



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TITULACIÓN DE MAGISTER EN GESTIÓN EMPRESARIAL

Diseño de un modelo de gestión de procesos para el servicio de emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados Clíncchimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba, año 2013.

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.

Autor: Mancheno Vinueza, Clemente Eduardo

Director: Samaniego Guevara, Hernán Washington, MBA

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

MBA.

Hernán Washington Samaniego Guevara.

DOCENTE DE LA TITULARIZACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado, **“Diseño de un modelo de gestión de procesos para el servicio de emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados Clíinchimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba, año 2013.”** realizado por: **Clemente Eduardo Mancheno Vinuesa**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril 2014

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Clemente Eduardo Mancheno Vinueza, declaro ser autor del presente trabajo de fin de maestría denominado " **Diseño de un modelo de gestión de procesos para el servicio de emergencia de la Clínica "Médicos y Asociados Clínchimborazo Cía. Ltda.", de la ciudad de Riobamba, año 2013.**" de la Titulación Maestría en Gestión Empresarial siendo Samaniego Guevara, Hernán Washington, MBA el Director 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".

Loja, abril 2014

f).....

CLEMENTE EDUARDO MANCHENO VINUEZA

C.I.:0601659600

DEDICATORIA

La presente tesis que he desarrollado con dedicación y responsabilidad, deseo dedicar, a mi padre y madre quienes con su ejemplo supieron guiarme con responsabilidad para alcanzar mis objetivos y aunque no estén a mi lado desde el mas allá estarán siempre en mi corazón. A mis queridos hijos y amada esposa quienes con su amor y apoyo incondicional me han ayudado ha alcanzar mis objetivos y metas a lo largo de mi vida.

Clemente

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer a Dios, por concederme el don de la vida; a la Universidad Técnica Particular de Loja, en la persona del Econ. Jhonny Aucapiña Coordinador del Centro Riobamba, y a mis distinguidos catedráticos quienes me transmitieron sus conocimientos y enseñanzas.

A Médicos & Asociados ClinChimborazo Cia. Ltda., los mismos que hicieron posible que pueda desarrollar este trabajo.

A mi querida familia, que me ha brindado su apoyo incondicional para llegar a feliz término en la meta que me propuse.

Clemente Eduardo Mancheno Vinueza

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Encuesta aplicada a la población del cantón Riobamba.....	114
Anexo N° 2: Encuesta aplicada a los usuarios de la clínica ClínChimborazo Cía. Ltda.	116
Anexo N° 3: Perfil de los usuarios de la clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo”	117
Anexo N° 4: Ficha para el análisis de indicadores.....	117
Anexo N° 5: Ficha para determinar los algoritmos de los indicadores.....	118
Anexo N° 6: Ficha para la mejora de procesos	118

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 . JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 Hipótesis.....	6
1.4 Alcances.....	6
1.5 Limitaciones.....	6
2. METODOLOGÍA.....	8
2.1 Identificación y secuencias de los procesos.....	9
2.2 Descripción de los procesos actuales.....	9
2.3 Seguimiento y mejora de los procesos identificados.....	10
2.4 Propuesta de mejora de los procesos.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1 Procesos.....	13
3.1.1 Los procesos en la organización.....	13
3.1.2 Cómo identificar un proceso.....	14
3.1.3 Clasificación de los procesos.....	14
3.2 Gestión basada en procesos.....	15
3.3 El enfoque basado en procesos en los modelos de gestión.....	15
3.3.1 Enfoque basado en procesos según normas ISO 9001.....	15
3.3.2 Enfoque de modelo de excelencia empresarial de la EFQM.....	16
3.3.3 El enfoque basado en procesos en la norma ISO 9001:2000.....	19
3.4 Principios básicos de la gestión de la calidad.....	20
4. ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA MÉDICOS.....	23
Y ASOCIADOS CLÍNCHIMBORAZO CÍA. LTDA.....	23
4.1 La Institución y el sector al que pertenece.....	24
4.2 Marco Legal.....	24
4.3 Organización.....	25
4.4 Alineamiento a la Misión y Visión de Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.....	25

4.4.1	Visión	25
4.4.2	Misión.....	26
4.5	Sus servicios.....	26
4.6	Sus clientes.....	27
5.	LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA CLÍNICA MÉDICOS Y ASOCIADOS.....	28
	CLÍNCHIMBORAZO. CÍA. LTDA.....	28
5.1	Identificación y secuencia de los procesos.....	29
5.1.1.	Mapa de procesos de ClínChimborazo Cía. Ltda.	29
5.1.2.	Identificación de procesos Área de Emergencia de ClínChimborazo Cía. Ltda.	32
5.2	Descripción del proceso de emergencia en función de diagrama de flujo y ficha de proceso.....	34
5.2.1.	Elaboración del proceso	34
5.2.2.	Descripción y flujo de la operación del proceso.....	36
5.2.3.	Documentos de resguardo	38
5.2.4.	Valoración del proceso.....	38
5.2.5.	Explicación de Procedimiento de emergencia	39
5.3	Seguimiento y la medición de los procesos.....	44
5.3.1	Indicadores de procesos	45
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	108
	Conclusiones	108
	Recomendaciones.	110
	BIBLIOGRAFÍA.....	112

RESUMEN

La Clínica ClinChimborazo Cía Ltda, forma parte de las instituciones, con problemas de carácter organizacional, para hacer frente a esta deficiencia se plantea en este proyecto de investigación la realización de un modelo de gestión estratégico orientado a mejorar el servicio de urgencias, con el propósito de cumplir de forma adecuada con la oferta que la institución propone.

En el contexto de la investigación se han considerado diversos aspectos de orden organizacional, técnico y administrativo, que buscan dar una nueva imagen al servicio, partiendo de un análisis de las modernas tendencias de la gestión estratégica y a través de la realización de un diagnóstico situacional se han determinado los puntos críticos, se han propuesto indicadores basados en estándares internacionales y planteado soluciones que en su conjunto se constituyen en un modelo de gestión, que más allá de ser un aporte frío de procesos, han tomado en cuenta las necesidades más urgentes de pacientes y servidores.

En este sentido se han desarrollado 34 indicadores de los cuales se ha estructurado 35 acciones urgentes que deben ejecutarse para consolidar el modelo de gestión.

PALABRAS CLAVES: Orden organizacional, técnico y administrativo, nueva imagen de servicio, gestión estratégica, puntos críticos, indicadores, soluciones, modelo de gestión.

ABSTRACT

The Clinic ClinChimborazo Co. Ltd., is one of the institutions with problems of an organizational nature, to address this deficiency is brought into consideration this research project the realization of a strategic management model aimed at improving the emergency department, in order to perform properly with the offer that the institution proposed.

In the context of the research were considered various aspects of organizational, technical and administrative order, looking to give a new image to the service, based on an analysis of modern trends in strategic management and through carrying out a situational analysis we have determined the critical points. Indicators have been proposed based on international standards and proposed solutions which together constitute a management model that beyond being a cold intake processes have been considered the most urgent needs of patients and servers.

In this sense we have developed 34 indicators which have been structured 35 urgent actions to be taken to strengthen the management model.

KEYWORDS: Order organizational, technical and administrative, new image to the service, strategic management, critical points. Indicators, solutions, management model.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema.

La Ciudad de Riobamba cuenta con la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, que da atención médica en las diferentes áreas de salud, sin embargo los servicios ofertados tienen falencias que no le permiten alcanzar estándares de calidad.

La Clínica ClínChimborazo, ha tenido una larga trayectoria que ha estado definida por la inconsistencia de procesos, continuos cambios administrativos, políticas de servicio inestables y una muy escasa organización operativa, que no le han permitido alcanzar las metas que se había propuesto a partir de su creación.

De entre los servicios con mayores dificultades en eficiencia y efectividad está el de emergencias, que se caracteriza por la excesiva afluencia de pacientes en relación a su capacidad resolutive, carencia de un médico residente de planta o un emergenciólogo que trate adecuadamente las patologías o enfermedades de acuerdo a un protocolo en función de la condición de servicio del área (máxima complejidad)

Esto ha dado lugar a constantes problemas con los pacientes que se han visto en la necesidad de recurrir al área de emergencias, haciéndose evidente su insatisfacción por la demora en la atención, incapacidad del personal para solucionar situaciones críticas y un espacio físico muy reducido para una atención adecuada.

Al ofertar el servicio de emergencias se requiere trabajar con la mejor calidad, la más pequeña equivocación puede derivar en graves consecuencias en el bienestar de los usuarios es por esto que las entidades de salud buscan mejorar los procesos para satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes.

El Servicio de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, debe administrarse con el criterio técnico gerencial de planificación, coordinación, dirección control y evaluación, tanto en su concepción orgánica como en el sentido material y operativo para lograr los propósitos de satisfacción al cliente y rentabilidad.

1.2. Justificación

En las organizaciones netamente dedicadas a la prestación de servicios, la cultura de atención eficaz al cliente resulta intransferible, ya que a través de la excelencia, se consigue mejorar la percepción de calidad por parte de los clientes, fidelización y reconocimiento de la marca representada, que al final de cuentas significa beneficios cualitativos y medibles en términos de resultados (rentabilidad).

Una emergencia puede ocurrir en cualquier momento, resultando pertinente y necesario, establecer procesos en los que se pueda prestar la atención médica adecuada y especializada a pacientes que ingresen al servicio de emergencia en estado de choque, hemorragia, convulsiones problemas de equilibrio hidroelectrolítico, problema cardiocirculatorio, abdomen agudo, emergencias por accidentes de tránsito, por intoxicación por consumo de drogas y otros.

La administración de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, consciente de las potenciales situaciones de emergencia que puedan requerir de sus servicios frente a los que su personal deberá actuar de forma adecuada, debe garantizar eficiencia y efectividad a sus pacientes. Por tal motivo, la propuesta de investigación se orienta al estudio de la gestión de servicios en el área de emergencias de La Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba, el desempeño efectivo y eficaz de las actividades del personal constituye un factor preponderante en la gestión de procesos, y el medio para lograr los objetivos institucionales.

Es preciso mencionar que a través de la investigación, se determinará el Modelo de Gestión de Procesos para el área de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda”, de la ciudad de Riobamba. La Gestión de Procesos es una forma de pensamiento gerencial que articula tres componentes:

Direccionamiento estratégico, gerencia de procesos y gestión de la cultura, esto permitirá el mejoramiento la calidad en el servicio de emergencia que está unidad brinda a sus usuarios.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Diseñar un modelo de gestión de procesos para mejorar la calidad del servicio que ofrece el área de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda”, de la ciudad de Riobamba.

1.2.2 Objetivos específicos

- Fundamentar científicamente la gestión de procesos para el servicio de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda”. de la ciudad de Riobamba.
- Evaluar la calidad de servicio de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda”, de la ciudad de Riobamba, con el propósito de establecer las causas que estarían afectando a la calidad del servicio de Emergencia.
- Establecer los factores que intervengan en la gestión de procesos con indicadores de gestión alineados con la Misión y Visión de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda”.

1.3 Hipótesis

El Modelo de Gestión de Procesos, contribuirá para el mejoramiento del servicio de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba.

1.4 Alcances

El presente trabajo analiza los procesos que se desarrollan en el área de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba y se enmarca en el Programa Nacional de Investigación “Diseño de un modelo de gestión por procesos para organizaciones públicas o privadas, año 2013”, propuesto por la Dirección de Postgrados de la Universidad Técnica Particular de Loja.

1.5 Limitaciones

El diseño de un modelo de gestión en salud requiere generar principios claros basados en elementos estructurales y coyunturales que partiendo de la premisa de que una clínica es

más que los servicios que presta, se constituya en un espacio de vinculación con la colectividad en una búsqueda permanente de la excelencia.

La Clínica ClínChimborazo, ha tenido una larga trayectoria que ha estado definida por la inconsistencia de procesos, continuos cambios administrativos, políticas de servicio inestables y una muy escasa organización operativa, que no le han permitido alcanzar las metas que se había propuesto a partir de su creación.

Bajo este contexto, la evidencia necesaria para la propuesta de un modelo de gestión en el área de emergencias de la clínica ha resultado bastante difícil de conseguir, las limitaciones para la consecución de la información han sido las siguientes: el incipiente registro de aplicación de protocolos de emergencia dificultándose el análisis de casos y su cuantificación, por lo que se tuvo que hacer directamente con los involucrados, la escasa organización administrativa para archivar la documentación, teniéndose que organizar y ordenar los archivos y la inexistencia de un sistema informático de soporte que contenga y genere información vital para la gestionar los procesos, recomendándose a la administración de la clínica su adquisición de forma urgente.

2. METODOLOGÍA

El presente capítulo está orientado a establecer los procesos metodológicos utilizados para la realización del trabajo de investigación, para establecer el modelo de gestión de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”

Para ello se ha estructurado una secuencia basada en los parámetros que establece la metodología con el enfoque de la Norma Internacional ISO 9001 y el enfoque del EFQM de excelencia empresarial.

2.1 Identificación y secuencias de los procesos

Para la identificación de los procesos se analizó con los directivos y el personal de la clínica, cuáles serían los procesos significativos que deben configurar el sistema o deberían formar parte de la estructura de la entidad de salud.

Para éste análisis se tomó en cuenta factores como: satisfacción del cliente, efectos en la calidad de servicios, influencia en la misión estratégica institucional y cumplimiento de requisitos legales. Con todos estos datos se realizó un mapa de procesos con el fin de facilitar la interpretación del mismo, además se establecieron las agrupaciones en las que se encajaron los procesos identificados y se establecieron analogías entre procesos.

2.2 Descripción de los procesos actuales

Para describir los procesos se centró en los servicios que brinda el área de emergencias de la clínica y las características relevantes como:

2.2.1 Descripción de las actividades del proceso

Se determinó la vinculación de las actividades con los responsables de su ejecución para reflejar los diferentes actores que intervienen en el proceso y se lo representó en diagramas con una serie de símbolos que proporcionaron información de fácil entendimiento de la secuencia en interrelación de las actividades.

2.2.2 Descripción de las características de proceso

Para describir objetivamente cada uno de los procesos de la clínica se aplicó una ficha de procesos donde se recabó las características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama tales como: la misión del proceso, el alcance del mismo, las interrelaciones a través de las entradas y salidas, los indicadores y variables de control.

2.2.3 Proceso vs. Procedimiento

Para establecer la diferencia entre proceso vs. Procedimiento se hizo una referencia a los sistemas de aseguramiento de calidad propuestos por las normas ISO 9001 de 1994 para establecer documentalmente la manera de llevar a cabo una actividad de una determinada tarea.

2.3 Seguimiento y mejora de los procesos identificados

Se identificó, seleccionó y formuló conjuntamente con los ejecutivos de la clínica los indicadores que permitirán evaluar el proceso para el mejoramiento del servicio en el área de emergencia. Para el establecimiento de dichos indicadores se consideró tanto la eficacia (obtención de los resultados deseados) como la eficiencia (eficacia con optimización de recursos) en los procesos; además se ejecutaron los siguientes pasos:

- 1° Reflexionar sobre la misión del proceso.
- 2° Determinar la tipología de resultados a obtener y las magnitudes a medir.
- 3° Determinar los indicadores representativos de las magnitudes a medir.
- 4° Establecer los resultados que se desean alcanzar para cada indicador definido.
- 5° Formalizar los Indicadores con los resultados que se desean alcanzar (objetivos).

Posteriormente se dio el respectivo seguimiento y medición de los procesos, con el fin de evaluar la capacidad y la eficacia de los mismos, y obtener datos a través de mediciones objetivas que soporte la toma de decisiones; cuando no se alcancen los resultados planificados, deberán llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente para asegurar conformidad de la atención en la entidad de salud.

2.4 Propuesta de mejora de los procesos

Los datos recopilados del seguimiento y la medición de los procesos fueron analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos.

De este análisis de datos se obtuvo la información relevante para conocer:

- 1° Qué procesos no alcanzaron los resultados planificados?
- 2° Dónde existen oportunidades de mejora?

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, la clínica deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

Para optimizar los procesos estipulados para el área de emergencia de la clínica Chimborazo se tomó en cuenta el ciclo de mejora continua P-H-V-A, mediante este ciclo se:

P. Planificar: La etapa de planificación implica establecer qué se quiere alcanzar (objetivos) y cómo se pretende alcanzar (planificación de las acciones).

H. Hacer: En esta etapa se lleva a cabo la implantación de las acciones planificadas según la etapa anterior.

V. Verificar: En esta etapa se comprobó la implantación de las acciones y la efectividad de las mismas para alcanzar las mejoras planificadas (objetivos).

A. Actuar: En función de los resultados de la comprobación anterior, en esta etapa se realizan las correcciones necesarias (ajuste) o se convierten las mejoras alcanzadas en una "*forma estabilizada*" de ejecutar el proceso esta actualización de procesos se podrá observar en las cuatro secciones del Capítulo 5.

3. MARCO TEÓRICO

Este capítulo contiene los elementos conceptuales fundamentales para comprender los procesos de gestión y los aspectos más relevantes de la teoría de la organización para la estructuración de un modelo de gestión, es así que se ha analizado lo que es un proceso, cuál es su rol en la organización, la forma de identificación de procesos, como se clasifican, la gestión basada en procesos y los enfoques de procesos de acuerdo a las normas internacionales de la Organización Internacional de Normalización con sus siglas en inglés (ISO) y la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad sus siglas en inglés EFQM.

3.1 Procesos

Gonzales (2010) considera a los procesos como: "Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados"

Al considerar las actividades agrupadas entre sí constituyendo procesos, una organización puede centrar su atención sobre "áreas de resultados" (ya que los procesos deben obtener resultados) que son importantes conocer y analizar para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

Tomando en cuenta esta definición, uno de los enfoques en que se basa la norma internacional ISO 9001:2008, denominado "Gestión basada en procesos", hace énfasis en cómo los resultados que se desean obtener se pueden alcanzar de manera más eficiente si se consideran las actividades grupadas entre sí, teniendo presente a su vez que dichas actividades deben permitir una transformación de unas entradas en salidas y que en dicha transformación se debe aportar valor, al tiempo que se ejerce un control sobre el conjunto de actividades. (Gonzalez, 2010)

3.1.1 Los procesos en la organización

Según el Ministerio de Fomento (2005) para adoptar un enfoque basado en procesos, la organización debe identificar todas y cada una de las actividades que realiza. A la representación gráfica, ordenada y secuencial de todas las actividades o grupos de actividades se le llama mapa de procesos y sirve para tener una visión clara de las actividades que aportan valor al producto/servicio recibido finalmente por el cliente. En su elaboración debería intervenir toda la organización, a través de un equipo multidisciplinar con presencia de personas conocedoras de los diferentes procesos.

Una característica importante de los procesos, que queda de manifiesto en cuanto se elabora el mapa de procesos, es que las actividades que lo constituyen no pueden ser

ordenadas de una manera predeterminada, atendiendo a criterios sólo de jerarquía o de adscripción departamental. Se puede decir que el proceso cruza transversalmente el organigrama de la organización y se orienta al resultado, alineando los objetivos de la organización con las necesidades y expectativas de los clientes, sin atender en sentido estricto a las relaciones funcionales clásicas (Ministerio de Fomento, 2005).

3.1.2 Cómo identificar un proceso

El proceso es un ámbito de actuación que define un curso de acción compuesto por una serie de etapas orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada. Todo ello con el fin de conseguir una salida que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente del mismo, como consecuencia de las actividades realizadas. Un proceso es un "que" se hace. No tiene existencia real, pero es un concepto muy útil para organizar lo que hacemos, medirlo y mejorarlo. En cambio, un procedimiento es la descripción detallada de las instrucciones operativas para llevar a cabo un proceso o parte de él: es un "cómo" se hacen las cosas. (Lorenzo, Mira, & Moracho, 2007)

3.1.3 Clasificación de los procesos

Al respecto, cabe destacar a Lorenzo y otros (2007) que clasifican a los procesos en tres grandes grupos:

- a) **Estratégicos:** Son procesos a medio plazo, que facilitan guías, limitaciones, líneas estratégicas o normas de actuación para los procesos de la organización. P.ej.: planificación estratégica, mejora continua, implantación de sistemas de calidad... Habitualmente son procesos de dirección o de gestión.
- b) **Clave:** Son aquellos que se realizan en tiempo real con el cliente externo y son la razón de ser de la organización, (ej.: prestar atención sanitaria en consultas, atender emergencias, etc.)
- c) **Soporte o apoyo:** son los que facilitan la realización de los anteriores mediante la aportación de recursos o sistemas de apoyo. Por ej.: hostelería, seguridad, mantenimiento, etc.

Además cualquier proceso puede ser crítico: Son aquellos especialmente importantes para el éxito de la organización ya sea por su importancia estratégica, la importancia para el cliente o la trascendencia de un fallo en su realización. Por ejemplo, el control de la infección nosocomial, ya que además del peligro para el paciente, un brote desproporcionado o muy

grave por negligencia del hospital, puede dismantelar una labor de años ofreciendo calidad y competencia en el servicio (Lorenzo, Mira, & Moracho, 2007).

3.2 Gestión basada en procesos

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empowerment, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario (Lorenzo, Mira, & Moracho, 2007).

3.3 El enfoque basado en procesos en los modelos de gestión

Según el Instituto Andaluz de Tecnología (2009), los modelos o normas de la familia ISO 9000 y modelo EFQM promueven la adopción de un enfoque basado en procesos en el sistema de gestión como principio básico para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del diente y de las restantes partes interesadas.

En este sentido, las organizaciones que deseen implantar un sistema de gestión de la calidad conforme a la norma ISO 9001 (orientado a la satisfacción de sus clientes), o ir más allá tratando de adoptar modelos de gestión más completos (ISO 9004 y/o modelo EFQM) deben reflexionar sobre este enfoque y trasladarlo de manera efectiva a su documentación, a sus metodologías y al control de sus actividades y recursos, sin perder la idea de que todo ello debe servir para alcanzar los "resultados deseados".

3.3.1 Enfoque basado en procesos según normas ISO 9001

La Norma Internacional ISO 9001, promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos (Asig. blogspot, 2007).

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí, en el blog consultado se afirma que "Una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso.

Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.”

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión puede denominarse como enfoque basado en procesos.

Según la Asesoría en sistemas integrados de gestión de calidad (Asig. blogspot, 2007) una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de éste tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- b) La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- c) La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- d) La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

3.3.2 Enfoque de modelo de excelencia empresarial de la EFQM

Según el Instituto Andaluz de Tecnología (2009), El modelo EFQM que surge en la década de los 80 es un referente en el ámbito de la Unión Europea, y el Premio Europeo a la Calidad se ha convertido en una referencia para muchas empresas públicas de los diferentes países miembros de la Unión. La concesión de este premio se basa en los criterios del modelo de Excelencia Empresarial.

Esta orientación hacia la obtención de resultados (que es para lo que verdaderamente deben servir los sistemas de gestión) se ve refrendada a su vez por los fundamentos de los modelos de excelencia empresarial, como el modelo de Excelencia de la EFQM.

Este modelo ofrece un marco de trabajo no-prescriptivo que reconoce que la excelencia en la gestión dentro de cualquier organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. En esta línea, el modelo se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad (en definitiva, los diferentes grupos de interés) se logran mediante un liderazgo que dirija e

impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas, recursos, y los procesos.

El modelo se compone de nueve criterios, como se puede observar en la figura adjunta. Además, ofrece una metodología de evaluación que permite a una organización reconocer su nivel de excelencia e identificar las oportunidades de mejora, favoreciendo de esta forma el cambio en las organizaciones, mediante la consideración de la innovación y el aprendizaje como aspectos claves para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos. (Instituto Andaluz de Tecnología, 2009).

El modelo, como se observa en la figura 1., se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua del desempeño global, que permite catalizar el cambio en las organizaciones, y en verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos,

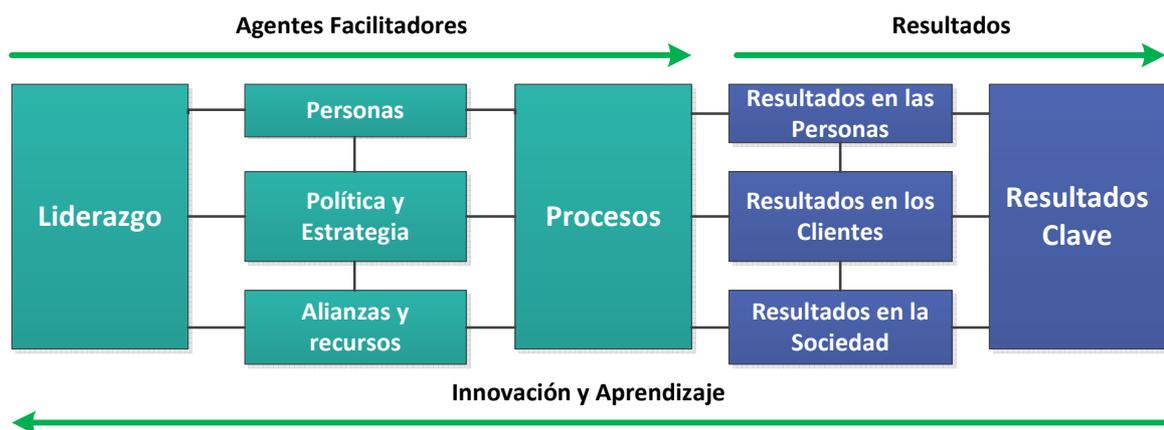


Figura 1. Modelo de excelencia empresarial

Fuente: (Instituto Andaluz de Tecnología, (2009)

Como ocurre con ISO 9000, el modelo EFQM también tiene como soporte una serie de fundamentos entre los que se puede destacar, nuevamente, la "orientación hacia los resultados", considerando la satisfacción equilibrada de todas las partes interesadas.

3.3.2.1 El modelo EFQM desde la perspectiva del tercer sector

El tercer sector en general, y el de acción social en particular, están llamados y deben gestionar y desarrollar una actividad de calidad, con una orientación clara y prioritaria hacia el cliente, usuario o beneficiario y con una actitud basada en la mejora continua. Para ello

cada organización deberá optar por aquel sistema de gestión que mejor se adapte a sus características y pretensiones, no existiendo un sistema único o excluyente sino por el contrario una amplia variedad de normas, modelos, códigos y herramientas que permiten transformar la filosofía de la calidad en acciones concretas, tangibles y aplicables. (Moreno, 2007)

En el caso que nos ocupa se ha optado por utilizar el Modelo EFOM de Excelencia como sistema de referencia por tres razones fundamentales:

- Por sus características, como veremos en el siguiente apartado.
- Por el elevado auge que está teniendo en su aplicación, y
- Por el reconocimiento público que está alcanzado en los distintos ámbitos: europeo, nacional, autonómico y local.

A continuación se presenta el Modelo EFQM que muestra su estructura:

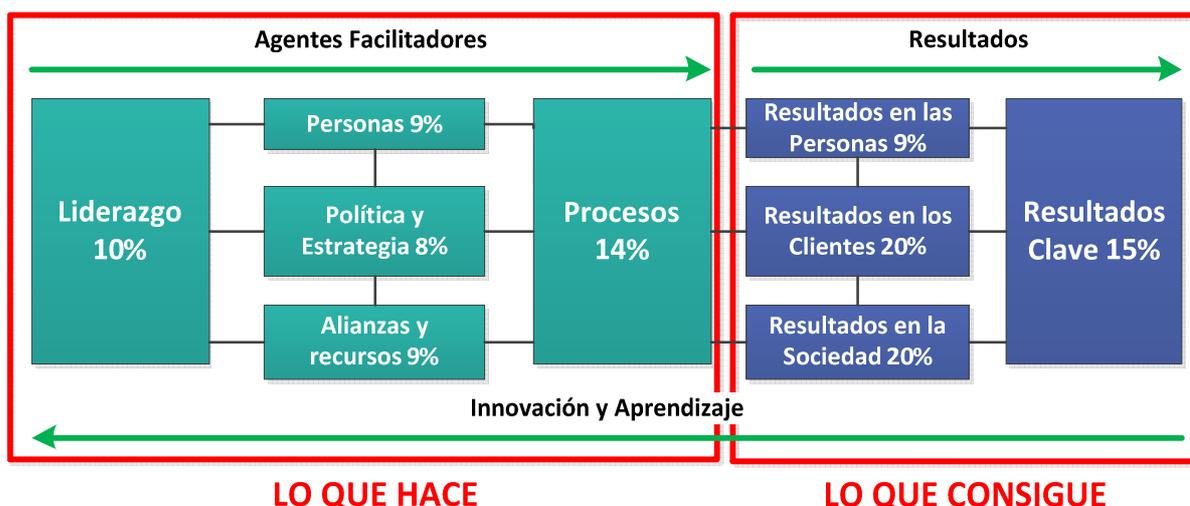


Figura 2. Modelo EFQM desde la perspectiva del tercer sector

Fuente: Moreno, J. (2007). Guía para la aplicación del Modelo EFQM de excelencia en entidades de acción social. España.

Como se puede observar, la estructura del modelo divide a la organización en nueve partes denominadas criterios (cada uno de los rectángulos blancos). Cada criterio se refiere a los distintos aspectos o temas que el modelo plantea trabajar. A su vez cada criterio se divide en varios sub-criterios lo que permite desagregar el tema a tratar en aspectos más pequeños y concretos, lo que facilita su comprensión y aplicación. (Moreno, 2007)

Cinco de estos criterios se denominan agentes facilitadores, estos son: Liderazgo. Personas, Política y Estrategia. Alianzas y Recursos, y Procesos. Estos criterios tratan sobre lo que la organización hace y cómo lo hace. Se trabajan cuestiones como la capacidad de los dirigentes, la identidad corporativa, la planificación estratégica, la gestión de los RRHH, la gestión de los recursos materiales, la gestión de las alianzas y colaboraciones y el sistema de gestión de la organización. Al igual que la mayoría de los sistemas de gestión, el sistema de gestión propuesto por el Modelo EFQM de Excelencia es el de Gestión basado en Procesos.

Los otros cuatro criterios se denominan resultados, en concreto: Resultados en los Clientes, Resultados en las Personas. Resultados en la Sociedad y Resultados Clave. Estos criterios tratan sobre lo que la organización consigue.

El autor sugiere que, "Cada criterio tiene un peso específico diferente según su importancia, expresado en % sobre el total. En este sentido, podemos observar cómo el valor del criterio Resultados en los Clientes es el doble de lo que representa el Liderazgo o incluso más del doble de criterios como el de Personas o el de Política y Estrategia. Es lógico pensar que esta ponderación tendrá importancia, únicamente, a la hora de saber en qué grado estamos aplicando el modelo, ya que en términos relativos si nos dedicamos a desarrollar el criterio Resultados en los clientes estaremos implantando más rápidamente el modelo que si trabajamos otro criterio con menor peso."

El Modelo EFQM se fundamenta en el axioma de que los resultados excelentes en el Rendimiento General de una Organización, en sus Usuarios, en las Personas y en la Sociedad en la que actúa, se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y la Estrategia, y que se hará realidad a través de las Personas, las Alianzas y Recursos, y los Procesos (Moreno, 2007).

3.3.3 El enfoque basado en procesos en la norma ISO 9001:2000.

Según El Instituto Andaluz de tecnología (2009) afirma que como primer paso para plantear la manera de abordar el enfoque basado en procesos en un Sistema de Gestión de la Calidad, conviene hacer una reflexión acerca de cómo la norma ISO 9001:2000 establece las estructuras para llevarlo a cabo.

La propia norma ISO 9001:2000 "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos", establece, dentro de su apartado de introducción, la promoción de la adopción de un enfoque basado en procesos en un Sistema de Gestión de la Calidad para aumentar la satisfacción del

cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Según esta norma, cuando se adopta este enfoque, se enfatiza la importancia de:

- a) Comprender y cumplir con los requisitos.
- b) Considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c) Obtener los resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- d) Mejorar continuamente los procesos con base en mediciones objetivas.

3.4 Principios básicos de la gestión de la calidad .

Según Arana (2006) los principios básicos de la gestión de calidad son 8 y recogen las mejores prácticas de gestión de las nuevas normas ISO 9000, 9001 y 9004.

1) Organización enfocada a los clientes.

Partimos de la base de que es el cliente quien determina la calidad de un producto o servicio. Por lo tanto, es imprescindible adoptar una cultura de la organización que potencie y priorice la orientación al cliente convirtiendo la satisfacción del cliente en un objetivo estratégico de la organización.

Entre los objetivos que una organización deberá intentar lograr respecto a sus clientes, se encuentran: satisfacer sus requisitos explícitos e implícitos, comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus necesidades y expectativas las cuales deben integrarse con los objetivos empresariales (Arana, 2006)

2) Liderazgo.

El liderazgo es la manera en que se utilizan el poder y la autoridad para aglutinar personas y equipos alrededor de un proyecto y orientar sus esfuerzos hacia la consecución de objetivos.

Los líderes establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización. Ellos implican y estimulan la participación del personal al cual le debemos dar la máxima información.

La base del liderazgo lo encontramos en las relaciones humanas y las dos palabras que nos resumirían a un líder serían: facilitador y capacitador eficiente (Arana, 2006).

3) Compromiso de todo el personal.

El personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de la organización y su activo más importante. Hay que potenciar sus posibilidades al máximo proporcionando aprendizaje y conocimiento. Con ello, conseguiremos impulsar la innovación, el compromiso, la motivación entre otros factores positivos (Arana, 2006).

4) Enfoque a procesos.

Según ISO 9000:2000, un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

Una organización alcanza más eficientemente los resultados deseados gestionando los recursos y actividades como un proceso. Se alcanza mejor los resultados planificados siendo más fácil percibir la necesidad de acciones inmediatas. Se debe elaborar, diseñar, identificar, seleccionar, medir, controlar y mejorar los procesos de la organización (Arana, 2006).

5) Enfoque del sistema hacia la gestión.

Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficacia de una organización (Arana, 2006).

6) Mejora continua.

Según la norma ISO 9001:2000, la mejora continua es una actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

La mejora continua surge de la necesidad de conseguir el mayor valor del índice calidad/precio de los productos, procesos y servicios, y que es a la vez consecuencia de la evidencia de que, para ser los mejores, debe superarse la competencia y conseguir aumentar y fidelizar a los clientes.

Debe ser un objetivo permanente de la organización ya que aporta una mayor eficacia de la misma (Arana, 2006).

7) Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones.

En todas las organizaciones, hay que tomar decisiones eficaces. Para ello, se debe disponer de información y de datos adecuados que permitan un continuo y detallado análisis. Permite tomar decisiones a partir del análisis de datos con experiencia e intuición (Arana, 2006).

8) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

Una organización y sus proveedores son independientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor y riqueza.

Promueve e intensifica la capacidad de la organización y sus proveedores para crear valor. Exige de una estrecha colaboración entre la organización y sus suministradores, con lo cual conseguimos reducción de tiempos, costes y recursos y aumento de los resultados (Arana, 2006).

**4. ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA MÉDICOS
Y ASOCIADOS CLÍNCHIMBORAZO CÍA. LTDA.**

El capítulo 4 de la investigación está orientado a establecer los aspectos más relevantes de “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, considerando el Marco legal para su constitución, su organización, la filosofía institucional, los servicios que presta, y sus clientes, dando una idea general del entorno en el que se desenvuelve la empresa.¹

4.1 La Institución y el sector al que pertenece

“Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, se creó el 13 de marzo de 1982 con el nombre de “Arguello y Sancho Clínica Chimborazo Cía. Ltda., con el fin de prestar atención profesional especializada en el tratamiento preventivo y curativo de enfermedades.

Esta Institución está ubicada en las calles Primera constituyente 39-27 y Carlos Zambrano, de la ciudad de Riobamba

4.2 Marco Legal

La Clínica ClínChimborazo es persona jurídica con fines de lucro que presta función social en la rama de la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud de las personas que acuden a sus instalaciones en demanda de atención todo con sujeción a los principios fundamentales de:

La Constitución de la República del Ecuador

La Ley Organica de la Salud

Ley de Compañías

Código de salud

Ley de federación médica

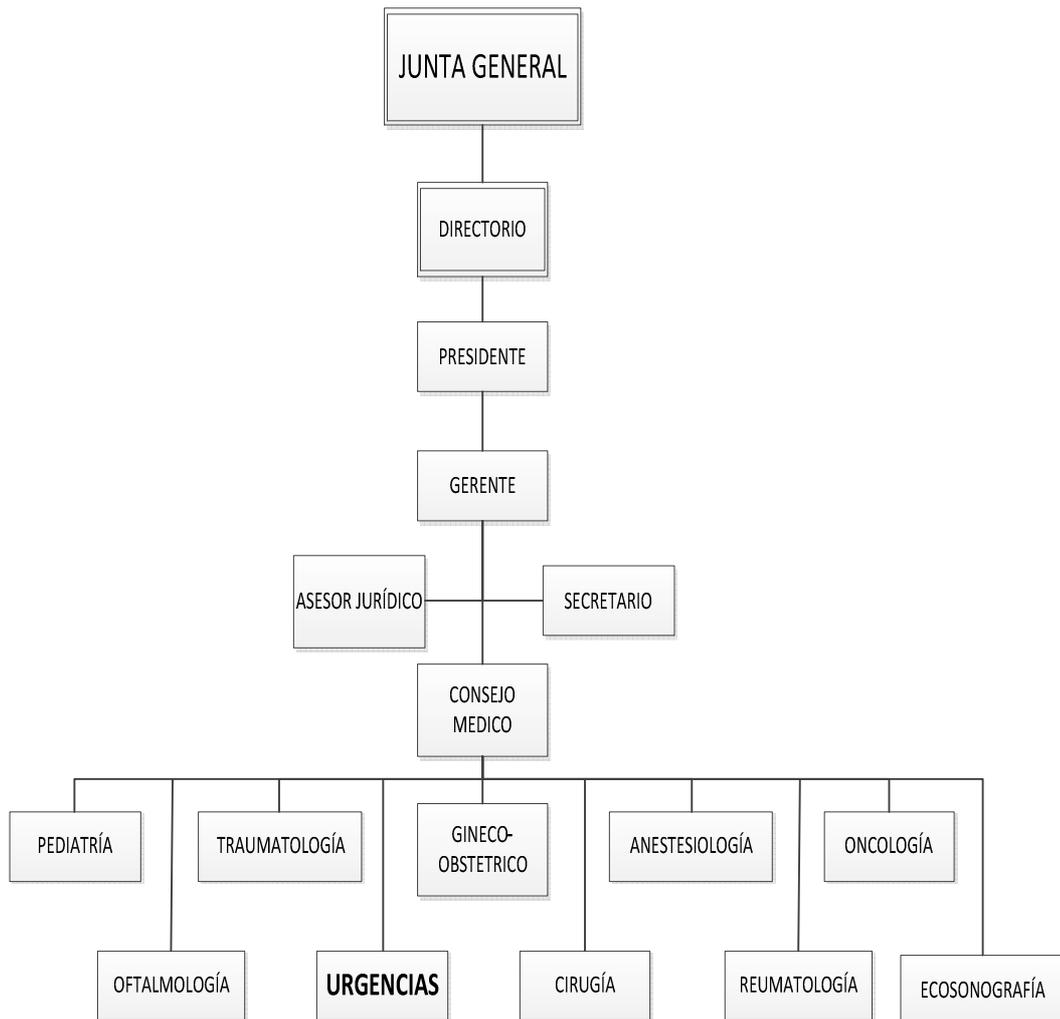
Código de comercio

Estatutos y reglamento interno

Y otros cuerpos jurídicos que normen el servicio que ofrece.

¹ Los aspectos descritos en este capítulo han sido obtenidos de los documentos de constitución, reglamento interno y plan estratégico de la clínica ClínChimborazo Cía. Ltda

4.3 Organización



4.4 Alineamiento a la Misión y Visión de Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.

4.4.1 Visión

Para el año 2013 **“MÉDICOS Y ASOCIADOS CLÍNCHIMBORAZO CIA. LTDA.”** estará posicionada como una de las 4 mejores empresas privadas dentro del servicio de salud en la provincia de Chimborazo garantizando la prestación de servicios y tratamiento básicos y de especialización, con talento humano en el área médica, de enfermería, administrativo y de apoyo de reconocida solvencia y ética profesional, con tecnología acorde con las necesidades actuales.

La Visión propuesta se ha cumplido parcialmente, se ha posicionado en el mercado en función de la alta demanda de servicios médicos, ha sido imposible determinar el ranking en el que se ubica, pero no está entre las cuatro mejores de la provincia de Chimborazo y ha tenido falencias en la prestación de servicios, se ha manejado éticamente, le ha resultado complejo mejorar sus recursos tecnológicos por el alto costo de inversión que implica, sin embargo se ha trabajado en algunos aspectos puntuales en la preparación de su personal.

4.4.2 Misión

La misión de “**MÉDICOS Y ASOCIADOS CLÍNCHIMBORAZO CIA. LTDA.**” es la de preservar la salud de un sector del conglomerado humano, promoviendo altos niveles de calidad en la atención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente y su entorno, proporcionando servicios en las diferentes especialidades médicas y productos de la más alta confiabilidad.

4.5 Sus servicios

MÉDICOS Y ASOCIADOS CLÍNCHIMBORAZO CIA. LTDA., ofrece los servicios de atención personalizada, en tratamiento preventivo y curativo de enfermedades.

La prestación de dichos servicios hospitalarios se realiza dentro de sus propias instalaciones o clínicas corresponsales, bajo la responsabilidad y cuidados de profesionales competentes y especializados para la aplicación de métodos modernos de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico.

Los servicios que brinda principalmente están dentro de las siguientes áreas de especialización:

- a. Clínica general
- b. Clínica general y de especialidades quirúrgicas
- c. Gineco-obstetricia
- d. Pediatría y Neo-natología
- e. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- f. Emergencia médico quirúrgicas
- g. Reumatología
- h. Traumatología
- i. Pediatría

- j. Anestesiología
- k. Oftalmología
- l. Oncología
- m. Ecosonografía.

Para brindar estos servicios la clínica cuenta con amplias instalaciones dotadas del equipamiento necesario

Cuenta con 6 habitaciones individuales, y 4 camas en salas generales, cada habitación posee Televisión por cable.

En el área de emergencias, cuenta con 2 camillas, medicamentos, equipo de diagnóstico, equipo de emergencia y 1 camilla para hidratación.

Elementos mínimos para la conformación de una área de emergencias, sin embargo el espacio es insuficiente y muchas veces es compartido para consulta externa y área preparatoria para el ingreso hospitalario, situación que ha generado problemas, ya que debería ser considerada únicamente para el propósito para la que fue creada.

4.6 Sus clientes

Los usuarios de ClínChimborazo Cía. Ltda. acuden a sus instalaciones por los servicios de consulta externa (70%) y por en menor cantidad por emergencias (30%).

Se atiende al público en general sin ningún tipo de condicionamientos, relacionados con edad, sexo, condición económica o patología, por otro lado la sala de emergencia, por tratarse de una unidad de tratamiento emergente de ninguna manera clasifica a los pacientes, solamente después de un diagnóstico se le ingresa a la clínica, siempre y cuando se encuentre dentro de las posibilidades de servicio que la clínica oferta.

**5. LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA
CLÍNICA MÉDICOS Y ASOCIADOS
CLÍNCHIMBORAZO. CÍA. LTDA.**

El capítulo quinto de esta investigación está estructurado, para determinar el modelo de gestión de la clínica ClínChimborazo, de acuerdo a los hallazgos obtenidos en el análisis de sus procesos, en los que se han detectado los puntos críticos tomando como referencia indicadores bajo las normas ISO 9000, las normas de la EFQM y el protocolo de urgencias propuesto por el ministerio de salud pública del Ecuador, estos han sido analizados tomando en consideración los aspectos más relevantes y coincidentes.

En base a los problemas detectados se ha propuesto la estructuración de modelo a seguir a través de 32 acciones correctivas que permitirán un adecuado servicio con eficiencia, eficacia, efectividad y calidez, como mandan los preceptos de las políticas del buen vivir.

5.1 Identificación y secuencia de los procesos

Como resultado de la aplicación de la metodología se ha identificado los procesos que requieren de una observación y registro sistemático de cómo se van desarrollando, basados en el apoyo de los registros y la documentación encontrada, así como también la observación directa se han podido establecer los puntos críticos, en este capítulo se expone de manera concreta la descripción de estos procesos y los diagramas de flujo que les son inherentes.

Para determinar los puntos críticos del proceso se han utilizado 34 indicadores que describen los aspectos funcionales, administrativos y operativos de la sala de emergencias, previamente a plantear las soluciones de gestión al proceso se establece los indicadores con criterios algorítmicos para su adecuada evaluación y los objetivos esperados.

5.1.1. Mapa de procesos de ClínChimborazo Cía. Ltda.

La ClínChimborazo Cía. Ltda. Está estructurada estratégicamente como una institución orientada a brindar servicios de calidad en base a las necesidades de la población del cantón Riobamba. En la figura 3 se presenta un Mapa General de Procesos que tiene por objetivo demostrar de forma simple cómo se organiza la institución, ya que la orientación de la investigación está dirigida a determinar los procesos de un área de emergencias específicamente. Para la elaboración del Mapa de procesos se ha tomado como referencias a Artaza & Barria, (2009)

En base al complejo manejo hospitalario actual, el cambio epidemiológico y el desarrollo de tecnología en salud condujeron a la creación de la clínica considerando importante orientarla a especialidades médicas para la atención ambulatoria de pacientes. Como

complemento irrenunciable de un centro de salud de este nivel se implementó el servicio de emergencias médicas las 24h00.

El cliente ingresa a la clínica por emergencias o atención ambulatoria según sea el caso, es remitido a admisiones donde se establece el tipo de atención hospitalaria necesaria, para el efecto existen las unidades de apoyo de diagnóstico y tratamiento, hasta el egreso del paciente, este proceso está apoyado por los servicios administrativos y logísticos, finalmente se realiza un seguimiento del proceso de satisfacción del cliente.

Los servicios de la clínica se concretan a través de otros procesos de apoyo de entre los cuales se han podido establecer los siguientes: información, compras y logística, comercialización, relaciones públicas, gestión de recursos humanos, Archivo y documentación clínica, gestión en instalaciones, equipos y mantenimiento, aseo, y gestión de residuos y seguridad. Cada proceso articulado para alcanzar la eficiencia y la calidad en el servicio de acuerdo a las políticas institucionales.

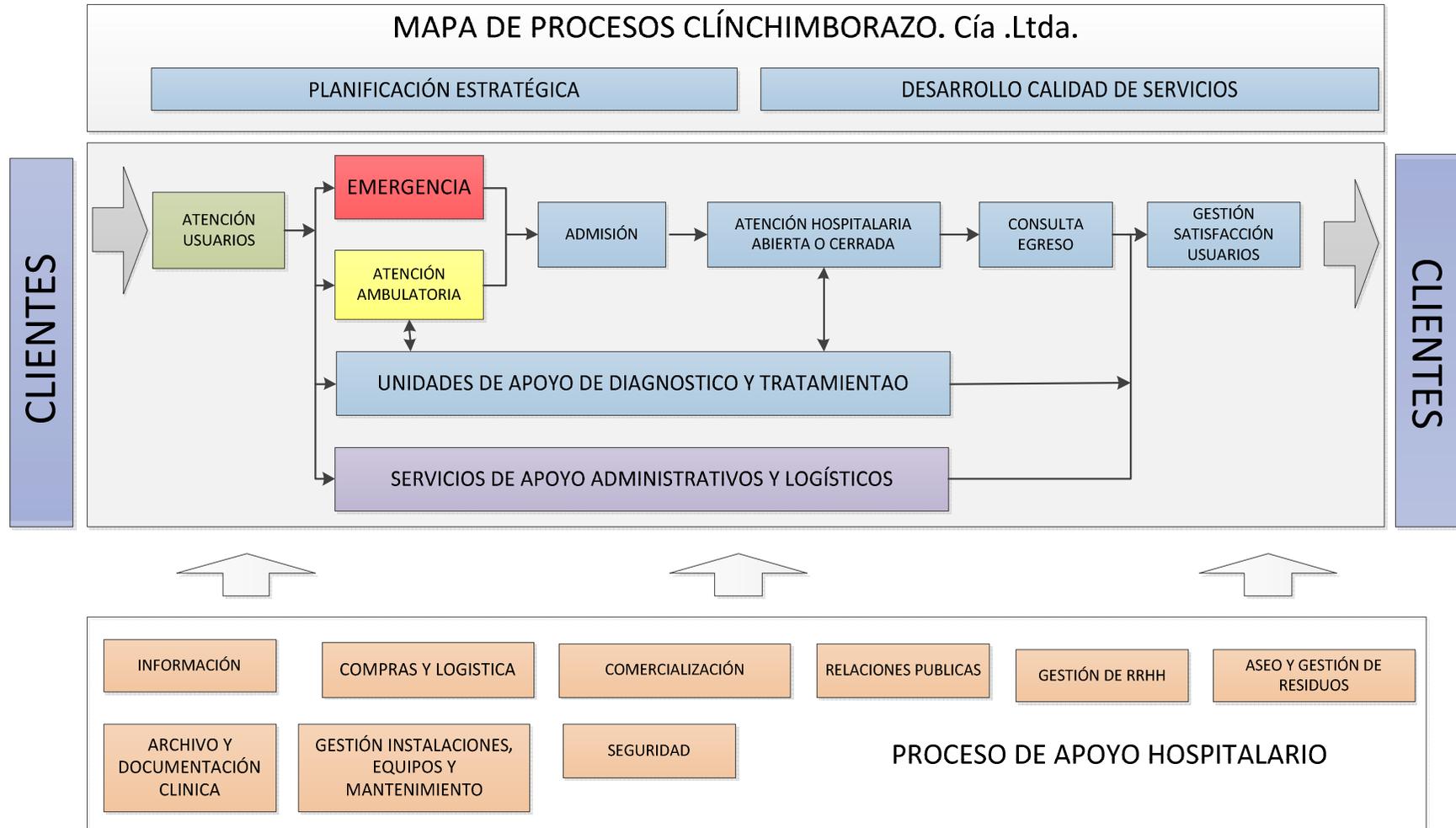


Figura 3. Mapa de procesos ClínChimborazo

Autor: Artaza & Barria (2009)

5.1.2. Identificación de procesos Área de Emergencia de ClínChimborazo Cía. Ltda.

Existen, al menos, dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia. Desde la perspectiva de la demanda, existen ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como impostergables y que las motivan a buscar atención con mayor premura que frente a otros problemas de salud. Por otro lado, desde la perspectiva de la oferta, también existen ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos de salud como requirientes de atención impostergable. (Oswaldo Artaza y otros, 2005)

Ambas visiones son complementarias, aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como Atención de Urgencia propiamente dicha, se construye desde la subjetividad del usuario, o de quienes se encuentran cerca de él, en el momento de necesidad. En el segundo caso, nos encontramos con una valoración normativa del equipo profesional a partir de la aplicación de criterios clínicos. En este caso se habla de Atención de Emergencia.

El perfil de la consulta de emergencias de adultos ha sufrido un rápido cambio que acompaña el cambio epidemiológico poblacional: el aumento de la consulta no quirúrgica de adultos de 50 y más años portadores de enfermedades crónicas descompensadas, lo que ha llevado a la necesidad de reorientar el perfil de los especialistas en turno, que históricamente eran cirujanos y traumatólogos mayoritariamente, debiendo destinarse cada vez más horas de médico internista. (Oswaldo Artaza y otros, 2005)

Los servicios de emergencia tradicionales han visto reducir sus camas de hospitalización para transformarse, de manera creciente, en estaciones transitorias de manejo del usuario, en las cuales se realizan procesos terapéuticos que finalmente concluyen en la decisión de remitir al usuario a la comunidad de donde procede, o bien, internarlo en la unidad de atención cerrada más adecuada a su problema de salud.

Bajo este contexto el direccionamiento estratégico institucional es la base para la planeación estratégica del servicio de emergencias, y un proyecto de esta naturaleza debe responder a una política institucional. El apoyo de la alta gerencia de la clínica es fundamental para optimizar los recursos humanos, económicos y técnicos. Así mismo, es la responsable de unificar y consolidar, las normas y procedimientos que se generan; debido a la relación de interdependencia entre las diferentes unidades médicas, la estandarización o modificación de procesos de un servicio puede afectar el funcionamiento de otro. En otras palabras, la

alta gerencia debe asegurar que se hable el mismo idioma entre los miembros del equipo de salud.

La misión y la visión son la base para la identificación de los procesos que se deben desarrollar en el servicio de emergencias de la Clínica ClínChimborazo, guiados por un mapa de procesos: que permita tener una visión panorámica de los procesos.

Mapa de procesos del Área de Emergencia ClínChimborazo. Cía. Ltda.

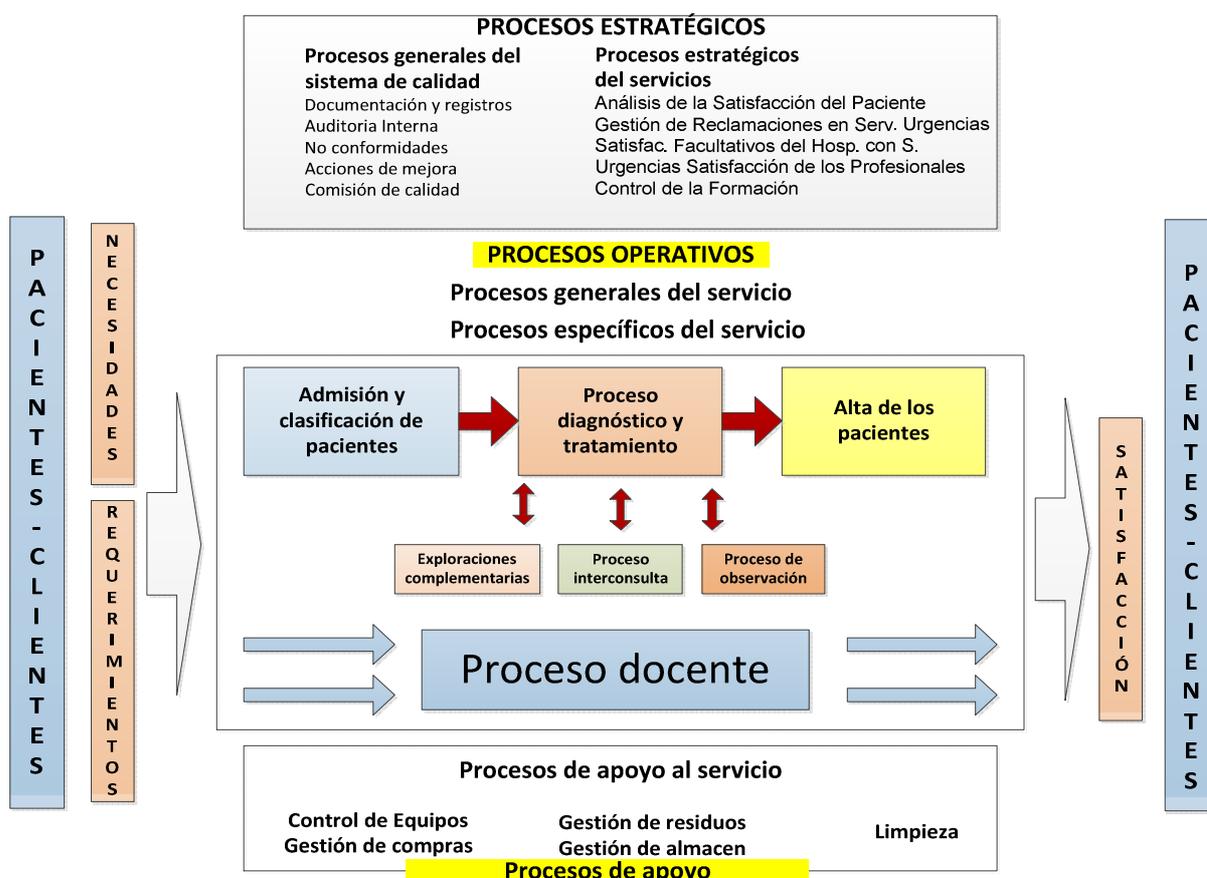


Figura 4. Mapa de procesos del área de emergencias de la clínica ClínChimborazo

Fuente: Adaptado de Gestión Hospitalaria, 3ª edición, Temas y Costa I. Associats

El mapa de procesos permite mostrar los mega procesos o macro procesos (procesos principales), subprocesos, quienes intervienen y la interrelación entre ellos. En la siguiente tabla se presentan los procesos principales y los subprocesos del servicio de emergencias:

Tabla 1.

Mega procesos principales y subprocesos del Área de Emergencias de ClínChimborazo

MEGAPROCESOS	MACROPROCESOS	SUBPROCESOS
Procesos gerenciales	Procesos generales de sistema de calidad	Documentación y Registro Acciones de Mejora Auditoría Interna Comisión de Calidad
	Procesos estratégicos del servicio	Análisis de satisfacción del paciente Gestión de reclamación en el servicio de emergencia Control de la Formación
Procesos operativos	Procesos generales del servicio	Administración y Clasificación de pacientes Proceso diagnóstico y tratamiento Alta de Pacientes
	Procesos específicos del servicio	Exploraciones complementarias Proceso Interconsulta Proceso de observación
Procesos de Apoyo	Procesos de Apoyo al servicio	Control de Equipos Gestión de compras Gestión de residuos Gestión de almacén Limpieza

Nota: Información obtenida del área de emergencias de la clínica ClínChimborazo

5.2 Descripción del proceso de emergencia en función de diagrama de flujo y ficha de proceso

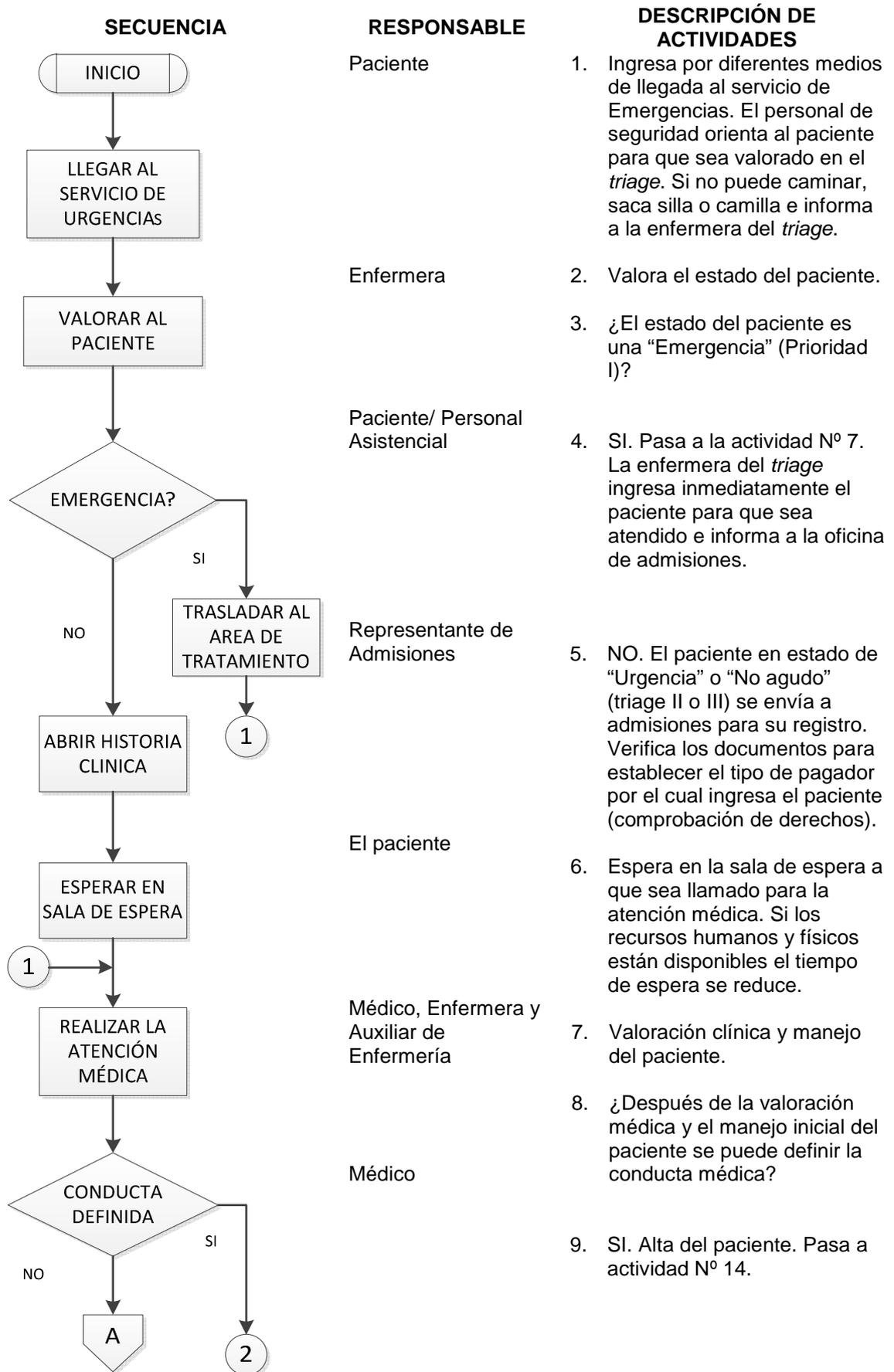
5.2.1. Elaboración del proceso

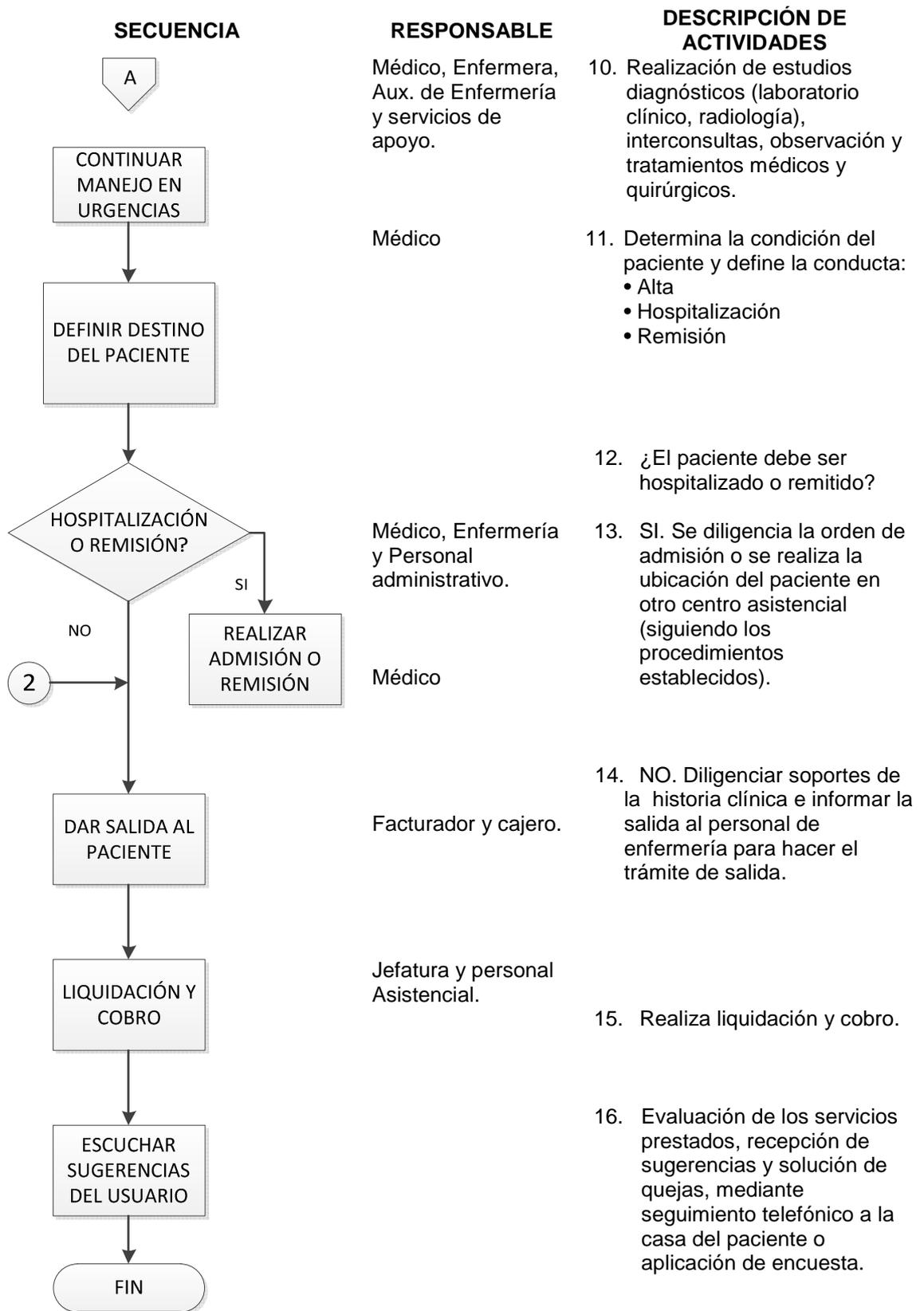
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Atención de Emergencias
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO
Valorar adecuadamente al paciente que por sus condiciones clínicas requiere de éste servicio, brindándole la atención en formar oportuna para resolver la situación de apremio.
II.- APLICACIÓN () General (x) Específica
Lo aplica el servicio de emergencias de la Clínica ClínChimborazo

III.-ALCANCE
Aplica a todos los pacientes que requieran de atención en el servicio de Emergencias.
IV.-DEFINICIONES
Emergencia; Necesidad apremiante. Agudo: Enfermedad de curso breve y relativamente grave.
V.- REFERENCIAS
Reglamento Interior de la Clínica ClínChimborazo Cía. Ltda. Manual de Organización del Instituto. Protocolos de atención Pre hospitalaria para Emergencias Médicas del MSP
VI.-POLÍTICAS
1. Todo paciente que presente una urgencia será atendido. 2. La estancia del paciente en ésta área, no será mayor de 12 horas. 3. El paciente que requiera más de 12 horas, se le ingresara a la clínica.
VII-PRODUCTOS
Atención en el servicio de Emergencia
VIII.- CLIENTE(S)
Población que se hace atender en clínicas privadas (4125. INEC 2010)
IX.-INDICADORES
Número de atenciones en emergencias/Población atendida en clínicas privados
X.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS
Hoja de emergencia.
XI.-ANEXOS
Diagrama de flujo Inventario de Registros del Procedimiento Verificación de la Ejecución del Procedimiento
XII.- RESPONSABILIDADES
Director Médico: Supervisar la atención adecuada y oportuna. Personal Médico: Valorar al paciente en forma oportuna y adecuada del paciente y solicitar el apoyo del personal especializado, hoja de evolución.

5.2.2. Descripción y flujo de la operación del proceso.





Elaboro

Realizo

Aprobó

Nota: Proceso de ClínChimborazo basado en la metodología de Guías para el manejo de urgencias, (Valencia M. 2011, pág.1.409)

5.2.3. Documentos de resguardo

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Atención de Emergencias
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:

No	Registro	Tipo de Resguardo.	Responsable/ Puesto.	Tiempo de Resguardo	Ubicación del Resguardo
1	Solicitud de servicios	Papel	Recepción	1 Año	Recepción
2	Hoja de emergencia	Papel	Jefe de Archivo Clínico	5 Años	Archivo Clínico

5.2.4. Valoración del proceso.

No.	Descripción de Actividades	Si	No
1	¿Se recibió y atendió al paciente?		
2	¿Se verificó vigencia y se llenó hoja de emergencia?		
3	¿Se refirió al paciente con médico en turno?		
4	¿Se canalizó al paciente para permanencia temporal en el área de emergencias?		
5	¿Se solicitó autorización de solicitud de servicios al Director Médico?		
6	¿Se autorizó los servicios subrogados necesarios para el paciente?		
7	¿Se vigiló el correcto seguimiento de las indicaciones médicas?		
8	¿Se vigiló se le otorgue una atención oportuna al paciente?		

5.2.5. Explicación de Procedimiento de emergencia

A la vista de la bibliografía consultada y a pesar de no haber coincidencia en el número de etapas la Clínica ClínChimborazo tiene cuatro bien diferenciadas, aunque en algunos casos alguna de ellas no se tiene en cuenta y en otros casos se incluyen otras. Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Son:

- Recepción y acogida.
- Valoración.
- Clasificación.
- Distribución.

5.2.5.1. Recepción y acogida

Para la Clínica ClínChimborazo el médico residente se encarga del triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, se identifica ante él, explica el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivara del mismo. También explica algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

En esta etapa el médico residente también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología.

Esta parte del proceso se realizara a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

5.2.5.2. Valoración.

El médico identifica el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.

En primer lugar lleva a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender.

Mientras realiza la entrevista el médico hace una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

En algunos casos se toman constantes mediciones clínicas que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para la valoración y la realización de pruebas simples, los médicos no cuentan con pulsioxímetros de mano importantes para este tipo de evaluaciones.

5.2.5.3. Clasificación:

Es la parte clave del proceso, en sí, ya que en la misma queda establecida la prioridad de atención al paciente que marca la demora para la atención facultativa.

El Triage del médico encargado se hace siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas, como está establecido en el protocolo. De acuerdo a (Gonzalez N. y Otros, 2009) los niveles de triage son los siguientes.

Nivel I (rojo): Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata.

Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra.

Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible. Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata.

Dentro de este nivel se encontrarían:

- PCR
- Pre-PCR
- Politraumatizado grave.

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 box de reanimación o consulta adecuada (Trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico, etc.). Dentro de este grupo nos encontraríamos

con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos.

Los signos apreciables en este nivel serían:

- Impresión general de gravedad.
- Piel y mucosas.- Palidez, cianosis, petequias, hipoperfusión peri-férica.
- Respiración.- Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor.
- Circulación.- Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme.
- Neurológico.- Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.
- En este nivel se podrían encuadrar:
 - Coma.
 - Estatus convulsivo.
 - Hemorragia Digestiva Alta inestable.
 - HDA aguda.
 - Disnea aguda más estado crítico.
 - Isquemia de miembros.
 - Síncope con alteración de constantes-
 - Hemoptisis aguda o con estado crítico.
 - Dolor Torácico o con características isquémicas.
 - Estados de agitación
 - Diabetes descompensada.
 - Traumatismos graves.
 - Fracturas de miembros más signos de gravedad. -Quemados más signos de gravedad.
 - Traumatismos torácicos más signos de gravedad.
 - Traumatismos abdominales más signos de gravedad.

Nivel III (verde): Agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio. No deberían esperar más de 30 minutos. Entre las patologías que se pueden encuadraren este apartado tenemos: -Estado postcrítico. -Cefalea brusca.

- Paresia y alteraciones del habla.
- Ingesta medicamentosa. -Hipertensión arterial. -HDA estable.
- Vértigo con afectación vegetativa.
- Síncope sin alteración de constantes.

- Síndromes piramidales.
- Dolor torácico de características no isquémicas.
- Emergencias psiquiátricas: psicosis agresivas, intentos autolíticos.
- Dolor abdominal.
- Quemaduras agudas.
- Heridas sin signos de gravedad.
- TCE consciente.

Nivel IV (blanco): Son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. En aras de una buena calidad asistencial deberían ser atendidos antes de 2 horas. Entre los procesos que nos podemos encontrar en este grupo están:

- Otagias.
- Odontalgias.
- Dolores inespecíficos leves.
- Traumatismos y esguinces leves.
- Miembros dolorosos sin signos de isquemia.
- Dolores osteo-musculares sin signos de fracturas
- Procesos gripales.

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesiten una nueva asignación, esto incluye la sala de espera. Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un facultativo.

Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc.

La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Ej.: un niño con fiebre de 39.5°C debe priorizarse más que un adulto con la misma temperatura; una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica, etc. (Gonzalez N. y Otros, 2009)

Los médicos residentes de la clínica Chimborazo están conscientes que la clasificación es una de las partes del proceso 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 sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Una vez realizada la Clasificación la enfermera marca el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Emergencias.

5.2.5.4. Distribución.

Tras la clasificación del paciente el médico decide en ese momento cual es el área del servicio mejor atención se le prestará al paciente.

El médico a cargo tiene total conocimiento de las condiciones de receptividad de la clínica por lo que en base a estas circunstancias toma sus decisiones protocolizando el proceso y según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triage.

5.2.5.5. Distribución según niveles de gravedad.

Paciente ROJO o paciente crítico: es acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, asimismo se toman las primeras medidas para su estabilización. Se sigue el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

Paciente AMARILLO o agudo inestable: se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.

Paciente VERDE o agudo estable: se deriva al box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Proveyéndose que se necesitara las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O₂, se pasará siempre a un Box del interior donde es valorada por Enfermería.

Paciente BLANCO o de patología banal: el paciente es atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de Triage cuando sea preciso.

La persona Médico o enfermera de Triage en nuestro Servicio de Emergencias acumula un gran número de tareas a realizar, lo cual le puede llevar en ocasiones a una saturación excesiva de su trabajo y de las tareas a realizar, por lo tanto se hace preciso una priorización de las labores que realiza. Se podría simplificar de la siguiente manera:

Primera Prioridad: Realizar la labor de Triage en sí, es decir RAC, Recepción, acogida, clasificación y distribución. Se realiza a todos los pacientes que acudan al Servicio en menos de 15 min.

Segunda Prioridad: Atención de los pacientes de Consulta Rápida.

5.3 Seguimiento y la medición de los procesos

El seguimiento y la medición constituyen, la base para saber que se está obteniendo, en que extensión se cumplen los resultados deseados y por donde se deben orientar las mejoras.

Asimismo es importante aclarar que no todos los procesos pueden ser medidos cuantitativamente, en este sentido la Gestión basada en procesos es flexible y permite medir procesos de forma cualitativa.

Para la elaboración de los indicadores de seguimiento y evaluación de la Clínica ClínChimborazo, se utilizaron criterios valorativos y estándares se tomaron en cuenta el objetivo del proceso, los indicadores representativos (del proceso) a medir y se han establecido los resultados que se desea obtener para cada indicador.

Para cada indicador, antes de ser implantado, se han considerado los siguientes aspectos:

- Dimensión: Aspecto relevante que se valora.
- Justificación: Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿tiene sentido lo que se mide?).
- Fórmula: Expresión matemática.
- Explicación de términos: Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos.
- Población: Definición clara de la unidad de estudio.
- Tipo: Estructura, proceso o resultado.

- Fuente de datos: Origen y secuencia de obtención de datos.
- Estándar: Nivel deseable de cumplimiento del criterio.
- Comentarios: Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión. Fuentes de referencia.

Existe una gran cantidad de indicadores definidos actualmente. Sin embargo, la implantación de estos indicadores requiere de una sistemática cuyas bases fundamentales son la implicación de la mayor parte posible de los integrantes del servicio, la información y comunicación, la delegación de responsabilidades, la implantación progresiva de los indicadores que se vayan definiendo y el uso inmediato de los datos y resultados que se vayan obteniendo.

Del desarrollo de la investigación se han priorizado los siguientes indicadores:

5.3.1 Indicadores de procesos

Nombre del indicador	TIEMPO DE CLASIFICACIÓN	Doc. 1 de 34
Dimensión	Seguridad. Eficiencia	
Justificación	La clasificación de los pacientes según su grado de Emergencia a la llegada a la unidad en función de una evaluación rápida estructurada (triage) permite la priorización de la actividad asistencial al tiempo que posibilita la identificación de los pacientes con mayor riesgo. En la situación habitual en que se generan esperas para la atención médica este sistema es imprescindible.	
Fórmula	Existe triage (SI / NO)	
Explicación de términos	Sistemática de clasificación: protocolo escrito que Especifica la forma en que se deben clasificar los pacientes. Debe contemplar como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo máximo de clasificación y espera para triage, • El lugar donde debe efectuarse, • La persona encargada, • Los niveles de priorización establecidos mediante algoritmos • La actitud a seguir en función del nivel de priorización así como tiempos hasta primera asistencia facultativa recomendados • La sistemática a seguir en el proceso de triage 	
Población	Estadística de protocolos de emergencias	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Documentación y registros de la sala de emergencia. Relación protocolos de emergencia	
Estándar	La diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.	
Comentarios	Las escalas actualmente recomendadas son las que agrupan a	

	<p>los pacientes en 4 niveles. Se fundamenta en la protocolización de emergencias del Ministerio de salud publica</p>
--	---

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE ESPERA PARA TRIAGE	Doc. 2 de 34
Dimensión	Seguridad. Satisfacción. Accesibilidad	
Justificación	El triage se instaura como herramienta de evaluación para la priorización de la asistencia en función del nivel de urgencia del paciente. Un tiempo de espera excesivo para esta evaluación genera demoras y dificulta la identificación precoz de los pacientes que precisan de una atención inmediata o rápida.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo llegada} \\ \text{- Triage inferior o igual a 10 minutos}}{\text{Número total de pacientes clasificados}} \times 100$	
Explicación de términos	Tiempo llegada-triage: minutos transcurridos desde la hora registrada de llegada del paciente hasta la hora registrada de inicio del triage.	
Población	Pacientes clasificados en la sala de emergencias	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de la sala de emergencias	
Estándar	100%	
Comentarios	El manual de triage del Ministerio de Salud pública establece un estándar del 85% y un indicador complementario que considera un tiempo igual o inferior a 15 minutos con un estándar > al 95 se considera para este trabajo que el 100% de pacientes deben estar clasificados en los primeros 10 minutos de su llegada al servicio y que el servicio se debe estructurar y/o organizar en base a ello. La obtención automática de estos datos suele precisar de la integración de los programas de triage en los programas de gestión del servicio.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRIAGE	Doc. 3 de 34
Dimensión	Seguridad. Efectividad.	
Justificación	<p>En el proceso de triage se recogen básicamente los datos imprescindibles para la categorización del paciente en función del grado de urgencia objetivado.</p> <p>La prolongación innecesaria del proceso conlleva un mayor tiempo de espera para ser clasificado y una demora en el proceso global de asistencia así como un mayor riesgo para aquellos pacientes que precisan de una atención inmediata o rápida.</p>	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo de duración del triage inferior o igual a 5 minutos}}{\text{Número total de pacientes clasificados}} \times 100$	
Explicación de términos	Tiempo duración del triage: minutos transcurridos desde el registro de inicio de triage hasta la asignación del nivel de urgencia correspondiente.	
Población	Pacientes clasificados en la sala de emergencias	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de emergencias	
Estándar	Igual o superior al 95%	
Comentarios	Existen programas informáticos que disponen de un registro específico por el que se puede obtener este indicador.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE PRIMERA RESPUESTA FACULTATIVA	Doc. 4 de 34
Dimensión	Seguridad. Eficiencia	
Justificación	La rapidez con que los consultores visitan al paciente una vez avisados repercute sobre la dinámica del servicio, tiempo de asistencia, ubicación del paciente, su seguridad y su satisfacción.	
Fórmula	Se contabiliza el tiempo entre la llegada del paciente a emergencias, que consta en la hoja de admisión, y su entrada en la consulta correspondiente atendida por un facultativo	
Explicación de términos	Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a emergencias y el momento en que es atendido por un facultativo que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportunos, según la patología subyacente.	
Población	Estadística de protocolos de emergencias	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de la sala de emergencia. Relación protocolos de emergencia médica	
Estándar	La espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente: ___ Prioridad 1asistencia inmediata ___ Prioridad 2< 15 minutos ___ Prioridad 3..... < 30 minutos ___ Prioridad 4 < 120 minutos	
Comentarios	Se fundamenta en la protocolización de emergencias del Ministerio de Salud Pública	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TASA DE RETORNOS EN 72 HORAS	Doc. 5 de 34
Dimensión	Efectividad. Seguridad	
Justificación	Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al servicio de emergencias en un período breve posterior a la primera atención incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que retornan al servicio en un intervalo de 72 horas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>El numerador lo constituyen los casos de pacientes que habiendo sido atendidos por un facultativo y dado de alta de emergencia vuelven a consultar en el intervalo de 72 horas, independientemente de que lo hagan por igual o diferente motivo de consulta.</p> <p>El denominador es el número total de pacientes admitido en emergencia en el periodo considerado. Paciente admitido es todo paciente que conste en el registro de admisión con hora de entrada</p>	
Población	Pacientes atendidos en emergencias durante el período revisado	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Documentación y registros de emergencias	
Estándar	No actualizado	
Comentarios	<p>Como incluye todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.), el indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos. Se debería discriminar entre pacientes que vuelven a emergencias debido a la evolución de su enfermedad (que puede haber sido condicionada por una mala calidad en la primera asistencia) de los que vuelven por algún proceso diferente (lo que puede obedecer a un proceso de fidelización que puede ser reflejo de una buena calidad asistencial) y de los citados a control para su seguimiento. Es aconsejable la revisión de todas ellas en períodos determinados para analizar las causas y poder adoptar estrategias de mejora. En caso de poder establecer un estándar global, las desviaciones implican obligatoriamente la revisión de los casos.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD	Doc. 6 de 34
Dimensión	Adecuación. Seguridad.	
Justificación	Es necesaria la evaluación de la mortalidad en todos los pacientes que han sido atendidos en el servicio de emergencias, con la finalidad de detectar la mortalidad evitable o todas aquellas situaciones en que se pueden mejorar aspectos determinados de la asistencia.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de éxitos evaluados}}{\text{N}^\circ \text{ de éxitos producidos en emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	N° éxitos evaluados: Pacientes que han sido éxitos en los que se puede documentar haber realizado una revisión sistemática del proceso asistencial que ha tenido lugar en el servicio de emergencias	
Población	Todos los éxitos producidos en emergencias durante el período estudiado Criterio de exclusión: pacientes que ingresan cadáver	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de emergencia. Registro de mortalidad de la clínica.	
Estándar	100%	
Comentarios	<p>La revisión comporta la adopción de las medidas de mejora necesarias si es el caso, lo que debe poder documentarse.</p> <p>Es útil establecer una sistemática de clasificación de las muertes revisadas (evitable, no evitable, recomendaciones, etc.).</p> <p>La mortalidad de los pacientes ingresados desde emergencias y fallecidos en las primeras 48 horas de este ingreso para evaluar si a este desenlace ha contribuido algún factor relacionado con la asistencia en emergencias.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PETICIONES DE ANÁLISIS	Doc. 7 de 34
Dimensión	Eficiencia. Seguridad.	
Justificación	La petición de analíticas innecesarias enlentece el proceso asistencial, encarece la asistencia y expone al paciente a molestias evitables así como a situaciones de riesgo. La tasa de peticiones analíticas nos permite realizar una aproximación a la magnitud de este fenómeno.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes dados de alta a domicilio con realización de analítica}}{\text{Número total de pacientes dados de alta a domicilio}} \times 100$	
Explicación de términos	Se considera análisis cualquier determinación en fluidos orgánicos del paciente que deba remitirse a laboratorio para su procesamiento.	
Población	Pacientes atendidos en emergencias y dados de alta.	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de la sala de emergencia Documentación y registros de laboratorio análisis clínicos.	
Estándar	No establecido.	
Comentarios	<p>Se recogen sólo los pacientes dados de alta ya que se considera que es el grupo con mayor analítica evitable siendo conscientes de que esta analítica puede ser necesaria para la decisión ingreso-alta.</p> <p>Dado que no existe consenso sobre estándar recomendado la tasa nos permitirá una comparación en el tiempo pero precisa de posterior validación para la comparación intercentros.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	CAÍDAS DE PACIENTES	Doc. 8 de 34
Dimensión	Seguridad	
Justificación	Los accidentes que pueden sufrir los pacientes durante su asistencia en el servicio de emergencias son causa reconocida de morbi mortalidad añadida. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para evitar este riesgo.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con caídas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	Paciente con caída: paciente que sufre un traumatismo por precipitación (de la totalidad o parte de su cuerpo) de un plano superior al del suelo sobre este en cualquier área de emergencias o de su dependencia.	
Población	Pacientes atendidos en emergencias durante el período revisado	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Documentación y registros de la sala de emergencias. Registros específico de caídas o de efectos adversos.	
Estándar	0%. Se mide sobre 100 pacientes	
Comentarios	<p>Cabe recordar la necesidad de disponer de registros de efectos adversos y de que los hospitales fomenten y faciliten la declaración.</p> <p>Es un indicador centinela de modo que cada caída es motivo de análisis.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS		Doc. 9 de 34
Dimensión	Seguridad		
Justificación	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbilidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección permite la valoración de la situación de riesgo de nuestro servicio así como su evaluación encaminada a la planificación de medidas de prevención.		
Formula	Existencia de registro de efectos adversos		
Explicación de términos	Se considera que el registro de efectos adversos es una notificación general o específica que recoge como mínimo: Errores de medicación Efectos adversos a fármacos Errores diagnósticos Caídas de pacientes Reacciones post-transfusionales Efectos por mal funcionamiento de aparataje Errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente Complicaciones de procedimientos invasivos		
Población	Registros del servicio de emergencias o generales de la institución.		
Tipo	Estructura		
Fuente de datos	Documentación y registros del servicio de emergencia Documentación y registros generales de la clínica		
Estándar	SI		
Comentarios	La existencia del registro supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras. Según la organización de la institución en materia de seguridad clínica el registro así como el sistema de gestión puede ser general para la institución o específico para el servicio de emergencias.		

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	EVALUACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	Doc. 10 de 34
Dimensión	Seguridad	
Justificación	La asistencia en salud comporta un conjunto de riesgos que generan morbimortalidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su evaluación, una vez detectados, permitirá la planificación de medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.	
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con efectos adversos revisados}}{\text{total pacientes con efectos adversos registrados}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Pacientes con efectos adversos revisados: pacientes que han sufrido algún efecto adverso y en el que se puede documentar haber realizado una revisión sistemática del proceso que ha conducido al efecto adverso.</p> <p>Se consideran efectos adversos a evaluar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Errores de medicación Efectos adversos a fármacos Errores diagnósticos Caídas de pacientes Reacciones post-transfusionales Efectos por mal funcionamiento de aparataje Errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente Complicaciones de procedimientos invasivos 	
Población	Pacientes que han sufrido algún efecto adverso	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias. Documentación y registros generales de la clínica.	
Estándar	100%	
Comentarios	<p>La evaluación comporta la posterior propuesta e implantación de medidas correctoras.</p> <p>Esta evaluación se debe completar con la de los eventos centinela definidos por la clínica o servicio.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TASA DE EFECTOS ADVERSOS	Doc. 11 de 34
Dimensión	Seguridad	
Justificación	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbimortalidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.	
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes atendidos afectados por un efecto adverso en el período revisado}}{\text{pacientes atendidos en el período revisado}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Se consideran efectos adversos a detectar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Errores de medicación Efectos adversos a fármacos Errores diagnósticos Caídas de pacientes Reacciones post-transfusionales Efectos por mal funcionamiento de aparataje Errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente Complicaciones de procedimientos invasivos. 	
Población	Pacientes atendidos en el periodo revisado	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia Documentación y registros generales de la clínica.	
Estándar	Documentación del servicio Registro de efectos adversos	
Comentarios	Es el indicador de resultado acerca de efectos adversos y que será más fiable cuanto más instaurado esté el sistema de registro y notificación. El análisis se debe completar con el de efectos adversos por paciente. Supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	INDICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN	Doc. 12 de 34
Dimensión	Seguridad. Adecuación.	
Justificación	Las medidas de contención utilizadas en el servicio de emergencias tanto para garantizar la seguridad del paciente como la del equipo asistencial pueden conllevar consecuencias indeseables que conviene reducir.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contenciones según protocolo}}{\text{n}^\circ \text{ de contenciones realizadas}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>En el protocolo debe constar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición y tipo de contención • Indicaciones • Seguimiento de los pacientes sometidos a contención <p>Se excluyen las medidas de inmovilización terapéuticas (tracciones) y las que siguen una orden judicial</p>	
Población	Todas las contenciones realizadas en el período de revisión	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias	
Estándar	100%	
Comentarios	Las medidas de contención comprenden tanto las físicas como las farmacológicas. La medida de este indicador implica la existencia de un protocolo específico para la indicación y manejo de las contenciones.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	INFORMACIÓN A LOS PACIENTES	Doc. 13 de 34
Dimensión	Satisfacción	
Justificación	El derecho a la información se halla reconocido en la Ley de Salud, siendo por tanto un imperativo legal. La información sobre el proceso asistencial proporciona al paciente la autonomía necesaria para participar en las decisiones que le afectan.	
Fórmula	$\frac{\text{Nº pacientes informados}}{\text{Nº pacientes dados de alta del servicio de emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	Paciente informado: pacientes que responden sí a las preguntas de la encuesta de satisfacción referidas a la información. Si las preguntas de la encuesta tienen una escala de medida ordinal, se acepta como sí al conjunto de respuestas positivas.	
Población	Pacientes atendidos en el servicio de emergencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otros centros.	
Tipo	Resultados	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia Encuesta de satisfacción. Documentación y registros de la Unidad de Atención al Usuario.	
Estándar	Superior al 90%	
Comentarios	Es imprescindible disponer de un protocolo de información a pacientes y familiares en que se describa qué información se facilita en cada paso asistencial y quien es el responsable de facilitarla.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TASA DE RECLAMACIONES	Doc. 14 de 34
Dimensión	Satisfacción	
Justificación	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, familiares y usuarios en general de los servicios de emergencia. La tasa es una medida global del grado de conformidad del paciente con la asistencia recibida permitiendo su monitorización la detección de desviaciones..	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que han presentado reclamación en el periodo de estudio}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el período de estudio}} \times 100$	
Explicación de términos	Reclamación: manifestación escrita por parte del paciente o familiar de cualquier situación o incidente que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial en emergencias. Se incluyen las de los pacientes que abandonan el servicio antes o durante la visita.	
Población	Pacientes atendidos en emergencias durante el período de estudio	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias. Registros de la Unidad de Atención al Usuario.	
Estándar	No establecido	
Comentarios	Aunque la tasa sea global i no permita la valoración de motivos concretos de queja es un índice monitorizable que permite detectar con facilidad desviaciones del estándar o de la tasa habitual. La obligación de disponer de hojas de reclamación y la exigencia del registro en las unidades de atención al usuario ha comportado la existencia de sistemas organizados de recogida por lo que la obtención es generalmente automatizada. Es conveniente disponer de un mapa periódico de los motivos de queja o reclamación ^{para} poder instaurar medidas de mejora así como estratificar estas reclamaciones por nivel de gravedad, población (edad, etc.) para una mejor valoración de la naturaleza de las mismas.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	RECLAMACIONES POR DESINFORMACIÓN	Doc. 15 de 34
Dimensión	Satisfacción	
Justificación	Además del derecho a la información reconocido en la Ley de Sanidad y ser. por tanto, un imperativo legal, la información sobre el proceso asistencial proporciona la autonomía necesaria al paciente para participar en las decisiones que le afectan.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamaciones por falta de información}}{\text{N}^\circ \text{ de personas atendidas desde emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Reclamaciones: verbales o por escrito, dirigidas a Atención al Cliente, referidas a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en emergencias, así como a sus familiares.</p> <p>Criterio de inclusión: quedan incluidas las reclamaciones de los pacientes no atendidos y los etiquetados de "fugas".</p>	
Población	Pacientes que acuden a emergencias y son dados de alta en el periodo revisado	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia. Documentación y registros de Atención al Cliente.	
Estándar	0,1/100 Emergencias	
Comentarios	Este indicador revisa específicamente las reclamaciones por desinformación para complementar como resultado el de información a los pacientes y el de existencia de protocolos de información.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PROVISIÓN DE INFORMACIÓN ESCRITA AL ALTA	Doc. 16 de 34
Dimensión	Satisfacción. Seguridad. Continuidad.	
Justificación	Existen determinadas condiciones en que es recomendable que además del informe de asistencia oportuno y la información oral pertinente se facilite al paciente información escrita sobre la actuación ante determinadas situaciones, signos de alarma, cuidados, etc. Relacionados con el motivo de la asistencia, patología subyacente y el tratamiento instaurado.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con información escrita al alta con indicación}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de alta con las condiciones tributarias de proveer información escrita específica}} \times 100$	
Explicación de términos	Se recomienda como set inicial básico el siguiente: Cuidados y signos de alarma ante inmovilizaciones rígidas cuidados y atenciones de sondas vesicales tratamiento con nebulizadores Tratamientos con heparinas subcutáneas Taponamientos por epistaxis	
Población	Pacientes atendidos y dados de alta en el área de emergencias	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Documentación v registros del área de emergencias	
Estándar	95%	
Comentarios	Además de las situaciones mencionadas en la justificación existen informaciones generales sobre consejos de salud (vacunaciones, signos de alarma infarto e ictus, etc.), utilización de los servicios sanitarios o actuaciones determinadas en épocas o situaciones específicas (épocas lluviosas, situaciones epidémicas, etc.) que también es conveniente facilitar, si no individualmente sí en forma de documentación en expositores u otros medios.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	EXISTENCIA DE PROTOCOLO A PACIENTES Y FAMILIARES	Doc. 17 de 34
Dimensión	Satisfacción. Seguridad	
Justificación	La existencia de un protocolo permite estructurar la información que se proporciona al paciente para aumentar su implicación y autonomía en el proceso de curación.	
Formula	Existencia del protocolo Si / No	
Explicación de términos	El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencia! en emergencias así como el responsable de proporcionarla.	
Población	Protocolos del servicio de emergencias.	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Censo de protocolos del área de emergencias	
Estándar	Si	
Comentarios	En las diversas encuestas de opinión realizadas a los usuarios de los servicios de emergencias los aspectos relacionados con la información suelen ser uno de los que más influyen a la hora de la percepción global de calidad junto con el trato y la demora. En todo caso la información reduce la ansiedad e incertidumbre de la espera y es también un componente del trato que se da al paciente y familiares por lo que debemos prestar especial atención.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	SATISFACCIÓN DE PACIENTES	Doc. 18 de 34
Dimensiones	Satisfacción	
Justificación	El nivel de satisfacción de los pacientes de un servicio de emergencia es un fiel reflejo del nivel de calidad percibida de la asistencia.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que responden en la encuesta de satisfacción al ítem 'Satisfacción global' como Excelente y buena}}{\text{Número total de pacientes que responden a la encuesta en el período a analizar.}} \times 100$	
Explicación de termino*	El indicador se mide como el nivel de satisfacción expresado por los pacientes sobre una escala de Likert en porcentaje. El numerador lo constituye suma de las encuestas en las que la respuesta ha sido Excelente y buena. El denominador lo constituye el número total de encuestas cumplimentadas durante el período de estudio.	
Población	Todos los pacientes atendidos en el área de emergencias en el periodo de estudio.	
Tipo	De resultado.	
Estándar	85%	
Fuente de dato	Encuesta de satisfacción.	
Comentarios	En algunas instituciones de similares características a la clínica ClínChimborazo se realizan estudios de satisfacción del cliente.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	CUMPLIMENTACION DEL INFORME DE ASISTENCIA	Doc. 19 de 34
Dimensión	Continuidad. Seguridad	
Justificación	Mide la calidad de la asistencia, ya que es el registro de la actividad generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los varios profesionales, además de constituir un documento médico-legal de capital importancia.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de asistencia correctos de enfermos dados de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de informes de asistencia de enfermos dados de alta}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>El informe de asistencia correcto debe incluir junto con los datos pertinentes de identificación del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - motivo de consulta referido - antecedentes patológicos - exploración física y hallazgos - pruebas complementarias realizadas y resultado - orientación diagnóstica y código - evolución si es el caso - tratamiento instaurado y recomendaciones al alta - control posterior - fecha y hora de entrada y fecha y hora de salida - identificación del médico responsable. <p>Enfermos dados de alta: se consideran así los remitidos a domicilio o a otros centros.</p> <p>Sólo se considerará correcto el indicador cuando el informe cumpla todos los items.</p>	
Población	Todos los pacientes dados de alta de emergencias a domicilio o trasladados a otros centros durante el periodo revisado	
Tipo	ResU:3dc	
Fuente de datos	Documentación y registros del departamento de emergencias	
Estándar	Tendencia a 100%	
Comentarios	Se considera que la información ha de ser legible para la facilitación de la transmisión de información y la prevención de errores por mal interpretación, entre otros.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PROTOCOLOS DE RIESGO VITAL	Doc. 20 de 34
Dimensión	Adecuación	
Justificación	La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo ha de ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en el centro, y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.	
Fórmula	Existencia de los protocolos	
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo: debe contemplar como mínimo: valoración diagnóstico, tratamiento, normas de evaluación del personal de enfermería y circuitos asistenciales utilizados. • Protocolos básicos: se considera que todo servicio de emergencias debe disponer como mínimo de protocolos de Tratamiento de: <ul style="list-style-type: none"> • TCE • Atención inicial al politraumatismo • Síndrome Coronario Agudo (Angina. SCACEST y SCASESTJ) • Ictus • RCP básica y avanzada (tanto de población adulta como pediátrica) • Tromboembolismo • Shock • Sepsis <p>Actualización: referido al Periodo de vigencia establecido que obliga a su revisión, si no se ha realizado antes por cambios en la evidencia científica u otros. En general se recomienda un período de 2 a 3 años.</p>	
Población	Censo de protocolos actualizados de/ servicio	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Censo de protocolos del servicio de emergencias	
Estándar	Sí o 100%	
Comentario	El estándar sólo se considerará asumido cuando se disponga de los protocolos referidos y con las características de contenido y actualización que se describen en la explicación de términos. Además de estos protocolos básicos, se recomienda protocolizar todas aquellas situaciones clínicas que. por la variabilidad en la práctica médica habitual, sea aconsejable.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	EXISTENCIA PROTOCOLOS DE DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL	Doc. 21 de 34
Dimensión	Adecuación. Riesgo	
Justificación	Estas situaciones son motivo de consulta frecuente en los servicios de emergencias, donde acostumbran a detectarse de forma inicial. La importancia del personal sanitario en esta función de detección y prevención, y nuestra facilidad de acceso a los demás profesionales implicados (agentes sociales, fiscalía, fuerzas del orden) nos obliga a tener definidas de forma concreta las pautas a seguir en estos casos.	
Fórmula	SI / NO	
Explicación de términos	<p>Maltrato infantil: violencia física con fracturas v lesiones inexplicables, desnutrición falta de higiene, negligencia o abandono, maltrato psicológico, etc. en niños.</p> <p>Violencia de género: malos tratos físicos a la pareja, amenazas, etc.</p> <p>Maltrato a personas mayores: violencia física con fracturas y lesiones inexplicables, desnutrición falta de higiene, negligencia o abandono, maltrato psicológico, etc. en personas mayores.</p> <p>El protocolo debe definir los algoritmos de intervención y el procedimiento a seguir para garantizar la seguridad de los afectados.</p>	
Población	Censo de protocolos del servicio	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Censo de protocolos del área de emergencias	
Estándar	Si (100 %)	
Comentarios	Existen protocolos institucionalizados o bien del servicio o clínica o bien de coordinación entre todos los agentes implicados en un determinado territorio.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO	Doc. 22 de 34
Dimensión	Adecuación	
Justificación	La codificación de diagnósticos en emergencias es un buen índice de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, la labor docente y científica de todos los integrantes del mismo y permite un feedback a los profesionales.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de altas con diagnóstico codificado}}{\text{N}^\circ \text{ de altas}} \times 100$	
Explicación de términos	Codificación: CCH-AE-Nº	
Población	Todos los pacientes atendidos dados de alta del servicio durante el periodo revisado	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia	
Estándar	100%	
Comentarios	Es conveniente revisar periódicamente la concordancia de la codificación con el diagnóstico de la asistencia urgente.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	SESIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS	Doc. 23 de 34
Dimensión	Adecuación	
Justificación	El servicio de emergencia debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención emergente, independientemente de las actividades que realicen otras especialidades involucradas en ella (a las que es conveniente que los médicos de emergencias asistan).	
Fórmula	Número de horas mensuales	
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • Se consideran sesiones específicas del emergencia aquellas dedicadas a temas específicos de la atención emergente • Se excluyen las sesiones de cambios de guardia y/o las propias de los servicios de otras especialidades 	
Población	Sesiones del servicio	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias. Memoria de la actividad docente del servicio y del hospital	
Estándar	8 horas/mes	
Comentarios	<p>Las sesiones clínicas suponen una puesta al día y un intercambio de experiencias que tienen una repercusión muy positiva en el funcionamiento del Servicio.</p> <p>Las sesiones pueden tener contenidos vanos (protocolos, casos, revisiones, temas organizativos, bibliografía, etc.) y se recomienda que se realicen en horario laboral o con cómputo de horas.</p> <p>El estándar indica el mínimo de horas.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	EXISTENCIA DE PLAN DE FORMACIÓN	Doc. 24 de 34
Dimensión	Adecuación. Seguridad. Satisfacción del profesional.	
Justificación	La correcta planificación de la formación continuada exige una evaluación de las necesidades formativas y la aplicación sistematizada de las acciones establecidas.	
Fórmula	SI / NO	
Explicación de términos	Se entiende como plan de formación el documento que recoge y analiza las necesidades percibidas de formación por los profesionales de emergencias y las del responsable del servicio así como las acciones formativas que se establecen para el período concreto de acuerdo a las competencias, conocimientos y habilidades de los profesionales del servicio. Asimismo debe proponer la evaluación necesaria para conocer el aprovechamiento de las actividades formativas.	
Población	Documentación del área de emergencia	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia, Registro del Departamento responsable de la formación continuada en la clínica	
Estándar	Si	
Comentarios	Este indicador hace referencia a la formación específica en atención urgente o áreas relacionadas. Las acciones formativas de carácter más general y que suelen ser establecidas por la dirección del hospital como por ejemplo formación en plan de emergencia del hospital, etc. se deben contabilizar también como formados de los profesionales pero no dentro de este plan específico que mide el indicador.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA		Doc. 25 de 34
Dimensión	Accesibilidad. Efectividad. Eficacia.. Seguridad. Satisfacción		
Justificación	En los servicios de emergencias clínicas se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbimortalidad. El tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.		
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de triage concreto}}{\text{Total de pacientes atendidos del mismo nivel de triage}} \times 100$		
Explicación de términos	Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia establecido para un nivel de triage concreto: pacientes en que el tiempo entre la llegada (registro admisión) y la primera asistencia facultativa en minutos es igual o inferior al recomendado por el modelo de triage para el nivel de triage en cuestión. Pacientes atendidos del mismo nivel de triage : todos los pacientes con registro de hora de llegada y de hora de primera asistencia facultativa asignados al mismo nivel de triage que los pacientes del numerador. Se descartan los pacientes que abandonan el servicio antes de empezar la visita.		
Población	Pacientes atendidos en área de emergencias		
Tipo	Proceso		
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia		
Estándar	Según modelo de triage y nivel		
Comentarios	<p>Los modelos de triage utilizados en nuestro ámbito reconocen generalmente 4 niveles y a cada uno de ellos le corresponde un tiempo recomendado así como un porcentaje de cumplimiento del mismo. En el caso de utilizar otros modelos siempre debe haber un tiempo asociado a cada nivel y el porcentaje de cumplimiento deseado.</p> <p>Es imprescindible disponer de los tiempos de todos los niveles de triage.</p>		

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LAS DIFERENTES SITUACIONES DE OCUPACIÓN DEL AREA DE EMERGENCIA	Doc. 26 de 34
Dimensión	Efectividad. Seguridad.	
Justificación	Las situaciones de saturación del SUH comportan consecuencias negativas para la seguridad del paciente y la de los profesionales.	
Fórmula	Existencia de un plan de saturación del área de emergencia	
Explicación de términos	Este plan debe comprender los indicadores o valoraciones que se utilizan para determinar el nivel de ocupación del área de emergencia (y , si es posible, proveer situaciones de saturación), identificación de los puntos problemáticos, las acciones previstas en cada caso y las reevaluaciones.	
Población	Relación de protocolos del servicio	
Tipo	Estructura	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencia	
Estándar	SI	
Comentarios	En función de ciertos parámetros como pueden ser la afluencia de pacientes, ocupación del servicio por pacientes pendientes de ingreso, pacientes en espera de visita, etc. se pueden establecer diferentes niveles de ocupación del área de emergencia (identificados con nombres, letras o colores). Cada uno de ellos tiene que tener asociado un conjunto de actuaciones encaminadas a dinamizar la asistencia para poder evitar la sobresaturación y colapso.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES	Doc. 27 de 34
Dimensión	Satisfacción.	
Justificación	Al igual que ocurre con los pacientes, debemos conocer los factores que inciden en la satisfacción e insatisfacción de nuestros profesionales para potenciar unos y mejorar los otros en beneficio de un mejor desarrollo humano y profesional.	
Fórmula	Realización de encuestas de satisfacción del profesional	
Explicación de términos	Encuesta de satisfacción del profesional: encuesta validada que sondea la opinión del profesional sobre aspectos que inciden en su satisfacción e insatisfacción en su lugar de trabajo.	
Población	Profesionales de emergencias	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del servicio de emergencias. Documentación y registros del departamento de Recursos Humanos.	
Estándar	Si	
Comentarios	El área de emergencias debe disponer de un modelo de encuesta de acuerdo con el Departamento de Recursos Humanos y Relaciones Laborales y debe efectuar el sondeo en un período establecido. Se considera que las variables mínimas a recoger deben hacer referencia a la comunicación entre profesionales y con los responsables, oportunidades de desarrollo y promoción, entorno físico, motivación e incentivación, seguridad y ergonomía en el trabajo, trabajo en equipo, recursos para desarrollar la actividad, gestión del servicio y colaboración con otras áreas	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE DEMORA DE INGRESO		Doc. 28 de 34
Dimensión	Eficiencia. Seguridad		
Justificación	Una vez indicado el ingreso y finalizada la asistencia en emergencias, el tiempo que el paciente sigue permaneciendo en emergencias incide negativamente en la carga de trabajo y en la dinámica del servicio de emergencias.		
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con demora de ingreso superior a 1h}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que ingresan}} \times 100$		
Explicación de términos	Demora: intervalo de tiempo comprendido entre la hora en que se solicita el ingreso hasta la salida del paciente del área de emergencias		
Población	Pacientes que ingresan en el hospital (planta) a partir del área de emergencias durante el período estudiado Criterios de exclusión: pacientes ingresados en unidades dependientes de emergencias		
Tipo	Resultado		
Fuente de datos	Servicio de admisiones		
Estándar	Inferior al 20%		
Comentarios	Los retrasos en el ingreso provocan un deterioro de la calidad asistencial para el paciente así como agotamiento y desmotivación en los profesionales. El equipo redactor lo considera un indicador importante para el servicio de emergencias, aunque no dependa exclusivamente de este servicio.		

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	ADECUACIÓN DEL INGRESO A LA CLINICA	Doc. 29 de 34
Dimensión	Eficiencia. Seguridad	
Justificación	Los ingresos inadecuados a la clínica generados en el área de emergencias comportan un incremento del gasto sanitario, alteraciones del funcionamiento del centro así como exploraciones y tratamientos inadecuados además de exponer al paciente a los riesgos inherentes a la hospitalización	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados por el área de emergencias con ingreso adecuado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados por el área de emergencias}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Pacientes ingresados por emergencias: pacientes atendidos en el área de emergencias y cuyo ingreso ha sido indicado por el personal médico del mismo.</p> <p>Ingreso adecuado: indicación considerada como adecuada en base al instrumento de valoración utilizado</p>	
Población	Pacientes que ingresan en la clínica a partir del área de emergencias durante el periodo estudiado	
Tipo	Resultado	
Fuente de datos	Historia clínica del paciente.	
Estándar	No establecido	
Comentarios	<p>Los instrumentos utilizados para realizar esta evaluación se basan en criterios explícitos y objetivos que valoran la necesidad del ingreso en base a la revisión de historias en un período determinado. El más conocido y utilizado es el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) con algunas adaptaciones, existiendo también otros como el ISD (Intensity-Severity-Discharge), SMI (Standardized Medreview Instrument), Oxford Bed Study Instrument, Delay Tool (DTO) y el MCAP (Managed Care Appropriateness Protocol). Generalmente estos métodos se complementan con revisiones en base a criterios implícitos por parte de personal médico.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PERSONAS A TENDIDAS FUERA DE BOX	Doc. 30 de 34
Dimensión	Accesibilidad. Satisfacción	
Justificación	La atención sanitaria fuera de los espacios adecuados (box), supone una disminución de la calidad asistencial!, además de una pérdida de confort e intimidad para el paciente	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos fuera de box}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Box; toda estructura física dotada de intimidad que se Utilice como área de visita y tratamiento de enfermos.</p> <p>Atención fuera del box: atención que se desarrolla Fuera de la estructura física adecuada.</p>	
	<p>Fundamentalmente en tos aspectos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exptoración física • Situaciones que requieren intimidad • Servicio de Emergencias: todas las áreas que dependen de este servicio, incluidas las áreas de observación. • Criterios de inclusión: se considera también atención fuera del box a los pacientes que se atienden simultáneamente (2 o más) en el mismo box, por falta de espacto. • Criterios de exclusión: pacientes ubicados fuera del box, pendientes de ingreso o en situación de espera. 	
Población	Pacientes atendidos en el área de emergencias. durante el periodo estudiado	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias. Observación directa.	
Estándar	<1%	
Comentarios	Para la medida del indicador se recomienda un corte de prevalencia en un período a determinar por el hospital.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PERMANENCIA SUPERIOR A 24 HORAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS	Doc. 31 de 34
Dimensión	Eficiencia. Seguridad	
Justificación	La permanencia superior a 24 horas en el área de emergencias puede ser consecuencia de problemática asociada a la óptima gestión de camas hospitalarias o de la capacidad resolutive del propio servicio de emergencias. Tan solo puede justificarse por inestabilidad hemodinámica y/o nueva patología aguda durante su estancia en el área de emergencias	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el área de emergencias.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}} \times 100$	
Explicación de términos	Permanencia: tiempo desde la llegada al servicio de emergencias hasta el alta	
Población	Pacientes atendidos en el área de emergencia durante el período revisado	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del área de emergencias. Documentación y registros del hospital.	
Estándar	1%	
Comentarios	Se puede combinar con el de permanencias mayores de 6 horas que mide con mayor precisión la capacidad resolutive del servicio.	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	PERMANENCIA DE LOS PACIENTES EN EMERGENCIAS	Doc. 32 de 34
Dimensión	Eficiencia. Seguridad	
Justificación	Un tiempo de estancia prolongado en el SUH puede ser el reflejo de déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. y repercute en la agilidad de la asistencia, ocupación de espacios e incrementa el riesgo para pacientes y profesionales.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que permanecen en emergencia el período de tiempo determinado}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Permanencia: tiempo desde la llegada al servicio de emergencias hasta el alta con cualquier destinación</p> <p>Periodo de tiempo determinado: el tiempo que se establece como referencia</p> <p>Se excluyen los pacientes que no completan la visita</p>	
Población	Pacientes atendidos en el área de emergencias durante el período revisado	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	<p>Documentación y registros del servicio de emergencias.</p> <p>Documentación y registros del hospital.</p>	
Estándar	No establecido	
Comentarios	<p>Tratamos con porcentajes relacionados con tiempos de permanencia concretos (generalmente pacientes que permanecen en el servicio por un tiempo igual o inferior a 3 horas o pacientes que permanecen en el servicio por un tiempo igual o inferior a 6 horas aunque pueden establecerse otros en función de las características de cada área de emergencias o categorías de pacientes). Asimismo se evalúan las permanencias mayores de 24 horas como Índice centinela (obliga a revisar cada caso). Es conveniente agrupar los pacientes por niveles de triage para estudiar mejor los factores que intervienen en la permanencia. También se deben evaluar aquellos procesos que siguen unos circuitos establecidos.</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	TIEMPO DE RESOLUCIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTAS	Doc. 33 de 34
Dimensión	Seguridad. Eficiencia	
Justificación	Resulta importante determinar el espacio de tiempo que el medico toma para evaluar a su paciente, refleja el grado de profesionalismo del médico facultativo, así como la gravedad del caso.	
Fórmula	Se obtiene como diferencia entre la hora de llegada y la hora que el facultativo del área de consultas efectúa el alta definitiva o la trasferencia del paciente a otra área asistencial	
Explicación de Términos	Mide el tiempo total transcurrido entre la hora de llegada de un paciente a emergencias y el momento en el que el facultativo del área de consultas efectúa el alta definitiva o la orden de ingreso en observación o en planta, contabilizando todos los procedimientos necesarios en el área de consultas etc.).	
Población	Censo de protocolos de emergencias	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros de la unidad de emergencia. Relación protocolos de emergencia médica	
Estándar	Se deben ordenar las actuaciones para que en ningún caso se sobrepasen las 8 horas de resolución en el área de consultas.	
Comentarios	Se fundamenta en la protocolización de emergencias del Ministerio de salud publica	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

Nombre del indicador	REVISIÓN DEL MATERIAL Y APARATAJE DE LA SALA DE REANIMACIÓN	Doc. 34 de 34
Dimensión	Seguridad. Oportunidad	
Justificación	Dada la actividad que se realiza en la sala de reanimación, el utillaje y la medicación deben estar disponibles y listos para ser usados de forma inmediata en cualquier momento.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de revisiones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de revisiones previstas}} \times 100$	
Explicación de términos	<p>Revisión realizada: control y reposición de la medicación y material de los que debe disponerse y del correcto funcionamiento del aparataje. Debe constar la fecha, hora y persona que realiza la revisión.</p> <p>Revisiones previstas: cada hospital establecerá la frecuencia que crea adecuada, aunque a nivel internacional se recomienda que se realice en cada cambio de turno y después de utilizar la sala.</p>	
Población	Número total de revisiones previstas durante el período revisado	
Tipo	Proceso	
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros de aparataje de la clínica.	
Estándar	100%	
Comentarios	<p>Requisitos de seguridad para equipos de electro medicina, no existe una normatividad a nivel nacional</p> <p>La revisión comporta la solución de las anomalías Detectadas</p>	

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.), y de los protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas de Ministerio de Salud Pública (2009).

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO		PROCESO: EMERGENCIAS MÉDICAS	CÓDIGO
INDICADOR		CALCULO	RESULTADO ESPERADO
1	Tiempo de clasificación	Existe triage SI / No	Realizar la clasificación de los pacientes con triage.
2	Tiempo de espera para Triage	$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo llegada} \\ \text{- Triage inferior o igual a 10 minutos}}{\text{Número total de pacientes clasificados}} \times 100$	Atender al 100% de los pacientes en triage de menos de 10 minutos
3	Tiempo de Duración del triage	$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo de} \\ \text{duración del triage inferior o igual a 5 minutos}}{\text{Número total de pacientes clasificados}} \times 100$	Al 95% .de los pacientes se les realiza el triage en menos de 5 minutos
4	Tiempo de primera respuesta facultativa	$\frac{\text{Hora de entrada en la consulta correspondiente} \\ \text{- Hora de llegada del paciente que consta en la hoja de admisión}}{\text{-----}}$	Atender a los pacientes en emergencia de acuerdo al estándar de triage P1 asistencia inmediata P2 < 15 minutos P3 < 30 minutos P4 < 120 minutos
5	Tasa de retorno en 72 horas	$\frac{\text{N° de pacientes que retornan al servicio} \\ \text{en un intervalo de 72 horas}}{\text{-----}} \times 100$ <p>N° de pacientes atendidos en emergencias</p>	El 2% de los pacientes retornan a la clínica a las 72 horas por complicaciones en el tratamiento instaurado

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
6	Evaluación de la mortalidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de éxitos evaluados}}{\text{N}^\circ \text{ de éxitos producidos en emergencias}} \times 100$	100% de pacientes atendidos en emergencia han sido atendidos con éxito
7	Peticiones de análisis	$\frac{\text{Número de pacientes dados de alta a domicilio con realización de analítica}}{\text{Número total de pacientes dados de alta a domicilio}} \times 100$	Realizar analítica absolutamente necesaria en el 100% de los pacientes
8	Caídas de pacientes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con caídas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en emergencias}} \times 100$	Realizar el traslado y asistencia a los pacientes en emergencia de tal manera que no se registren caídas. 100% seguridad
9	Registro de efectos adversos	Existencia de registro de registros adversos	Contar con un registro de efectos adversos dónde consten los diferentes errores y efectos negativos.
10	Evaluación de efectos adversos	$\frac{\text{Pacientes con efectos adversos revisados}}{\text{total pacientes con efectos adversos registrados}} \times 100$	Evaluar el 100% de los casos de efectos adversos en apacientes atendidos en el área de emergencias

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
11	Tasa de efectos adversos	$\frac{\text{Pacientes atendidos afectados por un efecto adverso en el período revisado}}{\text{pacientes atendidos en el período revisado}} \times 100$	Reducir los efectos adversos en los pacientes que llegan al área de emergencia. 100% reducido
12	Indicación de medidas de contención	$\frac{\text{N° de contenciones según protocolo}}{\text{n° de contenciones realizadas}} \times 100$	Adoptar las medidas de contención en el 100% de los pacientes atendidos en el área de emergencia.
13	Información a los pacientes	$\frac{\text{N° pacientes informados}}{\text{N° pacientes dados de alta del servicio de emergencias}} \times 100$	Informar al 100% de los pacientes sobre los tratamientos que se les han aplicado en el área de emergencias.
14	Tasa de reclamaciones	$\frac{\text{N° de pacientes que han presentado reclamación en el periodo de estudio}}{\text{N° total de pacientes atendidos en el período de estudio}} \times 100$	Lograr el 0% de reclamaciones de los pacientes atendidos en el área de emergencias
15	Reclamaciones por desinformación	$\frac{\text{N° de reclamaciones por falta de información}}{\text{N° de personas atendidas desde emergencias}} \times 100$	Informar a los pacientes o sus familiares de manera eficiente sobre los tratamientos que le son aplicados en el área de emergencias. 0% de reclamaciones

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
16	Provisión de información escrita al alta	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con información escrita al alta con indicación}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de alta con las condiciones tributarias de proveer información escrita específica}} \times 100$	Informar de forma escrita al 100% de los pacientes sobre la actuación y posibles signos de alarma y tratamiento luego del alta.
17	Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares	Existencia del protocolo Si / No	Contar con un protocolo de información a los pacientes atendidos en emergencias.
18	Satisfacción de pacientes	$\frac{\text{Número de pacientes que responden en la encuesta de satisfacción al ítem 'Satisfacción global' como Excelente y buena}}{\text{Número total de pacientes que responden a la encuesta en el período a analizar.}} \times 100$	Lograr el 100% de satisfacción de los pacientes atendidos en el área de emergencias.
19	Cumplimentación del informe de asistencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de asistencia correctos de enfermos dados de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de informes de asistencia de enfermos dados de alta}} \times 100$	Realizar informes correctos y oportunos de los pacientes atendidos en el área de emergencias. 100% de informes correctos
20	Protocolos de riesgo vital	Existencia de los protocolos de la lista	Contar con protocolos de registro vital permitiendo que se facilite y agilice la toma de decisiones

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
21	Existencia protocolos de detección de situaciones de riesgo social	SI / NO	Contar con un protocolo de detección de situaciones de riesgo social.
22	Codificación de diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de altas con diagnóstico codificado}}{\text{N}^\circ \text{ de altas}} \times 100$	Contar con un sistema de codificación para la atención en el área de emergencias. 100% de casos codificados
23	Sesiones clínicas del servicio de emergencias	Número de horas mensuales	Realizar reuniones sistemáticas del personal de emergencia con un mínimo de 8 horas mensuales
24	Existencia de plan de formación	SI / NO	Contar con un plan de capacitación permanente para el personal que atiende el área de emergencia
25	Tiempo de la primera asistencia facultativa	$\frac{\text{Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de triage concreto}}{\text{Total de pacientes atendidos del mismo nivel de triage}} \times 100$	Atender medicamente a los pacientes de emergencias de acuerdo a los estándares establecidos por el modelo de triage y nivel. 100% de pacientes atendidos con el standar
26	Detección y actuación ante las diferentes situaciones de ocupación del área de emergencia	Existencia de un plan de saturación del área de emergencia	Contar con un plan de contingencia en el supuesto caso de saturación en el área de emergencias.

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
27	Encuesta de satisfacción de los profesionales	Realización de encuestas de satisfacción del profesional	Realizar encuestas de satisfacción a los profesionales del área de emergencias Encuesta realizada
28	Tiempo de demora de ingreso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con demora de ingreso superior a 1h}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que ingresan}} \times 100$	Disminuir el tiempo de ingreso de los pacientes atendidos en emergencias 100% de pacientes ingresados en función del estándar
29	Adecuación del ingreso a la clínica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados por el área de emergencias con ingreso adecuado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados por el área de emergencias}} \times 100$	Organizar adecuadamente en el área de emergencias el ingreso de los pacientes a la clínica. 100% de pacientes ingresados de forma adecuada
30	Personas atendidas fuera de box	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos fuera de box}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}} \times 100$	Atender a los pacientes dentro de las áreas adecuadas para el efecto (box) 100% de pacientes atendidos en el box de emergencias
31	Permanencia superior a 24 horas en el servicio de emergencias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el área de emergencias.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}} \times 100$	Bajar la estadía de los pacientes en el área de emergencias a un máximo de seis horas 100% de pacientes atendidos permanecen en emergencia menos de seis horas

	INDICADOR	CALCULO	RESULTADO ESPERADO
32	Permanencia de los pacientes en emergencias	$\frac{\text{Número de pacientes que permanecen en emergencia el período de tiempo determinado}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$	Manejar adecuadamente los tiempos de permanencia de los pacientes en el área de emergencia. 100% de permanencia en emergencia de acuerdo al estándar
33	Tiempo de resolución en el área de consultas	$\frac{\text{Hora del alta o transferencia a otra área} - \text{Hora de llegada del paciente a emergencias}}{\text{-----}}$	Disminuir el tiempo para el alta o transferencia a otra área. 100% de los pacientes atendidos en consulta de acuerdo al estándar.
34	Revisión del material y aparataje de la sala de reanimación	$\frac{\text{N° de revisiones realizadas}}{\text{N° de revisiones previstas}} \times 100$	Mantener los materiales y aparatos del área de emergencia en óptimas condiciones. 100% en óptimas condiciones
Elaborado por		Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

Nota: Basado en el manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarias. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, s.f.)

Cuantos procesos son los objetos de estudio? Cuantos indicadores propone? Es posible que haya más indicadores que procesos. No es rentable utilizar tantos indicadores. Ver los más pertinentes, eficaces y eficientes.

5.4 Mejora de los procesos

En base a los criterios propuestos por la evaluación hecha a los pacientes de emergencias de la Clínica Medico y Asociados Clinchimborazo aseguran que:

Los mayores problemas por los que los usuarios acuden al área de emergencias de la clínica son por politraumatismos (41,67%) y fiebres altas (16,67%) durante su estadía los usuarios manifestaron que la atención que recibieron en la clínica fue buena (50%) y excelente (41,67%), además calificaron el trato por parte de los médicos con una ponderación máxima de 5 puntos (66,67%) a los auxiliares con 4 puntos (91,67%) y al personal administrativo con 4 puntos (75%).

El 50% de usuarios asigna una calificación de 3 puntos al equipamiento hospitalario (50%), y con una ponderación máxima de 5 puntos se calificaron a lo siguiente: instalaciones (50%), tecnología (58,33%), instrumental médico (50%) y asepsia con (41,67%), el otro 50% restante muestra inconformidad con éstos recursos médicos. Lamentablemente los usuarios afirmaron que a pesar de todos los servicios que brinda la clínica no cuenta con el personal suficiente (66,67%) para la optimización del servicio. Ver encuesta en el Anexo N° 1.

Y en base a los resultados obtenidos de la observación realizada a los procesos de la Unidad de emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo”

Se expone a continuación la mejora de procesos, en las áreas y aspectos prioritarios:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (triage 1)	CÓDIGO CCH-AE-SE-TC1 Doc. 1 de 35
DESVÍOS: El sistema de triage existe en la clínica, sin embargo no se realiza de forma organizada y sistemática		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none">• El momento de la emergencia el personal de asistencia está realizando otras tareas, o los médicos facultativos no se encuentran en la clínica.• Asumen el triage enfermeras, pero no se responsabilizan del hecho• Se prefiere rechazar a los pacientes.		

<p>ACCIONES PREVENTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos un médico y una enfermera deberán estar permanentemente dispuestos para realizar el triage 	<p>ACCIONES CORRECTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejora de los tiempos de clasificación y espera para el triage Determinación de un área específica para el triage Asignación de responsabilidades Establecimiento de priorización de triage mediante algoritmos Mejora de la actitud a seguir en función del nivel de priorización así como tiempos hasta primera asistencia facultativa recomendados Sistematización del proceso de triage
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una planificación sistemática para el sistema de triage en la Clínica ClíChimborazo en un lapso de un mes. Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública. 	

Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
-------------------------------------	---------------	-------------------------

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (triage 2)	CÓDIGO CCH-AE-SSA-TET Doc. 2 de 35
-----------------------------------	--	---

DESVÍOS:
El tiempo de espera para realizar el triage es excesivo.

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- Descoordinación en el procedimiento
- Desconocimiento del protocolo
- No se asume responsabilidad
- No existen registros de la sala de emergencias

<p>ACCIONES PREVENTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organización en el procedimiento Asumir responsabilidades 	<p>ACCIONES CORRECTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ceñirse al protocolo de triage Instrucción al personal en el procedimiento de triage Registro sistemático de los tiempo de espera para el triage
--	--

OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una planificación sistemática para el sistema de triage en la Clínica ClíChimborazo en un lapso de un mes. Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (triage 3)	CÓDIGO CCH-AE-SSA-TDT Doc. 3 de 35
-----------------------------------	--	---

DESVÍOS: El tiempo de para realizar el triage es excesivo.
--

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:
<ul style="list-style-type: none"> Descoordinación en el procedimiento Desconocimiento del protocolo No se asume responsabilidad No se tiene preparado el material e instrumental No está preparada adecuadamente la sala de triage para emergencias graves No existen registros de la sala de emergencias

ACCIONES PREVENTIVAS:	ACCIONES CORRECTIVAS:
<ul style="list-style-type: none"> Organización en el procedimiento Preparación de material e instrumental Preparación de área de triage Asumir responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> Ceñirse al protocolo de triage Instrucción al personal en el procedimiento de triage Planificación diaria para la organización del área de triage Delegación responsabilidades Registro sistemático de los tiempo empleados en el triage

OBJETIVOS:		
Realizar una planificación sistemática para el sistema de triage en la Clínica ClíChimborazo en un lapso de un mes.		
Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública		
Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas.		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (tiempo de respuesta facultativa)	CÓDIGO CCH-AE-SE-TRF Doc. 4 de 35
DESVÍOS: El tiempo de respuesta facultativa no es el adecuado.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: Los médicos no se encuentran en la clínica		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Organización en el procedimiento de emergencia. • Priorización de los facultativos para la atención 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Delegación de horarios de atención para emergencias • Mejoramiento de la comunicación entre la clínica y sus médicos • Mejoramiento del tiempo de respuesta de los facultativos 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una planificación sistemática para el sistema de triage en la Clínica ClíChimborazo en un lapso de un mes. • Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública • Establecer un sistema de comunicación más eficiente entre los facultativos y la clínica • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (tasa de retorno en 72 horas)	CÓDIGO CCH-AE-ES-TRH Doc. 5 de 35
DESVÍOS: El 30% de los pacientes regresan a la clínica en menos de 72 horas con los mismos síntomas.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: El sistema de atención médica no es el adecuado porque los pacientes son atendidos por enfermeras y auxiliares Generalmente no se encuentran facultativos sobre todo en la noche y feriados.		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Organización en el procedimiento de emergencia. • Priorización de los facultativos para la atención 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Delegación de horarios de atención para emergencias • Mejoramiento de la comunicación entre la clínica y sus médicos • Mejoramiento del tiempo de respuesta de los 	

	facultativos	
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una planificación sistemática para el sistema de triage en la Clínica ClíChimborazo en un lapso de un mes. • Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública • Establecer un sistema de comunicación más eficiente entre los facultativos y la clínica • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. • Bajar la tasa de retorno por los mismos síntomas y subir la tasa de retorno para chequeos de patologías determinados en el área de emergencias 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (petición de análisis)	CÓDIGO CCH-AE-ES-EM Doc. 6 de 35
DESVÍOS:		
La analítica es uno de los principales problemas de la clínica ya que no cuenta con este servicio de forma integral , por lo que los análisis deben ser remitidos a otros laboratorios		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:		
Laboratorio incipiente para analítica dentro de la clínica No existe un registro adecuado de este indicador		
ACCIONES PREVENTIVAS:	ACCIONES CORRECTIVAS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar en lo posible la analítica en pacientes de emergencia. • Mejoramiento del registro de analítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un laboratorio clínico, que cubra la mayor cantidad de necesidades de los pacientes. 	
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un laboratorio clínico completo en la Clínica ClíChimborazo. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Evaluación de la mortalidad)	CÓDIGO CCH-AE-ES-EM Doc. 7 de 35
DESVÍOS: Aunque estos casos son muy esporádicos, no se tiene un adecuado registro de mortalidad en el área de emergencia al respecto		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: Deficiente sistema de registros en el área de emergencias		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Registrar adecuadamente la mortalidad en el área. 		ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Incluir en el sistema de registro de la clínica la mortalidad.
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (caídas de pacientes)	CÓDIGO CCH-AE-ES-CP Doc. 8 de 35
DESVÍOS: Se han dado casos en los que los pacientes se han caído de las camillas o los sillones en el área de emergencias		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: Ha existido descuido por parte del personal Las seguridades de las camillas y los sillones son mínimas		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Tener mayor cuidado en los procedimientos de ubicación y traslado de los pacientes 		ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de las seguridades en las camillas y sillones de atención a los pacientes en el departamento de emergencias
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Adquirir camillas y sillones de atención con mayores seguridades para el área de emergencias. Ajustar el sistema de triage a los parámetros establecidos por el sistema de emergencias propuesto por Ministerio de Salud Pública 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por : Fecha:
CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Evaluación de la mortalidad)	CÓDIGO CCH-AE-ES-EM Doc. 9 de 35
DESVÍOS: Aunque estos casos son muy esporádicos, no se tiene un adecuado registro de mortalidad en el área de emergencia al respecto		

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: Deficiente sistema de registros en el área de emergencias		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Registrar adecuadamente la mortalidad en el área. 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Incluir en el sistema de registro de la clínica la mortalidad. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Registro de efectos adversos)	CÓDIGO CCH-AE-ES-REA Doc. 10 de 35
DESVÍOS: No se registran los efectos adversos en el que se registren los efectos negativos en el área de emergencias		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: No se cuenta con un registro adecuado en el área de emergencias.		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Iniciar el registro de situaciones adversas en el área de emergencias 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Implementación de un sistema de registro en el área de emergencias 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (evaluación de efectos adversos)	CÓDIGO CCH-AE-ES-EEA Doc. 11 de 35
DESVÍOS: La evaluación de los efectos adversos en el área de emergencias es inferior al 5% de los pacientes en los que esto ha sucedido		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: La evaluación de los efectos adversos se realiza esporádicamente y se vuelven a cometer los mismos errores porque no existe un registro adecuado para realizar los correctivos pertinentes.		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación sistemática de los efectos adversos en el área de emergencias. Delegar responsabilidades. 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Implementación de un sistema de registro en el área de emergencias Realizar la evaluación de efectos adversos en: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Errores de medicación 	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efectos adversos a fármacos ✓ Errores diagnósticos ✓ Caídas de pacientes ✓ Reacciones post-transfusionales ✓ Efectos por mal funcionamiento de aparataje ✓ Errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente ✓ Complicaciones de procedimientos invasivos 	
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. • Evaluar sistemáticamente los efectos adversos ocurridos en el área de emergencias. • Capacitar al personal de emergencias para evitar efectos adversos 		
<p>Elaborado por: Clemente Mancheno</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado por: Fecha:</p>
<p>CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO</p>	<p>PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (tasas de efectos adversos)</p>	<p>CÓDIGO CCH-AE-ES-TEA Doc. 12 de 35</p>
<p>DESVÍOS: Existen efectos adversos en la atención de emergencias que llegan a un 30% de los casos atendidos.</p>		
<p>INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: Negligencia por parte del personal que ha realizado la atención en emergencia.</p>		
<p>ACCIONES PREVENTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación sistemática de los efectos adversos en el área de emergencias. • Delegar responsabilidades. • Mejorar las competencias del personal de emergencias 	<p>ACCIONES CORRECTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un sistema de registro en el área de emergencias • Prevenir los efectos adversos en <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niveles de medicación ✓ utilización de fármacos ✓ diagnósticos ✓ Caídas de pacientes ✓ Reacciones post-transfusionales ✓ mal funcionamiento de aparataje ✓ Errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente ✓ Complicaciones de procedimientos invasivos • Estructurar un organigrama funcional del área de emergencias 	

OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. • Evaluar sistemáticamente los efectos adversos ocurridos en el área de emergencias. • Capacitar al personal de emergencias para evitar efectos adversos. • Evaluar periódicamente al personal de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (tasas de efectos adversos)	CÓDIGO CCH-AE-SA-IMC Doc. 13 de 35
-----------------------------------	---	---

DESVÍOS:

Las medidas de contención a los pacientes de emergencia no siguen los protocolos adecuados

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- Negligencia por parte del personal que ha realizado la atención en emergencia.
- Falta de equipo adecuado.

ACCIONES PREVENTIVAS:

- Asumir responsabilidades
- Dar mantenimiento al aparataje de contención.
- Proveer los riesgos de contención.
- Buscar la colaboración del paciente previa la contención

ACCIONES CORRECTIVAS:

- Adquisición de equipos de contención
- Capacitación del personal.

OBJETIVOS:

- Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas.
- Manejar los protocolos de emergencias del Ministerio de Salud Pública
- Adquirir equipos de contención adecuados.

Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
-------------------------------------	---------------	----------------------

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (información a los pacientes)	CÓDIGO CCH-AE-S-INP Doc. 14 de 35
-----------------------------------	---	--

DESVÍOS:

Generalmente no se informa a los pacientes o a sus familiares sobre los procedimientos que se les van aplicando

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- Falta de organización en el área de emergencias.
- Irrespeto por el paciente
- Sobre estimación de los criterios de los pacientes o familiares

ACCIONES PREVENTIVAS:		ACCIONES CORRECTIVAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Asumir responsabilidades • Información precisa a los pacientes de los procedimientos que se les aplican o a sus familiares 		<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la información al paciente. • Especificación de los procedimientos • Registrar los procedimientos para emitir información
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Manejar los protocolos de emergencias del Ministerio de Salud Pública • Sistematizar los procedimientos para informar verbal por escrito a los pacientes. • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Tasa de reclamos)	CÓDIGO CCH-AE-S-TR Doc. 15 de 35
DESVÍOS:		
Se da un 15% de reclamos por la atención a los pacientes en el área de emergencias		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación con los pacientes • Negligencia en el servicio • Tozudez de los pacientes o sus familiares 		
ACCIONES PREVENTIVAS:		ACCIONES CORRECTIVAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la comunicación con los pacientes o sus familiares • Mejoramiento del servicio de emergencias • Asumir responsabilidades • Registrar los reclamos realizados por los pacientes 		<ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de un plan de comunicación con los pacientes • Mejorar las RRHH del personal de emergencias • Estructuración de un plan de respuesta a los reclamos. • Emitir informes sobre los procedimientos.
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. • Establecer un sistema de respuestas a los reclamos de los pacientes. • Capacitar al personal en RR.HH. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Reclamación por desinformación)	CÓDIGO CCH-AE-S-RPD Doc. 16 de 35
DESVÍOS: Del 15% de reclamos la mayoría ha sido por desinformación		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Falta de comunicación con los pacientes Tozudez de los pacientes o sus familiares 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de la comunicación con los pacientes o sus familiares Asumir responsabilidades Registrar los reclamos realizados por los pacientes 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Estructuración de un plan de comunicación con los pacientes Mejorar las RRHH del personal de emergencias Estructuración de un plan de respuesta a los reclamos. Emitir informes sobre los procedimientos. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. Establecer un sistema de respuestas a los reclamos de los pacientes. Capacitar al personal en RR.HH. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (información escrita al alta)	CÓDIGO CCH-AE-S-IEA Doc. 17 de 35
DESVÍOS: No se le entrega al paciente la información completa y por escrito al alta		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Deficiente sistema de registro Despreocupación del personal encargado 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Sistematizar los procedimientos Asumir responsabilidades 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento el sistema de registro de datos Asignación de tareas para la emisión de informes 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas. 		
Elaborado por: Clemente mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (protocolo de información)	CÓDIGO CCH-AE-S-PIPF Doc. 18 de 35
-----------------------------------	--	---

DESVÍOS:

Inexistente protocolo de información a los pacientes y familiares para evitar reclamaciones

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- No existe un protocolo de información.
- No se registran adecuadamente los datos

ACCIONES PREVENTIVAS:

- Sistematizar los procedimientos
- Asumir responsabilidades

ACCIONES CORRECTIVAS:

- Estructuración de un protocolo de información

OBJETIVOS:

- Implementar un sistema de registro adecuado para emergencias médicas.
- Implementar un protocolo de información a los pacientes y familiares

Elaborado por:

Clemente Mancheno

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Satisfacción de pacientes)	CÓDIGO CCH-AE-S-SP Doc. 19 de 35
-----------------------------------	---	---

DESVÍOS:

El nivel de satisfacción de los pacientes en el área de emergencias es la siguiente excelente en el 41,67%, buena el 50% y regular en el 8,33%.

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- Percepción de los pacientes de las instalaciones
- Percepción de los pacientes del equipamiento y el instrumental
- Percepción de los pacientes del servicio medico
- Percepción de los pacientes del servicio en general

ACCIONES PREVENTIVAS:

- Mejoramiento de los servicios medicos
- Calidad en la atención
- Calidez en la atención
- Mejoramiento de la asepsia.

ACCIONES CORRECTIVAS:

- Adquisición de equipos de punta
- Mejoramiento de las relaciones paciente personal
- Agilización de los servicios médicos y administrativos

OBJETIVOS:

- Adquirir equipos e instrumental
- Dar calidez y calidad en la atención
- Mejorar los servicios médicos
- Capacitar al personal de emergencias.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
----------------	---------------	-------------------------

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Cumplimiento de informe de asistencias)	CÓDIGO CCH-AE-CS-CIA Doc. 20 de 35
DESVÍOS: Los informes de asistencia no se registran adecuadamente restringiendo la continuidad de los procesos, la comunicación y no se constituyen en documentos legales sustanciales si fuera el caso		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Incipiente registro de datos • Irresponsabilidad del personal del área de emergencias. 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Registro sistemático de datos de asistencia • Dar soporte informático al proceso • Asignar responsabilidades. 		ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Registro adecuado de los procedimientos • Adquisición de paquete informático de registro • Estructuración de un organigrama funcional
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Registrar adecuadamente la información de los procedimientos realizados. • Adquirir soporte informático para el registro de la información • Organizar adecuadamente el área de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Protocolos de riesgo vital)	CÓDIGO CCH-AE-CS-PRV Doc. 21 de 35
DESVÍOS: Protocolos de riesgo vital deficiente		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • No se estandarizan los procedimientos 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Estandarizaciónr el protocolo de riesgo vital 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los protocolo de riesgo vital • Inclusión en el protocolo por lo menos <ul style="list-style-type: none"> ✓ TCE ✓ Atención inicial al politraumatismo ✓ Síndrome Coronario Agudo ✓ Ictus ✓ RCP básica y avanzada (tanto de población adulta ✓ como pediátrica) ✓ Tromboembolismo ✓ Shock ✓ Sepsis • Actualización del protocolo 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Estructurar un adecuado protocolo de riesgo vital para el área de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Protocolo de riesgo social)	CÓDIGO CCH-AE-CS-PRS Doc. 22 de 35
DESVÍOS: No existen protocolos para la detección de situaciones de riesgo social, esto es un grave falencia por los problemas legales que podría acarrear		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> No existe un protocolo de riesgo social 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Informarse sobre las consecuencias de la inexistencia de un protocolo de detección de riesgo social en la área de emergencia. 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Estructuración de un protocolo de riesgo social que incluya. Maltrato infantil, Violencia de género, Maltrato a personas mayores Inclusión de algoritmos de definición para la intervención y seguridad de los afectados. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Estructurar un protocolo de detección de situaciones de riesgo social. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (codificación del diagnóstico)	CÓDIGO CCH-AE-CS-CD Doc. 23 de 35
DESVÍOS: En la Clínica no se codifican los diagnósticos		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Omisión en las fichas de registro de emergencias médicas Inexistente registro de información 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Codificación de un código de diagnóstico 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> . Diseño de un sistema de codificación de diagnóstico atendiendo a los procedimientos Establecidos por el Ministerio de Salud. . 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Tener un código de diagnóstico de acuerdo al estándar internacional 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (sesiones clínicas del servicio de emergencias)	CÓDIGO CCH-AE-CS-SCSE Doc. 24 de 35
DESVÍOS: Las sesiones clínicas del servicio de emergencia son muy esporádicas		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> No se planifican sesiones clínicas del servicio de emergencia Desorganización en el área de emergencias 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Realización de sesiones clínicas en el área de emergencia 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Inclusión en la planificación de emergencias, sesiones clínicas de por lo menos 8 horas al mes. . 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Incluir en la planificación de emergencias sesiones clínicas. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Existencia de plan de formación)	CÓDIGO CCH-AE-CS-PFP Doc. 25 de 35
DESVÍOS: Las capacitaciones al personal de emergencias son esporádicas y excluyentes		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Escasa importancia a la capacitación Mala distribución de presupuestos Desinterés por parte del personal Deficiente organización y distribución del trabajo. 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Diseño de un plan de capacitación y formación al personal de emergencias 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Aplicación de un plan de formación y profesionalización del personal de emergencias. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar un plan de formación y capacitación para el personal que atiende el área de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Tiempo de la primera asistencia facultativa)	CÓDIGO CCH-AE-CS-TPAF Doc. 26 de 35
DESVÍOS: La primera atención facultativa en emergencias no cumple con los protocolos de triage y nivel		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Los facultativas se encuentran disponibles en la clínica • No existe una adecuada comunicación de la clínica con los facultativos 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Asumir responsabilidades • Mejoramiento la comunicación de la clínica con los facultativos 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Distribución pertinente de turnos • Organigrama funcional • Conocimiento de protocolos de emergencias 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Lograr el 100% de atención en los pacientes atendidos en el área de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Detección y actuación ocupación de área de emergencias)	CÓDIGO CCH-AE-CS-DAOA Doc. 27 de 35
DESVÍOS: A pesar de que la demanda de emergencias no es alta en la clínica ClínChimborazo, es importante la detección y actuación de situaciones de ocupación del área de emergencias.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • La administración de la clínica a considerado irrelevante este aspecto • 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Discutir un plan de contingencia para la saturación del área de emergencias, por un posible desastre natural 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de un plan de contingencia para diferentes situaciones en el área de emergencias. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Contar con un plan de contingencia en el supuesto caso de saturación del área de emergencias. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Encuesta de satisfacción de los profesionales)	CÓDIGO CCH-AE-CS-ESP Doc. 28 de 35
DESVÍOS: No se cuenta con la opinión de los profesionales que trabajan en el área de emergencias de la clínica, sobre el servicio		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> La administración de la clínica a considerado irrelevante este aspecto 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Propuesta para la realización de una encuesta al equipo de trabajo del área de emergencia. 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Realización de una encuesta a los profesionales del equipo del área de emergencias. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Conocer el nivel de satisfacción del equipo de profesionales del área de emergencia. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Tiempo de demora de ingreso)	CÓDIGO CCH-AE-CS-TDI Doc. 29 de 35
DESVÍOS: Se desconoce el tiempo de demora de ingreso de los pacientes atendidos en emergencia		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> No existe un adecuado registro de información en el área de emergencias. 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Proponer un sistema adecuado de registro para establecer los tiempos de demora en ingresos 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un adecuado sistema de registro. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Disminuir el tiempo de ingreso de los pacientes atendidos en emergencia. 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Adecuación del ingreso a la clínica)	CÓDIGO CCH-AE-CS-AIC Doc. 30 de 35

DESVÍOS: Se han ingresado pacientes de forma inadecuada a la clínica, lo que ha repercutido en incremento de gastos alteraciones en funcionamiento, así como exploraciones y tratamientos inadecuados y exposición de otros riesgos a los pacientes.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Descoordinación en el área de urgencias y con las otras áreas de la clínica. • Incipiente sistema de registro de ingresos. • Omisión de procedimientos de registro 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración de los 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un adecuado sistema de registro. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el tiempo de ingreso de los pacientes atendidos en emergencia. 		
Elaborado por: Clemete Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Personas atendidas fuera de box)	CÓDIGO CCH-AE-AS-AIC Doc. 31de 35
DESVÍOS: Se disminuye la calidad asistencial de emergencias porque se realiza la atención fuera del Box de urgencias ocupando espacios que no son los adecuados		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Desorganización del área de urgencias • Limitado espacio para la atención de emergencias 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Readecuación de los box de emergencias • Organización adecuada • Triage apropiado 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación del área de urgencias • Adquisición de materiales y equipamientos • Organización sistemática del área de emergencias 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Atender a los pacientes en un área adecuada para el servicio de emergencias (box). 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Permanencia mayor a 24horas)	CÓDIGO CCH-AE-CS-PMH Doc. 32 de 35
DESVÍOS: La capacidad operativa de la Clínica ClínChimborazo, es limitada, se han dado situaciones en las que los equipos y materiales del área de emergencias han sido utilizados en otras áreas, así como también se ha utilizado la sala de emergencia como sala d observación lo que restringe su operatividad y la posibilidad de medir adecuadamente este indicador		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de pacientes a nivel general de la clínica • Demora en el direccionamiento de pacientes 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Organización adecuada del área de emergencias • Manejo adecuado de los recursos del área de emergencias 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del tiempo de permanencia de los pacientes en el área de emergencia. • Autonomía clínica al área de emergencia. 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Bajar la estadía de los pacientes del área de emergencia a un máximo de seis horas 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (número de pacientes en emergencia)	CÓDIGO CCH-AE-CS-NPE Doc. 33 de 35
DESVÍOS: No se maneja adecuadamente el número de pacientes en el área de emergencias.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Ocupación arbitraria del área de urgencias • Desorganización en el área de emergencias 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Organización adecuada del área de emergencias • Manejo adecuado de los recursos del área de emergencias 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Ocupar el área de emergencias únicamente con pacientes ingresados por esta motivo. • Autonomía clínica al área de emergencia. 	

OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Manejar adecuadamente los tiempos de permanencia de los pacientes en el área de emergencias 		
Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Tiempo de resolución en consulta)	CÓDIGO CCH-AE-CS-TRAC Doc. 34 de 35
---	---	--

DESVÍOS:
 Resulta difícil estimar los tiempos de resolución en las áreas de consulta por lo que se hace complejo la determinación del tiempo empleado para el alta o transferencia, limitando la capacidad operativa de estos dos aspectos interrelacionados.

INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:

- Descoordinación entre emergencias y consulta
- Desorganización en el área de emergencias.

ACCIONES PREVENTIVAS:	ACCIONES CORRECTIVAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Organización adecuada del área de emergencias • Manejo adecuado de los recursos del área de emergencias • Mejoramiento de la capacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del tiempo de permanencia de los pacientes en el área de emergencia. • Autonomía clínica al área de emergencia.

OBJETIVOS:

- Disminuir el tiempo para el alta o transferencia a otra área, con el 100% de consulta de acuerdo al estándar.

Elaborado por: Clemente Mancheno	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:
-------------------------------------	---------------	-------------------------

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO	PROCESO ATENCIÓN DE EMERGENCIA (Revisión Material y aparataje)	CÓDIGO CCH-AE-CS-RMA 35 de 35
DESVÍOS: No se tiene un adecuado plan de mantenimiento de los materiales y aparatos utilizados en el área de emergencia.		
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • Desorganización en el área de emergencia • Escasa planificación de la clínica en general • Deficiente distribución de recursos 		
ACCIONES PREVENTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Urgente revisión del material y equipo del área de urgencias. 	ACCIONES CORRECTIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del material y equipos y aparatos utilizados en el área de urgencias. • Estructuración de un plan de mantenimiento y reposición de materiales y equipos 	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener los materiales y aparatos del área de urgencias en óptimas condiciones 		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por: Fecha:

En este capítulo se han expuesto las soluciones administrativas y operativas necesarias para dar al área de emergencias de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda. lo elementos necesarios para una adecuada gestión buscando lograr en sus servicios eficacia y efectividad.

Los recursos de gestión expuestos permitirán al área de emergencias contar con herramientas de gestión que posibiliten un trabajo organizado y estructurado de acuerdo a las normas internacionales, considerando claro está la capacidad operativa, y financiera de la empresa.

Por lo tanto el Modelo de Gestión de Procesos, contribuirá para el mejoramiento del servicio de Emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda.”, de la ciudad de Riobamba.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a al desarrollo de la investigación realizada y de los hallazgos encontrados para la estructuración de un modelo de Gestión de la Clínica “Médicos y Asociados, ClínChimborazo, se proponen las siguientes conclusiones y recomendaciones.

CONCLUSIONES

A pesar del tiempo de existencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo. Cía. Ltda., ha sido complejo consolidar un modelo de gestión que potencialice sus recursos y capacidad operativa.

El área de emergencia de la Clínica carece de autonomía para su funcionamiento, no existe un médico residente que cumpla las funciones de emergenciólogo, lo que ha dificultado los procesos cuando se han suscitado casos en los que su presencia y atención han sido necesarias.

La falta de un sistema informático específico para una institución en salud que de soporte a los procesos hace compleja su aplicabilidad no pudiendo generarse documentación que registre los actos médicos, así como tampoco permite el seguimiento de las acciones emprendidas, este se considera una de las principales falencias de la clínica.

Por otro lado la escasa organización operativa del área de emergencias que si bien es cierto es ofertada publicitariamente por la clínica no se puede considerar como tal en la medida en que sus recursos y capacidades son utilizados para otras áreas, dejando muchas veces incapacitada su operatividad.

Para la evaluación del área de urgencias se ha determinado un proceso de atención que se cumple relativamente, en algunos casos, las acciones se limitan y se cortan los procedimientos, en otros se hacen completos y en ciertos casos se incorporan actividades que están fuera del contexto.

Es de importancia señalar que los procesos del área de emergencias se ajustan a los protocolos de triage y de remisión de pacientes y se establecen de acuerdo a los requerimientos que establecen los protocolos del Ministerio de Salud Pública.

Uno de los problemas de mayor repercusión en el área de urgencias, es la capacidad de toma de decisiones, generalmente los pacientes no son atendidos por médicos residentes,

sino por enfermeras y auxiliares que no tienen las competencias necesarias para asumir una situación de salud de alto riesgo, por lo que evitan asumir responsabilidades.

La falta de capacitación y preparación del personal de emergencias es otro imperativo que debe ser solventado por la administración del hospital, esto puede desembocar en situaciones bastante complejas para la integridad institucional de la clínica, hasta el momento no se ha presentado ningún caso altamente conflictivo pero en cualquier momento puede ocurrir y la institución debe estar preparada para enfrentarlo.

Una de las potencialidades de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda. es la capacidad operativa para atender casos oncológicos ya que cuenta con el instrumental, equipo y personal necesario; este servicio se podría extender a emergencias, en la ciudad de Riobamba se atienden emergencias médicas oncológicas solamente en el hospital de SOLCA, que no puede asumir operativamente la demanda, lo que representa una importante oportunidad para la clínica.

La oferta de servicios de emergencia de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda., requiere de mejoramiento y especialización en materiales y equipamiento.

De los resultados de la evaluación realizada a la Clínica ClinChimborazo de la ciudad de Riobamba se infiere la necesidad de la aplicación de gestión de procesos que contribuyan al La implementación de un modelo de gestión de procesos para el mejoramiento del servicio de emergencia.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda la aplicación del modelo de gestión diseñado para la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda. cuyo contenido busca redefinir los aspectos administrativos y operativos necesarios para proporcionar a los usuarios un servicio con calidad, calidez, eficiencia y efectividad.

Es importante que se le dé al área de emergencias autonomía dentro de los procesos de la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda. incorporando un médico residente especializado.

Es fundamental la incorporación de un software específico que cumpla con los requerimientos necesarios para el registro y generación de documentación no solamente para el área de emergencias, sino para todas las áreas de la clínica.

Los recursos, equipo y personal de la sala de emergencias deben ser utilizados específicamente para este propósito.

Resulta imprescindible la reorganización operativa del área de urgencias dando al personal sus funciones específicas para que puedan asumir adecuadamente sus responsabilidades.

Es importante que operativamente se cumpla con los protocolos que se establecen a través de las normas nacionales e internacionales, a pesar de que estos no son una camisa de fuerza, deben ser observados con alto nivel de profesionalismo.

La toma de decisiones es fundamental en el área de emergencias médicas por lo cual es importante recalcar la necesidad de abrir una plaza para un médico especializado en este tipo de casos, para disminuir el riesgo de contingencias imprevisibles.

Es necesario el diseño y estructuración de un plan de capacitación permanente que se propone dentro del modelo de gestión como requerimiento esencial para el adecuado funcionamiento del área de emergencias.

Resulta una gran oportunidad para la Clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo Cía. Ltda. la incorporación de los servicios de emergencias medico oncológicas, cubriendo en este sentido la demanda insatisfecha de la ciudad de Riobamba.

Finalmente es necesaria la renovación de materiales y equipamiento que facilite el triage y la observación de pacientes atendidos en el área, por lo que es necesario que la administración preste mayor atención al servicio, puesto que es parte de su oferta de servicios.

Se recomienda la aplicación inmediata del Modelo de Gestión propuesto en esta investigación que permitirá por sus características mejorar el servicio de la Clínica ClinChimborazo Cía. Ltda.

BIBLIOGRAFÍA

- Arana, J. L. (4 de Mayo de 2006). *SoftQaNetwork*. Recuperado el 2013 de Enero de 2013, de Los 8 principios básicos de la gestión de la calidad: <http://www.softqanetwork.com/los-8-principios-basicos-de-la-gestion-de-la-calidad-por-javier-lopez-arana>
- Asig. blogspot. (4 de Octubre de 2007). *Asig Asesorias en sistemas integrados de gestión*. Recuperado el 23 de Marzo de 2012, de Introducción a lam mejora continúa: <http://asig.blogspot.es/1191461220/>
- Asig. blogspot. (2 de Agosto de 2008). *Asig Asesorias en sistemas integrados de gestión*. Recuperado el 23 de Marzo de 2012, de Introducción a lam mejora continúa: <http://asig.blogspot.es/1191461220/>
- EFQM. (23 de Marzo de 2012). *Modelo EFQM*. Obtenido de Modelo EFQM de calidad y excelencia: <http://www.efqm.es/>
- Estatutos Cilina ClínChimborazo Cía Ltda. (2002). Estatutos de la Cilina ClínChimborazo Cía Ltda. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- Gonzalez N. y Otros. (2009). *Protocolo de triage o Recepción, Acogida y Clasificación*. Obtenido de www.enferurg.com
- Gonzalez, H. (19 de Mayo de 2010). *Calidad y Gestión*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2012, de Gestión de la calidad en las empresas, certificación de las normas ISO9000, 14000: <http://blogs.monografias.com/calidad-y-gestion/tag/gestion-por-procesos/>
- Harrington, H. (2001). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*.
- ICONTEC. (2012). *Indicadores de Gestión* .
- Instituto Andaluz de Tecnología. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Valencia, España.
- Lorenzo, S., Mira, J., & Moracho, O. (2007). *Gestión clínica*. Obtenido de La gestión por procesos en instituciones sanitarias: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
- Ministerio de Fomento. (1 de Mayo de 2005). *Modelos para implementar la mejora continúa en la gestión de empresas*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2012, de La Gestión por procesos: <http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541ACDE-55BF-4F01-B8FA-03269D1ED94D/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad>
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas .
- Moreno, J. (2007). *Guía para la aplicación del Modelo EFQM de excelencia en entidades de acción social*. España .
- Neffa, J. (1988). *¿Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Editorial Hvmanitas.

- Neffa, J. (1989). *el proceso de trabajo y la economía de tiempo. Contribución al análisis crítico de K. Marx*, (Edición Hvmánitas ed.).
- Noriega, D. (2002). *Propuesta de un modelo de control de gestión*. Mexico.
- Oswaldo Artaza y otros. (2005). *Modelo de Gestioónj de establecimientos Hospitalarios*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud Chile.
- Pérez, J. A. (1996). *Gestión por procesos. Reingeniería y Mejora de los Procesos de Empresa* (Primera ed.). Madrid, España: ESIC Editorial.
- Revista Nova Visión Empresarial. (2007). *Nova Visión Empresarial*. Recuperado el 22 de Febrero de 2012, de Principios Fundamentales de la Gestión por Procesos: http://www.novavision.com.co/noticia2_gestion_por_proyectos.html
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (s.f.). *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. Obtenido de Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales .
- Valencia, M. (2011). *Guías de urgencias médicas*. Obtenido de http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=579

ANEXOS

Anexo Nº 1: Encuesta aplicada a la población del cantón Riobamba

ENCUESTA

La siguiente encuesta está concebida para obtener datos que permitan conocer las necesidades de la población en el servicio de e emergencias de las entidades de salud.

1. Ha utilizado usted servicios hospitalarios

1.1 Si 1.2 No

2. Los servicios hospitalarios que usted ha utilizado han sido

2.1 Públicos 2.2 Privados

3. Para acceder a los servicios hospitalarios lo hizo por

3.1 Consulta externa 3.2 Emergencia

4. Cuál fue el motivo por el cual usted acudió al área de emergencias

4.1 Politraumatismo	<input type="checkbox"/>	4.6 Cortes y quemaduras	<input type="checkbox"/>
4.2 Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	4.7 Intoxicación y envenenamiento	<input type="checkbox"/>
4.3 Deshidratación	<input type="checkbox"/>	4.8 Reacciones alérgicas	<input type="checkbox"/>
4.4 Fiebres altas	<input type="checkbox"/>	4.8 Partos	<input type="checkbox"/>
4.5 Cortes y Quemaduras	<input type="checkbox"/>	4.9 Otros	<input type="checkbox"/>

5. Cómo calificaría usted la atención recibida

5.1 Excelente

5.2 Buena

5.3 Regular

5.4 Deficiente

6. Con una escala de 1 a 5 califique usted la atención recibida:

6.1 por los médicos

6.2 por los auxiliares

6.3 personal administrativo

7. Con una escala de 1 a 5 califique usted los recursos médicos utilizados

7.1 Equipamiento hospitalario

7.2 Tipo de instalaciones

7.3 Tecnología

7.4 Instrumental médico

7.5 Asepsia

8. El personal que le atendió fue suficiente

8.1 Si	<input type="checkbox"/>
8.2 No	<input type="checkbox"/>

Anexo Nº 2: Encuesta aplicada a los usuarios de la clínica ClínChimborazo Cía. Ltda.

ENCUESTA

La siguiente encuesta está dirigida a los usuarios de la clínica “Médicos y Asocias ClínChimborazo Cía. Ltda.” para obtener información sobre la calidad en el servicio de emergencias.

1. Cuál fue el motivo por el cual usted acudió al área de emergencias

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1.1 Politraumatismo | <input type="checkbox"/> | 1.6 Cortes y quemaduras | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> | 1.7 Intoxicación y envenenamiento | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Deshidratación | <input type="checkbox"/> | 1.8 Reacciones alérgicas | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Fiebres altas | <input type="checkbox"/> | 1.8 Partos | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Cortes y Quemaduras | <input type="checkbox"/> | 1.9 Otros | <input type="checkbox"/> |

2. Cómo calificaría usted la atención recibida

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 2.1 Excelente | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Buena | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Regular | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Deficiente | <input type="checkbox"/> |

3. Con una escala de 1 a 5 califique usted la atención recibida:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 3.1 por los médicos | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 por los auxiliares | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 personal administrativo | <input type="checkbox"/> |

4. Con una escala de 1 a 5 califique usted los recursos médicos utilizados

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 4.1 Equipamiento hospitalario | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Tipo de instalaciones | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Tecnología | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Instrumental médico | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Asepsia | <input type="checkbox"/> |

5. El personal que le atendió fue suficiente

- | | |
|--------|--------------------------|
| 5.1 Si | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 No | <input type="checkbox"/> |

Anexo N° 3: Perfil de los usuarios de la clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo”

Perfil de los usuarios de la clínica “Médicos y Asociados ClínChimborazo”

Los usuarios de ClínChimborazo Cía. Ltda. acuden a sus instalaciones por los servicios de consulta externa (70%) y por en menor cantidad por emergencias (30%).

Los mayores problemas por los que los usuarios acuden al área de emergencias de la clínica son por politraumatismos (41,67%) y fiebres altas (16,67%) durante su estadía los usuarios manifestaron que la atención que recibieron en la clínica fue buena (50%) y excelente (41,67%), además calificaron el trato por parte de los médicos con una ponderación máxima de 5 puntos (66,67%) a los auxiliares con 4 puntos (91,67%) y al personal administrativo con 4 puntos (75%).

El 50% de usuarios asigna una calificación de 3 puntos al equipamiento hospitalario (50%), y con una ponderación máxima de 5 puntos se calificaron a lo siguiente: instalaciones (50%), tecnología (58,33%), instrumental médico (50%) y asepsia con (41,67%), el otro 50% restante muestra inconformidad con éstos recursos médicos. Lamentablemente los usuarios afirmaron que a pesar de todos los servicios que brinda la clínica no cuenta con el personal suficiente (66,67%) para la optimización del servicio.

Anexo N° 4: Ficha para el análisis de indicadores

Nombre del indicador	TIEMPO DE CLASIFICACIÓN
Dimensión	
Justificación	
Fórmula	
Explicación de términos	
Población	
Tipo	
Fuente de datos	
Estándar	
Comentarios	

Anexo N° 5: Ficha para determinar los algoritmos de los indicadores.

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO		NOMBRE DEL PROCESO:	CÓDIGO
INDICADOR		CALCULO	RESULTADO ESPERADO

Anexo N° 6: Ficha para la mejora de procesos

CLÍNICA CLÍNCHIMBORAZO		NOMBRE DEL PROCESO:	CÓDIGO:
DESVÍOS:			
INVESTIGACIÓN DE CAUSAS:			
ACCIONES PREVENTIVAS:		ACCIONES CORRECTIVAS:	
OBJETIVOS:			
Elaborado por:	Revisado por:		Aprobado por: Fecha: