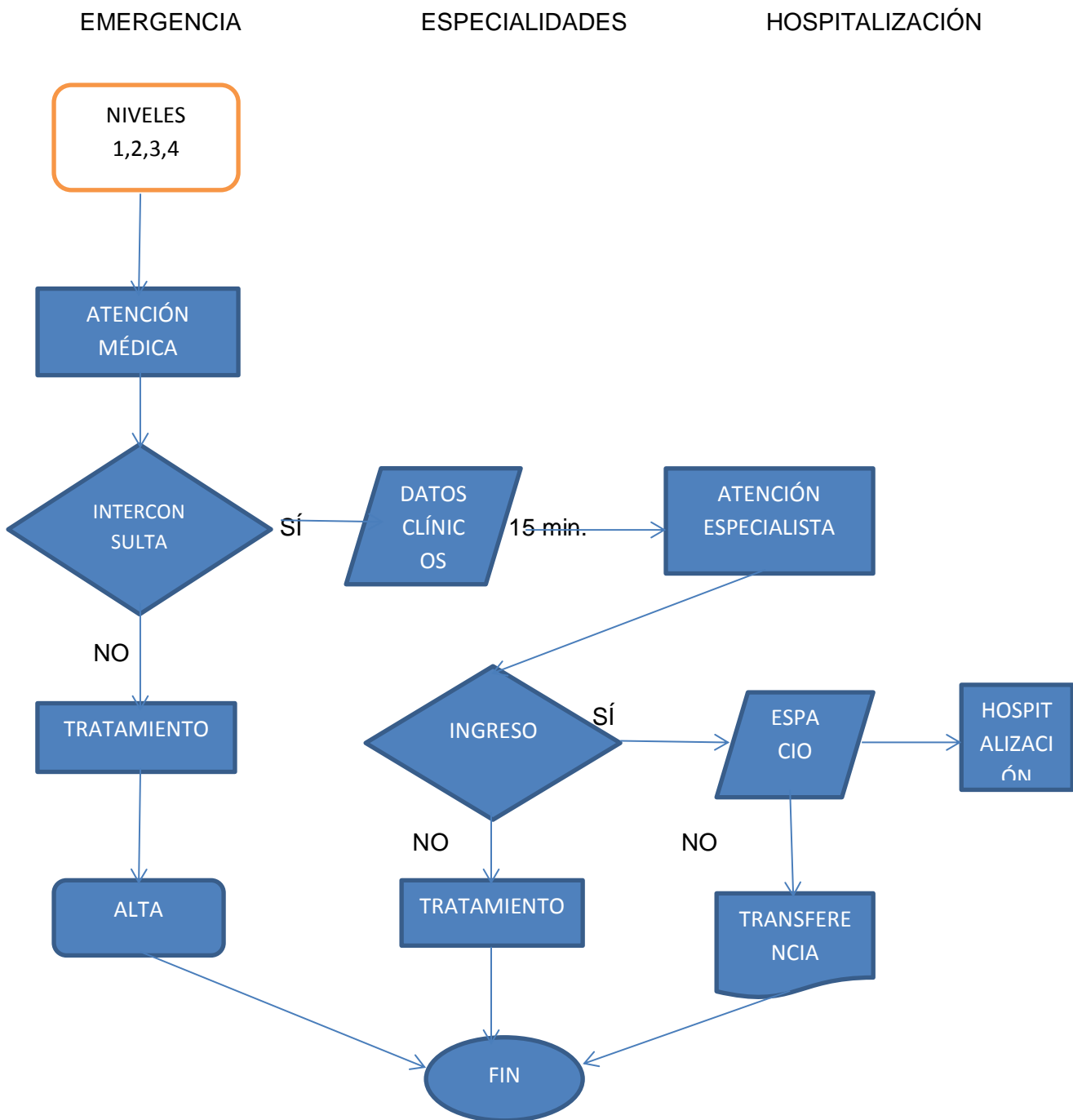
#### **4.3.2 Descripción de Actividades.**

Se realizó una primera convocatoria a los jefes de los servicios de Cirugía, Terapia Intensiva y Medicina Interna para establecer la necesidad de elaborar los flujogramas y planificar su elaboración, lamentablemente los jefes ni sus delegados acudieron. Se decidió, ante esto, la realización de los flujogramas de atención con los tiempos por parte de emergencias, los flujogramas fueron elaborados por la Dra. Calderón y luego de revisados por el jefe de servicio, fueron revisados y aprobados por la Dirección de Docencia del Hospital. La disposición final de aplicación la debe dar la dirección médica.

Las actividades se realizaron de manera coordinada mientras se elaboraba el manual de normas, los flujogramas se incluyeron en el documento en el literal 6.

4.3.2.1 Flujogramas.

INTERCONSULTAS



#### **4.3.3 Conclusiones.**

- La poca colaboración de los servicios del Hospital resultó evidente, se debe trabajar para que se puedan tener objetivos comunes y no sectoriales.
- La realización de los flujogramas se llevó a cabo de manera rápida y sin contratiempo.
- Los flujogramas deberán ser publicados en el sitio de trabajo para que estén al alcance de todos los médicos y personal operativo.
- La aplicación de los flujogramas va a contribuir al orden y a una atención eficiente y eficaz en el Servicio.



#### 4.4 Matriz resultado 4.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	DETALLE ANEXO	INDICADOR	RESPONSABLE S	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES
<p><b>Componente 4</b></p> <p>4.1 Difusión de normas establecidas por el personal de enfermería del servicio de Emergencia.</p>	<p>Se cumplieron las dos actividades que fueron programadas como reuniones con el personal. Además se entregaron las normas al personal de enfermería.</p>	<p>Se realizó dos reuniones con el personal de enfermería, una del Hospital y otra del servicio de Emergencias. Asistió la mayoría de enfermeras y se cumplió con la información, análisis y entrega del Manual de Enfermería, documento que existía en el Servicio.</p>	<p>100% del personal conoce las normas de atención de enfermería y las aplica.</p>	<p>M.D. Gabriela Calderón</p> <p>Dr. Mauricio Gaibor</p> <p>Supervisora de Enfermeras del servicio de Emergencia.</p> <p>Coordinadora de Enfermeras del HCAM.</p>	<p>Cuarta semana de Julio del 2013.</p>	<p>Las normas de enfermería eran ya conocidas por el personal de enfermeras y se estaban aplicando. El control de aplicación está a cargo de la supervisora y los informes se entregan a la coordinación.</p>

4.2 Difusión de normas médicas del servicio de emergencia.	Se realizó una reunión para difundir el manual de normas entre los médicos de emergencias.	La exposición la realizó la Dra. Calderón y el Dr. Gaibor.	100% de médicos recibieron las normas y 60% asistieron a la reunión (estaban trabajando)	M.D. Gabriela Calderón.  DR. Mauricio Gaibor	Viernes 27 de julio	La exposición de las normas a los médicos se realizó como complemento a la difusión y entrega que fue realizada a todo el personal del Manual de Normas.
4.3 Elaboración de protocolos de triaje, normas de referencia y contra referencia.	Se elaboró un Protocolo de Triage basándose en la Escala Canadiense de Triage implementada en nuestro medio.	El protocolo fue discutido con el jefe de Docencia para ser aprobado. Fue previamente elaborado por la Dra. Calderón y discutido con el	100% de personal aplica los criterios de referencia y contrarreferencia en el HCAM.	M.D. Gabriela Calderón  Dr. Mauricio Gaibor ( jefe del servicio de Emergencia )  Médicos tratantes y	Primera y segunda semana de Agosto del 2013.	Las normas de referencia y contrarreferencia no se elaboraron porque, por ley, se deben aplicar las del Ministerio de Salud.  El triage si bien ha sido

	Las normas de referencia y contrarreferencia aplicadas son del MSP por ser parte de la red de salud	Jefe de Servicio. La aplicación formal debe ser dispuesta por la Dirección Médica del Hospital. Los documentos han sido enviados de Docencia.		residentes que laboran en el área de triage.		socializado en el servicio, será de aplicación obligatoria cuando lo disponga la Dirección.
--	---	--	--	--	--	---

#### **4.4.1 Análisis de Indicadores.**

Es conocido por la gente que el desconocimiento de la norma no le exime de culpa y responsabilidad, justamente por esto, el presente trabajo tiene un resultado referido a la difusión de las normas a los involucrados. La parte primordial de la atención al paciente es el proceso de atención médica. La ley obliga a cumplir en los actos médicos con protocolos de atención y castiga el no hacerlo. Las normas no pueden quedar en “letra muerta”, deben ser aplicadas y exigidas.

La difusión programada al personal de enfermería y médicos, se realizó con un cumplimiento del 100%. La aplicación deberá evaluarse posteriormente.

En cuanto a la referencia y contrarreferencia, el no aplicarse es asunto grave y afecta al proceso, es decir, si no se cumplen los criterios de la norma, no se atiende al paciente y la persona que transfiere puede ser sujeto de sanción. En emergencia esto se cumple siempre y cuando la vida del paciente no corra peligro.

#### **4.4.2 Desarrollo de Actividades.**

Si bien en la actualidad estamos viviendo un “cambio de época” (José de Souza Silva) por el desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicación e información, se procedió a planificar y desarrollar el método directo de comunicación, que a pesar de la tecnología, sigue siendo el más eficaz. Se programó una reunión que se desarrolló en la sala vip del HCAM y otra con las enfermeras en la sala de capacitación de enfermería. Fue importante reconocer que las enfermeras estaban muy organizadas y cumplían sus funciones en base a normas propias.

Estas actividades fueron el complemento para la elaboración de las normas y protocolos pues contribuyeron a su conocimiento e incentivaron su aplicación.

#### **4.4.2.1 Protocolo de triage**

### **PROTOCOLO DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

#### **1. DEFINICIÓN**

TRIAJE: la palabra “triage” proviene de la palabra francesa “trier” que significa escoger, separar o clasificar. El triage es por lo tanto el proceso que permite la adecuada gestión del riesgo clínico.

El triage Estructurado es el proceso de clasificar y dar prioridad a los pacientes que acuden al servicio de emergencia en el cual el paciente más grave es atendido primero y más rápido. Este proceso lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o prioridad de la asistencia. La clasificación de los pacientes debe hacerse en poco tiempo, de forma ágil y efectiva para garantizar su seguridad y lo más importante tener en cuenta siempre que no es necesario establecer un diagnóstico.

#### **2. OBJETIVOS**

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital.
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que acude al servicio de urgencias.
- Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento del servicio de emergencia, lo cual mejorará el flujo de pacientes.
- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes.
- Informar a los pacientes y sus familiares del tipo de servicio que se necesita y el tiempo probable de espera.
- Asegurar las prioridades en función del nivel de clasificación.
- Contribuir con información que ayude a definir la complejidad del servicio, eficiencia y satisfacción del usuario.

#### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El siguiente protocolo de triage se basa en la Escala Canadiense de Triage ( Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale ). Esa escala clasifica a los pacientes en 5 niveles, identificados por colores, cada nivel se correlaciona con el grado de prioridad de la consulta y por tanto incorpora tiempos de asistencia y de

reevaluación. La asignación a cada nivel se hace considerando motivo de consulta, antecedentes patológicos y signos vitales.

Nivel I	Resucitación: asistencia inmediata.
Nivel II	Emergente: asistencia inmediata : reevaluación en 5 minutos
Nivel III	Urgente: asistencia diferida: reevaluación en 30 minutos.
Nivel IV	Menos urgente: asistencia diferida : reevaluación en 60 minutos
Nivel V	No urgente : asistencia diferida: reevaluación en 90 minutos.

### 3.1 Recepción

Primero se realiza la toma de signos vitales por parte de la enfermera de triage, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial.

Entrevista breve por parte del médico de triage. La entrevista debe realizarse con preguntas directas y que el paciente pueda comprender.

Mientras se realiza la entrevista el médico hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner en peligro la vida, se valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del mismo

### 3.2 Clasificación

Se considera la parte fundamental del proceso, es el triage en si ya que se establecerá la prioridad de atención del paciente que marcará la demora para la atención médica de tercer nivel.

Esta clasificación se realiza en base a los signos y síntomas del paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

**3.2.1 Nivel I (color rojo):** Emergencia o riesgo vital inminente, es el paciente que corresponde a procesos agudos, críticos, inestabilidad que presentan impresión general de extrema gravedad, cuya atención debe ser inmediata y será trasladado directamente a cuarto de críticos del servicio para su estabilidad.

Se incluyen:

- 1.- Paro Cardíaco o respiratorio: pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria o, bien que puede ser inminente.
- 2.- Traumatismo mayor: daño grave a un sistema o politraumatismo. Traumatismo craneoencefálico, con escala de Coma de Glasgow menor a 10, quemadura grave, mayor al 25 % de la superficie corporal total, o quemadura de la vía aérea. Traumatismo toracoabdominal, con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias.
- 3.- Estados de choque: cardiógeno, insuficiencia pulmonar, hemorrágico, alteraciones en la demanda de oxígeno, síndrome séptico.
- 4.- Alteraciones de la conciencia: intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del SNC, trastornos metabólicos y padecimientos que requieran protección de la vía aérea.
- 5.- Enfermedad respiratoria grave: neumotórax, estado asmático, anafilaxia, ceto acidosis diabética.

**3.2.2 NIVEL II (amarillo):** Paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (Vía Aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro.

Pasan a cuarto de observación de emergencia o cuarto crítico ya que son pacientes con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y / o hemodinámico. Deben tener una intervención médica menos o igual a 15 minutos.

Se incluyen en este nivel:

- 1.- Alteraciones del estado mental: enfermedades infecciosas, inflamatorias, síndromes coronarios, convulsiones, estados de agitación, letargo , parálisis, coma.
- 2.- Traumatismo craneoencefálico: alteraciones del estado mental, cefalea grave, pérdida de la conciencia, escala de coma de Glasgow menor a 13.
- 3.- Traumatismo grave: politraumatismo, signos vitales estables, estado mental normal.
- 4.- Dolor ocular: escala de dolor de 8-10 / 10, exposición a ácidos o álcalis, cuerpos extraños en la córnea.

- 5.- Dolor torácico, síndromes coronarios: infarto agudo de miocardio, angina inestable. Dolor visceral: continuo, asociado con náusea e irradiación al cuello, la mandíbula, los hombros y los brazos. Síncope: concomitante con embolia pulmonar, disección aórtica o con otras enfermedades vasculares. Infarto agudo de miocardio, angina o embolia pulmonar previos.
- 6.- Sobredosis: de manera intencional, con signos y síntomas de toxicidad.
- 7.- Dolor abdominal: constante, asociado con náusea, vómito, signos vitales alterados (hipertensión o hipotensión, taquicardia, fiebre). Embarazo ectópico, colangitis, coledocolitiasis.
- 8.- Hemorragia gastrointestinal: signos vitales inestables, hematemesis, melena.
- 9.- Enfermedad vascular cerebral: déficit neurológico importante (isquemia, hemorragia, hematomas que requieran tomografía craneal urgente).
- 10.- Asma: antecedentes de asma, cianosis o disnea que requieren la administración de broncodilatadores y el ingreso al hospital.
11. Disnea: neumotórax, neumonía, anafilaxia.
12. Fiebre: con signos de letargo que sugieran meningitis.
- 13.- Diabetes: hipo e hiperglucemia y acidosis metabólica.
- 14.- Dolor abdominal pélvico: cólico reno ureteral( 8-10 /10 ) , síndrome doloroso abdominal , hematuria, alteración de los signos vitales.
- 15.- Cefalea: catastrófica (meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural y subdural, estado magañoso)

**3.2.3 NIVEL VERDE III (color verde):** Son aquellos procesos agudos estables, no críticos. Son la mayoría de pacientes que acuden a emergencia, el tiempo de atención debe ser menor o igual a 30 minutos.

Se incluyen en este nivel:

- 1.- Traumatismo de cráneo: generalmente alertas, con escala de coma de Glasgow igual a 15, dolor moderado (7-8/10), náusea, ameriten vigilancia y si tienen deterioro pasan a nivel II.
- 2.- Traumatismo moderado: fracturas o luxaciones con dolor grave (8-10 / 10) requieren intervención con analgésicos y reducción; los pacientes se encuentran estables.
- 3.- Asma leve a moderada: inicio reciente de la crisis desencadenada por ejercicio u otras causas; requieren bronco dilatadores y vigilancia.
- 4.- Disnea moderada: pacientes con neumonía, enfermedad pulmonar crónica y derrame pleural.



- 5.- Dolor torácico: localizado, que aumenta a la palpación, sin datos de dolor visceral, puede ser de tipo pleurítico.
- 6.- Hemorragia gastrointestinal: tubo digestivo alto, inactiva, sin alteración de los signos vitales, puede haber deterioro potencial, requieren valoraciones periódicas.
- 7.- Convulsiones: paciente conocido, con duración menor a cinco minutos, llega alerta y con signos vitales estables.
- 8.- Ideas suicidas: problemas psiquiátricos que requieren la valoración de un especialista.
- 9.- Dolor grave (8-10/10): pacientes que reportan dolor intenso pero que tienen un problema menor, generalmente son de tipo muscular, crónico, tipo neuropático y con reacción regular a los analgésicos.
- 10.- Dolor moderado (4-7/10): pacientes con migraña o cólico renal, pueden tener signos vitales normales y requieren tratamiento.
- 11.- Pacientes en diálisis o trasplantados: alteraciones de líquidos y electrolitos, pueden manifestar arritmias y deterioro.

**3.2.4 NIVEL IV (color blanco):** Menos urgente, estados en los que el paciente pueden esperar incluso hasta una hora pero deben ser atendidos antes de 2 horas.

Se incluyen en este grupo:

- 1.- Traumatismo de cráneo: traumatismo menor, alerta (escala de coma de Glasgow de 15, sin vómito) , requiere un breve período de observación y valoración neurológica.
- 2.- Traumatismo menor: fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, signos vitales estables, dolor (4-7/10)
- 3.- Dolor abdominal: intensidad 4-7 /10, apendicitis en etapas iniciales, signos vitales normales, amerita vigilancia y evaluación periódica.
4. Cefalea: no súbita, no migrañosa, dolor 4-7 /10, con signos vitales normales.  
Dolor torácico: sin antecedentes de cardiopatía, usualmente pleurítico , muscular, debido a ejercicio.
- 5.- Infección respiratoria aguda: tos, congestión nasal , fiebre. Hay que descartar abscesos en la cavidad.
- 6.- vómito y diarrea: sin datos de deshidratación.

**3.2.5 Nivel V: NO URGENTE:** Pacientes con problemas crónicos, no hay deterioro , puede ser referido a otro nivel de atención .

Siempre tener presente que la clasificación es la parte que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Es imprescindible aclararle al paciente o a sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y la razón. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Distribución según los niveles de gravedad:

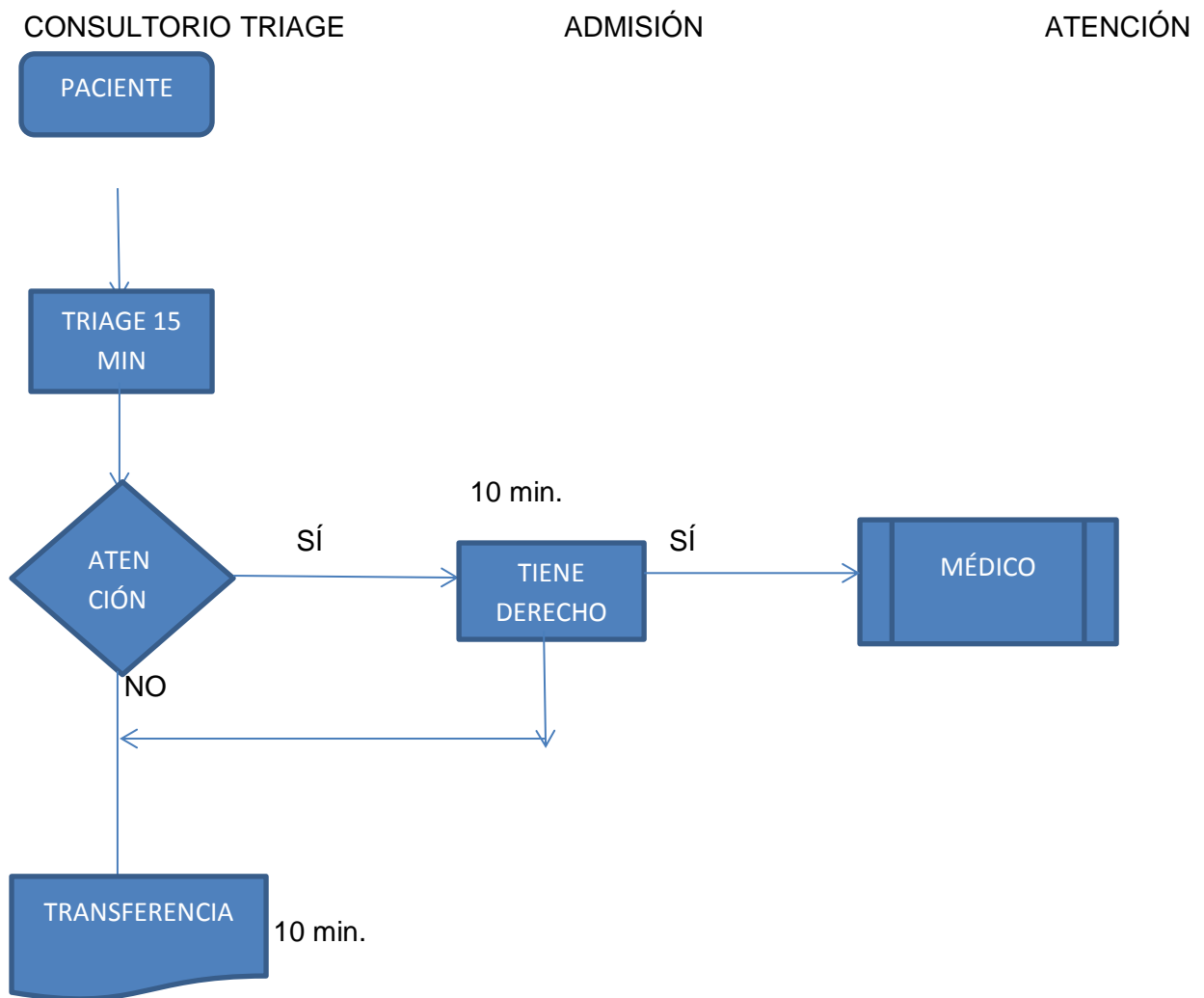
- Paciente rojo o paciente crítico: será acompañado rápidamente al cuarto de críticos o de Reanimación alertando al resto del personal su llegada. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos.
- Paciente amarillo o agudo inestable: se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al cuarto de críticos o a la sala de emergencia de estancia corta.
- Paciente Verde o agudo estable: se derivará a la sala de estancia corta de emergencia o a la consulta de emergencia dependiendo de su estado. Si es un paciente con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer esperando para consulta de emergencia se trasladará a la sala de emergencia de estancia corta o al cuarto de curaciones si fuese el caso como: pacientes que necesitan EKG, Punción Lumbar, sondaje vesical, inmovilización con yeso, administración de oxígeno.
- Paciente blanco o de patología banal: el paciente será atendido en la consulta de emergencia por el médico encargado de la misma.

**Para tener en cuenta:**

- Los pacientes que no cumplan con los requisitos de atención de tercer nivel será, contra referidos al nivel de atención correspondientes.
- Si los pacientes de Consulta de Emergencia pasan a la sala de observación o estancia corta debe de ser comunicado al mismo y a los familiares donde será atendido y como realizará su espera.
- Ante la existencia de 2 o más patologías a evaluar se tomará en cuenta la de mayor gravedad del paciente.

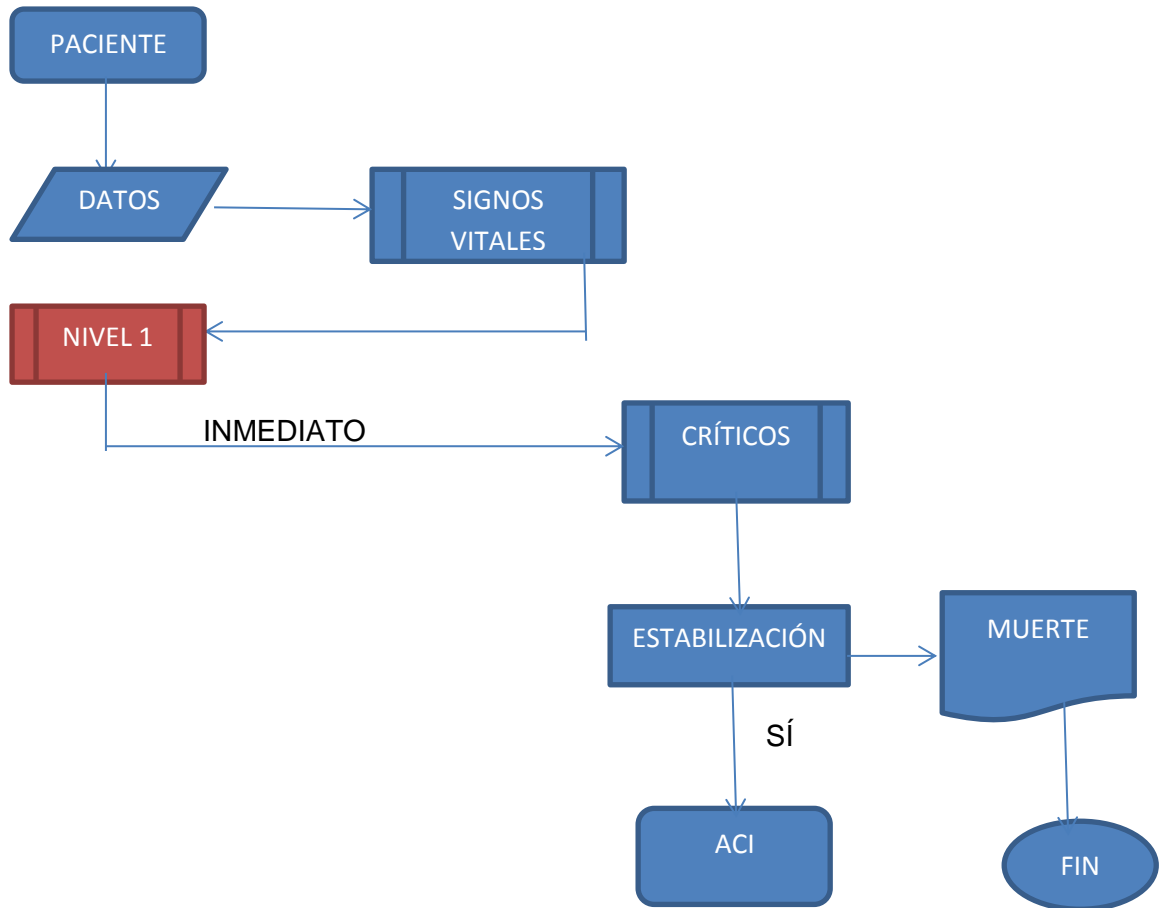
#### 4.- FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DE TRIAGE

##### 4.1 GENERAL



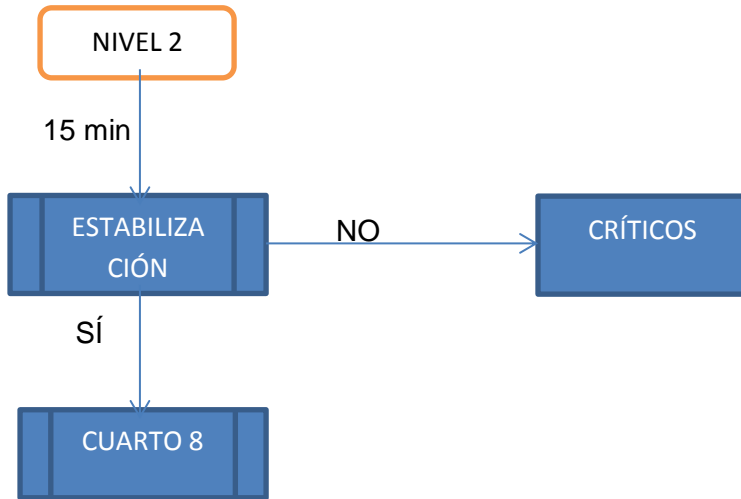
## 4.2. TRIAGE: NIVEL 1

CONSULTORIO   TRIAGE   ENFERMERÍA   ATENCIÓN EMERGENCIA   MORGUE

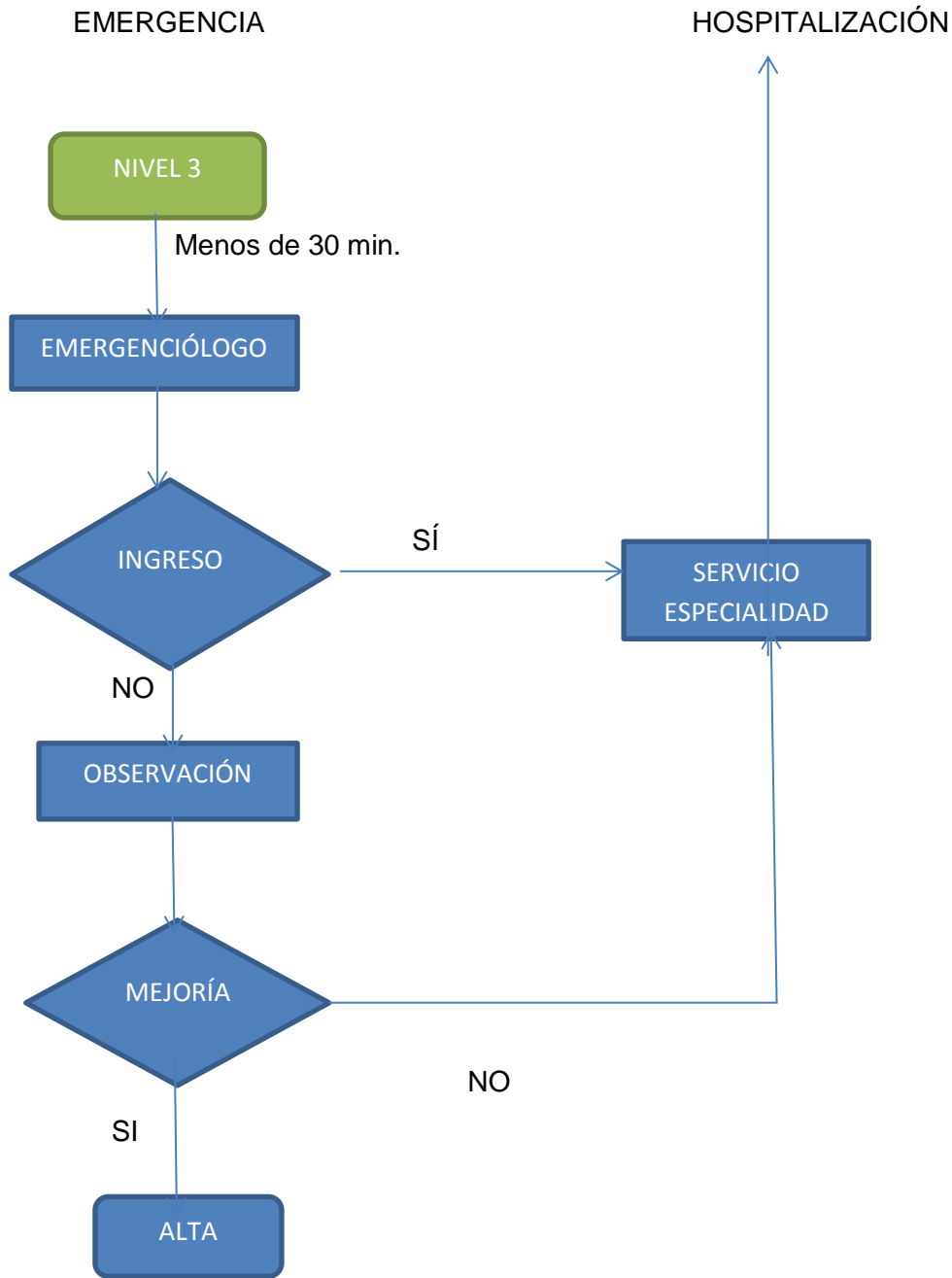


### 4.3 NIVEL 2: PROBABLE DETERIORO

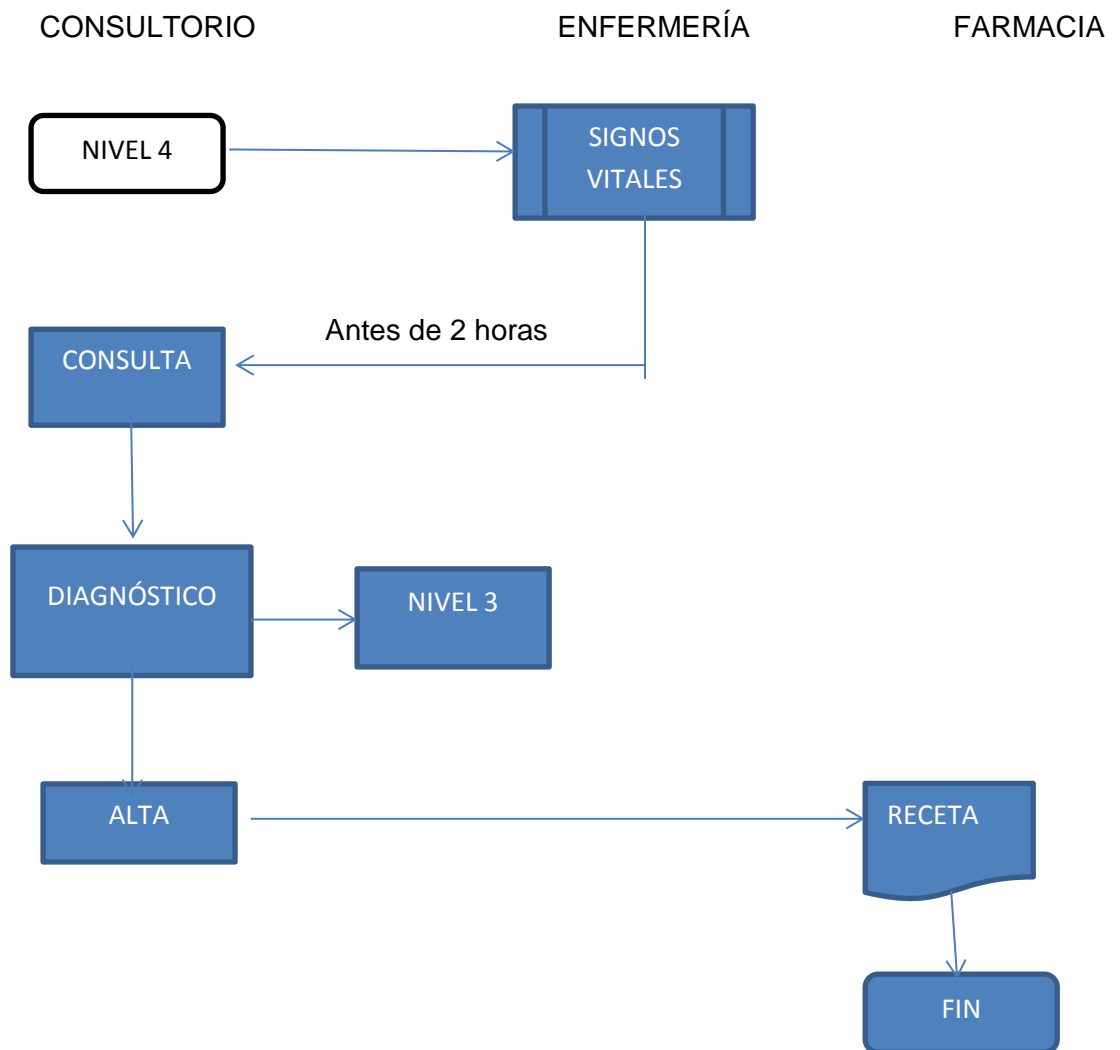
EMERGENCIA



#### 4.4 NIVEL 3: ATENCIÓN POR EMERGENCIÓLOGO



#### 4.5 NIVEL 4: CONSULTA DE EMERGENCIA



## FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Canadian Association of Emergency Physicians (2013) .CAEP . Recuperado el 24 de septiembre del 2013. Obtenido en : [www. Caep.ca](http://www.caep.ca).
2. López J , Montiel M, Licona R. (2006). Triage en el servicio de urgencias . Medicina Interna de México. México, 22, 310-318.
3. Farrokhnia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Goransson E.(2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence.Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. Sweden, 19, (1).
4. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E, Paolillo E, Russi U, Alvarez J. (2011) Experiencia de triage estructurado en el departamento de emergencia.RevMedUrug . , Uruguay, 27, 88-93.

### **4.4.3 Conclusiones.**

- La difusión de reglamentos y normas es fundamental para su aplicación.
- El haber desarrollado este resultado si bien no garantiza el cumplimiento de las normas, mejora en forma importante el porcentaje de aplicación y además, se conoce que el no cumplir acarrea consecuencias.
- Las normas de referencia del MSP deben ser aplicados de manera obligatoria y lo que se debe hacer es difundirlas.

### **4.5 Análisis del fin y propósito.**

La Constitución de la República dice que los servicios de salud son gratuitos y que la salud es un derecho. Además hace hincapié en que se debe dar una atención con calidad y calidez. Los reglamentos de salud propenden llegar a un sistema de atención eficaz pero también eficiente, que ahorre recursos. La calidad se ha considerado como una palabra que está en boca de todos pero en manos y responsabilidad de nadie. La calidad en los servicios de salud es un fin, pero debe ser siempre medida como la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente – paciente – enfermo, desde este punto de vista, solo él podrá brindarnos la información para saber si nosotros estamos dando un buen servicio.



El Servicio de Emergencias del HCAM siempre está trabajando “al tope”, siempre está trabajando sobre su capacidad, a ello nos han llevado las decisiones políticas sin criterio técnico, una de las últimas, la atención a los hijos de afiliados hasta los 18 años de edad, cabe decir que el Seguro Social no cuenta con unidades de salud pediátricas. La oferta limitada de atención y la demanda aumentada lleva a una atención que siempre estará al límite. La calidad también se califica en emergencia por la oportunidad en la atención, lo cual si hay demanda insatisfecha, llevará a demoras incalculables.

Los resultados de este trabajo de hecho contribuyen al mejoramiento de la calidad del Servicio de Emergencias, a esto llegamos cuando mejoramos el sistema de gestión, cuando diseñamos el sistema de atención para ser más eficientes, cuando aplicamos normas dentro de los procesos y actividades que cumplimos, cuando respetamos un reglamento interno, cuando aplicamos protocolos y flujogramas (entiéndase caminos) que nos llevan a cometer menos errores.

La encuesta de satisfacción de la línea de base que demostró una insatisfacción de 90% (entre regular y mala), la última encuesta reveló apenas un 70% de insatisfacción, la mejora es evidente y se espera que se llegue a la meta propuesta del 50% cuando se disponga la aplicación obligatoria del reglamento interno y del manual de normas. La aplicación se ha iniciado aunque no es obligatoria, eso explica la mejora de la calidad de atención. La aplicación del sistema de referencia ha disminuido el hacinamiento de la atención en emergencias por cuanto se reciben pacientes con referencia, además se debe mencionar que está funcionando, aunque de forma incompleta, la red de salud.

La calidad de atención en Emergencias es multidimensional, el presente trabajo espera contribuir de manera importante, a la eficiencia en la atención lo cual mejorará la satisfacción del paciente.

#### **4.5.1 Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

1.-¿Cómo califica usted a la atención recibida en el Servicio de Emergencia?

Tabla 11.¿Cómo califica usted a la atención recibida en el Servicio de Emergencia?

Muy buena	0
Buena	12
Regular	5
Mala	23
Total	50

Fuente y elaboración: Autora

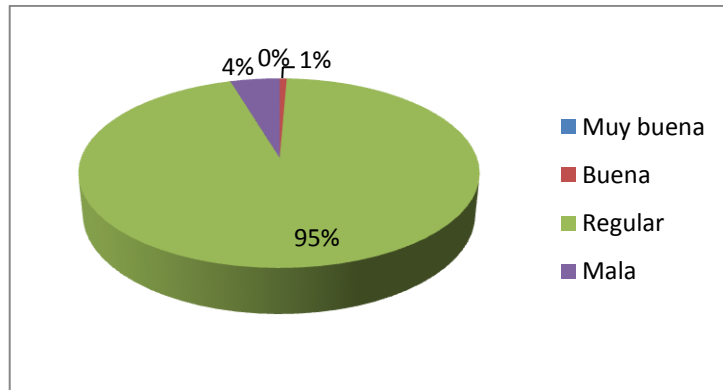


Gráfico 10. a ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla? (Antes)

Fuente y elaboración: Autora

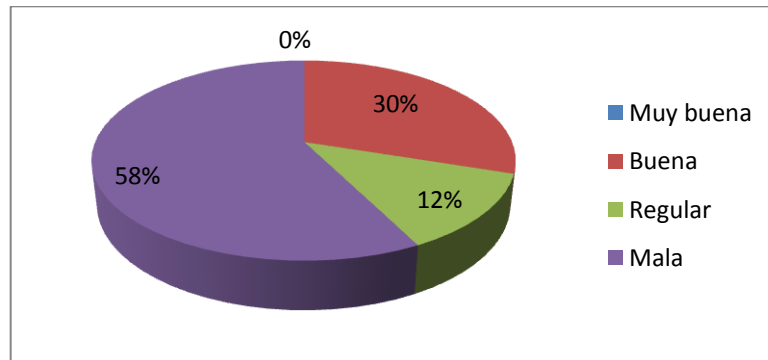


Gráfico 10. b ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla? (Actual)

Fuente y elaboración: Autora

2.- ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted brindan seguridad, confianza y privacidad?

Tabla 12. ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted brindan seguridad, confianza y privacidad?

Si	50
No	0
Total	50

Fuente y elaboración: Autora

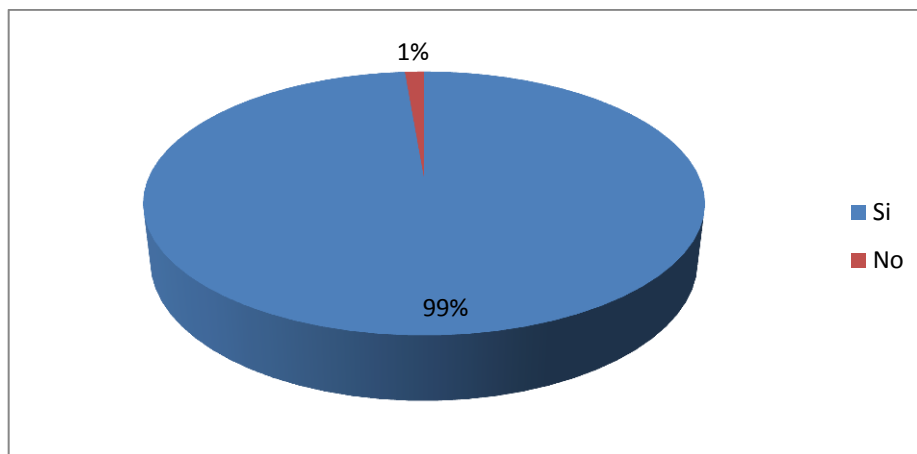


Gráfico 11 a. ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted, brindan seguridad, confianza, y privacidad? (Antes)

Fuente y elaboración: Autora

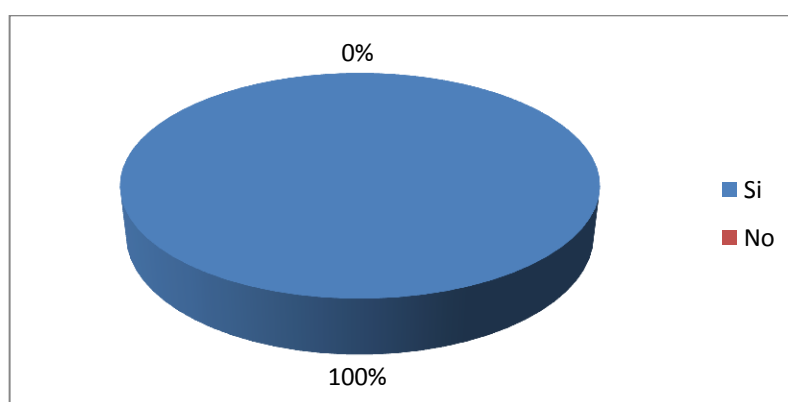


Gráfico 11 b . ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted brindan seguridad, confianza y privacidad?(Actual)

Fuente y elaboración: Autora

### 3.- ¿El trato recibido por el personal en general es?

Tabla 13. ¿El trato recibido por el personal en general es?

Amable	3
Cordial	27
Descortés	20
Deshumanizado	0
Total	50

Fuente y elaboración: Autora

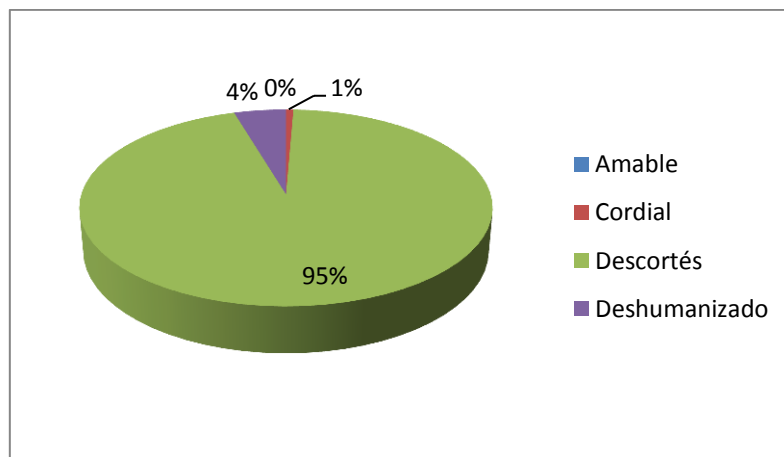


Gráfico 12a. ¿El trato recibido por el personal en general es?(Antes)

Fuente y elaboración: Autora

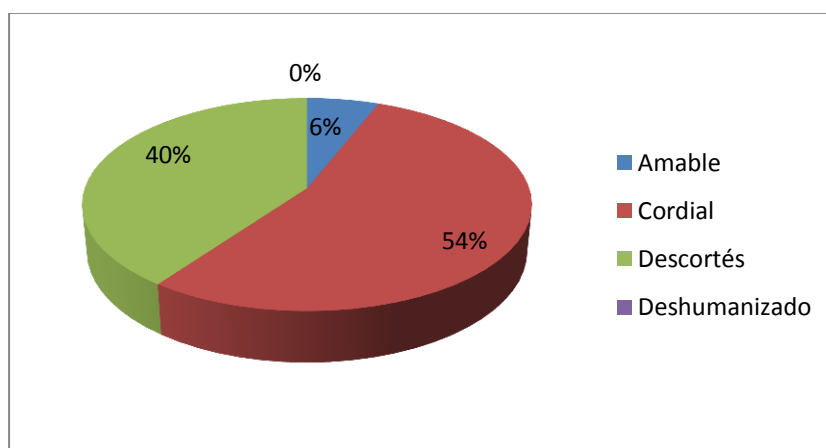


Gráfico 12b. ¿El trato recibido por el personal en general es? (Actual)

Fuente y elaboración: Autora

#### 4.- ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla?

Tabla 14. ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla?

Muy buena	2
Buena	30
Regular	14
Mala	4
Total	50

Fuente y elaboración: Autora

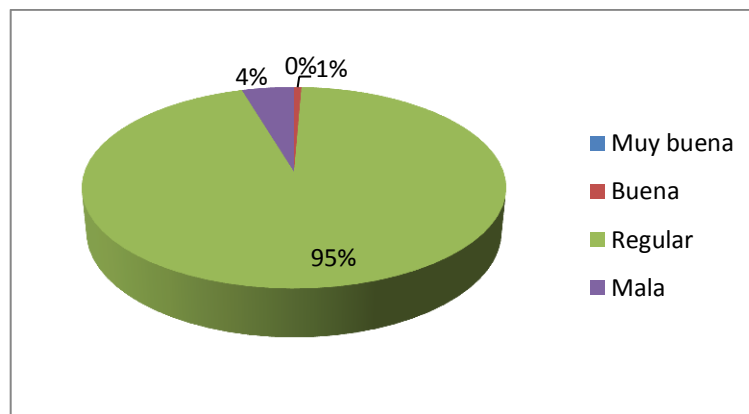


Gráfico 13a. ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla? (Antes)

Fuente y elaboración: Autora

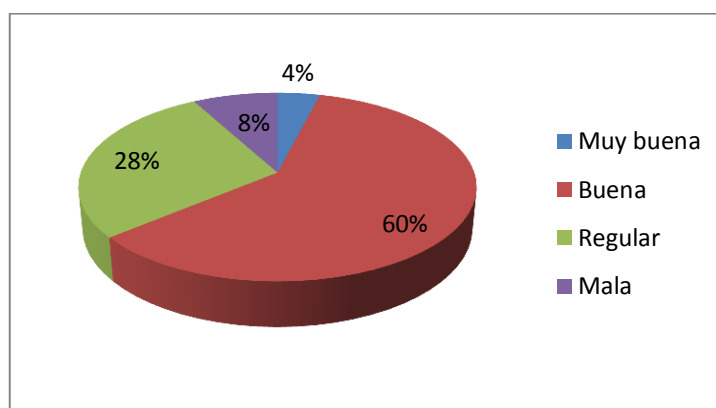


Gráfico 13b. ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla? (Actual)

Fuente y elaboración: Autora

El propósito del presente trabajo de mejorar el sistema de gestión administrativa y técnica del área de Emergencia del HCAM, ha cumplido con el indicador planteado en la casi totalidad de las actividades programadas. Queda pendiente lo que no depende de la autora, la disposición de la Dirección Médica del cumplimiento del Reglamento Interno y del Manual de normas, lo cual va a poner orden en lo administrativo y en el cumplimiento de las competencias de cada colaborador y; va a brindarse una atención eficiente al aplicar protocolos y flujogramas.

Para poder llevar a cabo el propósito de este proyecto se realizaron inicialmente tres talleres cumpliendo con el cronograma establecido, previa la realización de una convocatoria

firmada por el jefe del servicio de emergencia y autorización por parte de la Dirección Técnica de Docencia. Se realizó en el aula VIP con el siguiente cronograma:

**4.5.2 Programa de capacitación para el mejoramiento del área administrativa y técnica del servicio de emergencia del HCAM.**

**Fecha:** 1 de julio del 2013 – 8 de julio del 2013 **Horario:** 7h00 –8h00 am

TEMA	FECHA	FACILITADOR	LUGAR	RESPONSABLES
Taller Participativo de Planificación Estratégica	Lunes 1 de julio del 2013 Hora: 7h00- 8h00 am	Dra. Mónica Villalobos	Sala Vip	Dr. Mauricio Gaibor Jefe del Servicio de Emergencia  M.D. Gabriela Calderón
Taller de Participativo de Gestión de Salud	Martes 2 de julio del 2013 Hora: 7h00- 8h00 am	Dr. Diego Calderón	Sala Vip	Dr. Mauricio Gaibor Jefe del Servicio de Emergencia  M.D.Gabriela Calderón
Taller Participativo de Organización por Procesos	Jueves 4 de julio del 2013 Hora: 7h00 – 8h00 am	Dra. Judith Borja	Sala Vip	Dr. Mauricio Gaibor Jefe del Servicio de Emergencia  M.D.Gabriela Calderón

#### 4.5.2.1 Programa día 1.

TEMA: Planificación Estratégica

LUGAR: Sala Vip

FECHA: 1 de julio del 2013

FACILITADOR: Dra. Mónica Villalobos

- Licenciada en enfermería
- Maestría de Gerencia en Hospitales
- MBA en Administración y Desarrollo Local
- PhD en Administración en Instituciones de Salud.

TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RESPONSABLES	RECURSOS
3 minutos	Apertura	Saludo de Bienvenida	Dr. Mauricio Gaibor Md. Gabriela Calderón	Humanos Materiales
7 minutos	Evaluación previa	Encuesta	Md. Gabriela Calderón	Humanos Materiales
30 minutos	1) Concepto de Planificación Estratégica. 2) FODA 3) Matriz de Priorización 4) Análisis Causa-Efecto 5) Árbol de Problemas 6) Misión, Visión, valores, objetivos	Presentación en Power Point	Dra. Mónica Villalobos	Materiales Humanos

	estratégico. 7) Control y Evaluación			
15 minutos	Preguntas y aportaciones por parte de los participantes			

**OBJETIVO:**

- Conocer las herramientas gerenciales básicas por parte del personal administrativo del servicio de emergencia del HCAM
- Aprender los conceptos básicos de Planificación Estratégica.

**CONCLUSIONES:**

- Alrededor del casi el 100 % del personal capacitado del personal administrativo y no administrativo del servicio de emergencia del HCAM conocen las bases de herramientas gerenciales básicas
- Más del 90 % del personal se capacitó acerca de conceptos básicos sobre Planificación Estratégica.

**4.5.2.2 Programa día 2.**

TEMA: Gestión de Salud

LUGAR: Sala Vip

FECHA: 2 de julio del 2013

FACILITADOR: Dr. Diego Calderón

- Magíster en Gerencia en Salud y Desarrollo Local
- Diploma Superior en Gestión de Talento Humano
- Director Técnico de Investigación y Docencia del HCAM
- Diploma Superior en Bioética
- Profesor de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador



TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RESPONSABLES	RECURSOS
3 minutos	Apertura	Saludo de Bienvenida	Dr. Mauricio Gaibor Md. Gabriela Calderón	Humanos Materiales
40 minutos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia IESS</li> <li>2. Afiliado</li> <li>3. Servicios</li> <li>4. Seguro Social</li> <li>5. Planificación Estratégica</li> <li>6. Economía en Salud</li> <li>7. Ciclo de Deming</li> <li>8. Diagrama de Potter</li> <li>9. Liderazgo</li> </ol>	Presentación en Power Point	Dr. Diego Calderón	Materiales Humanos
20 minutos	Preguntas y aportaciones por parte de los participantes			

**OBJETIVO:**

- Conocer las herramientas gerenciales básicas por parte del personal administrativo del servicio de emergencia del HCAM.
- Aprender los conceptos básicos acerca de gestión de salud.

**CONCLUSIONES:**

- Alrededor del casi el 100 % del personal capacitado del personal administrativo y no administrativo del servicio de emergencia del HCAM conocen las bases de Herramientas Gerenciales Básicas.

- Más del 90 % del personal se capacitó acerca de conceptos básicos sobre Gestión de Salud.

#### 4.5.2.3 Programa día 3.

TEMA: Organización por procesos

LUGAR: Sala Vip

FECHA: 4 de julio del 2013

FACILITADOR: Dra. Judith Borja

- Magíster en Administración de Salud y Desarrollo Local
- Especialista en Emergencias y Desastres
- Directora Técnica de Medicina Crítica del HCAM

TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RESPONSABLES	RECURSOS
3 minutos	Apertura	Saludo de Bienvenida	Dr. Mauricio Gaibor Md. Gabriela Calderón	Humanos Materiales
30 minutos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión por Procesos. Concepto.</li> <li>2. Beneficios y Ventajas</li> <li>3. Implementación de Procesos en Salud</li> <li>4. Mapa de Procesos</li> <li>5. Flujograma</li> </ol>	Presentación en Power Point	Dra. Judith Borja	Materiales Humanos
25 minutos	Preguntas y aportaciones por parte de los participantes			
7 minutos	Evaluación final	Encuesta	Md. Gabriela Calderón	Humanos Materiales

#### OBJETIVO:

- Conocer las herramientas gerenciales básicas por parte del personal administrativo del servicio de emergencia del HCAM
- Aprender los conceptos básicos acerca de Organización por Procesos.

#### CONCLUSIONES:

- Alrededor del casi el 100 % del personal capacitado del personal administrativo y no administrativo del servicio de emergencia del HCAM conocen las bases de Herramientas Gerenciales Básicas
- Más del 90 % del personal se capacitó acerca de conceptos básicos acerca de Planificación por Procesos.

Con respecto a las demás actividades que se estableció en el cronograma se procedió a realizar el Reglamento Interno y el Manual de normas del servicio de emergencia del HCAM según lo programado durante el mes de julio y agosto, además de su aprobación por la Dirección Técnica de Docencia.

Se incluyó en el Manual de procedimientos los flujogramas de atención de emergencia y coordinación con otros servicios de especialidad y así mismo un protocolo de Triage que se realizó tomando como base la Escala de Triage Canadiense.

## **CAPÍTULO 5**

## 5.1 Conclusiones.

1. Se realizó un diagnóstico situacional de la atención de emergencias en el Hospital con la colaboración de los médicos y del personal administrativo y de apoyo.
2. Se obtuvo el compromiso y la necesidad de cambio para la solución de los problemas detectados.
3. Se logró delimitar de manera clara el problema para darle solución con el mejoramiento del sistema de gestión del servicio.
4. Se capacitó a los médicos y personal administrativo en el conocimiento y aplicación de las herramientas básicas de gestión aplicables al Servicio de Emergencia y su utilidad.
5. Se elaboró el Reglamento Interno para ser aplicado en el Servicio con colaboración del Jefe del mismo y la Dirección de Docencia.
6. Se elaboró en Manual de Normas para el servicio y se encuentra en aplicación.
7. Se elaboró el protocolo de triage para atención en Emergencias el cual se está aplicando al momento.
8. Se elaboraron los algoritmos de atención para interconsultas a especialidades y se establecieron tiempos de atención.
9. Se difundieron todos productos elaborados y el Manual de normas de enfermería que, si bien estaba formalmente aprobado y revisado, no se había difundido de manera adecuada.
10. Se ha empezado a evidenciar los resultados de la aplicación del modelo de gestión y se ha verificado un aumento importante en la satisfacción de los usuarios.
11. Se alcanzará el mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio a niveles elevad

## 5.2 Recomendaciones.

1. Motivar a los servicios de emergencias de las otras unidades de salud del IESS para que adopten sistemas de gestión más eficientes que vayan a mejorar la calidad de atención a los pacientes. El presente modelo puede ser un buen ejemplo para que las autoridades dispongan su aplicación.
2. Aplicar la gestión por procesos en todas las unidades de salud del IESS, dando cumplimiento al acuerdo ministerial vigente, pues, al corto plazo, las unidades del IESS pasarán a formar parte del MSP.
3. Mejorar el clima laboral para lograr la motivación por parte del personal para una participación activa en todos los procesos de gestión del Servicio.
4. Elaboración e implementación de protocolos con aplicación a nivel nacional, se debe coordinar con el MSP para unificar criterios.
5. Aplicar de manera obligatoria el sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de emergencias por niveles, de esta manera se va a potenciar una atención especializada en el nivel 3, para no atender patologías de complejidad baja.
6. Aplicar actividades continuas de monitoreo y control del cumplimiento de las normas y protocolos para actuar de manera oportuna ante las brechas detectadas.
7. Finalmente, un sistema de monitoreo de la calidad de atención mediante encuestas frecuentes se hace indispensable.

### 5.3. Bibliografía.

1. Alles, M. (2011). Comportamiento Organizacional. (2ªed.). Buenos Aires: Editorial ,Granica.
2. Alminatty ,Kattya.(2005). Guía Didáctica de Investigación en Salud. Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador.
3. Anello E. y Juanita Hernández.( 1998). Planificación Estratégica. Ed, MEC.
4. Beaglehole, R, (1994). Epidemiología Básica. OPS. Washington.
5. Blanchard, Ken (2009). Liderazgo al más alto nivel, Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño”, Colombia, Edit. Norma.
6. Canadian Association of Emergency Physicians (2013) .CAEP . Recuperado el 24 de septiembre del 2013. Obtenido en : [www. Caep.ca](http://www.caep.ca).
7. Canadian Association of Emergency Physicians (2013) .CAEP . Recuperado el 24 de septiembre del 2013. Obtenido en : [www. Caep.ca](http://www.caep.ca).
8. Chiavenato I.(2006). Introducción a la teoría general de la administración. Edición Séptima.
9. Dávila S. (2011), Teoría de las Organizaciones. Quito: Editorial, ASD Consultoría.
10. Dávila S. (2012), Guía Didáctica Teoría de las Organizaciones. Loja. Editorial: UTPL .
11. Darquea Sevilla, Gonzalo. (1998). Planeación Estratégica Aplicada. Santa Fe de Bogotá. Ed. Nomos S.A.
12. Esteban, José. (2000) El Hospital como empresa social, Encuentro Internacional de Gerencia en Salud.
13. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Goransson E.(2011). Emergency Deparmetn Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. ScandinavianJournal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. Sweden, 19, (1).
14. Flórez (1991). Curso Modular de Epidemiología, Colombia.
15. García, D. Lutsak, N. Instructivo para la elaboración y presentación del Trabajo de Investigación. Loja. Editorial : UTPL.
16. Hernández , Roberto, (1997). Metodología de la Investigación. Colombia: McGraw- Hill.
17. Ley de Seguridad Social (2009). Congreso Nacional Norma Vigente. Obtenido en: [www.iess.gov.ec](http://www.iess.gov.ec). Recuperado el 14/08/2013

18. Manual de la OPS – OMS. Mejoramiento continuo de la calidad de los Servicios de salud
19. Metodología para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos (2010).México.
20. Ministerio de Salud Pública ,(2004) Dirección y Mejoramiento de la Salud Pública, Serie Manuales de Capacitación, Guía para la Elaboración de Proyectos, Quito- Ecuador.
21. Mariño N, Hernando.( 2001). Gerencia de Procesos. Bogotá Ed. Alfaomega.
22. OPS (1994). La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: los Contenidos Educativos Washington DC. OPS / OMS.
23. OMS. (1993). Análisis de las Organizaciones de la Salud. Washington DC. OPS.
24. (OPS) (1996) . Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos en la Organización Panamericana de la Salud.
25. Modelo de Gestión. Obtenido en: [www.araucaniasur.cl/modelo-gestion](http://www.araucaniasur.cl/modelo-gestion). Recuperado: 23/08/2013.
26. Gestión de Recursos Humanos. Obtenido en: [www.ccee.edu.uy/gestion](http://www.ccee.edu.uy/gestion) de recursos humanos en triage de **servicios**. Recuperado : 24/08/2013.
27. Gestión de Salud. Obtenido en:[www.hospitaldetalca.cl/2012../autogestion\\_2012\\_03\\_08\\_32](http://www.hospitaldetalca.cl/2012../autogestion_2012_03_08_32) . Recuperado el 24/08/2013.
28. Plan Estratégico Hospital Eugenio Espejo. Obtenido en: [www.hee.gob.ec/Plan estratégico Hospital Eugenio Espejo](http://www.hee.gob.ec/Plan%20estrat%C3%A9gico%20Hospital%20Eugenio%20Espejo), Quito Ecuador. Recuperado el:25/08/2013..
29. Pardo de Vélez, G.(1998). Investigación en Salud: Factores Sociales. Colombia: Mcgraw-hill. Interamericana.
30. Piedra, M (2012). Guía Didáctica Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado I. Loja. Editorial: UTPL .
31. Pineda, E. Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación. (3° ed.) . Washington, D.C: ISBN.
32. Polit, Humgñer.(1995). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Mcgraw-hill. Interamericana.
33. Sapag Chain, Nassir. (2007) Proyectos de Inversión Formulación y Evaluación . Pretince Hall. México
34. Schermerhorn, John (2010). Administración , 2da edición, México , Editorial Limusa Wilwey



35. Santillán, Fabiola; Ramos, Edgar. (2004) “ La Gestión de Recursos en Salud “. Especialidad en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, Guía Didáctica 2 ciclo, módulo IV . Loja, UTPL.
36. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E, Paolillo E, Russi U, Alvarez J. (2011) Experiencia de triaje estructurado en el departamento de emergencia. Rev Med Urug . , Uruguay, 27, 88-93.
37. Varkevisser, C.(1995). Diseño y Realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud, OMS, Canadá.
38. NB OHSAS 18001 – 2007. "Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional – Requisitos", La Paz, IBNORCA.
39. NB ISO 9001 – 2000. (2003) "Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos", La Paz, IBNORCA.
40. Beltrán J.Carmona M, Carrasco R, Rivas m, Tejedor F. (2003). Guía para la Gestión Basada en Procesos. Valencia, Ediciones Berekintza.
41. Lester R. Curso Practico del Supervisor La Supervisión y las Relaciones Humanas, McGRAW-HILL, México.
42. Orientación Acerca del Enfoque Basado en Procesos para los Sistemas de la Gestión de la Calidad, (2011). Obtenido en:<http://www.monografias.com/trabajos96/gestion-eficaz-seguridad-y-salud-ocupacional/gestion-eficaz-seguridad> . Recuperado el :22/08/2013
43. Aguilar, R. (2003). Proceso Administrativo. Monografías. México. 2003. Obtenido en:<http://www.monografias.com/trabajos12/proadm/proadm.shtml>. Recuperado el: 19/08/2013.
44. Amador, J.(2006). Proceso Administrativo. Portal para Investigadores y Profesionales El Prisma. México. Obtenido en:[http://www.elprisma.com/apuntes/administracion\\_de\\_empresas/procesoadministrativo/default4.asp](http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/procesoadministrativo/default4.asp). Recuperado: 10/08/2013.
45. Caravallo, Y. (2008).Teoría Organizacional y Administrativa. Universidad de Oriente. Venezuela. Núcleo Bolívar.
46. Carhuapoma R (2005).Teoría Organizacional 1. La Administración y sus Principios. Universidad José Carlos Mariátegui. Modulo Teoría organizacional 1.
47. Casey B, S.(2006).Linking Human Resources to Organizational Performance and Employee Relations in Human Services Organizations: Ten HR Essentials for Managers. International Journal of Public Administration. 29(7), 517-523.
48. Espinoza , A (2008). Proceso Administrativo. Monografías. México. 2008

49. González, (2001). Educación permanente en salud. Gestión en los servicios de salud. Quito, Ecuador. Pág. 83-84
50. Lom, A.(2006). Teoría de la Organización. Gestipolis. México. Obtenido en: <http://www.gestipolis1.com/recursos7/Docs/ger/teoria-de-la-organizacion-y-su-administracion.htm>. Recuperado el 18/08/2013.
51. Medina, E, Kaempffer, A.(2007).Elementos de Salud Pública Capitulo Quinto Organización y Administración. Biblioteca Nacional de la Universidad de Chile
52. Mora, C.(2010). Calidad y Productividad en la administración de la salud - Consideraciones básicas, alcances, repercusiones. Gestipolis, Obtenido en: <http://www.gestipolis.com/canales6/ger/calidad-productividad-en-salud.htm>. Recuperado el: 18/08/2013.
53. Olortegui, D.(2004).Administración de Recursos Humanos en Clínicas y Hospitales. Monografías. Perú.
54. Otero, J.(2010).Marketing y Gerencia de la Salud. Revista Bioanálisis. Mendoza, Argentina. Obtenido en: <http://www.revistabioanálisis.com/arxius/notas/marketing.pdf>. Recuperado el: 17 /08 / 2013.
55. Pelayo, C.(2000). Las principales teorías administrativas y sus enfoques. Monografías. Venezuela.
56. Prado, E.(2009)La gestión integral de recursos humanos basada en competencias. Monografías. Cuba.
57. Quintero, O.(2005)Antecedentes generales de la Administración de Recursos Humanos. Monografías. México.
58. Reyes, L.(2010).Proceso Administrativo. El Prisma Portal para Investigadores y Profesionales. México. Obtenido en:[http://www.elprisma.com/apuntes/administracion\\_de\\_empresas/procesoadministrativoconcepto/](http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/procesoadministrativoconcepto/). Recuperado el:17/08/2013.
59. Santacruz, J.(2005). Gestión o Gerencia. Modelos de Trabajo Asociado, Modelos Organizacionales. Ediciones Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
60. THOMPSON, M. & ANTEZANA, J. El Proceso Administrativo. Promonegocios.net. México. 2006. Disponible en: <http://www.promonegocios.net/administracion/proceso-administrativo.html>. Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos82/administracion-servicios-salud/administracion-servicios-salud3.shtml#ixzz2ew36SgyD>.
61. Allison, Michael; Jude Kaye (2005). Administración de servicios de salud (2da edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. pp. 12. ISBN0471445819.

62. Blanco Restrepo, Jorge Humberto; José María Maya Mejía (2006). Administración de servicios de salud (2da edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. pp. 46. ISBN9589400868.
63. Adolfo H. Chorny. Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes cuadernos médico sociales 73: 23-44. Consultado 25 de septiembre de 2010.
64. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, 3. Plan decenal de salud para las Américas: Informe final. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; ene. 1973. 146 p. (OPS. Documento Oficial, 118). Consultado el 25 de septiembre de 2010.
65. HERNÁNDEZ M., Walter Ismael. Aporte de la epidemiología al trabajo rector de los niveles locales de salud. Rev. costarric. salud pública, dic. 1998, vol.7, no.13, p.55-63. ISSN 1409-1429. Consultado el 25 de septiembre de 2010.
66. Julia Li Vargas (Universidad de Costa Rica) (2005). «Planificación en los servicios de salud». Curso especial de posgrado en gestión local de salud. Consultado el 25 de septiembre de 2010.
67. Malagon (2008). Administracion Hospitalaria. Ed. Médica Panamericana. pp. 71-72. ISBN9589181988.
68. Zuckerman, AM. Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning (artículo completo disponible en inglés). Frontiers of health services management 2006; 23: p 2. Último acceso 2 de octubre de 2010.
69. Liborio M, Tomisani AM y col. Estrategias de prevención de dengue. Rosario, Argentina Rev. Bras. Epidemiol.; 2004, (7)3; 311-327. Consultado el 5 de febrero de 2011.
70. Menon, A. et al. (1999). «Antecedents and Consequences of Marketing Strategy Making». Journal of Marketing (American Marketing Association) 63 (2): pp. 18–40. doi:10.2307/1251943.
71. Hill, T. & R. Westbrook (1997). «SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall». Long Range Planning30 (1): pp. 46–52. doi:10.1016/S0024-6301(96)00095-7.
72. José María Paganini. Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud. Centro Interdisciplinario para la Salud; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata Argentina.

## 5.4. Apéndices

### 5.4.1 Apéndice 1

#### Encuesta de opinión al usuario externo

1.- ¿El tiempo de espera que usted invierte para acceder a la atención es?

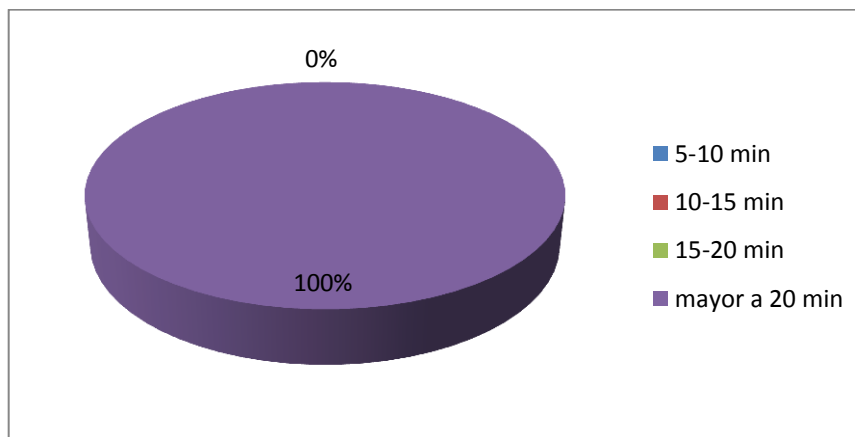


Gráfico 14. ¿El tiempo de espera que usted invierte para acceder a la atención es?

Fuente y elaboración : autora

2.- ¿El tiempo en que realizaron la evaluación médica fue?

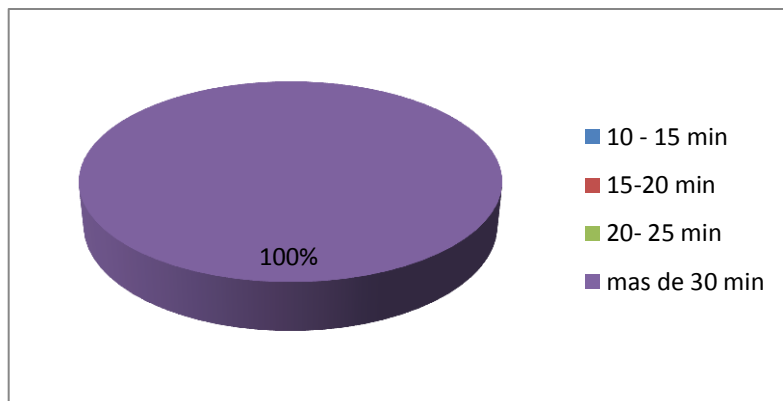


Gráfico 15 ¿El tiempo en que realizaron la evaluación médica fue?

Fuente y Elaboración: Autora

3.- ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla?

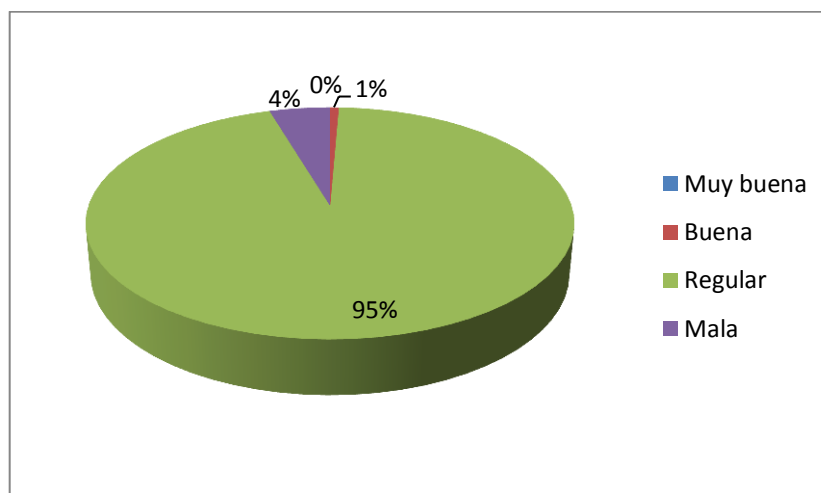


Gráfico 16. ¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla?

Fuente y Elaboración: Autora

4.- ¿El médico le comunicó a usted y a sus familiares sobre su estado de salud?

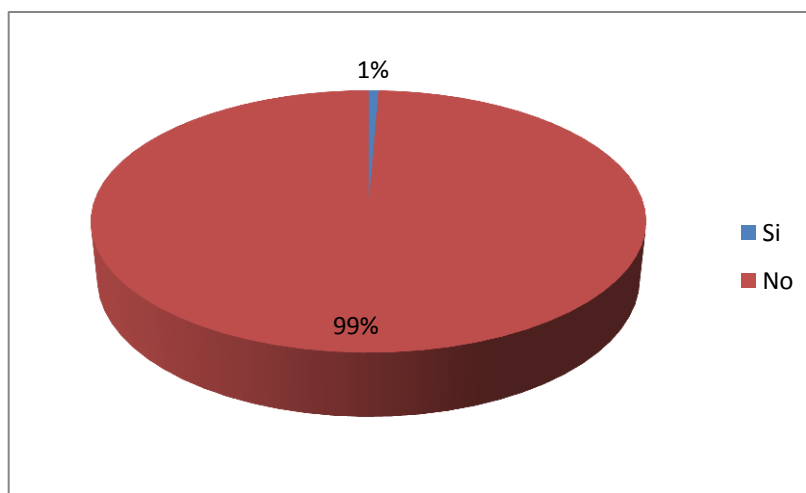


Gráfico 17. ¿El médico le comunicó a usted y a sus familiares sobre su estado de salud?

Fuente y Elaboración: Autora

5.- ¿En qué tiempo considera usted que fueron tomadas las muestras de laboratorio y los exámenes en el servicio de Imagenología?

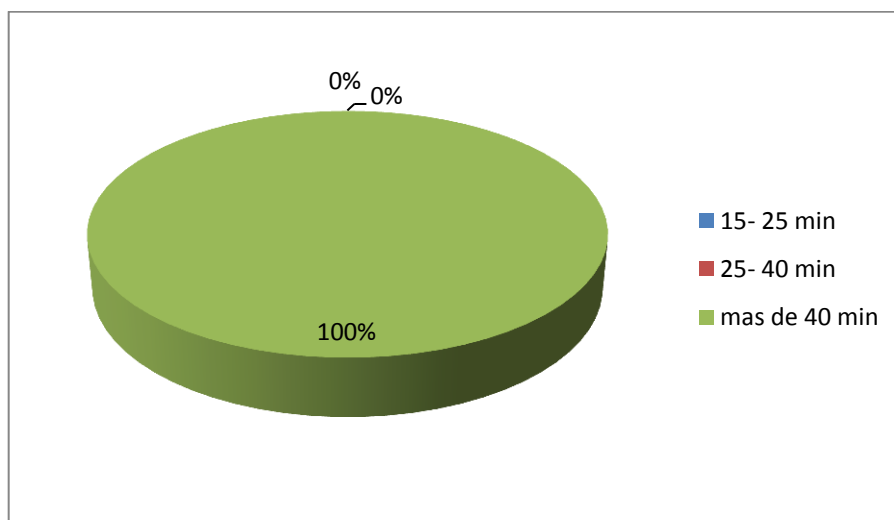


Gráfico 18. ¿En qué tiempo considera usted que fueron tomadas las muestras de laboratorio y los exámenes en el servicio de Imagenología?

Fuente y Elaboración: Autora

6.- ¿Para la entrega de medicamentos en farmacia usted esperó?

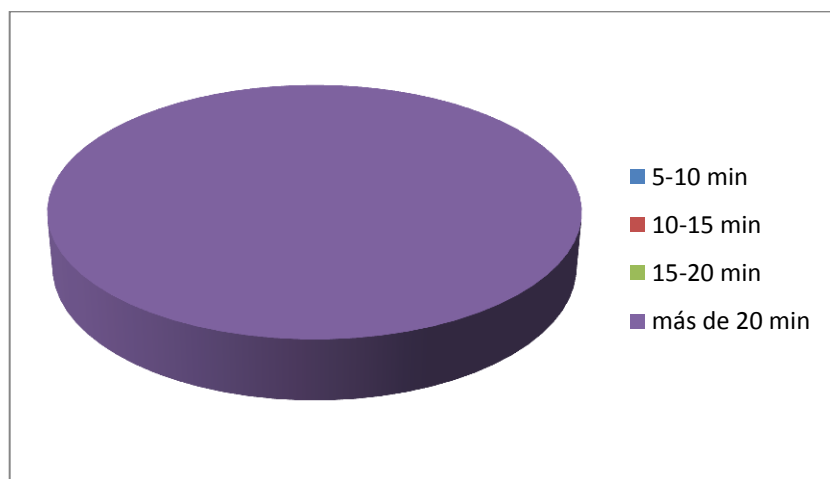


Gráfico 19 .¿Para la entrega de medicamentos en farmacia usted esperó?

Fuente y Elaboración: Autora

7.- ¿Cómo califica usted a la atención recibida en el servicio de emergencia?

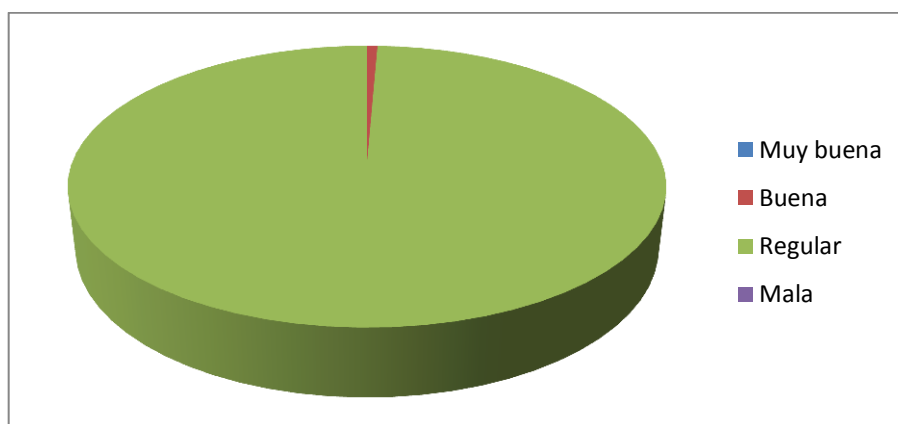


Gráfico 20. ¿Cómo califica usted a la atención recibida en el servicio de emergencia?

Fuente y Elaboración: Autora

8.- ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted, brindan seguridad, confianza, y privacidad?

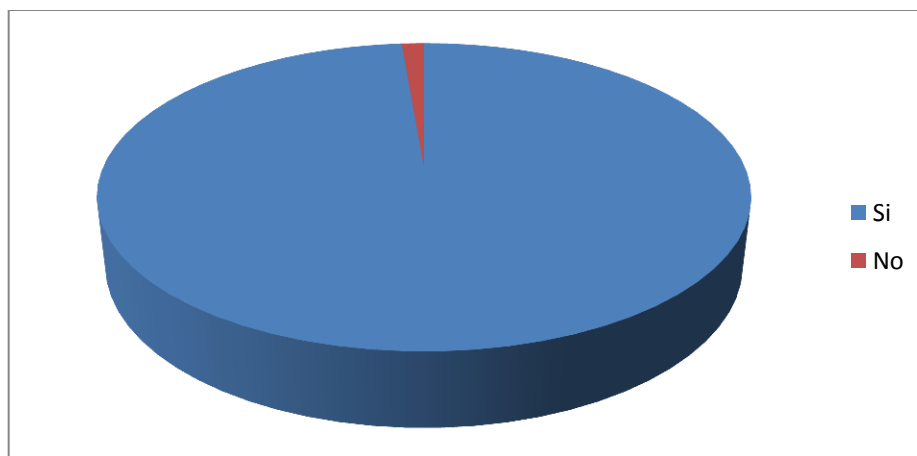


Gráfico 21. ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted, brindan seguridad, confianza, y privacidad?

Fuente y Elaboración: Autora

9.- ¿El trato recibido por el personal en general es?

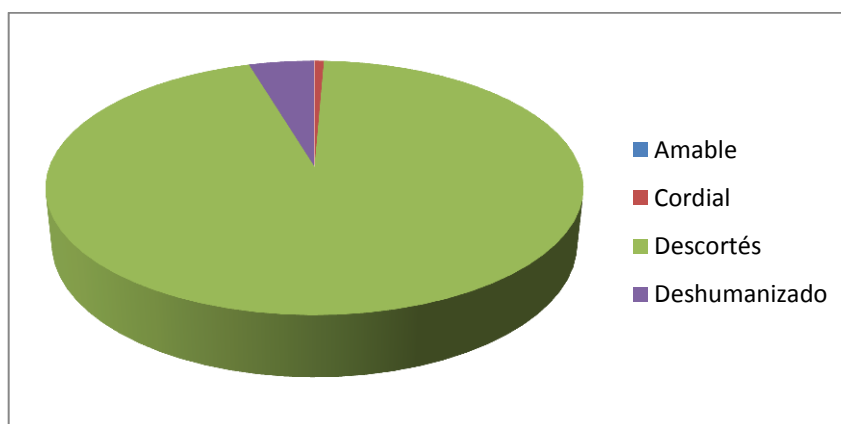


Gráfico 22. ¿Cómo califica usted a la atención recibida en el servicio de emergencia?

Fuente y Elaboración: Autora

10. ¿Considera usted que la atención en el servicio de emergencia debe cambiar hacia las necesidades actuales?

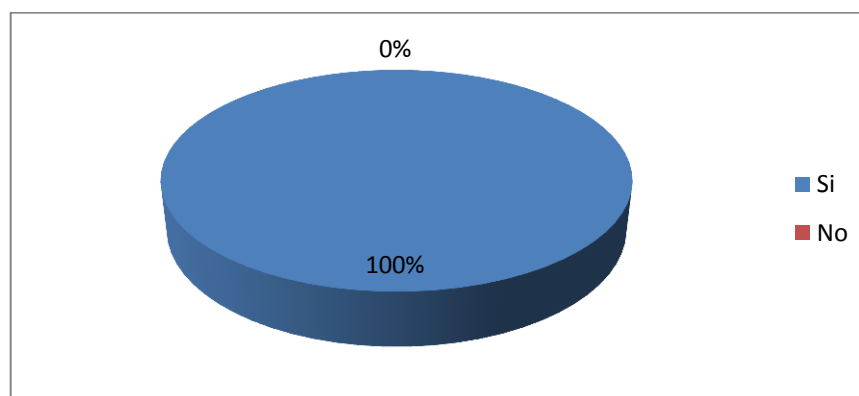


Gráfico 23. ¿Considera usted que la atención en el servicio de emergencia debe cambiar hacia las necesidades actuales?

Fuente y Elaboración: Autora



## 5.4.2 Apéndice 2

### *Encuesta de opinión al usuario interno.*

1.- Considera usted que el servicio de emergencia está preparado para afrontar la demanda?

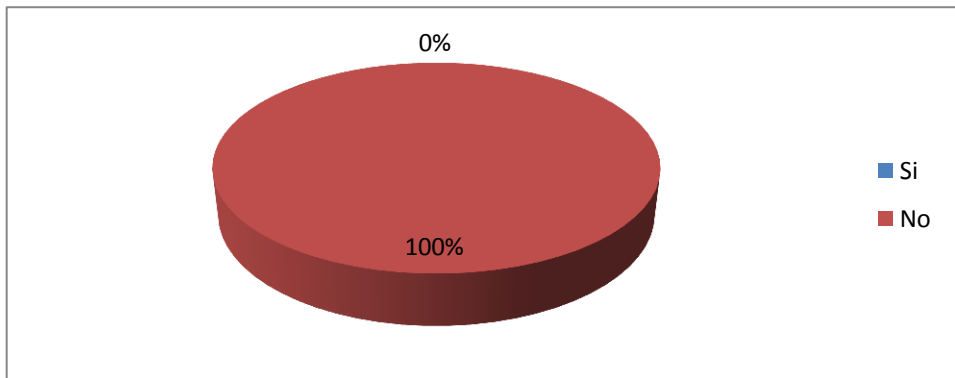


Gráfico 24. Considera usted que el servicio de emergencia está preparado para afrontar la demanda?

Fuente y elaboración: autora

2.- ¿Considera usted que el modelo de gestión actual permite actuar al personal con eficiencia?

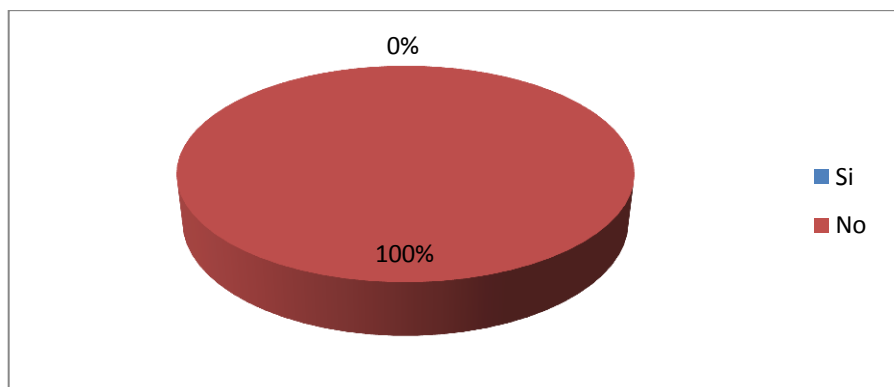


Gráfico 25. ¿Considera usted que el modelo de gestión actual permite actuar al personal con eficiencia?

Fuente y elaboración: autora

3.- ¿Cree usted que el triage que se aplica en el servicio de emergencia, está acorde a las exigencias actuales?

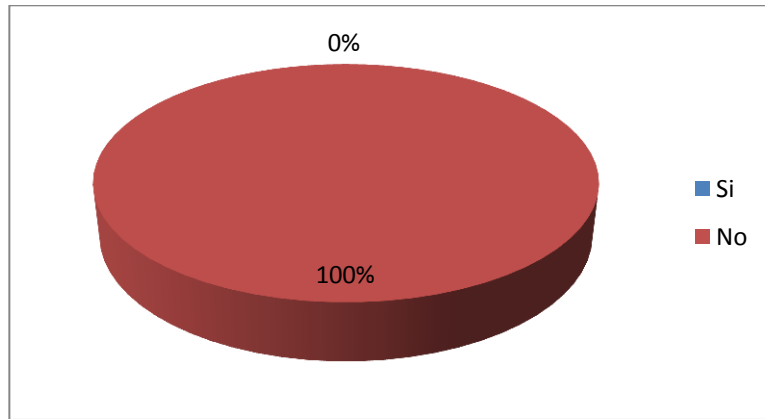


Gráfico 26. ¿Cree usted que el triage que se aplica en el servicio de emergencia, está acorde a las exigencias actuales?

Fuente y elaboración: autora

4.- ¿Considera usted que la persona que actualmente realiza el triage es la idónea?

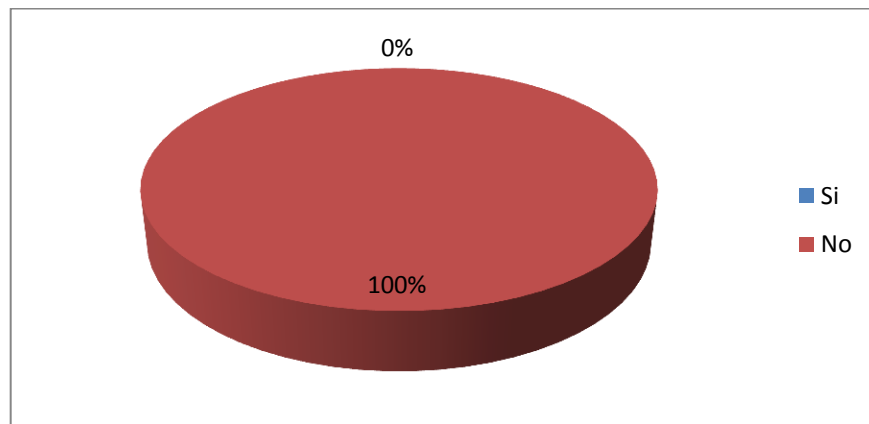


Gráfico 27. ¿Considera usted que la persona que actualmente realiza el triage es la idónea?

Fuente y elaboración: autora

5.- ¿Considera usted que el tiempo destinado al proceso de triage es el necesario?

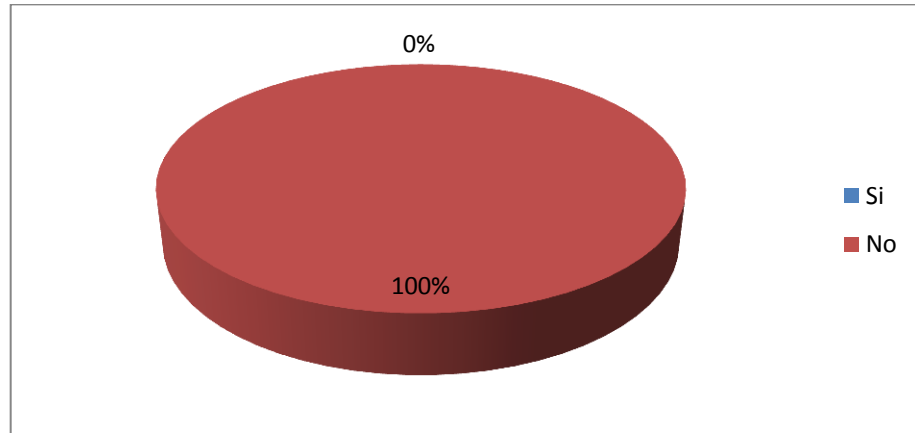


Gráfico 28. ¿Considera usted que el tiempo destinado al proceso de triage es el necesario?

Fuente y elaboración: autora

6.- ¿Considera usted que el espacio físico para atender a los pacientes está acorde a la demanda?

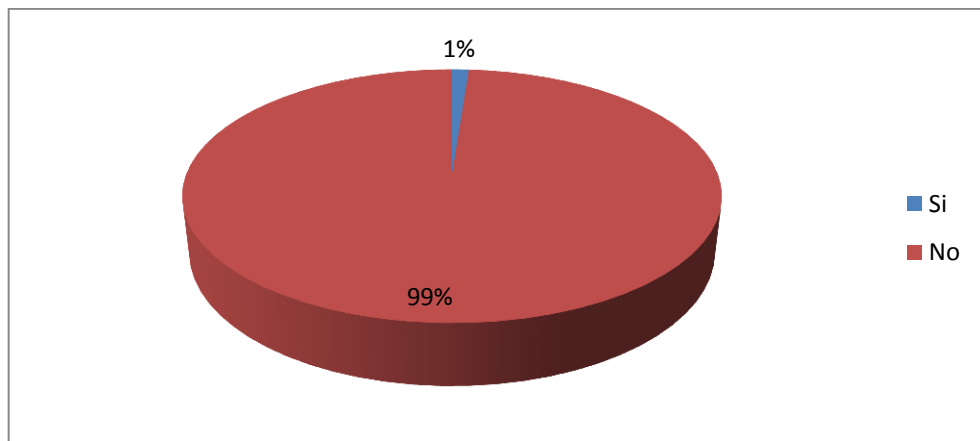


Gráfico 29. ¿Considera usted que el espacio físico para atender a los pacientes está acorde a la demanda?

Fuente: y elaboración: autora

7.- ¿Está usted de acuerdo con la distribución de los ambientes para la atención de los pacientes?

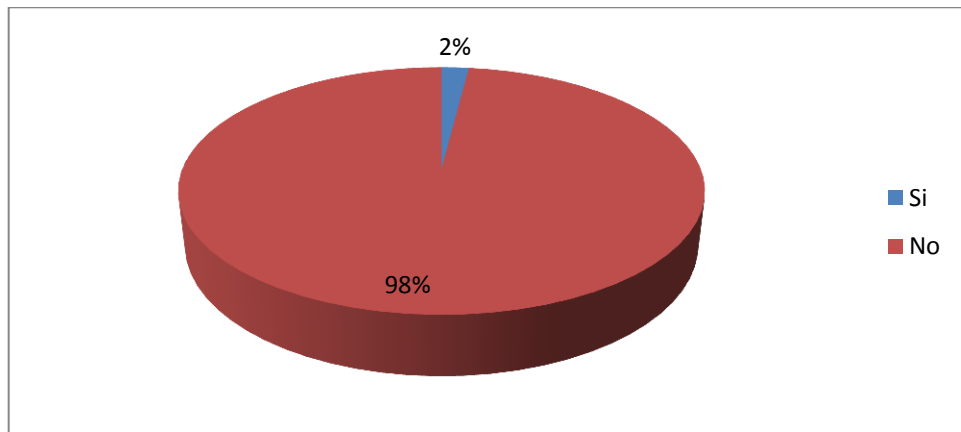


Gráfico 30. ¿Está usted de acuerdo con la distribución de los ambientes para la atención de los pacientes?

Fuente: y elaboración: autora

8.- ¿Estaría usted de acuerdo en que se atienda a los pacientes en áreas específicas, seleccionadas por patología clínica?

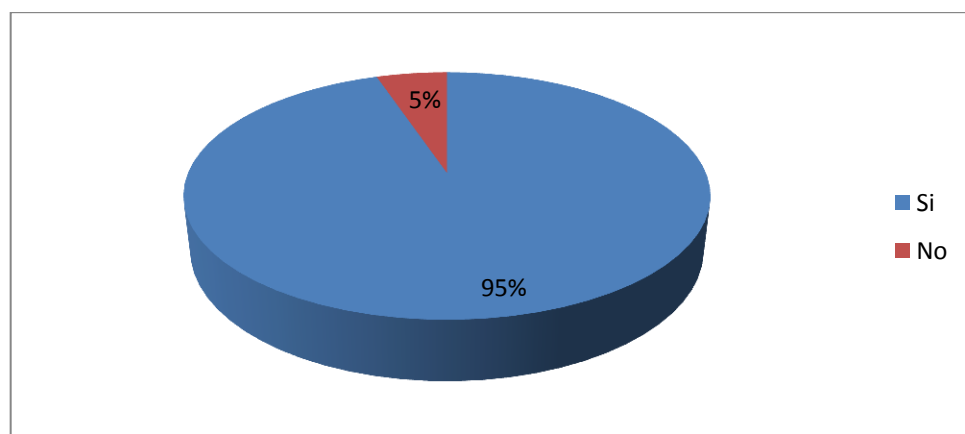


Gráfico 31. ¿Estaría usted de acuerdo en que se atiendan a los pacientes en áreas específicas, seleccionadas por patología clínica?

Fuente: y elaboración: autora

9.- ¿Considera usted de la existencia de un programa de capacitación y entrenamiento para el personal del hospital?

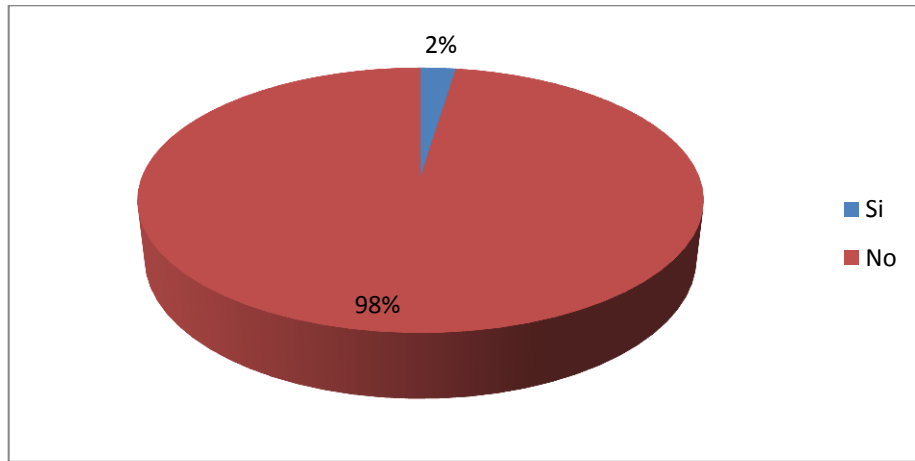


Gráfico 32. ¿Considera usted de la existencia de un programa de capacitación y entrenamiento para el personal del hospital?

Fuente: y elaboración: autora

10. -¿Conoce usted de la existencia de un programa de capacitación y entrenamiento para el personal del hospital?

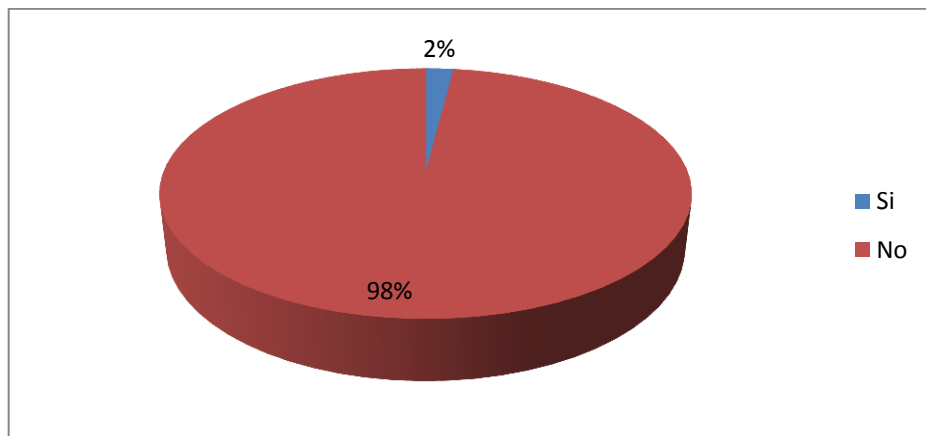


Gráfico 33. -¿Conoce usted de la existencia de un programa de capacitación y entrenamiento para el personal del hospital?

Fuente: y elaboración: autora



6. Para la entrega de medicamentos en Farmacia usted esperó:
- 5 a 10 min
  - 10 a 15 min.
  - 15 a 20 min
  - Más de 20 min.
7. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida en el servicio de emergencia?
- Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
8. ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted brinda seguridad, confianza y privacidad?
- Sí                                      No
9. ¿El trato recibido por el personal en genera es?
- Amable
  - Cordial
  - Descortés
  - Deshumanizado
10. ¿Considera usted que la atención io de emergencia debe cambiar hacia las necesidades actuales?
- Sí                                      No

GRACIAS POR SU ATENCIÓN.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL  
ENCUESTA DE OPINIÓN USUARIO INTERNO

El objetivo de la encuesta de opinión está encaminada a conocer la percepción y el entorno laboral en el que se desenvuelve el equipo multidisciplinario del Servicio de emergencia del Hospital “Carlos Andrade Marín”.

**Instructivo:** Marque con una “X” la respuesta que usted considere.

1. ¿Considera usted que el servicio de emergencia está preparado para afrontar la demanda?  
Sí  No
  
2. Considera usted que el modelo de gestión actual permite actuar al personal con eficiencia?  
Sí  No
  
3. ¿Cree usted que el triage que se aplica en el servicio de emergencia, está acorde a las exigencias actuales?  
Sí  No
  
4. ¿Considera usted que la persona que actualmente realiza el triage es la idónea?  
Sí  No
  
5. ¿Considera usted que el tiempo de espera al proceso del triage es el necesario?  
Sí  No
  
6. ¿Considera usted que el espacio físico para atender a los pacientes está acorde a la demanda?  
Sí  No
  
7. ¿Está usted de acuerdo con la distribución de los ambientes para la atención a los pacientes?  
Sí  No





8. La calidad toma en cuenta los requerimientos y expectativas
  - e. Del médico
  - f. Del cliente interno
  - g. Del staff administrativo
  - h. Del cliente externo
9. Clima laboral se considera:
  - d. La temperatura en el área de trabajo
  - e. Cualidades del ambiente de trabajo
  - f. Nada tiene que ver con el trabajo
10. Qué tipo de trabajo considera Usted más importante en salud:
  - d. Individual
  - e. Equipo
  - f. Grupo

#### **5.4.5 Apéndice 5.**

#### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

1.- ¿Cómo califica usted a la atención recibida en el Servicio de Emergencia?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

2.- ¿El ambiente (cubículo) donde fue atendido usted, brindan seguridad , confianza y privacidad?

Si

No

3.- ¿El trato recibido por el personal en general es?

Amable

Cordial

Descortés

Deshumanizado

4.-¿Cómo calificaría usted la atención médica, enfermería y del personal de ventanilla?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

## 5.4.6 Apéndice 6

### 5.4.6.1 Fotos relatorías de los talleres



Foto1 .TALLER DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Fuente: autora



Foto2 .TALLER DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Fuente: autora



Foto 3. TALLER DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Fuente y elaboración: autora

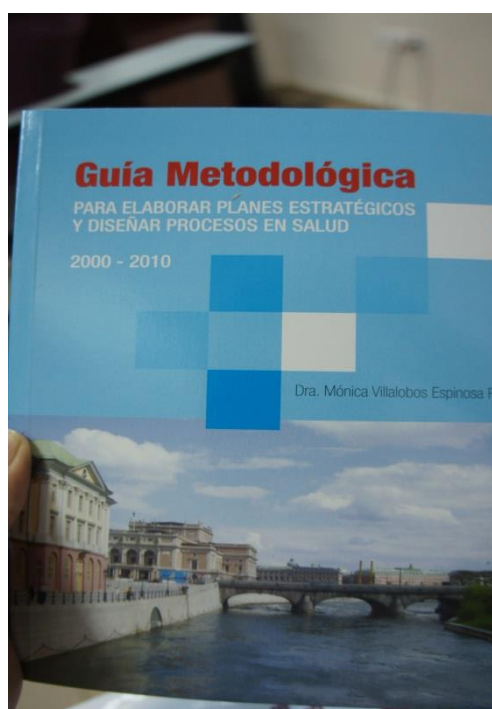


Foto 4. Guía Metodológica

Guía Metodológica elaborada por la Dra. Mónica Villalobos



Foto 5. TALLER DE GESTIÓN DE SALUD

Fuente y elaboración: Autora



Foto 6. TALLER DE GESTIÓN DE SALUD

Fuente y elaboración: autora



Foto 7. .TALLER DE GESTIÓN DE SALUD

Fuente y elaboración: autora



Foto 8. ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

Fuente y elaboración: autora



Foto 9. ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

Fuente y elaboración : autora



Foto 10. ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

Fuente y elaboración : autora

#### 5.4.6.2 Fotos servicio de emergencia HCAM



Foto 11. ENTRADA AL SERVICIO DE EMERGENCIA HCAM

Fuente y elaboración: autora



Foto 12. TRIAGE DE EMERGENCIA HCAM

Fuente y elaboración: autora





Foto 13. ADMISIÓN Y CALIFICACIÓN DE DERECHO

Fuente y elaboración: autora



Foto 14. CONSULTORIO DE TRAUMATOLOGÍA (1)

Fuente y elaboración: autora

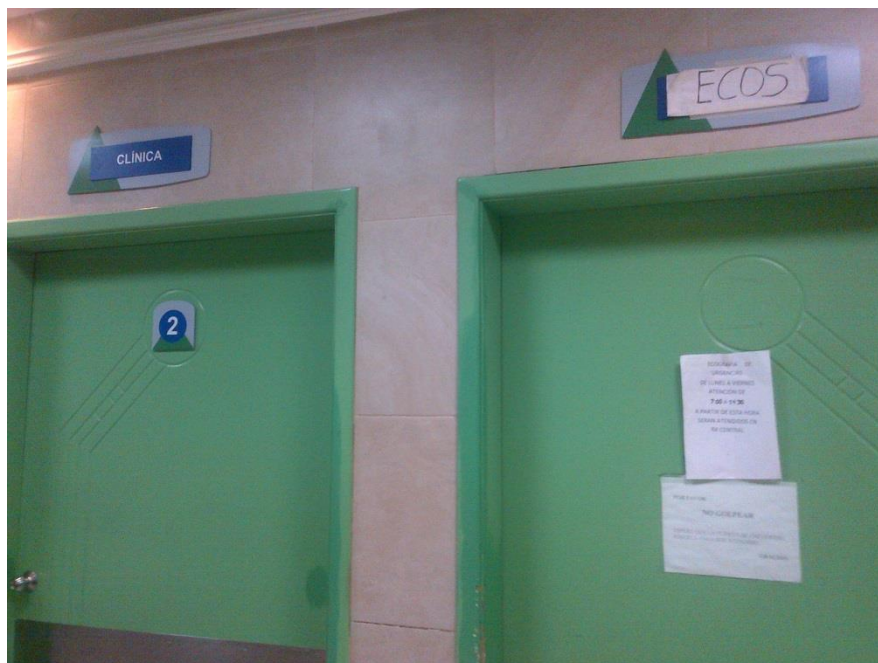


Foto 15. CONSULTORIO DE CLÍNICA (2)

Fuente y elaboración: autora



Foto 16. CONSULTORIO DE CLÍNICA (4,5,6 )

Fuente y elaboración: autora



Foto 17. CURACIONES ( CONSULTORIO 7)

Fuente y elaboración: autora

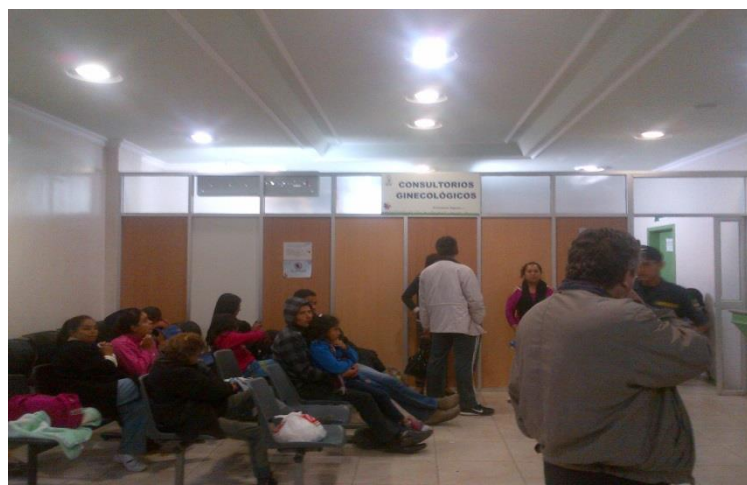


Foto 18. CONSULTORIO DE EMERGENCIAS DE GINECOLOGÍA

Fuente y elaboración: autora

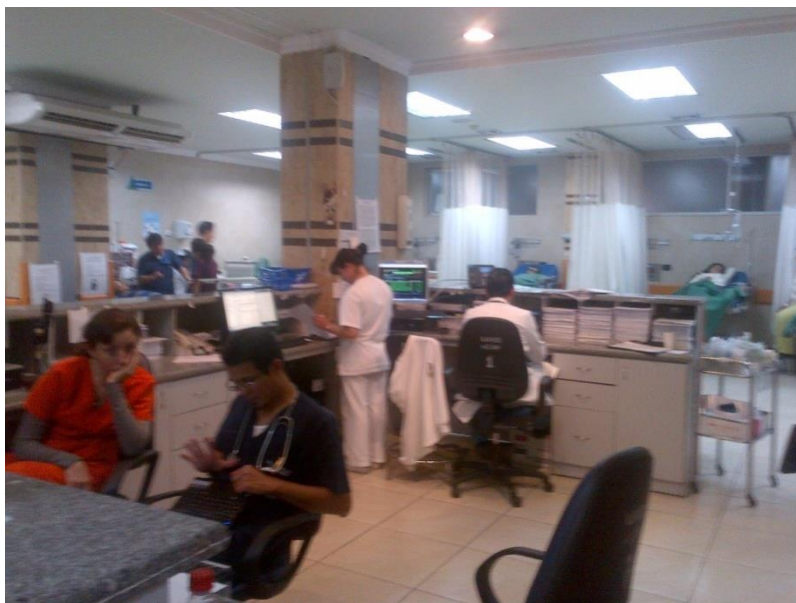


Foto 19. ESTANCIA CORTA DE EMERGENCIA :ESTACIÓN DE ENFERMERÍA

Fuente y elaboración: autora



Foto 19. ESTANCIA CORTA DE EMERGENCIA :CUBÍCULO 1 Y 2

Fuente y elaboración: autora



Foto 20. ESTANCIA CORTA DE EMERGENCIA: CUARTO DE CRÍTICO

Fuente y elaboración: autora



Foto 21. ESTANCIA CORTA DE EMERGENCIA: cubículo 4

Fuente y elaboración: autora

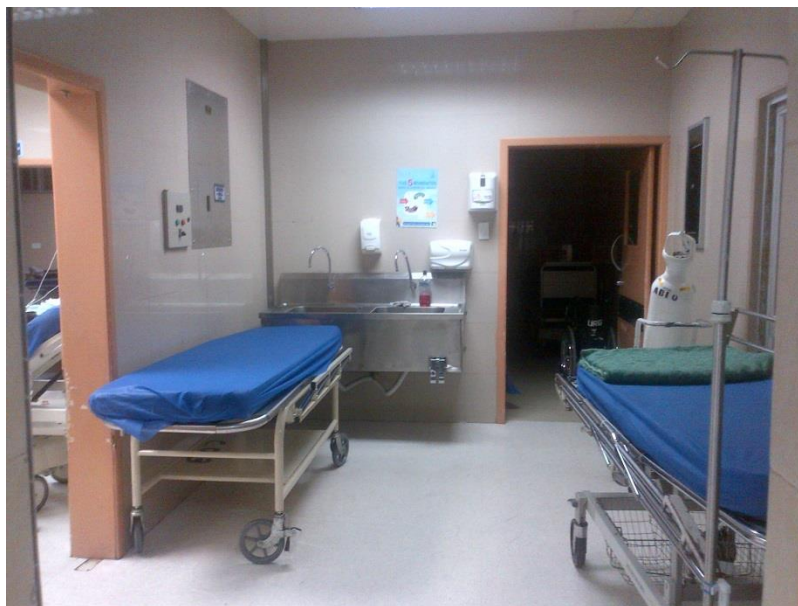


Foto 22. ESTANCIA CORTA DE EMERGENCIA: cubículo 4

Fuente y elaboración: autora



Foto 23. TRABAJO SOCIAL DE EMERGENCIA

Fuente y elaboración: autora

## FIGURA 8.15 SALA DE OBSERVACIÓN



Foto 24. Sala de observación

Fuente y elaboración: autora




Foto 25. GUARDIA B SERVICIO DE EMERGENCIA

Fuente y elaboración: autora

## 5.4.8 Apéndice 8

### Documentos varios.



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

DM Quito 2 de septiembre de 2013.  
111011241-COOR-ENF-DC-0158

**Doctora**  
**Gabriela Calderón Suasnavas**  
Presente

En atención al oficio S/N del 30 de agosto de 2013, mediante el cual solicita se le autorice hacer una revisión y análisis del Manual Técnico Administrativo del Servicio de Emergencia y Observación de esta Casa de Salud, como parte de las actividades planificadas, en el cronograma, de la ejecución del proyecto denominado "MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y TÉCNICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, QUITO 2013".


Al respecto me permito comunicarle que esta Dependencia hace la entrega formal de dicha Herramienta de Gestión, como también se brindara todas las facilidades para que se cumpla con la actividad planificada de difusión del Manual Técnico Administrativo del Servicio de Emergencia.

Atentamente



**MSc. German Delgado Montenegro**  
**COORDINACIÓN DE ENFERMERIA EN DOCENCIA**

Elaborado.	MSc. German Delgado	GD
Revisado	MSc. German Delgado	GD
Fecha	02-09-2013	







**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"**  
DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA  
AYACUCHO Y 18 DE SEPTIEMBRE - TELÉFONO 2546255

DM. Quito, 12 de junio del 2013  
111011241-487  
TR:190466

Médica  
**GABRIELA CALDERON SUASNAVAS**  
Presente


**ASUNTO:** Se aprueba Desarrollo de Tesis de Grado.

Por medio del presente, me permito comunicar a usted que en sesión de la comisión de Gestión de Investigación clínica del Hospital "Carlos Andrade Marín", realizada el 5 de junio del 2013, se conoció y aprobó el desarrollo del Proyecto de Acción denominado: "MEJORAMIENTO DE LA GESTION ADMINISTRATIVA Y TECNICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN" QUITO 2013."

En esta oportunidad quiero manifestarle que cuenta con la autorización y apoyo de la Dirección técnica de Docencia; como también del Dr. Mauricio Gaibor V. Jefe del Servicio de Urgencias y Observación, para que pueda ejecutar el eje mismo que constituye un aporte significativo para el Hospital, ya que en el servicio de Emergencia no se han realizado intervenciones encaminadas a contribuir al mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica.

Atentamente,

  
Dr. Diego Calderón Masón  
DIRECTOR TECNICO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA  
Hospital "Carlos Andrade Marín"

Elaborado por	Ximena Villarruel
Revisado por	MSc. Germán Delgado
Aprobado por	Dr. Diego Calderón 
Fecha	12/06/2013



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

DM Quito 06 de septiembre del 2013  
111011241-972  
TR 293652

## **CERTIFICADO**

Certifico que la Doctora **GABRIELA CALDERÓN SUASNAVAS**, C.C.1716633902, realizó, elaboró y entregó el Reglamento Interno del Servicio de Emergencia de esta Casa de Salud, el mismo que ha sido revisado y aprobado por esta Dirección y se constituye en una herramienta que permitirá al personal encaminar acciones con eficacia, eficiencia y efectividad.

En esta oportunidad quiero expresarle mi sentimiento de agradecimiento por el aporte brindado al Servicio de Emergencia, ya que dicho instrumento redundará en beneficio de los profesionales y de los afiliados.

Atentamente

**Dr. Diego Calderón Mason**  
**DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA**

Elaborado.	MSc. German Delgado	
Revisado	Dr. Diego Calderón	
Fecha	06-09-2013	



Quito 20 de junio del 2013

Doctor MSc.

Diego Calderón

DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Presente

Reciba un cordial saludo por parte del Dr. Mauricio Gaibor , Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, para solicitarle muy comedidamente el uso del Aula Vip durante los días : Lunes 1 de julio, martes 2 de julio y jueves 4 de julio del presente año, en el horario de 7h00 – 8h00 am por motivos de capacitación que se realizará para el personal administrativo sobre diferentes temas que tienen como objetivo el "Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el año 2013 en Quito. "

Agradeciéndole de antemano por su gran colaboración, a continuación anexo el

cronograma  
Dr. Mauricio Gaibor V.  
Jefe de los servicios de  
Urgencias y Observación  
IESS Hospital Carlos Andrade Marín

Dr. Mauricio Gaibor

Jefe del Servicio de Emergencia

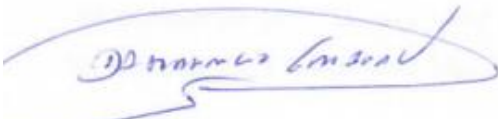
Hospital Carlos Andrade Marín

Quito, 24 de junio del 2013

### CONVOCATORIA

Se CONVOCA al personal administrativo del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín a los Talleres Participativos que se organizarán los días : lunes 1 , martes 2 de julio y jueves 4 de julio, del presente año que tiene como objetivo la capacitación del personal administrativo del servicio para : "El conocimiento de Herramientas Gerenciales Básicas " .

Los talleres se llevarán a cabo en el horario de 7h00 – 8h00 am, en el aula VIP.



Atentamente

Dr. Mauricio Gaibor

Jefe del Servicio de Emergencia del HCAM

Quito 20 de junio del 2013

Licenciada MSc.

Mónica Villalobos


Presente

Reciba un cordial saludo de parte de quien le escribe, Md. Gabriela Calderón, egresada de la Maestría de Gerencia en Salud y Desarrollo Local de la Universidad Particular de Loja, me dirijo hacia usted el día de hoy para solicitarle muy comedidamente participe como facilitador en un taller participativo con el personal administrativo de Emergencia sobre el tema: "Planificación Estratégica", el cual tiene como objetivo " El conocimiento de Herramientas Gerenciales Básicas del personal administrativo del Servicio de Emergencia del HCAM " que se llevará a cabo el lunes 1 de julio del presente año a partir de las 7h00 am.

Sería un gran honor tenerlo como facilitadora de este taller, actividad que es muy importante para poder llevar a cabo mi proyecto de tesis que tiene como tema "Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el año 2013 en Quito.

Agradeciéndole de antemano por su gran colaboración, a continuación anexo el cronograma.

  
MD Gabriela Calderón

  
20-VI-2013  
Aceptado

Quito 20 de junio del 2013

Doctor MSc.

Diego Calderón


DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Presente

Reciba un cordial saludo de parte de quien le escribe, Md. Gabriela Calderón, egresada de la Maestría de Gerencia en Salud y Desarrollo Local de la Universidad Particular de Loja, me dirijo hacia usted el día de hoy para solicitarle muy comedidamente participe como facilitador en un taller participativo con el personal administrativo de Emergencia sobre el tema: "Gestión de Salud", el cual tiene como objetivo " El conocimiento de Herramientas Gerenciales Básicas del personal administrativo del Servicio de Emergencia del HCAM " que se llevará a cabo el martes 2 de julio del presente año de 7:00 a 8:00 horas.

Sería un gran honor tenerlo como facilitador de este taller, actividad que es muy importante para poder llevar a cabo mi proyecto de tesis que tiene como tema "Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el año 2013 en Quito.

Agradeciéndole de antemano por su gran colaboración, a continuación anexo el cronograma.

  
MD Gabriela Calderón

*Recibi 20-06-2013*  
*1/16*

Quito 20 de junio del 2013

Doctora

Judith Borja


DIRECTORA TECNICA DE MEDICINA CRÍTICA DEL HCAM

Presente

Reciba un cordial saludo de parte de quien le escribe, Md. Gabriela Calderón, egresada de la Maestría de Gerencia en Salud y Desarrollo Local de la Universidad Particular de Loja, me dirijo hacia usted el día de hoy para solicitarle muy comedidamente participe como facilitadora en un taller participativo con el personal administrativo de Emergencia sobre el tema: "Organización por Procesos", el mismo que tiene como objetivo "El conocimiento de Herramientas Gerenciales Básicas del personal administrativo del Servicio de Emergencia del HCAM", mismo que se llevará a cabo el jueves 4 de julio del presente año de 7:00 a 8:00 horas.

Sería un gran honor tenerla como facilitadora de este taller, actividad que es muy importante para poder llevar a cabo mi proyecto de tesis que tiene como tema "Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Técnica del servicio de Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el año 2013 en Quito.

Agradeciéndole de antemano por su gran colaboración, a continuación anexo el cronograma.

  
MD Gabriela Calderón

2013-06-20  
Judith Borja

LISTADO DE ASISTENCIA

TEMA: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

FECHA: 1 DE JULIO DEL 2013





NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Jorge Vera A.	Médico Residente	13046690243	
Christian Morcay	Médico Residente	171579297-2	
Jugeline Rodríguez	Médico Residente	172015325-1	
Andrés Trujillo S	Interno Rotatorio	171208488-6	
Heliana Obando	Médico Radióloga ER	040019496	
Hugo Espejo	MD Radiólogo ER en	1714831474	
Humberto Tapia Sánchez	Médico Radiólogo ER	060412265-5	
Carolina Guarnizo R	Médico Radióloga	1713068896	
Judith Benja	Médico Tratante	1708493570	
Francisco Guzmán	Médico Tratante	0201042819	
WILSON BAER	Médico Tratante	100/41372-1	
Juliana Cadena	M.A. Trat.	0400636601	
Sandra Cevallos	Enfermera	171331475-3	
Biliana López	Enfermera	180123686-8	
PATRICIA GUTIERREZ	Médico Tratante	1711194835	
Guillermo Zamora	Médico Tratante	170778357-5	
Jenny Beltrán	Médico Tratante	170752579-9	
José Guzmán	Médico Tratante	0501865117	



**LISTADO DE ASISTENCIA**

**TEMA: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

**FECHA: 1 DE JULIO DEL 2013**

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Danyai Góngola	Sección Enfermería	170755667-9	
Germán Beltrán M	Enfermero	0400476172	
LAURA ORTEGA	ENFERMERA	0905878178	
Johana Moya	Enfermera	020147803-9	

LISTADO DE ASISTENCIA

TEMA: GESTIÓN DE SALUD

FECHA: 2 DE JULIO DEL 2013

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
MARCIO LAIBOLU	MEDICO DENTANTE	0201042819	<i>Marcio Laibolu</i>
MAGALI VILLACIS	MEDICO RESIDENTE	171791822-3	<i>Magali Villacis</i>
Gina Delgado	Enfermera	0400476172	<i>Gina Delgado</i>
JANEA ORTEGA	ENFERMERA	0905878138	<i>Janea Ortega</i>
Lohana Mijangas	Enfermera	0201478039	<i>Lohana Mijangas</i>
Sandra Ceiballos	Enfermera	171331475-3	<i>Sandra Ceiballos</i>

LISTADO DE ASISTENCIA

TEMA: GESTIÓN DE SALUD

FECHA: 2 DE JULIO DEL 2013

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Ismael Beltrame	Medico Tratante	170752579-9	
PRFUCIA GUSTAVO	MEDICO TRATANTE	1711194835	
Julian Cedeas	Med. Trat	040063660	
Lizeth Escobar	IRM	160057821-9	
William Lopez	Enfermera	180123636-8	
Christian Hernandez U	IPM	0704770437	
Jorge Eduardo Vera Almeida	Medico Residente	1304669243	
Vanessa Aramilla	Medica Residente	1602852760	
Christen Morgan	Medico Residente	171579297-2	
Alexander Isorio	IR M	600374934	
Mauricio Ruiz Tapia Sanchez	Medico Postgraduado	060017265-5	
Carolina Guarnizo Ribodeneira	Medico Resgradista	174306889-6	
Anales Trujillo S.	IR. Olativo	171808998-6	
Marcos Trujillo C.	F. R. H.	17/836012-4	
Carlos Moyorga Angel.	I. R. H.	070498341-0	
Ignacia A. Revedo E.	IR M	1715820252	
José Guzmán	Medico Tratante	0501865117	
Guillermo Barragan	Medico Tratante	170778357-5	
Judith Barja	Medico Tratante	1708493570	

LISTADO DE ASISTENCIA

TEMA: Organización por Procesos

FECHA: 4 DE JULIO DEL 2013

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
YAGO CHAMBERÓN	MIEMBRO DE ASISTENCIA	1706368253	
MAURICIO CAMBON V.	JEFE DE EMERGENCIAS	0201042819	
Andrés Trujillo S.	Inferno Rolando	171208488-6	
Guillermo Zamora	Médico Tratante	170778557-5	
PATRICIA GUTIERREZ	MEDICO TRATANTE	1711194835	
Julian Casanova	Med Trat	0200636601	
Fabiao Saub	Administrativo	1710635315	
DIVANILSON BARR	MEDICO TRATANTE	100141372-1	
Leonora Arango	Médico Residente	1002852760	
Jorge Vera Almeida	Residente Emergencias	1304669243	
Isabeline Rodriguez	Residente Emergencias	172015325-1	
CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ	INTERNA POTATIUA	1104417041	
Juliana Chando	Tfd Pg. Emergencias	0400819496	
Sylvia Alvarez	MPG Emergencias	1715035828	
MAGSOL VILLAGAS	Md. Residente Emergencias	171791822-3	
José Guzmán	Médico Tratante	0501865117	

Enteñnasas y Auxiliares

Gustavo Cevallo	1712519105	
Mu Sol Auler	0603034471	
Shirley Pico	1714229416	
Andrés Moreno	0201386976	
Olivero Obispo	1310781461	
Jorge Vera A	1304469243	
Verónica Jaramillo	1002852760	
Santiago Escobar	0717836892	
Fabian Andrade	0603223876	
David Pareda	0400929063	
Verónica Ramonuevo	1717552069	
Giselle Pizarro B	0603532334	
Luis Gómez	1002785796	
Dr Angel Tena	1705311544	
Doris Palacios	1807469954	
DEBORAH GOMEZ	175550107	
Paul Lopez	1714673058	
DIEGO CARPIO	1715935373	
Adrián Villalba	1007793411	
Silvina Santamaría	1803852910	
Washington Herrera	1716904758	